

Frivilliga försäkringar

– en finansieringsmöjlighet inom äldreomsorgen?

Per Gunnar Edebalk
Marianne Svensson

IHE e-rapport 2003:2

ISSN 1651-8179



INSTITUTET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSEKONOMI
Box 2127, 200 02 LUND tel:046-32 91 00 fax:046-12 16 04
e-mail:info@ihe.se hemsida: www.ihe.se ©

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning	4
1 Inledning.....	6
2 Utländska erfarenheter.....	10
3 Frivilliga försäkringar i Sverige?.....	16
4 Avslutande kommentarer	20
Referenser	22

Förord

Olika former för äldrevårdsförsäkringar har under senare år lyfts fram i debatten och belysts i flera svenska studier och forskningsrapporter. Denna studie har haft som syfte att studera vilka för- och nackdelar som frivilliga tilläggsförsäkringar kan få i svensk äldreomsorg. Studien förväntas bidra till diskussionen om delar av äldreomsorgens finansiering kan överlåtas till individerna själva genom frivilliga tilläggsförsäkringar.

Rapporten har författats av Per Gunnar Edebalk, professor vid Socialhögskolan i Lund, och Marianne Svensson, projektledare vid IHE. Studien har finansierats av Trygg-Hansas Forskningsstiftelse. Tidigare rapporter på temat äldrevårdsförsäkring som getts ut av IHE är *Äldrevårdsförsäkring* (Edebalk & Svensson, 2000) och *Privata försäkringsbolag i en offentlig äldrevårdsförsäkring – möjligheter och problem* (Edebalk & Svensson, 2003).

Lund oktober 2003

Anders Anell

vd

Sammanfattning

I takt med att behoven av äldreomsorg kommer att öka, är det troligt att allt större krav kommer att ställas på den äldre och hans/hennes familj att finna lösningar i de fall kommunen inte kan tillgodose behoven. Vid sidan om anhörigas möjligheter att hjälpa, kan man diskutera andra möjligheter, t.ex. i vilken utsträckning som insatser från frivilliga organisationer kan mobiliseras eller frivilliga försäkringslösningar kan utvecklas. Studiens syfte är att belysa vilka för- och nackdelar som frivilliga tilläggsförsäkringar kan få i svensk äldreomsorg utifrån dagens situation.

Mot bakgrund av internationella erfarenheter kan ett antal problemområden med frivilliga kompletterande försäkringar identifieras. Den svaga marknadsutveckling som hittills noterats grundar sig i mycket och mycket på att försäkringarna är dyra och därigenom blivit en form av nischförsäkring för dem med höga inkomster och som inte har någon anhörig i sin direkta närhet. En grundläggande orsak till de dyra försäkringarna är den osäkerhet som är förknippad med en äldrevårdsförsäkring. Exempel på problem som uppkommer till följd av denna osäkerhet är att det är svårt att definiera produkten och om produkten ska motsvara tjänster eller pengar. Att ge ersättning i pengar kanske kan få yngre att teckna en försäkring, eftersom man då inte låser sig till ett visst servicealternativ kanske 30 eller 50 år i förväg. Ett annat problem är att definiera försäkringsutfallet och om detta ska göras oberoende eller beroende av den kommunala behovsbedömningen. Att göra den beroende av kommunens bedömning skulle i dagsläget vara svårt på grund av den kommunala variation som finns både vad gäller biståndsbedömning och utbud av tjänster. En annan svårighet är om försäkringen skall ge full kostnadstäckning eller inte. Om försäkringen skall täcka hela kostnaden, påverkas sannolikt den enskildes uppfattning om vad man är i behov av för vård och omsorg – inte minst när det gäller enklare servicetjänster. Det finns också politiska risker som försäkringsbolagen inte kan förutse. I en äldrevårdsförsäkring som spänner över långa tidsperioder kan man inte bortse från denna typ av osäkerhet.

Två fördelar med tilläggsförsäkringar kan urskiljas. Genom att utnyttja den enskildes betalningsvilja kan de ge ett pengatillskott till äldreomsorgen. Konkurrensen mellan försäkringsgivarna kanske också kan stimulera utvecklingen av äldreomsorgen i strävan att tillmötesgå kundernas önskemål på olika tjänster. Erfarenheter från USA visar t.ex. att möjligheten att vårdas i sitt hem har ökat genom försäkringarna. I ett svenskt perspektiv, där äldreomsorgen är innehållsmässigt betydligt mer omfattande, är utgångspunkten för denna typ av förändringar en annan.

Om det skulle anses önskvärt med frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige så måste sannolikt förutsättningarna för äldreomsorgen ändras. Om man t.ex. tänker sig att en

obligatorisk äldrevårdsförsäkring införs blir bilden en annan. En obligatorisk äldrevårdsförsäkring kräver t.ex. ett nationellt och standardiserat behovsbedömningssystem. I sådana fall blir tilläggsförsäkringarna oberoende av kommunala variationer och utgångspunkten för hur produkten och försäkringsutfallet definieras blir i princip densamma oberoende var i landet försäkringstagaren bor.

Andra förutsättningar torde vara att ersättningen blir skattefri och inte räknas som inkomst vid ansökan om t.ex. bostadsbidrag. Dessutom att marknaden regleras i syfte att nå standardiserade produkter och försäkringsvillkor så att konsumenterna kan jämföra olika försäkringar. Argumenten för en reglering är att försäkringarna är detaljerade och mycket svåra att förstå. Många köper sin försäkring vid en tidpunkt då deras livssituation är bekymmersam och blir därför sårbara. Kritiken mot en reglering är bl.a. att regleringen påverkar försäkringsgivarens kostnader och därmed premienivån. Regleringen kan också motverka flexibiliteten och utvecklingen av produkten.

I dagsläget torde förutsättningarna för frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige vara svaga. Om däremot rejäla nedskärningar skulle ske inom den kommunala omsorgen eller om avgifterna höjs kraftigt, förbättras förutsättningarna för frivilliga försäkringar. Försäkringstekniska problem liksom utländska erfarenheter pekar dock mot att en frivillig äldrevårdsförsäkring inte ens vid sådana förutsättningar kan nå en betydande omfattning.

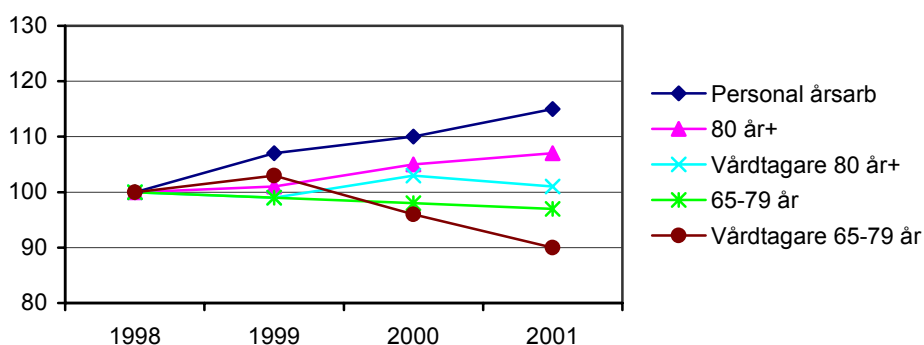
1 Inledning

Äldreomsorgens utveckling

Äldreomsorgen har förändrats under den senaste tioårsperioden. Socialstyrelsens kartläggningar av äldreomsorgen vittnar om att kommunerna idag prioriterar ensamboende äldre vars vård- och omsorgsbehov är stora (Socialstyrelsen, 2002 och 2003a). Anhörigas ansvarstagande för den äldres vård och omsorg har successivt ökat. En aktuell studie visar att flertalet kommuner gör ”anhörigprövningar” i samband med att den äldre ansöker om bistånd, dvs. kommunen prövar om anhöriga kan utföra insatser (Socialstyrelsen, 2003b). År 1997 var det mindre än hälften av kommunerna som gjorde detta. Kommunerna har blivit allt mer restriktiva att ge basala insatser, t.ex. städning och inköp av dagligvaror. Beviljas insatsen ges den inte lika ofta som tidigare.

Jämförelser mellan åren 1993 och 1997 visar att antalet vårdtagare med stöd av hemtjänst eller boende på särskilt boende minskade med åtta procent mellan åren (Anell m.fl., 1999). Denna nedgång har dämpats under senare år om man ser till totala antalet vårdtagare som är 65 år eller äldre. Studerar man däremot de yngre äldre, dvs. gruppen 65 till 79 år, har antalet vårdtagare minskat med tio procent mellan åren 1998-2001 (figur 1). Antalet vårdtagare i åldern 80 år eller äldre med hemtjänst eller särskilt boende har varit i stort sett oförändrad under perioden (figur 1). Idag är tre av fyra äldre som får offentlig äldreomsorg 80 år eller äldre. Drygt hälften av dem vårdas i särskilt boende. Samtidigt skall noteras att andelen äldre vårdtagare (80 år+) i förhållande till befolkningen 80 år och äldre har minskat från 40 till 38 procent under en fyraårsperiod.

Figur 1. Utveckling av antal årsarbetare, antalet äldre samt antalet vårdtagare i äldreomsorgen under perioden 1998-2001. År 1998 =100.



Källa: Socialstyrelsen, 2003a och SCB, 2002

Antalet årsarbeten¹ i äldreomsorgen har successivt ökat under 90-talet. Ökningen har också fortsatt därefter. Under perioden 1998-2001 var ökningen 15 procent. Detta tyder på att insatserna per vårdtagare ökat något, eftersom antalet vårdtagare har varit i stort sett konstant under perioden. Samtidigt har det skett en förskjutning av omvårdnadsinsatser från landstinget till kommunen. Omvårdnadsinsatser som tidigare gavs av landstingen ges idag av kommunen. Landstingsförbundets redovisningar visar att antalet anställda undersköterskor och skötare i landstingen har minskat med 34 respektive 30 procent under perioden 1993-2000 (Landstingsförbundet, 2002). Även antalet vårdplatser har minskat betydligt (-45%) under motsvarande period. Detta har i sin tur inneburit kortare vårdtider och en ökad omsättning av patienter i slutenvård och ett ökat tryck på den kommunala vården och omsorgen. Socialstyrelsen konstaterar att "behovet av personlig omsorg och tillsyn" har ökat bland dem som beviljas hemtjänst (Socialstyrelsen, 2003c). Vård och omsorgsarbete i äldreomsorgen består av allt mer sjukvårdande insatser, vilket innebär att arbetet har blivit mer krävande för personalen. Även de som flyttar till särskilt boende har blivit allt äldre, vilket också tyder på en ökad vårdtyngd och ett tyngre vårdarbete. De höga sjukskrivningstalen i äldreomsorgen är sannolikt ett uttryck för en allt högre arbetsbelastning.

Enligt SCB:s befolkningsprognos kommer antalet ålderspensionärer år 2040 att vara 2,4 miljoner, vilket motsvarar 25 procent av befolkningen (SCB, 2002). År 2001 var motsvarande siffror 1,5 miljoner respektive 17 procent. År 2001 var andelen av befolkningen som var 80 år eller äldre drygt fem procent. År 2040 skattas denna andel till åtta procent. Dessa framtida demografiska förändringar är allmänt kända och har diskuterats mycket under senare år. Diskussionen har inte minst gällt vad den ökade gruppen äldre kommer att betyda för det framtida vårdbehovet (se t.ex. Lagergren & Baltjan, 2000, Riksförsäkringsverket, 2001, Svenska Kommunförbundet, 2002). Det vi vet är att behoven kommer att öka, men det är svårt att förutse med hur mycket. Ett annat problem till följd av den demografiska utvecklingen, som kanske inte uppmärksammats lika mycket, gäller den framtida personalförsörjningen. En majoritet av antalet anställda vårdbiträden i kommunal äldreomsorg är äldre än 45 år. Behovet av nyrekryteringar till följd av pensionsavgångar kommer därför att vara stort framöver.

Svenska Kommunförbundet (2003) konstaterar att den ekonomiska situationen i kommunerna ser allt mer bekymmersam ut. På grund av det kärva ekonomiska läget har skatterna höjts i många kommuner. Även om årets skattehöjningar i landstingen och kommunerna sammantaget är de högsta på 25 år, räcker inte det för att uppnå balans under åren 2003-2005, menar Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Orsakerna bakom de ekonomiska problemen i kommunerna är flera. Kommunerna menar att det är ett växande behov som leder till att verksamheterna inte klarar sin budget. Andra orsaker är t.ex. kostnader till följd av rekryteringar och ledningsproblem.

¹ Årsarbeten motsvarar en omräkning av totala antalet anställningar till heltidstjänster. Här ingår all kommunal månadsanställd och timanställd personal, exkl. dem som var helt frånvarande på grund av sjukdom, studier eller barnledighet. Här ingår också personal anställda hos privata arbetsgivare.

Försäkring som alternativ

Olika former av äldreomsorgsförsäkringar har under den senaste tiden lyfts fram i den svenska debatten och belysts i flera svenska studier och forskningsrapporter (se bl.a. Jacobsson, 1999, Söderström m.fl., 1999, Grip & Örtendahl, 2000, Edebalk & Svensson, 2000, Riksförsäkringsverket, 2001, Edebalk & Svensson, 2003). Motiven bakom försäkringsförslagen är flera och beror inte minst på försäkringens syfte. Ett syfte som tas upp är att öka resurserna för att täcka kostnaden för 40-talisternas framtida äldreomsorg. På grund av ett högt skattetryck och en ökad globalisering bedöms det t.ex. som svårt att kunna höja kommunalskatten för att stärka äldreomsorgens finansiella situation i takt med att behoven av äldreomsorg ökar. En obligatorisk äldreomsorgsförsäkring för att kunna täcka de framtida äldreomsorgskostnaderna har därför nämnts i debatten. Ett annat syfte med en försäkring kan vara att den enskilde skall kunna försäkra sig mot höga avgifter. Ett tredje kan vara att man genom en försäkring kan garanteras vissa "guldkanter" i tillvaron, t.ex. en viss boendestandard. Oavsett försäkringens syfte är ett grundläggande motiv bakom försäkringslösningen att främja den enskildes valfrihet. Det scenario man ser framför sig är att det för framtida generationer kommer att bli allt mer betydelsefullt att kunna välja, inte bara vilken hjälp man får på äldre dagar och vem som då skall hjälpa, utan också under vilka ekonomiska villkor som man som äldre kommer att leva. En möjlighet kan t.ex. vara att man genom en tilläggsförsäkring kompletterar ett redan befintligt grundskydd, t.ex. ett skattefinansierat sådant, för att få tillgång till särskilda boendeenheter med viss standard eller geografiskt läge. Även om de äldre idag får välja vilken särskild boendeenhet som han/hon flyttar till, sker så sällan i praktiken. Platsbristen på särskilda boendeenheter avgör många gånger valet.

Att införa en frivillig äldreomsorgsförsäkring för att klara de ökade behoven av långvariga omvårdnadsinsatser för äldre har diskuterats i många länder under det senaste decenniet. I Tyskland föregicks den numera obligatoriska försäkringen av en bred diskussion om olika finansieringslösningar, däribland privata (Edebalk & Svensson, 2003). Ett förslag innebar t.ex. att man genom skattelättnader skulle uppmuntra uppbyggnaden av privata försäkringsalternativ. I England lade regeringen fram ett förslag på 1990-talets mitt som innebar att de personer som hade tillgångar som de vill skydda kunde teckna en privat försäkring som skulle täcka de tre första årens vårdkostnader vid sjukhemsvistelse (Evers & Harding, 1997). Därefter skulle statlig ersättning utgå i proportion till den ersättning som försäkringsbolagen betalat ut. Kritiken blev dock stark mot förslaget, eftersom det bedömdes att endast ett fåtal skulle ha råd att teckna denna typ av försäkring. Även försäkringsbolagen var tveksamma till förslaget och det utreddes inte ytterligare utan lades ner. Idag finns frivilliga äldreomsorgsförsäkringar i England, däremot inte försäkringslösningar som bygger på en kombination av statliga och privata lösningar.

I slutet av 1990-talet tillsattes en statlig utredning i Finland om försäkringens möjligheter som finansieringsalternativ i äldreomsorgen. Arbetsgruppen presenterade sina slutsatser år 2001 – tyvärr endast på finska. Av en kort sammanfattning på svenska på social- och hälsoministeriets hemsida framgår dock att arbetsgruppen ansåg det vara möjligt att

införa frivilliga vårdförsäkringar som komplement till offentliga social- och hälso-tjänster. En frivillig försäkringsmarknad skulle bl.a. öka den enskildes trygghet och främja utvecklingen av nya vårdformer. Enligt det finska försäkringsförbundet kritiserades arbetsgruppens rapport av flera remissinstanser och några ytterligare arbeten har inte presenterats (Korrespondens med Leif Rehnström våren 2002). I USA har en privat försäkringsmarknad inriktad på långvarig vård och omvårdnad för äldre vuxit fram under senare år. Försäkringsidén är att man ska kunna trygga sin ekonomi och skydda sig mot höga vårdkostnader på äldre dagar.

Syfte & Metod

I takt med att behoven av äldreomsorg kommer att öka, är det troligt att allt större krav kommer att ställas på den äldre och hans/hennes familj att finna lösningar i de fall kommunen inte kan tillgodose behoven. Vid sidan om anhörigas möjligheter att hjälpa, kan man diskutera andra möjligheter, t.ex. i vilken utsträckning som insatser från frivilliga organisationer kan mobiliseras eller frivilliga försäkringslösningar kan utvecklas.

Studiens syfte är att belysa vilka för- och nackdelar som frivilliga tilläggsförsäkringar kan få i svensk äldreomsorg utifrån dagens situation. Med äldreomsorg avses den verksamhet som enligt socialtjänstlagen är en primärkommunal angelägenhet.

Från början var avsikten att studien skulle bygga på intervjuer med representanter från olika försäkringsbolag med syftet att diskutera olika försäkringslösningar och vilka möjligheter och svårigheter man såg med tilläggsförsäkringar i äldreomsorgen. Det visade sig svårt att mer i detalj föra en diskussion om tilläggsförsäkringens potential i svensk äldreomsorg. Detta beror inte minst på äldreomsorgens komplexitet sett till verksamhetens innehåll men också på att det idag inte erbjuds några tilläggsförsäkringar inom äldreomsorgen på den svenska försäkringsmarknaden. Studien bygger därför i huvudsak på erfarenheter hämtade från litteraturen. I studien diskuteras enbart renodlade tilläggsförsäkringar (riskförsäkringar) och inte andra möjliga privata alternativ som t.ex. att ge den enskilde en möjlighet att omvandla sin livförsäkring så att ersättning utgår om t.ex. sjukhemsvård blir aktuellt. Studien förväntas bidra till diskussionen om huruvida delar av äldreomsorgens finansiering kan överlåtas till individerna själva genom frivilliga tilläggsförsäkringar.

2 Utländska erfarenheter

I USA finansieras vård och omsorg av äldre både av privata och offentliga (federala/delstatliga) aktörer. Finansieringen sker via de offentligt finansierade Medicaid och Medicare-programmen samt via frivilliga försäkringar och av den enskilde. Medicaid är ett skattefinansierat program för låginkomsttagare som täcker sjukhusvård och medicinsk vård i den enskildes hem eller på sjukhem (Edebalk & Svensson, 2000). Ersättningen som utgår från Medicaid prövas utifrån den enskildes ekonomi, vilket i sin tur ger den enskilde incitament att reducera sina tillgångar för att bli kvalificerad för ersättning via Medicaid. I huvudsak täcks kostnader för sjukhemsvård och i mindre utsträckning även vård i den enskildes hem. Medicare är en tidsbegränsad ersättning som utgår till äldre som vårdas på sjukhem, sjukhus eller i sitt eget hem. Ersättningen utgår endast för vård av läkare och sjuksköterska. Vårdas den äldre hemma är det således endast kvalificerad vård som ersätts. Medicaid-programmet finansierar uppskattningsvis 30 procent av vårdkostnaderna. Medicare finansierar endast ca fem procent.

Privata äldrevårdsförsäkringar har funnits i USA sedan mitten av 1980-talet och USA är därför ett land som det ofta refereras till när det gäller erfarenheter av privata kompletterande äldrevårdsförsäkringar. Sett till antalet sålda äldrevårdsförsäkringar i USA var ökningstakten hög under perioden 1987- 1997; i genomsnitt ca 21 procent årligen (Temkin-Greener m.fl., 2000). Under 90-talet tredubblades antalet sålda försäkringar (Cohen, 2003). Trots denna ökning är det en mycket liten andel av amerikanarna, mindre än fem procent, som har försäkrat sig och försäkringarna finansierar mindre än tio procent av den totala äldrevårdskostnaden.

Efterfrågan på privata kompletterande försäkringar har hittills visat sig vara låg i USA. Marknaden varierar också stort mellan olika delstater. Hälften av alla försäkringar är tecknade i endast nio delstater (Stone, 2000). Marknaden är också koncentrerad. I slutet av 90-talet var det 120 bolag som sålde äldrevårdsförsäkringar och 20 av dem stod för 90 procent av marknaden. Denna koncentration förväntas öka framöver (Cohen, 2003). Idag erbjuder de ledande försäkringsgivarna försäkringar som inte bara täcker sjukhemsvård utan också hemvård, dagvård, rehabiliteringsvård och servicetjänster. Försäkringarnas innehåll är inte standardiserat och varierar därför stort (Asubonteng Rivers, 2000). Ett mindre antal bolag erbjuder försäkringar som inte är kopplade till ett visst servicealternativ. Istället utfaller ett förutbestämt belopp när ett visst vårdbehov uppstår. Ersättningsperioden kan variera mellan 2 och 6 år, men allt fler bolag har idag försäkringar där ersättningen utgår så länge som personen är i behov av hjälp.

Fyra av fem försäkringar tecknas individuellt, dvs. försäkringsbolagen tecknar en försäkring utifrån den enskilde försäkringstagarens risk. Två av tre försäkringar säljs till

dem som är 65 år eller äldre; genomsnittsålder vid tecknandet är 67 år. Detta gör att premienivån är hög, knappt \$1000 per år om man tecknar en försäkring vid 65 års ålder (Stone, 2000). Branschen menar, att endast 10-20 procent av medelinkomsttagarna i USA har råd att teckna en försäkring (Asubonteng Rivers, m.fl., 2000).

Premierna är lägre om försäkringen tecknas via arbetsgivaren. Allt fler försäkringar i USA säljs idag via arbetsgivaren som gruppförsäkring (Cohen, 2003). Bolagen utgår då från en kollektiv risk vilket gör att administrationskostnaderna för försäkringsbolagen blir lägre. Premienivån kan också påverkas av att arbetsgivaren har ett starkare förhandlingsläge gentemot försäkringsbolaget än en enskild kund. En skattning från slutet av 90-talet visar dock att endast sju procent av heltidsanställda på stora och medelstora privata företag erbjuds att teckna en äldrevårdsförsäkring (Pincus, 2000). Anledningen till att många företag inte är intresserade är bl.a. att de anställda är unga och inte har tillräckligt höga inkomster.

Uppskattningsvis utsluts ca 15 procent av dem som ansöker om en försäkring att teckna en på grund av sin hälsostatus. Detta gäller bl.a. för personer med kognitiv oförmåga, stroke eller olika typer av diabetes. (Temkin-Greener, m.fl., 2000). Med hjälp av en medicinsk bedömning försöker bolagen urskilja den grupp som för bolaget innebär en oacceptabelt hög risk och för den enskilde oöverkomligt höga premier. Detta är inte minst viktigt när bolagen endast har en standardpremie för försäkringen och inte differentierade premier efter olika grupperns risker. Standardpremier har hittills varit det mest förekommande, men idag förekommer också försäkringar med differentierade premier i USA.

År 1997 var den genomsnittliga perioden från det att man tecknat en försäkring till dess att ersättning utgår endast fyra år med en variation från 2 till 6,5 år (Temkin-Greener, m.fl., 2000). För att ersättning ska utgå kräver de flesta försäkringar att den äldre är i behov av hjälp i två ADL-aktiviteter (Cohen m.fl., 2001), dvs dagliga aktiviteter som man måste kunna utföra regelbundet för att leva ett självständigt liv. Det gäller dusch/bad, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning och att äta. Studier pekar också på att variationen är stor när det gäller vid vilket hjälpbehov som försäkringen utfaller och ersättning utgår (Lutzky & Alexih, 1999, Asubonteng, m.fl., 2000). Här finns en variation både i hur många ADL-funktioner som ingår i bedömningen och om man ska vara i behov av två eller tre ADL-aktiviteter. Vissa försäkringar kräver att den enskilde ska vara i behov av personlig assistans, medan andra talar om stödinsatser.

Cohen m.fl. (2001) har gjort en kartläggning av dem som har en privat äldrevårdsförsäkring och som fått ut ersättning och jämfört dem med den äldre populationen i allmänhet. Cohens studie visar att försäkringstagarna, jämfört med pensionärer i allmänhet, är äldre, i större utsträckning änkor och försäkringstagarnas barn bor inte i hans/hennes direkta närhet. Gruppen med försäkring har också en högre inkomst, vilket tyder på att försäkringen vänder sig till dem som inte kan få ersättning via Medicaid.

De som får ersättning från en försäkring har i större utsträckning enbart formella hjälpinsatser (alltså ingen hjälp av anhöriga) jämfört med äldre i allmänhet. I 70 procent av fallen täcker ersättningen från försäkringen kostnaden för den formella hjälpen. Vidare framgår av studien att två av fem skulle ha klarat att betala hjälpen även om de inte haft en försäkring, medan resterande troligtvis skulle ha konsumerat färre timmar av formell hjälp.

Cohen m.fl. (2001) visar att försäkringen ökar den äldres möjligheter att bo kvar i sitt eget hem, eftersom utrymmet för att betala formella insatser i sitt eget hem ökar. Samtidigt visar studien att hälften av de anhöriga hjälper till lika mycket som tidigare efter det att försäkringen fallit ut. Lika många anhöriga menade att de sannolikt hade ökat sina insatser om inte ersättning utgått. En tredjedel av de anhöriga menade att de gav mindre insatser jämfört med tidigare. Två av tre anhöriga upplevde sin situation som lugnare och att de inte var lika stressade.

Även i Storbritannien finns sedan några år tillbaka privata äldrevårdsförsäkringar. Äldreomsorgen i Storbritannien är ett kommunalt ansvarsområde och kommunerna har en förhållandevis stor frihet att besluta om äldreomsorgens utformning. Äldreomsorgen finansieras huvudsakligen genom statsbidrag till kommunerna och egenavgifter. Hemsjukvården och sjukvårdande insatser på sjukhem är däremot avgiftsfria. Subventionerade äldreomsorgsavgifter betalas endast av dem vars tillgångar understiger £11 500. Som tillgångar räknas inkomster, kapital och tillgångar utöver den äldres bostad. Om man flyttar till sjukhem eller ålderdomshem inkluderas efter tre månader även värdet på bostaden i tillgångarna förutsatt att inte någon annan familjemedlem bor i bostaden. Om tillgångarna överstiger £18 500 subventioneras inte avgiften på sjukhem eller ålderdomshem utan den enskilde får stå för kostnaden själv. Även om inkomsten är mycket låg men huset värderas högre än denna gräns utgår inget statligt bidrag. Den äldre kan också välja ett annat sjukhem än det som kommunen föreslår, men måste då betala eventuella mellanskillnader i vårdkostnaden. Uppgifter från slutet av 90-talet visar att knappt 30 procent av dem som vårdas på sjukhem och ålderdomshem betalar hela vårdkostnaden själva (The Royal Commission on Long Term Care, 1999b). År 1995 finansierade egenavgifterna ca 40 procent av vårdkostnaden på institution och knappt 30 procent av hemtjänstkostnaderna (ibid).

År 1999 var det 14 bolag som erbjöd äldrevårdsförsäkringar i Storbritannien. Marknaden är således mycket begränsad² (The Royal Commission on Long Term Care, 1999a). Bolagen söker idag alternativa försäljningsvägar för att utöka marknaden t.ex. att sälja äldrevårdsförsäkringar som komplement till sjukvårdsförsäkring, via arbetsgivare eller olika intresseorganisationer. De försäkringar som erbjuds är en form av livförsäkring. Premienivån förändras inte automatiskt om försäkringstagarens hälsa försämras. Däremot kan premienivån förändras till följd av försäkringsbolagets finansiella situation. Vissa bolag erbjuder skydd för höjda premier, men det innebär samtidigt en högre

²The Association of British Insurers, ABI, har ca 400 medlemmar.

premienivå från det att man tecknar försäkringen. Enligt försäkringsbolagen skyddar försäkringen den enskildes tillgångar, eftersom den ersättning som utgår från försäkringen kan innebära att den äldre inte behöver sälja sitt hus för att klara av att betala vårdavgifterna.

Liksom i USA är den genomsnittliga åldern när man tecknar en försäkring hög, 67 år (Royal Commission on Long Term Care, 1999a). Försäkringen avser att ”täcka” både långvariga äldreomsorgsbehov i den enskildes hem eller vård på ålderdomshem och sjukhem (ABI, 2003). Försäkringarna inkluderar även enklare servicesysslor och avlastning för anhörigvårdare. I några försäkringar utgår också ersättning för handikappanpassning av den äldres bostad eller insatser från alternativ medicin såsom naprapat och psykoterapeut. Försäkringarna är avsedda för såväl yngre som äldre med långvarigt behov av omvårdnad.

Försäkringsbolagen erbjuder försäkringar både till dem som redan har eller är i behov av hjälp och till dem som köper försäkringen för framtida vårdbehov. De som är i behov av hjälp vid tecknandet gör en inbetalning till försäkringen genom ett engångsbelopp och ersättning utgår omgående och så länge som personen t.ex. vårdas på sjukhem. Även i USA finns denna typ av försäkring (Cohen, 2003). Hittills har intresset varit svagt för denna produkt i USA och i huvudsak är det äldre höginkomsttagare som valt detta alternativ. Cohen (2003) menar att i takt med att fyrtioåringarna går i pension kommer intresset sannolikt att öka för denna typ av försäkring, men inte i så stor omfattning utan att den även framöver kommer att betraktas som en nischförsäkring.

Det andra försäkringsalternativet är en traditionell försäkring med regelbundna premieinbetalningar (pre-funded policies). Försäkringstagaren bestämmer i förväg vilka servicealternativ som ska ingå i försäkringen. Om försäkringstagaren säger upp försäkringen återbetalas inte inbetalda premier och han/hon kan inte heller ställa krav på framtida ersättning. Detta kan endast ske om det specificerats i villkoren redan vid tecknandet. Ett tredje försäkringsalternativ är s.k. ”equity release plans” vilket innebär att man kan ”inteckna” en del av sitt hus och i utbyte få teckna en försäkring. Detta ses som ett alternativ för dem med låga inkomster och som har tillgångar bundna i eget hus.

Bedömningsgrunderna för att definiera försäkringsfallet skiljer mellan olika bolag, men flertalet kräver att den enskilde är i behov av tre ADL-aktiviteter (Royal Commission on Long Term Care, 1999a). Dessa krav innebär att en del av dem som idag beviljas hjälp av kommunen inte skulle få ersättning från försäkringen för att täcka sina kostnader. Om försäkringsbolagen skulle använda samma bedömningsgrunder som kommunen skulle premierna bli högre. Vissa grupper utesluts och kan inte teckna en försäkring. Det gäller t.ex. grupper med vissa psykiska sjukdomar (t.ex. schizofreni), missbrukare, personer som är självmordsbenägna och HIV/ AIDS-sjuka.

År 1999 uppskattades att en av fyra av dem som tecknar en försäkring kommer att ta ut ersättning. Försäkringarna är inga kostnadsförsäkringar, vilket innebär att ersättningen inte ger full kostnadstäckning i händelse av vård. Ersättningen är skattefri, men kan påverka den enskildes möjligheter att få inkomstprövande sociala förmåner, eftersom ersättningen räknas in i den inkomstbedömning som görs i samband med bidragsansökan. Försäkringen ger inga garantier vad gäller kvaliteten i omvårdnaden eller att insatserna utförs (HM Treasury report, 2001). I s.k. pre-funded policies utgår ersättning först efter en viss förutbestämd period. Vanligtvis är denna period 13 veckor. Vill man korta perioden blir försäkringen dyrare. Några bolag erbjuder ”case manager” som hjälper försäkringstagaren i kontakten med kommunen och andra utförare. I några försäkringar hänvisas försäkringstagaren till vissa utförare som bolaget samarbetar med.

Sammanfattningsvis kan noteras att det hittills varit en svag efterfrågan på privata frivilliga äldrevårdsförsäkringar i både USA och Storbritannien. Orsakerna som nämns i litteraturen bakom den låga efterfrågan är flera; 1) försäkringarna är dyra i förhållande till var de erbjuder, 2) man vill inte tänka på sina eventuella framtida behov, 3) man prioriterar andra utgifter i familjen samt 4) produkten är svårförståelig. Även om premienivåerna i USA har blivit lägre, är premienivån en avgörande anledningen till den begränsade marknaden (Temkin-Greener, 2000). En aktuell studie av Cohen (2003) visar däremot på en fortsatt tillväxt av försäkringsmarknaden och att detta, inte minst, beror på den produktutveckling som skett under senare år. Andra faktorer bakom ökningen är också ett ökat intresse av arbetsgivarförsäkringar och att allt fler stater erbjuder skattelättnader vid köp av försäkring. Försäkringsmarknaden har också fått federalt stöd genom att premierna gjorts avdragsgilla. Likaså har amerikanerna blivit allt mer medvetna om att försäkringar finns och upplever sannolikt en större trygghet vid tecknandet eftersom försäkringsbranschen har utvecklat standards för hur och vilken information som ska ges till konsumenten.

Det svaga intresset att teckna en försäkring i USA och England kan på ett sätt tyckas vara anmärkningsvärt eftersom man i dessa länder, jämfört med Sverige, får finansiera en stor del av sin äldrevård själv. I t.ex. USA finansieras uppskattningsvis 30 procent av äldrevårdskostnaden av den enskilde (Cohen, m.fl., 2001). Samtidigt finns det en stark tilltro till det s.k. Medicaid-programmet som är ett federalt/delstatligt skattefinansierat ersättningsprogram som täcker vårdkostnader på sjukhem och i vissa delstater också hjälp i den enskildes hem. När den enskilde har spenderat alla sina tillgångar på vårdkostnader utgår ersättning från Medicaid. Många amerikanare uppfattar Medicaid som ett substitut till privata försäkringar (eller förebyggande sparande generellt) och detta nämns ofta som en förklaring till varför de privata försäkringarna inte får större genomslagskraft. Här finns också röster om att medelklassamerikanen gör ett rationellt ekonomisk val när han/hon sätter sin tilltro till Medicaid (Asubonteng Rivers m.fl., 2000).

Uppskattningar från USA visar att en utbyggnad av den privata försäkringsmarknaden endast i begränsad utsträckning kommer att reducera den offentliga kostnaden för äldrevården (Cohen, 2003). Detta gäller under förutsättning att marknaden ser ut ungefär som den gör idag. Cohen poängterar samtidigt att kunskapen om hur politikiska beslut, t.ex. gällande ersättningsnivåer i Medicaid, påverkar förutsättningarna för den försäkringsmarknaden i stort sett saknas. Detta borde belysas i större utsträckning.

3 Frivilliga försäkringar i Sverige?

Mot bakgrund av de internationella erfarenheter som beskrevs i föregående kapitel kan ett antal problemområden med frivilliga kompletterande försäkringar identifieras. Den svaga marknadsutveckling som hittills noterats grundar sig i mångt och mycket på att försäkringarna är dyra och därigenom blivit en form av nischförsäkring för dem med höga inkomster och som inte har någon anhörig i sin direkta närhet. En grundläggande orsak till de dyra försäkringarna är den osäkerhet som är förknippad med en äldrevårdsförsäkring. Denna osäkerhet måste försäkringsgivarna täcka via premienivå och/eller genom uteslutning av högriskgrupper. En annan möjlighet är att bolagen försöker "locka" till sig lågriskgrupperna (s.k. cream-skimming). Internationella erfarenheter tyder däremot inte på att bolagen lyckats i någon större utsträckning att locka till sig lågriskgrupper som t.ex. yngre. I detta kapitel lyfter vi fram några problem som uppkommer till följd av den osäkerhet som är förknippad med frivilliga äldrevårdsförsäkringar. Dessa problem påverkar förutsättningarna för utvecklingen av frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige.

Vi utgår från dagens äldreomsorg både vad avser innehåll och vilka aktörer som verkar inom området. En närmare beskrivning av aktörskrollerna i dagens system när det gäller biståndsbedömning och produktion ges i Edebalk & Svensson (2003). Det är också viktigt att notera att till skillnad från andra länder omfattas alla äldre av den kommunala äldreomsorgen i Sverige, oavsett personens sjukdom, funktionshinder eller ekonomi. Vi förutsätter också för de frivilliga försäkringarna att såväl premienivåer och försäkringarnas innehåll bestäms av försäkringsbolagen i konkurrens.

Eftersom en äldrevårdsförsäkring spänner över långa tidsperioder är det svårt att definiera produkten. Branschrepresentanter i USA menar att även om försäkringarna allt mer börjar likna varandra avseende t.ex. försäkringsutfall och försäkringsinnehåll är produkten komplex (Lutzky & Alecixh, 1999). En annan fråga är om produkten ska motsvara tjänster eller pengar? Att ge ersättningen i *pengar* kanske kan få yngre att teckna en försäkring, eftersom man inte låser sig till ett visst servicealternativ 30 eller kanske 50 år i förväg (Stone, 2000). Att nå de yngre är en viktig komponent för försäkringsmarknadens utveckling. Det talar för att produkten skall definieras i pengar. Så tycks utvecklingen vara i USA (Cohen, 2003).

Frågan är vilka *tjänster* som skulle kunna vara aktuella för en tilläggsförsäkring. Under de senaste 20 åren har äldreomsorgen blivit allt mer restriktiv både om man ser till innehåll och antalet vårdtagare. Det är vissa tjänster som inte utförs idag. Är det denna typ av tjänster som skulle kunna vara aktuella att teckna en försäkring för? I samband med införandet av kundvalssystem i Stockholm stad fick de privata utförarna möjlighet att

erbjuda tilläggstjänster till de vårdtagare som beviljats hemtjänst. De tilläggstjänster som erbjöds var till övervägande del hushållsnära tjänster såsom extra städning, tvätt, trädgårdstjänster, fönsterputs och lägenhetspassning. Andra tjänster gällde hjälp med transporter, att erbjuda ledsagning/ följeslagare för inköp, teaterbesök eller vid promenader samt utflykter. Dessa tilläggstjänster kan knappast vara aktuella för en riskförsäkring, eftersom sannolikheten att flertalet äldre någon gång i livet är i behov av hjälp med hushållsnära tjänster är mycket stor. Här finns behov av sparande snarare än försäkring. Här kan också förekomma tjänster som kan betraktas som guldkanter, t.ex. specifika tjänster som kan göra det möjligt att bo på ett visst ställe eller att få vårdas på en plats med en viss boendestandard där det också erbjuds vissa ”extra” tjänster. Även här ses ett sparande som ett rimligare alternativ än en försäkring.

Samtidigt som äldreomsorgen i vissa avseenden har blivit mer restriktiv, ges det idag vårdinsatser i den enskildes hem som inte var möjliga att göra tidigare och för vissa grupper, t.ex. de dementa, har prioriteringar gjorts för att förbättra deras och anhörigas livssituation genom anpassade boenden och dagverksamheter. Att anhöriga tar ett stort ansvar för den äldres vårdssituation har redan nämnts. Vilka tilläggstjänster är aktuella när vårdbehovet är stort? I en situation med stora vårdbehov måste försäkringens innehåll tillmötesgå behoven hos både vårdtagaren och hans/hennes familj, t.ex. att öka tillgängligheten av avlastningsplatser för anhörigvårdare eller att tillmötesgå krav på att den enskilde kan fortsätta att vårdas i den anhöriges närhet.

Det är inte bara svårt att definiera produkten utan också försäkringsutfallet. Här finns två möjligheter att definiera utfallet, antingen beroende eller oberoende av den behovsbedömning som kommunen gör vid en ansökan om hjälpinsatser. I t.ex. Storbritannien bestäms försäkringsutfallet *oberoende* av den kommunala behovsbedömningen. Bolagen utgår från försäkringstagarens hjälpbehov i vissa ADL-aktiviteter för att bestämma utfallet. Tänker vi oss en försäkring där produkten faller ut endast för hushållsnära tjänster och enklare serviceinsatser för relativt pigga åldringar uppstår problemet med moral hazard. Detta innebär att många försäkringstagare som kanske betalt till en försäkring i många år kommer hävda att de har ett behov och kräva ersättning från bolagen. Ju högre funktionsnedsättning som krävs för utfallet desto mindre blir detta problem. Med en tilläggsförsäkring kan man tänka sig att försäkringsutfallet görs *beroende* av den kommunala behovsbedömningen. Försäkringen faller endast ut om kommunen bedömer att den enskilde har ett hjälpbehov och det som försäkringen ger är tjänster, eller kontantbidrag till tjänster, som inte inryms i kommunens bistånd. Ett stort problem uppstår här till följd av den kommunala variation som finns både vad gäller t.ex. biståndsbedömning och utbud av tjänster. Till exempel samvarierar inte täckningsgraden av kommunal äldreomsorg, dvs andelen äldre som får del av kommunens äldreomsorg, med den äldre befolkningens behov (Trydegård, 2000, Thorslund & Larsson, 2002). Det är andra faktorer som styr, inte minst traditionen.

Ett tredje problem är att försäkringsgivarna har begränsad information om de verkliga riskerna, dvs. hur stor risken är att försäkringstagare med en viss hälsostatus, ålder etc. kommer att vara i behov av äldrevårdsinsatser. Bristen på objektiva data ger otydliga risker – än mer när riskerna är små. Denna osäkerhet måste försäkringsgivarna kompensera med högre premier. Objektiv information kan inhämtas från andra länder men är sannolikt svår att översätta till svenska förhållanden. Ohälsan ökar med stigande ålder, men socioekonomisk status är också en avgörande faktor för ohälsan även i hög ålder (Thorslund & Larsson, 2002). Statistik från år 2001 visar att var femte i gruppen 80 år eller äldre fick vård och omsorg på ett särskilt boende. Sannolikheten att en person i denna åldersgrupp kommer att vårdas sina sista dagar på ett särskilt boende är däremot högre.

Ett fjärde problem är att informationen är asymmetrisk, dvs. försäkringstagaren har mer information om sin hälsa etc. än vad försäkringsgivaren har. Detta innebär i sin tur en risk för snedrekrytering (adverse selection) vid fast (icke riskdifferentierad) premienivå. Personer med förhållandevis höga risker ser försäkringen som ett alternativ och tecknar sig, medan de med låg risk ställer sig utanför systemet för att de inte tycker att försäkringen är värd sitt pris. Detta skapar problem för bolagen och kan leda till att bolagen tvingas höja premien ytterligare när allt fler i högriskgruppen, givet ålder, tecknar sig. Problemet med snedrekrytering minskar till viss del när marknaden mognar och bolagen får större kunskap om de verkliga riskerna och kan differentiera premien. En möjlighet som kanske kan motverka problemet är att införa ett bonussystem som ger försäkringstagaren lägre premie efterhand som premien inte utnyttjas.

På grund av otydliga risker och problemet med snedrekrytering utsätts vissa konsumenter eller grupper av konsumenter för uteslutning. Det är osäkert hur stor denna grupp är, men uppskattningar i USA visar på att nästan en av sex som ansöker om en försäkring utesluts på grund av hälsoskäl. Kriterierna för uteslutning tycks vara hårdare i USA än i Storbritannien, t.ex. utesluts inte dementa i Storbritannien. Det framgår inte av litteraturen hur många av dem som avstår till följd av premienivån. Genom att höja premien tillräckligt mycket kanske försäkringen inte framstår som attraktiv för vissa grupper, t.ex. de dementa, och effekten blir densamma som vid ett uteslutningsförfarande. Ett sådant medvetet agerande kallas för dumping. Problemet med uteslutning minskar i takt med att allt fler tecknar sin försäkring i unga år.

En annan fråga är om försäkringen skall vara en kostnadsförsäkring eller inte. I USA och Storbritannien ger inte försäkringen full kostnadstäckning i händelse av vård och omsorg. En anledning till det är problemet med moral hazard. Om man tänker sig att försäkringen skulle ersätta hela kostnaden påverkas sannolikt den enskildes uppfattning om vad man är i behov av för vård och omsorg, dvs han/hon kanske överdriver sitt hjälpbehov i större utsträckning än om inte alla kostnader täcks. Fenn (1999) menar att detta problem sannolikt inte är så stort när det gäller äldrevårdsförsäkringar. Detta är nog riktigt vid tyngre vårdbehov, men däremot inte vid enklare servicetjänster.

Det skall också noteras att en kostnadsförsäkring inte bara innebär högre risker för bolagen till följd av moral hazard. Nedskärningar i det offentliga systemet eller om kostnaden i äldreomsorgen ökar kraftigt innebär också att en kostnadsförsäkring är mer riskfylld för försäkringsgivaren. I en äldrevårdsförsäkring som spänner över långa tidsperioder kan man inte bortse från denna typ av osäkerhet.

Till sist ska nämnas de politiska risker som försäkringsbolagen har svårt att förutse. Dessa risker kan både uppstå på statlig och kommunal nivå. Låt oss ge ett exempel. I slutet av 90-talet presenterades i Sverige ett förslag på en privat tilläggsförsäkring som till viss del skulle skydda den enskilde vårdtagaren från höga äldreomsorgsavgifter (Ds 1998:15). Vid denna tidpunkt hade de flesta kommuner inkomstrelaterade avgifter, dvs. ju högre inkomst individen hade, desto högre blev avgiften (Anell m.fl., 1999). Eftersom vårdtagarna endast garanterades ett s.k. förbehållsbelopp efter det att avgiften var betald, kunde den enskilde ha motiv att teckna en försäkring för att skapa viss ekonomisk trygghet på äldre dagar. Idag är denna typ av försäkring verkningslös eftersom det på nationell nivå beslutades om att från och med år 2002 införa ett högkostnadsskydd (s.k. maxtaxa) i äldreomsorgen. Även på kommunal nivå kan omprioriteringar både utifrån ekonomiska och ideologiska motiv innebära att förutsättningarna för tilläggsförsäkringar kan ändras på sikt.

I dagsläget torde förutsättningarna för frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige vara svaga. Om däremot rejäla nedskärningar skulle ske inom den kommunala omsorgen eller om avgifterna höjs kraftigt, förbättras förutsättningarna för frivilliga försäkringar. Försäkringstekniska problem liksom utländska erfarenheter pekar dock mot att en frivillig äldrevårdsförsäkring inte ens vid sådana förutsättningar kan nå en betydande omfattning.

4 Avslutande kommentarer

Två fördelar med tilläggsförsäkringar kan urskiljas. Genom att utnyttja den enskildes betalningsvilja kan det ge ett pengatillskott till äldreomsorgen. Konkurrensen mellan försäkringsgivarna kanske också kan stimulera utvecklingen av äldreomsorgen i strävan att tillmötesgå kundernas önskemål på olika tjänster. Enligt Cohen (2003) har det till exempel skett en betydande produktutveckling av försäkringarna i USA där innehållet anpassats till de tjänster som inte ersätts via Medicaid. Det gäller inte minst möjligheter att vårdas i sitt eget hem.

Om det skulle anses önskvärt med frivilliga tilläggsförsäkringar i Sverige så måste sannolikt förutsättningarna för äldreomsorgen ändras. Om man t.ex. tänker sig att en obligatorisk äldrevårdsförsäkring införs blir bilden en annan. En obligatorisk äldrevårdsförsäkring kräver t.ex. ett nationellt och standardiserat behovsbedömningsystem (Edebalk & Svensson, 2000 och 2003). I sådana fall blir tilläggsförsäkringarna oberoende av kommunala variationer och utgångspunkten för hur produkten och försäkringsutfallet definieras blir densamma oberoende var i landet försäkringstagaren bor.

En annan förutsättning som kan diskuteras är om staten kan gå in och garantera tilläggsförsäkringarna för politiska risker. Att kunna ge garantier som dels spänner över en mycket lång tid, dels som täcker in alla de komponenter som kan påverka den enskildes och dennes familj att teckna en försäkring är knappast tänkbart. De politiska riskerna är således svåra att undvika vid frivilliga försäkringar.

En tredje förutsättning torde vara att ersättningen blir skattefri och dessutom inte räknas som inkomst vid ansökan om t.ex. bostadsbidrag. Som tidigare nämnts är ersättningen i Storbritannien skattefri, men betraktas däremot som inkomst vid ansökan om inkomstprövande sociala förmåner. I vissa delstater i USA är premierna skatte-subventionerade i syfte att öka efterfrågan på försäkringen.

En fjärde förutsättning är att marknaden regleras i syfte att nå standardiserade produkter och försäkringsvillkor så att konsumenterna kan jämföra olika försäkringar. Argumenten för en reglering är att försäkringarna är detaljerade och mycket svåra att förstå (The Royal Commission on Long Term Care, 1999a, HM Treasury report, 2001). Många köper sin försäkring vid en tidpunkt då deras livssituation är bekymmersam och blir därför sårbara. De kanske heller inte är välinformerade om sin ekonomiska trygghet och vilken offentlig hjälp de kan få. Informationen ska inte bara hjälpa den enskilde att avgöra om försäkringen är relevant eller inte utan också tydligt visa vilka kriterier som måste infrias för att ersättning ska utgå, hur en sådan anspråksansökan går till, hur ersättningen betalas ut etc. Ett argument är också att en reglering kan öka tilltron till

försäkringarna och på så sätt stimulera marknaden. Kritiken mot en reglering är bl.a. att regleringen påverkar försäkringsgivarens kostnader och därmed premienivån. Regleringen kan också motverka flexibiliteten och utvecklingen av produkten.

Referenser

ABI (Association of British Insurers). – An ABI Guide to long-term care insurance.

www.abi.org.uk

Anell, A., Edebalk, P.G. & Svensson, M. – Resursfördelning och finansiering. I : 2000-talets äldrevård och äldreomsorg : Dokumentation av forskningsforum 1999. Stockholm: Spri, 1999. (Spri rapport nr 491)

Asubonteng Rivers, P., McCleary, K.J & Glover, S.H. – Long-term care financing: are current methods enough? *JHSA*, 2000:473-494.

Cohen, M.A., Miller, J & Weinrobe, M. –Patterns of informal and formal care giving among elders with long-term care insurance. *The Gerontologist* 2001;41(2):180-187

Cohen, M.A.- Private Long-Term Care Insurance: A Look Ahead. *Journal of Aging and Health* 2003;15(1):74-78

Ds 1998:15. -Kommuner Kan! Kanske! : om kommunal välfärd i framtiden. Stockholm: Fritzes, 1998. (Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.)

Ds 2002:7. – Hoten mot kommunerna – en ESO-rapport om ansvarfördelning och finansiering i framtiden. Stockholm, Fritzes Offentliga Publikationer, 2002. (Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi – finansdepartementet)

Edebalk, P.G: & Svensson, M. –Äldrevårdsförsäkring. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2000.

Edebalk, P.G. & Svensson, M. –Privata försäkringsbolag i en offentlig äldrevårdsförsäkring – möjligheter och problem. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 2003.

Evers, A. & Harding, T. –Long-term care for the elderly : Britain and Germany compared. London : Anglo-German Foundation, 1997.

Fenn, P. – Financing long-term care: The potential for insurance. Research Volume 1 Chapter 3. London, The Stationery Office, 1999 (A report by The Royal Commission on Long Term Care).

- Grip, G. & Örtendahl, C. – Lovar och försäkrar : De äldres välfärd i en balanserad samhällsekonomi. Växjö : Sveriges Försäkringsförbund, 2000.
- HM Treasury - Long-term care insurance. Report from Home Financial Service Team, 2001. www.hm-treasury.gov.uk
- Jakobsson, U. (red.). -Vägen till välstånd. Stockholm : SNS förlag, 1999. (Konjunkturrådets rapport 1999)
- Lagergren, M. & Batljan, I. – Kommer det att finnas en hjälpande hand? I: SOU 2000:7. Långtidsutredningen 1999/2000. Stockholm : Fritzes, 2000.
- Landstingsförbundet. – Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992-2000. Stockholm: Landstingsförbundet, 2002.
- Lutzky, S. & Alecxih, L.M. –Enabling informed consumer choice in the long-term care insurance market. *Journal of Aging and Social policy* 1999;10(3):27-44
- Pincus, J. –Employer-sponsored long-term care insurance: best practices for increasing sponsorship. *EBRI Issue brief*. Washington: Employee Benefit Research Institute, 2000 (April 2000)
- Riksförsäkringsverket. -Socialförsäkringsboken 2001 : Årets tema Välfärd på äldre dar. Stockholm, Riksförsäkringsverket, 2001.
- SCB. –Statistisk årsbok för Sverige 2003. Örebro: Statiska centralbyrån (SCB), 2002.
- Socialstyrelsen. – Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.
- Socialstyrelsen. -Vård omsorg om äldre Lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003a.
- Socialstyrelsen. -Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003b.
- Socialstyrelsen. –Vård och omsorg om äldre: I Socialtjänsten i Sverige – en översikt 2003. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003c.
- Stone, R.I. –Long-term care for the elderly with disabilities: Current policy, emerging trends and implications for the twenty-first century. New York: Milbank Memorial Fund, 2000.

Svenska Kommunförbundet. -Kommunala framtider. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 2002.

Svenska Kommunförbundet. – Kommunernas ekonomiska läge 2003. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 2003.

Söderström, L., Björklund, A., Edebalk, P.G. & Kruse, A. –Från dagis till servicehus: Välfärdspolitik i livets olika skeden. Stockholm : SNS Förlag, 1999 (Välfärdspolitiska rådets rapport 1999)

Temkin-Greener, H., Mukamel,D.B. & Meiners, M.R. – Long-term care insurance underwriting: understanding eventual claims experience. *Inquiry* 2000;37(Winter 2002/2001):348-358

The Royal Commission on Long Term Care –Using the Private Sector to Help Fund Long-term Care. In -With Respect to Old Age Long-Term Care – Rights and Responsibilities Research Volume 1 Chapter 4. London, The Stationery Office, 1999a.

The Royal Commission on Long Term Care –The costs of long-term care now and in the future. In -With Respect to Old Age Long-Term Care – Rights and Responsibilities Research Volume 1 Chapter 1. London, The Stationery Office, 1999b.

Thorslund, M & Larsson, K. –Äldres behov – en kunskapsöversikt och diskussion om framtiden. Stockholm: Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum, 2002.

Trydegård, G-B. – Tradition, change and variation – past and present trends in public old-age care. Stockholm: Institutionen för social arbete, Stockholms Universitet, 2000. (Stockholm Studies of Social Work:16)

Westerberg, B. –Har vi råd med äldrevård när 40-talisterna blir gamla? Stockholm: Pensionsforum, 2000.