



## Effektiv omfördelning över livet

Ann-Kirsti Löfgren, LO-ekonom,  
Enheten för ekonomisk politik och arbetsmarknad



# Innehåll

Innehåll .....	1
1 Inledning.....	3
2 Slutsatser .....	4
3 Varför har vi offentligt finansierad konsumtion?.....	5
3.1 Omfördelning över livet .....	5
3.2 Effektiv försäkring.....	6
3.3 En del av arbetslinjen .....	8
3.4 Starkt stöd i befolkningen.....	8
4 Utjämning genom offentlig konsumtion .....	9
4.1 Disponibel inkomst och individuell offentligt finansierad konsumtion .....	10
4.2 Inkomstspridningens utveckling.....	11
4.3 Den offentliga konsumtionen minskar inkomstspridningen.....	13
4.4 Offentligt finansierad konsumtion i olika inkomstskikt .....	15
4.5 Hur stora resurser handlar det om?.....	18
4.6 Demografin påverkar behoven .....	20
5 Fördelning av den offentliga konsumtionen.....	24
5.1 Åldersmönster.....	25
5.2 Kvinnor och män .....	30
5.3 Finansieringen .....	32
5.4 Kvinnor och män, användning och finansiering.....	35
6 Konklusion .....	42
6.1 Utjämning i flera dimensioner .....	42
6.2 Argument för offentlig finansiering .....	43
6.3 Ålderdomen betalas i medelåldern .....	44
6.4 Trovärdigheten är ett fundament .....	44
Diagrambilaga .....	46
Källor .....	49



# 1 Inledning

Det är så självklart i en välfärdsstat som den svenska att samhället, kostnadsfritt eller kraftigt subventionerat, erbjuder personliga tjänster såsom sjukvård, utbildning, barnomsorg och äldreomsorg, att vi sällan frågar oss varför. I den här rapporten presenteras motiv för att finansiera vissa typer av konsumtion med offentliga medel. Därmed besvaras frågan om varför vi har individuell offentlig konsumtion, utan anspråk på att bestämma vad som är bästa avgränsningen mellan offentligt och privat finansierad konsumtion i alla lägen.

Inkomstfördelning studeras oftast utan hänsyn tagen till den offentligt finansierade konsumtionen trots att denna står för stora resurstillskott. Det finns dock undantag. Finansdepartementet, Statistiska centralbyrån (SCB)<sup>1</sup> och OECD kan nämnas bland dem som vid olika tillfällen har inkluderat individuell offentlig konsumtion i fördelningsanalysen. Syftet med denna rapport är att öka kunskapen om fördelningen av den individuella offentligt finansierade konsumtionen. I det syftet kommer jag både att redogöra för intressanta resultat i andra studier och göra egen analys av mikrodata.

Fördelningsanalysen är avsedd att åskådliggöra att välfärdsstaten har åtaganden som sträcker sig över decennier. Att förvalta den på ett trovärdigt sätt är därför en utmaning. Åtagandena bör inte förändras utan en noggrann analys av vem som vinner och vem som förlorar på förändringen. I många fall skulle en sådan analys visa att rättfärdiga förändringar kräver decenniers framförhållning.

Kapitel 2 sammanfattar kortfattat rapportens slutsatser. Varför vi finansierar vissa typer av konsumtion med offentliga medel beskrivs i kapitel 3.

Hur den offentliga konsumtionen påverkar inkomstfördelningen under ett visst år redovisas i kapitel 4. Den individuella offentliga konsumtionens omfördelning styrkas där också i relation till hur det såg ut ett decennium tidigare och hur det ser ut i andra länder. Vidare beskrivs hur medlen som har funnits tillgängliga för offentlig konsumtion har förändrats över tiden. Kapitlet avslutas med en blick på de offentliga finansernas långsiktiga hållbarhet, bl.a. med hänsyn tagen till demografien.

Kapitel 5 beskriver när i livet den offentliga konsumtionen används. Likaså redovisas bidragen till finansieringen i olika åldrar. I kapitlet behandlas också skillnader mellan kvinnor och män i dessa avseenden. Kapitel 3, 4 och 5 innehåller rikligt med diagram som är avsedda att illustrera och förklara rapportens resonemang. För den diagramintresserade läsaren visas ytterligare sex diagram som inte har bedömts vara avgörande för förståelsen i en bilaga.

I kapitel 6 drar jag slutsatser av det som har framkommit i kapitlen 3, 4 och 5. Kapitlet kan därför läsas som en sammanfattning av rapporten.

---

<sup>1</sup> Exempelvis Andersson m.fl. (2012).

## 2 Slutsatser

Den offentligt finansierade konsumtionen utgör en stor del av svenskarnas ekonomi. Värdet av den individuella offentligt finansierade konsumtion, såsom skola, medicin och sjukvård, motsvarade exempelvis år 2007 närmare 40 procent av hushållens disponibla inkomster.

En viktig uppgift för välfärdsstaten är att omfördela konsumtion över livet för var och en av invånarna så att den utjämnas över livscykeln. Grovt sett innebär det att resurser varje år omfördelas från personer i medelåldern till barn och gamla. Konsumtionsutjämnningen kan samtidigt sägas innehålla ett försäkringselement. Vi räknar med att få kraftigt subventionerad sjukvård när och om vi behöver det.

Välfärdsstaten omfördelar också mellan individer och den offentligfinansierade konsumtionen bidrar i hög grad till detta. Det sker exempelvis en omfördelning mellan kvinnor och män, genom att kvinnor som grupp inte fullt ut finansierar den offentliga konsumtion de använder och män som grupp därför betalar mer än vad de använder över livet.

Totalt sett verkar den offentliga konsumtionen kraftigt utjämnande på inkomstfördelningen under ett visst år. Sverige var år 2007 det OECD-land som hade jämnast inkomstfördelning. Förstaplatsen beror dock på andra faktorer än den offentligt finansierade konsumtionen. Denna utjämnar ungefär lika mycket i andra länder som i Sverige.

Det finns goda effektivitets- och fördelningsargument för en offentlig finansiering av välfärdstjänsterna.

Både demografiska förändringar med fler barn, ungdomar och gamla, i förhållande till befolkningen i arbetsför ålder och ökade inkomster pekar mot en ökad efterfrågan på välfärdstjänster såsom omsorg, utbildning och sjukvård. Stödet för att finansiera sådana tjänster via skatter är kompakt.

Att ökad efterfrågan på välfärdstjänster möts med att mer offentligfinansierade tjänster blir tillgängliga är trots detta inte självklart. Uppgifter om hur äldreomsorgen möter behoven reser tvivel. I detta ligger en politisk utmaning. Inte bara statsfinanserna utan också välfärdstjänsterna måste vara långsiktigt stabila i en trovärdig välfärdsstat.

Det är viktigt att beakta vem som vinner och vem som förlorar ifall förutsättningarna för den offentliga konsumtionen ändras. Gamla som har betalat skatt tidigare livet, i tanken att de ska få bra vård och omsorg när de behöver det, är i en utsatt position. Barn och unga skulle i teorin kunna finansiera sin utbildning med privata lån, men mycket talar för att föräldrarnas betalningsförmåga skulle få stor betydelse.

Kvinnor vinner som grupp på att behovet av välfärdstjänster tillgodoses med offentlig finansiering och förlorar om resurserna dras ner. De förlorar dessutom i dubbel bemärkelse. För det första genom en försämrad tillgång på välfärdstjänster för egen del. För det andra genom att det i första hand är kvinnor som täcker upp för brister i den offentliga omsorgen.

### 3 Varför har vi offentligt finansierad konsumtion?

Det är så självklart i en välfärdsstat som den svenska att samhället, kostnadsfritt eller kraftigt subventionerat, erbjuder personliga tjänster såsom sjukvård, utbildning, barnomsorg och äldreomsorg, att vi sällan frågar oss varför.

Det betyder inte att omfattningen av de offentligfinansierade tjänsterna är given. Efterfrågan på välfärdstjänster tenderar att öka när inkomsterna stiger<sup>2</sup> därtill ökar behoven av demografiska skäl. Samtidigt finns det en motsättning mellan en omfattande generell välfärd och låga skatter vilket naturligtvis också är någonting önskvärt. Synen på hur avvägningen mellan offentligfinansierade tjänster och skatter ska se ut varierar i befolkningen. I finansieringen av de offentliga tjänsterna finns det påtagliga hinder för att inte kostnaderna ska kunna dra iväg. De kommunala budgetarna måste vara i balans varje år och i den statliga budgeten är utgifterna omgärdade av starkare restriktioner än inkomsterna. Att ökad efterfrågan på välfärdstjänster möts med att mer offentligfinansierade tjänster blir tillgängliga är alltså långtifrån självklart.

Förändringar i de offentligfinansierade tjänsterna sker vanligen gradvis, utan att helhetsbilden – vad man kan vänta sig på varje område och hur vi prioriterar mellan områden – blir tydlig. Plötsligt debatteras det om det är rätt att föräldrar ska få göra skatteavdrag om de köper läxhjälp åt sina barn. Varför eleverna inte kan få den hjälp de behöver i skolan får en undanskymd roll i debatten.

I detta kapitel presenteras några motiv för att finansiera vissa typer av konsumtion med offentliga medel. Avsikten är att det ska fungera som en bakgrund till följande kapitel där behovet av offentligfinansierad konsumtion ofta tas för givet. Avsikten är däremot inte att föra en fullödig diskussion om den bästa avgränsningen mellan offentligt och privat finansierad konsumtion inom olika områden.

#### 3.1 Omfördelning över livet

Välfärdsstaten syftar bland annat till att tillförsäkra invånarna en god levnadsstandard och minska ojämlikheten. Andra syften som brukar anges är ekonomisk effektivitet och social inkludering. En viktig uppgift för välfärdsstaten är också att omfördela över livet för var och en av invånarna så att konsumtionen utjämnas över livscykeln.<sup>3</sup> Vi blir inte självförsörjande förrän i vuxen ålder. Ett uppenbart skäl för att familjen inte ska stå för hela omfördelningen är att barn i familjer med tio barn då skulle erbjudas betydligt mindre utbildning än barn som växer upp som endabarn och därmed gå miste om möjligheter att försörja sig på ett bra sätt som vuxna. Med ett välavlönat kvalificerat jobb kan man som vuxen betala för den utbildning man har fått tidigare i livet. Välfärdsstaten syftar också till att göra individen självständig i förhållande till sin familj.<sup>4</sup>

Hur mycket av den offentligt finansierade konsumtionen som består av omfördelning över livet, d.v.s. finansieras av var och en av användarna själva, har inte gått att finna uppgifter om. Däremot har Pettersson och Pettersson (2003) analyserat hur stor del av både transfereringar och offentligfinansierad konsumtion som utgör omfördelning över enskilda individers liv. De visar att drygt 80 procent av transfereringar och offentlig-

<sup>2</sup> Långtidsutredningen (2003/04) refererad i Andersson m.fl. (2004)

<sup>3</sup> Barr, Nicholas (2004)

<sup>4</sup> Andersson (2012), kapitel 2.

finansierad konsumtion är självfinansierad och att endast 18 procent utgör omfördelning mellan individer. Dessa tal är beräknade efter den utjämning som sker inom de hushåll individen lever i under olika skeden av livet. Analysen gäller åren runt det senaste sekelskiftet.

Utöver att konsumtionsutjämningen kan ses som en fördelningsfråga över tiden så finns det ett effektivitetsargument för omfördelningen över livet som handlar om att individer inte betar sig så rationellt som de ekonomiska teorierna förutsätter. Människor tenderar att överskatta sin egen förmåga<sup>5</sup> vilket kan försämra förmågan att spara och planera inför framtiden. Det finns också anledning att räkna med att människor är tidsinkonsistenta.<sup>6</sup> När möjlighet ges tenderar vi att välja det vi vill ha i stunden, hellre än det som vi vet är bra för oss på lång sikt och som vi egentligen tänker välja (snart). I sådana situationer kan det finnas ingrepp i valfriheten som ökar välfärden.<sup>7</sup> Tidsinkonsistens kan exempelvis tänkas påverka våra beslut om hur mycket vi ska investera i utbildning<sup>8</sup> eller spara till ålderdomen.

### 3.2 Effektiv försäkring

Välfärdsstatens konsumtionsutjämning kan också sägas innehålla ett försäkringsselement. Om ingen annan hjälp finns att få är det svårt att veta hur mycket man själv bör spara till sin ålderdom. Vi vet inte hur länge vi kommer att leva eller hur hjälpbehövande vi kommer att bli.

Det finns grundläggande ekonomiska teorier som säger att vi uppskattar att få en viss summa pengar mer än att få en viss vara eller tjänst som kostar lika mycket. Det beror på att vi för pengarna kan välja att köpa mindre av den varan eller tjänsten och mer av någonting annat som vi hellre vill ha. Vore det då inte bättre att, i stället för att fördela offentligt finansierade tjänster i befolkningen, dela ut de summor som tjänsterna kostar? Det finns flera skäl att inte göra så. När det gäller barn som inte är mogna att ta beslut själva finns det t.ex. inget skäl att ge föräldrarna möjlighet att använda pengarna till någonting som inte gynnar barnen lika mycket som skolutbildning. Ett skäl som gäller flera offentligt finansierade tjänster rör försäkringsinslaget i tjänsterna. Sjukvård, äldreomsorg, stödinsatser i skolan m.fl. ska fördelas efter behov. När fördelningen sker efter behov är det inte säkert att andra skattebetalare accepterar att den behövande gör en annan prioritering och använder resurserna till någonting annat i stället. Det skulle resa tvivel om själva behovet.<sup>9</sup> Det har bekräftats i experiment att människor hellre ger hälsovård som naturaförmån än pengar.<sup>10</sup> Hur stora behoven är framkommer dessutom vanligen under vården, omsorgen eller utbildningen. Att först fastställa behovet och ge den behövande pengar som han eller hon därefter kan använda till att skaffa hjälp riskerar då att bli onödigt kostsamt.

Det finns effektivitetsskäl som talar för att försäkringar ska vara offentliga och omfatta alla i sådana fall där försäkringsgivare och försäkringstagare inte har tillgång till samma information, d.v.s. när informationen är asymmetrisk. En sådan försäkring kan finansie-

---

<sup>5</sup> DellaVigna (2009)

<sup>6</sup> DellaVigna (2009)

<sup>7</sup> Köszegi (2005) och Jacobsson m.fl. (2005)

<sup>8</sup> Johannesson (2005)

<sup>9</sup> Se Söderström (2008) kapitel 8.

<sup>10</sup> Jacobsson m.fl. (2005)

ras genom skatter eller genom likformiga avgifter som täcker genomsnittskostnaden. Man undviker därmed de problem som följer av den asymmetriska informationen.

Sjukvård är ett exempel där asymmetrisk information ställer till problem i en privat försäkring. Premien måste sättas utifrån risken att behöva vård och försäkringstagaren har information om risken som försäkringsgivaren saknar. Försäkringstagaren vet t.ex. hur hälsosamt hon eller han lever och vilka sjukdomar som finns i familjen. Hon eller han kan också välja att teckna en försäkring först när någon krämpa som kan visa sig bli kostsam dyker upp. Underläget vad gäller information leder till att försäkringsbolaget får svårt att avväga hur höga premierna ska vara. Med låga premier kommer en större andel av befolkningen att omfattas av försäkringen, men om premierna blir för låga riskerar försäkringsbolagets intäkter att understiga kostnaderna. Samma sak kan hända med en högre premie eftersom försäkringstagarna använder sitt informationsövertag. Det beror på att det i första hand är personer som vet att de har ovanligt hög risk att behöva sjukvård som tecknar en försäkring med en hög premie. En lägre andel av befolkningen kommer att omfattas och de som tecknar försäkringen utgör ett skevt urval av befolkningen.<sup>11 12</sup>

Försäkringsgivaren försöker hantera informationsunderläget, genom att skaffa sig kunskap om sjukdomsrisker för såväl grupper inom befolkningen som för enskilda försäkringstagare och differentiera premierna efter riskerna. Utredningarna av de enskilda försäkringstagarnas risker innebär att försäkringsgivaren begär att få ta del av information som försäkringstagarna har. När en försäkring är tecknad och försäkringstagare begär ersättning kan försäkringsbolaget undvika kostnaderna om det går att påvisa att försäkringstagaren har undanhållit information och därmed inte har fullgjort sina förpliktelser. Hanteringen av informationsunderläget kräver stora resurser vilket framgår av en jämförelse mellan administrationskostnadernas andel av de totala kostnaderna i de privata amerikanska sjukförsäkringsbolagen och det offentliga Medicare som försäkrar alla pensionärer. Mot de privata bolagens 11 procent står Medicares 2 procent.<sup>13</sup>

Asymmetrisk information kan vidare skapa ransonering på kapitalmarknaden så att det inte blir möjligt för alla att låna pengar. Banken vet mindre om sannolikheten för att intresserade låntagare kommer att kunna betala tillbaka än vad de själva gör. Om räntan sätts för högt riskerar banken att i stor utsträckning attrahera riskabla låntagare. Den, för banken, mest lönsamma räntan kan då vara så låg att pengarna inte räcker till alla som vill låna.<sup>14</sup> Att i stället för avgiftsfri utbildning och studiemedel låta studenter lånefinansiera sina studier privat, med framtida inkomster som säkerhet, är därför inte ett likvärdigt alternativ. På det hela taget har de med lång utbildning högre inkomster än de med kort utbildning. Men varje student har betydligt större kunskap om sina förutsättningar och ambitioner än vad banken kan hoppas på att få. En förklaring till den sociala snedrekryteringen till högskolan skulle kunna vara att barn till akademiker har ännu bättre överblick över detta än andra.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Peter Gerlach, Informationsekonomi Varför är privat vård ofta dyrare än offentlig i Gerlach (2011)

<sup>12</sup> Hur stort detta problem är, är omtvistat. Jacobsson m.fl. (2005)

<sup>13</sup> Peter Gerlach, Informationsekonomi Varför är privat vård ofta dyrare än offentlig i Gerlach (2011)

<sup>14</sup> Stultz och Weiss (1981)

<sup>15</sup> År 2010 läste 36 procent av 20-24-åringarna med eftergymnasialt utbildade föräldrar på högskolan. Motsvarande tal för dem med gymnasialt utbildade föräldrar är 16 procent och för dem med förgymnasialt utbildade föräldrar är det 11 procent. Se SCB, Statistikdatabasen, Befolkningens studiedeltagande.



### 3.3 En del av arbetslinjen

Offentligt finansierade tjänster har visat sig vara ett kraftfullt medel att utjämna inkomstskillnader med. Effekten är särskilt stark i grupper med hög risk för fattigdom och i länder som i grunden har stora inkomstskillnader, vilket talar för att det i stor utsträckning handlar om att omfördela mellan olika individer.<sup>16</sup>

OECD (2011)<sup>17</sup> framhåller dessutom att offentliga tjänster kan ha indirekta fördelnings-effekter som inte framkommer i en enkel statistisk analys. Barnomsorg gör det t.ex. möjligt för alla föräldrar att förvärvsarbeta vilket ökar familjernas inkomster. Kvinnors arbetsutbud påverkas mer än mäns av tillgången till barnomsorg. Det visade sig när det blev obligatoriskt för svenska kommuner att erbjuda arbetslösa föräldrar barnomsorg. För kvinnor ökade sannolikheten att få arbete med 17 procent. För män hade reformen ingen sådan effekt.<sup>18</sup> Detta motiv för offentligfinansierad konsumtionen handlar samtidigt om ekonomisk rationalitet genom att det rör arbetsutbudet och ekonomisk specialisering. Omsorg görs till ett avlönat yrke och ökar framför allt det kvinnliga arbetsutbudet i andra sektorer.

### 3.4 Starkt stöd i befolkningen

Ett motiv för att finansiera tjänster såsom sjukvård, skola, barn- och äldreomsorg offentligt är slutligen att det, i Sverige, finns starkt väljarstöd för att göra så. Övervägande majoriteter av den vuxna befolkningen (här begränsad till åldrarna 18-79 år) ville år 2010 öka de skattefinansierade resurserna till sjuk- och hälsovården (66 procent), pensioner och äldreomsorg m.m. (70 procent) och skolan (60 procent). Andelarna som själva kan tänka sig att betala skatt om den går till dessa ändamål är ännu högre.<sup>19</sup>

Förtroendet för att den offentliga sektorn levererar tjänster av god kvalitet är dessutom förhållandevis högt. Inte mer än 10 procent anser att den offentliga sektorn endast i liten utsträckning klarar att svara för en god barnomsorg. Bara 20 respektive 25 procent tvivlar på samma sätt på att barn och ungdomar får en god skolutbildning och på att sjuka får den sjukvård de behöver. Misstron är större mot äldreomsorgen vilken så många som 46 procent tvivlar på.<sup>20</sup> I senare kapitel kommer det att framgå att tillgången på offentligfinansierad äldreomsorg har minskat.

---

<sup>16</sup> OECD (2011) kapitel 8.

<sup>17</sup> OECD (2011) kapitel 8.

<sup>18</sup> Vikman (2010)

<sup>19</sup> Svallfors (2011)

<sup>20</sup> Svallfors (2011)

## 4 Utjämning genom offentlig konsumtion

Den offentligt finansierade konsumtionen utgör en stor del av svenskarnas ekonomi. Ändå studeras inkomstfördelning oftast utan hänsyn tagen till den offentliga konsumtionen. Detta kapitel handlar om hur den offentliga konsumtionen påverkar inkomstfördelningen under ett visst år. Genom välfärdstjänsterna omfördelas betydande resurser både mellan olika individer och över enskilda individers liv. Omfördelningen under ett år består av båda dessa fenomen. Detta eftersom omfördelningen över enskilda individers liv genomförs genom att man använder omfattande välfärdstjänster särskilt som ung och gammal.

Kapitlet inleds med en kort beskrivning av olika inkomstbegrepp. Därefter följer en redogörelse för inkomstspridningens utveckling mätt utan den offentliga konsumtionen tillsammans med en beskrivning av hur inkomstspridning kan mätas.

Hur den offentliga konsumtionen påverkar inkomstfördelningen under ett visst år redovisas i avsnitt 4.3. Den individuella offentliga konsumtionens omfördelande styrka sätts där också i relation till hur det såg ut ett decennium tidigare och hur det ser ut i andra länder.

Jämförelsen med andra länder visar inte på något uppenbart samband mellan den offentliga konsumtionens omfördelande styrka och hur stora belopp som omfördelas. Att inget sådant samband syns skulle t.ex. kunna bero på att de länder som satsar mycket på offentlig konsumtion även har förhållandevis jämn inkomstfördelning utan detta utjämnande tillskott. Offentligfinansierad sjukvård blir mindre omfördelande i ett land där pensionärerna har inkomster nära genomsnittet än i ett land där pensionärerna har låga inkomster, allt annat lika.

Avsnitt 4.4 ger en inblick i varför den offentliga konsumtionen verkar så utjämnande under ett år. Där visas hur den individuella offentliga konsumtionen fördelas när befolkningen har rangordnats efter sina inkomster. Vidare visas kön- och åldersfördelningen i denna rangordning. Detta avsnitt beskriver också vad den individuella offentliga konsumtionen består av. En mer ingående beskrivning av de olika posterna finns i kapitel 5.

Givet inkomstfördelningen i landet ger en omfattande offentlig konsumtion större utrymme för omfördelning än en liten. Avsnitt 4.5 beskriver därför hur medlen som har funnits tillgängliga för offentlig konsumtion har förändrats över tiden.

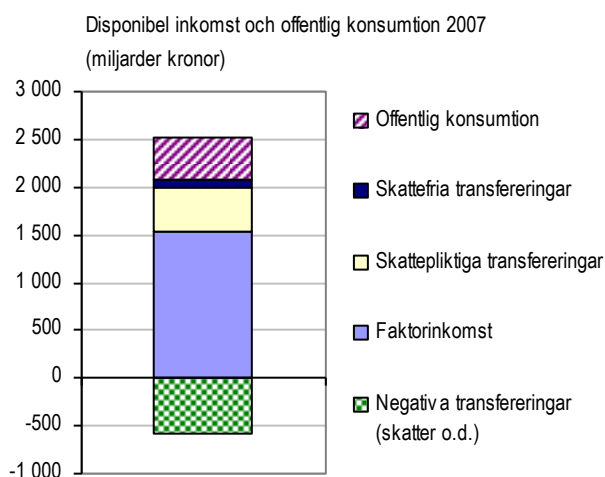
Hur stabil den individuella offentliga konsumtionen är kan inte bara mätas i absoluta termer eller mot BNP eftersom behoven varierar av demografiska skäl. I avsnitt 4.6 visas att antalet äldre, sedan en tid och under flera decennier framåt, ökar i förhållande till befolkningen i arbetsför ålder. Hur äldreomsorgen utvecklas lyfts därför fram i en särskild diskussion. Avsnittet avslutas med en blick på de offentliga finansernas långsiktiga hållbarhet, bl.a. med hänsyn tagen till demografin.

## 4.1 Disponibel inkomst och individuell offentligt finansierad konsumtion

Hushållens inkomster består av löner, kapitalinkomster och transfereringar. När man från inkomsterna har dragit skatterna har man den disponibla inkomsten. Lön och kapitalinkomster kallas också faktorinkomster eftersom de är ersättning till produktionsfaktorerna arbete och kapital. Transfereringarna kan delas upp i de skattefria såsom barnbidrag, bostadsbidrag, studiemedel och de skattepliktiga som innefattar inkomstförsäkringar såsom pensioner, sjukpenning och arbetslöshetsersättning. Om pengar överförs från ett hushåll till ett annat så är det också en skattefri transferering. Men förutom när det gäller underhållsstöd som föräldrar betalar för sina barn så saknas uppgifter om sådana transfereringar i statistiken.

Hushållens disponibla inkomster summerade år 2007 till 1 490 miljarder kronor. Faktorinkomsterna utgjorde 1 536 miljarder kronor, de skattepliktiga transfereringarna 458 miljarder kronor och de skattefria transfereringarna 79 miljarder kronor. De negativa transfereringarna (framför allt skatter, men också utbetalt underhållsstöd, återbetalning av studielån o.d.) minskade inkomsterna med 582 miljarder kronor.

Diagram 4.1



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Den disponibla inkomsten ger dock en ofullständig bild av hushållens resurser. De tillförs nämligen också resurser i form av offentligt finansierade varor och tjänster. Delar av den offentligt finansierade konsumtionen är individuell så till vida att den tydligt tillfaller enskilda individer. Det gäller t.ex. vård, utbildning och medicin. Andra offentligt finansierade varor och tjänster är inte lika tydligt knutna till individer. Det kan t.ex. gälla brandkåren som man uppskattar att den finns även om man aldrig behöver använda den. Enligt SCB:s nationalräkenskaper användes 583 miljarder kronor till individuell offentlig konsumtion år 2007.

Det huvudsakliga underlaget för fördelningsanalysen i denna rapport är SCB:s Fasit-modell, ett datamaterial med kostnaderna för den individuella, offentligt finansierade, konsumtionen långt nedbrutet på individer. Det senaste år som LO har tillgång till sådan data för är 2007. Enligt denna modell summerar den offentligt finansierade individuella konsumtion till 441 miljarder kronor för år 2007. Detta motsvarar 30 procent av de dis-

ponibla inkomsterna. Trots att det rör sig om så stora resurstillskott studeras inkomstfördelning oftast utan hänsyn tagen till denna del.

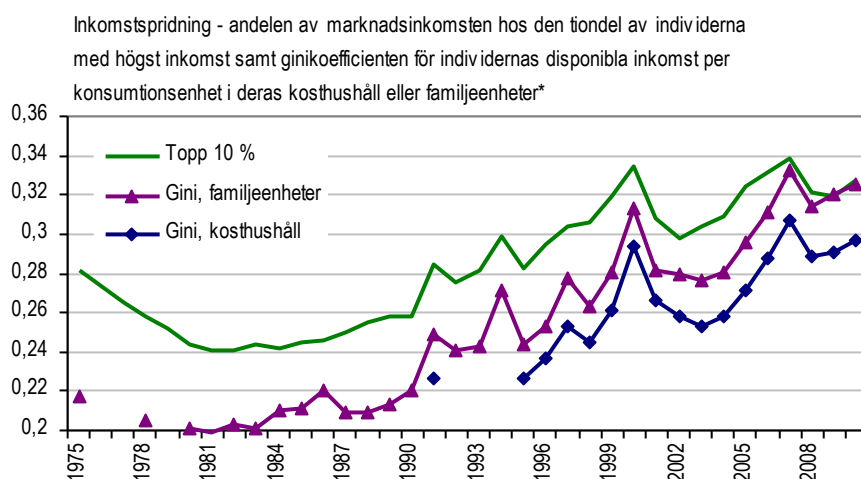
Skillnaden mellan Fasit och nationalräkenskaperna beror på att det i Fasit bara ingår kostnader som direkt går att knyta till enskilda individer, antingen genom att användarna finns registrerade vilket t.ex. gäller universitets- och högskolestudenter eller genom att totalkostnaden går att fördela på befolkningsgrupper på ett meningsfullt sätt vilket t.ex. gäller grundskolan. I nationalräkenskaperna finns därutöver kostnader som är svårare att knyta till individer såsom kultur- och fritidsverksamhet och dels är administrationskostnaderna på respektive område inkluderade. Dessutom är vissa individuella tjänster såsom psykiatrisk vård och socialt stöd till funktionshindrade inkluderade i nationalräkenskaperna, men inte i Fasit. I avsnitt 5.1 beskrivs ingående vilken offentlig konsumtion som är inkluderad i Fasit-modellen.

## 4.2 Inkomstspridningens utveckling

Inkomstskillnaderna har ökat påtagligt i Sverige sedan början av 1980-talet. Inte lika mycket är känt om inkomstspridningen före 1970-talet. En genomgång av befintliga källor, i Björklund och Jänti (2011), visar att den jämnaste inkomstfördelningen, i modern tid, hade vi just åren 1980-1981.<sup>21</sup> Inkomstspridningen mäts på flera olika sätt – inkomster i nedre och övre delen av fördelningen i förhållande till mitten, toppinkomsttagarnas andel av inkomstsumman, andelen fattiga och med ginikoefficienten (se nedan). Dessutom har flera inkomstbegrepp använts. Den offentliga konsumtionen är dock inte är medräknad i någon av inkomsterna.

Den nedersta kurvan i diagram 4.2 visar att spridningen i disponibel inkomst per konsumtionsenhet i kosthushållen, mätt med ginikoefficienten, har ökat med 0,065 mellan år 1991 och år 2009. Det är en stor ökning.

Diagram 4.2



Källa: SCB (HEK) (Ginikoefficienterna) och Roine och Waldenström (2010) (toppinkomsterna)

\* En familjeenhet omfattar en eller två vuxna som är gifta/sammanboende samt ev. barn under 18 år. Ett kosthushåll utgörs av alla personer som bor tillsammans och som har gemensam hushållning. Inneboende ingår inte i kosthushållet.

<sup>21</sup> Björklund, och Jänti (2011) s. 53

I diagrammet visas också hur stor del av de totala marknadsinkomsterna (löner, pensioner och kapitalinkomster) som tillfaller den tiondel av individerna med högst marknadsinkomster. Också mätt på detta sätt har skillnaderna ökat sedan början av 1980-talet.

I diagrammet används några begrepp som kan förtjäna en förklaring, nämligen disponibel inkomst per konsumtionsenhet, familjeenheter respektive kosthushåll samt ginkoefficient.

Den disponibla inkomsten är alla inkomster ett hushåll har att röra sig med sedan skatter är dragna. Den inkluderar således lön, kapitalinkomster, skattepliktiga transfereringar såsom pension och arbetslöshetsersättning samt skattefria transfereringar såsom barnbidrag och försörjningsstöd.

När man studerar de disponibla inkomsterna finns det ofta skäl att ta hänsyn till att hushållen är olika stora och därför har olika stor försörjningsbörda. När man justerar för försörjningsbörda delar man inte inkomsten på antalet individer, eftersom man i större hushåll kan dela på vissa saker, utan tilldelar hushållsmedlemmarna olika vikter (konsumtionsenheter) beroende på hur stort hushållet är och om de är vuxna eller barn. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet kallas också för *ekonomisk standard*.

Nu för tiden intresserar vi oss vanligen för den ekonomiska standarden i kosthushållen, det vill säga personer som bor tillsammans och har gemensam hushållning.<sup>22</sup> För tidigare perioder saknas hushållsstatistik som bygger på kosthushåll. I stället studerar man då statistik som bygger på familjeenheter, det vill säga ensamstående, gifta eller sammanboende vuxna och deras minderåriga barn. Personer som har fyllt 18 år räknas då som ensamstående vuxna även om de bor kvar hos föräldrarna.

Oavsett vilket hushållsbegrepp man väljer att använda så ligger det i sakens natur att hushåll är olika stora. Inkomstfördelningar med hushåll som bas ger därför större vikt åt personer som lever i mindre hushåll. För att ge alla individer samma vikt i fördelningen har det blivit allt vanligare att använda individer som bas för analysen och tilldela varje individ i hushållet hushållets ekonomiska standard. Det betyder att alla personer inom ett hushåll antas få del av inkomsterna på ett likvärdigt sätt.

Ginikoefficienten är ett sammanfattande och därför vanligt förekommande mått på inkomstspridning. Ginikoefficienten är 0 om alla har lika stor inkomst och 1 om all inkomst tillfaller en enda person, under förutsättning att all inkomst är positiv. Ett teoretiskt sätt att beskriva vad ginikoefficienten står för är att den anger hur stor del av inkomstsumman som behöver omfördelas för att fördelningen ska bli helt jämn.<sup>23</sup> Men det är inte i den bemärkelsen ginikoefficienten används utan snarare för att på ett sammanfattande vis berätta hur inkomstspridningen utvecklas eller hur den skiljer sig åt för olika slags inkomster.

Nästa fråga som ska besvaras är hur inkomstspridningen vid en given tidpunkt påverkas av den individuella, offentligt finansierade, konsumtionen.

---

<sup>22</sup> I denna rapport bygger ekonomisk standard på kosthushåll om inget annat anges.

<sup>23</sup> Bröms och Pettersson, (2003)

### 4.3 Den offentliga konsumtionen minskar inkomstspridningen

Vi kommer snart att se att den offentligt finansierade konsumtionen väsentligt minskar inkomstspridningen. Slutsatsen bygger på en jämförelse av fördelningen av två olika inkomstslag, ekonomisk standard med och utan individuell offentlig konsumtion tillagd.

Vi såg ovan att när individernas ekonomiska standard beräknas förutsätts det att hushållets disponibla inkomst fördelas så att alla hushållsmedlemmar lever under samma standard och hänsyn tas till att det finns stordriftsfördelar i större hushåll. När den ekonomiska standarden utökas med den offentligt finansierade konsumtionen delas värdet av hela hushållets offentligfinansierade konsumtion jämnt mellan alla medlemmar i hushållet. Därmed antas den offentliga konsumtionen svara mot verkliga individuella behov som, om de inte tillgodosågs med offentliga medel, skulle betalas av hushållet gemensamt. Metoden har exempelvis använts i fördelningspolitiska bilagor från Finansdepartementet.<sup>24</sup> Antagandet att hushållen tillmäter den offentligt finansierade konsumtionen ett lika stort värde som den kostar är dock en förenkling som används i brist på annan information.

Utöver att studera den aktuella fördelningen kommer vi också att se ett par exempel på hur den offentliga konsumtionen har påverkat inkomstspridningen tidigare år. En tillbakablick på tidigare perioders fördelning av ekonomisk standard och de förändringar som har skett ger ytterligare ett perspektiv på den offentliga konsumtionens omfördelande stryka. Det mått på inkomstspridning som används i denna jämförelse är i Ginikoefficienten.

År 2007 var ginikoefficienten för individernas ekonomiska standard 0,311.<sup>25</sup> I detta mått ingår inte den offentligt finansierade konsumtionen som individerna nyttjar, trots att värdet av den offentligt finansierade barnomsorgen, barn- och ungdomsutbildningen, utbildningen för vuxna, äldre tjänsterna, vården, medicinen, arbetsmarknadsåtgärderna och barn- och ungdomsvården uppgick till 441 miljarder kronor. Dessa värden fördelas i princip efter behov i befolkningen och kan därför förväntas utjämna skillnaderna. Men inte alla tjänster som det handlar om är gratis. Skolan är det, medan patientavgifterna i vården och egenavgifterna för läkemedel i många fall ligger på kännbara nivåer. När det gäller tandvård är endast omkring 40 procent offentligt finansierad.<sup>26</sup> (Avgifter räknas inte in i den offentliga utan den privata konsumtionen.) Det är därför troligt att även den offentligt finansierade konsumtionen i viss mån fördelas efter köpkraft. Sammantaget minskar ginikoefficienten för individernas ekonomiska standard till 0,269 när värdet av den individuella offentligt finansierade konsumtionen läggs till hushållens inkomster.<sup>27</sup>

Totalt sett verkar alltså den offentliga konsumtionen kraftigt utjämnande. Den minskning av ginikoefficienten med 0,042 som det rör sig om är stor. Detta framgår inte minst

---

<sup>24</sup> Prop. 1999/2000:1, bilaga 4. och Prop. 2001/02, bilaga 3.

<sup>25</sup> Uppgiften är framtagen ur SCB:s mikrosimuleringsmodell, Fasit. I analysen ingår hushåll som har funnits i samma konstellation hela året (förutom att barn kan ha fötts under året) och som ingår i SCB:s s.k. fördelningspopulation, vilket innebär att de vuxna inte bor i särskilt boende. Att värdet skiljer sig något från det som presenteras av SCB om hushållens ekonomi (HEK) kan dels bero på att transfereringar simuleras när de härrör från sjukdom, arbetslöshet m.m. under året i Fasit medan HEK-statistiken bygger på utbetalningar under året även när dessa avser föregående år. Dels kan det bero på att urvalet viktas lite olika i Fasit och HEK.

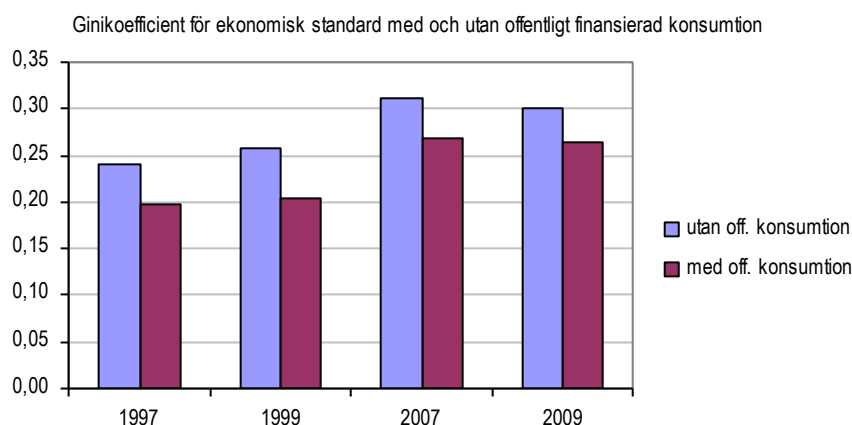
<sup>26</sup> Prop. 2011/12:1, Utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg, s. 38.

<sup>27</sup> Uppgiften är framtagen ur SCB:s mikrosimuleringsmodell, Fasit.

vid en jämförelse med ginikoefficientens utveckling över tiden. Mellan år 1967 och 1975 minskade ginikoefficienten för individernas ekonomiska standard<sup>28</sup> med ungefär 0,05.<sup>29</sup> Det betyder att den offentliga konsumtionen år 2007 är nästan lika utjämnande som en åttaårsperiod med kraftig löneutjämning.

Så ojämn som fördelningen av den ekonomiska standarden *utökad med offentlig konsumtion* var 2007 var fördelningen av ekonomiska standarden *exklusive* offentlig konsumtion i början av 2000-talet. Ett sätt att se på de ökade skillnaderna i ekonomisk standard under 2000-talet är alltså att de har ökat så mycket att det motsvarar den offentliga konsumtionens omfördelade styrka.

Diagram 4.3



Källor: Bilaga 4 i Prop. 1999/2000:1 (för 1997), Bilaga 3 i Prop. 2001/02: 100 (för 1999), SCB (Fasit) och egna beräkningar (för 2007) samt Andersson m.fl. (2012) (för 2009).

Den offentligt finansierade konsumtionen i Sverige var ungefär lika omfördelade år 1997 som tio år senare. År 1999 var den omfördelade styrkan något större. Den offentligt finansierade konsumtionen minskade då ginikoefficienten med 0,054 i stället för med 0,044 eller 0,042. Mellan år 2007 och år 2009 har det skett en viss minskning i den offentligt finansierade konsumtionens omfördelade styrka.<sup>30</sup>

OECD har gjort liknande beräkningar av den offentligt finansierade konsumtionens omfördelade styrka.<sup>31</sup> Enligt dessa beräkningar minskade den värdet av denna konsumtion ginikoefficienten med 0,056 i Sverige år 2007. Det betyder att den omfördelade styrkan (mätt som minskning av ginikoefficienten i absoluta tal) ligger något under

<sup>28</sup> Den ekonomiska standarden bygger här på familjeenheter och realiserade kapitalvinster ingår inte i den disponibla inkomsten.

<sup>29</sup> Björklund och Jänti (2011)

<sup>30</sup> Effekten överdrivs till viss del i diagrammet av skillnader i beräkningssätt. Andersson m.fl. (2012) har använt Fasit-modellens större s.k. star-urval. Om star-urvalet används för år 2007 blir ginikoefficienten för den ekonomiska standarden 0,314 och för den ekonomiska standarden utökad med offentlig konsumtion blir den 0,277. När dessa tal jämförs med dem för 2009 (0,300 respektive 0,265) blir minskningen i den offentliga standardens omfördelade styrka mindre än i diagrammet.

<sup>31</sup> OECD har tillskrivit individerna försäkringsvärdet av hälso- och sjukvård samt äldreomsorg i stället för värdet av den faktiska användningen. Det innebär att man antas värdesätta att ha tillgång till dessa tjänster oavsett om man använder dem eller ej, varför alla med lika dana karaktäristika avseende ålder, kön m.m. tillskrivs samma värde. Datan skiljer sig dessutom från de svenska data som annars används i denna rapport genom att andra vikter för konsumtionsenheterna har använts när den ekonomiska standarden beräknas.

genomsnittet på 0,059 för 27 undersökta OECD-länder.<sup>32</sup> Det är naturligtvis svårt att få perfekt jämförbarhet i data av detta slag. Det finns dock alla skäl att utgå ifrån att OECD har den mest jämförbara data som är möjlig att skapa. Så vitt vi kan se utjämnar alltså den offentligt finansierade konsumtionen i Sverige ungefär lika mycket som, eller lite mindre än, i andra länder.

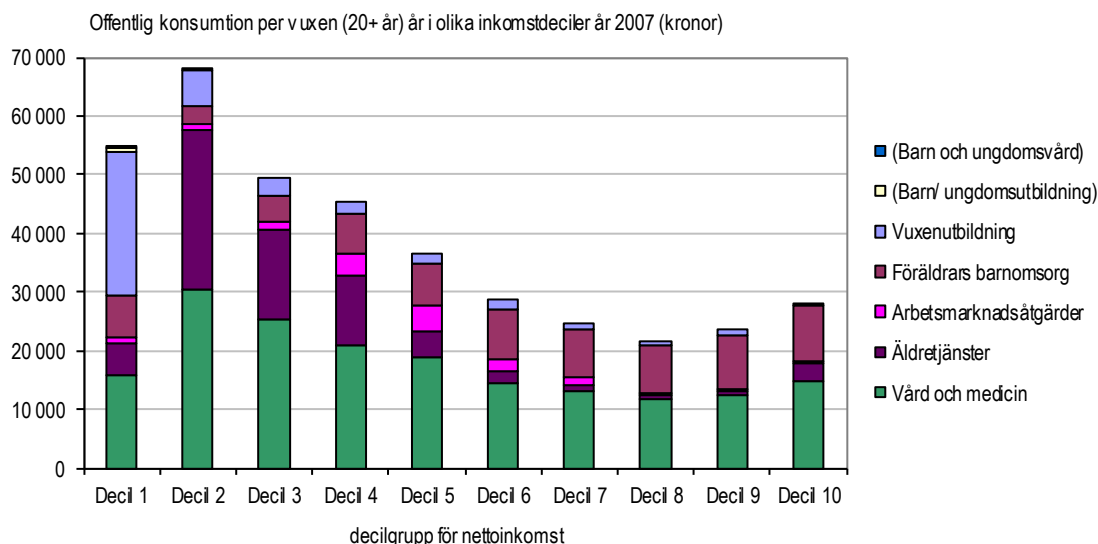
Välfärdssystemen är uppbyggda på olika sätt i olika länder, både avseende den offentligfinansierade konsumtionen och avseende transfereringssystem. När det gäller den ekonomiska standarden, som inkluderar transfereringar såsom pension och sjukpenning, men inte offentlig konsumtion, är den näst jämnast fördelad i Sverige, tätt följt efter Slovenien. När den offentligfinansierade konsumtionen analyseras som den sista posten i inkomstfördelningen ska man därför ha i åtanke att det för Sveriges del sker med utgångspunkt i en jämförelsevis jämn inkomstfördelning.

När den ekonomiska standarden utökas med individuell offentlig konsumtion är Sverige det land som har mest jämn inkomstfördelning, av de 27 länder som ingår i jämförelsen. Hur stora belopp som omfördelas varierar. Störst är den offentligt finansierade konsumtionen i Sverige, i förhållande till de disponibla inkomsterna. Den omfördelande styrkan varierar, utan något uppenbart samband med hur stora belopp som omfördelas.

#### 4.4 Offentligt finansierad konsumtion i olika inkomstskikt

För att ge en inblick i varför den offentligt finansierade konsumtionen verkar så utjämnande under ett år redovisas i diagram 4.4 olika slags offentlig konsumtion fördelat över inkomstskikten år 2007. Endast vuxna ingår i denna fördelning. Individerna är rangordnade efter sina nettoinkomster och därefter indelade i tio lika stora grupper (decilgrupper). Nettoinkomsten är den inkomst individen har att förfoga över förutom eventuella skattefria transfereringar, vilka till stor del betalas ut med hänsyn tagen till familjens samlade inkomster och behov.<sup>33</sup>

Diagram 4.4



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

<sup>32</sup> OECD (2011), avsnitt 8.3

<sup>33</sup> Den är beräknad som bruttoinkomsten minskat med de skatter som är hänförliga till bruttoinkomsten.

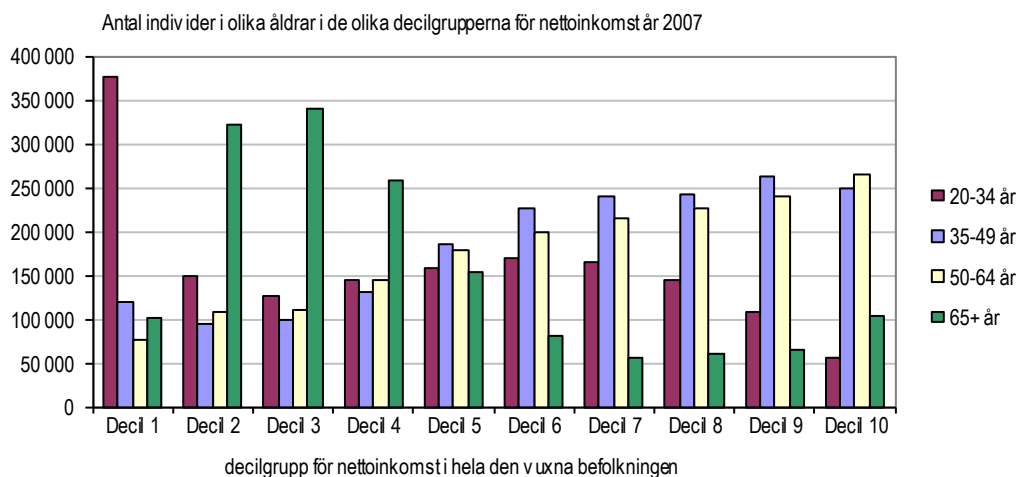


Det är tydligt att den nedre halvan av inkomstfördelningen använder mer offentligfinansierad konsumtion än den övre halvan. Störst är den offentliga konsumtionen i gruppen med näst lägst inkomster (decilgrupp 2) där den är nästan 68 tusen kronor. Minst är den offentliga konsumtionen i decilgrupp 8, även om den är förhållandevis jämn, 20-30 tusen kronor per person och år, i den övre halvan av inkomstfördelningen. Värdet av den offentligt finansierade konsumtionen anges normalt netto, det vill säga exklusive eventuella avgifter som användaren betalar.

Det som är mest utmärkande i decilgrupp 2 är att man där konsumerar mycket offentligt finansierade äldretjänster, 27 300 kronor per person och år att jämföra med genomsnittet i hela den vuxna befolkningen som är 7 200 kronor. I decilgrupp 2 konsumeras också mycket offentligt finansierad vård och medicin, närmare bestämt för 30 500 kronor per person och år. Men det är inte lika avvikande eftersom skillnaderna mellan decilgrupperna är mindre här. Genomsnittet i hela befolkningen är 17 900 kronor per person och år. När det gäller offentligt finansierad barnomsorg, som betraktas som föräldrarnas konsumtion, används mindre än genomsnittet i decilgrupp 2. Sammantaget tyder konsumtionsmönstren på att det företrädesvis är äldre människor som befinner sig i den näst lägsta inkomstgruppen.

I decilgrupp 3 används mindre offentligt finansierad konsumtion än i grupperna med lägre inkomster. Men jämfört med högre inkomstdeciler används mycket offentligt finansierad konsumtion och profilen liknar den i decilgrupp 2 med mycket äldretjänster, vård och medicin och lite barnomsorg. I den lägsta decilgruppen är profilen en annan. Den offentligt finansierade konsumtionen är stor, men här är det företrädesvis vuxenutbildning som konsumeras, till en kostnad på 24 300 kronor per person och år. Det tyder på att det finns många unga i den gruppen.<sup>34</sup>

Diagram 4.5



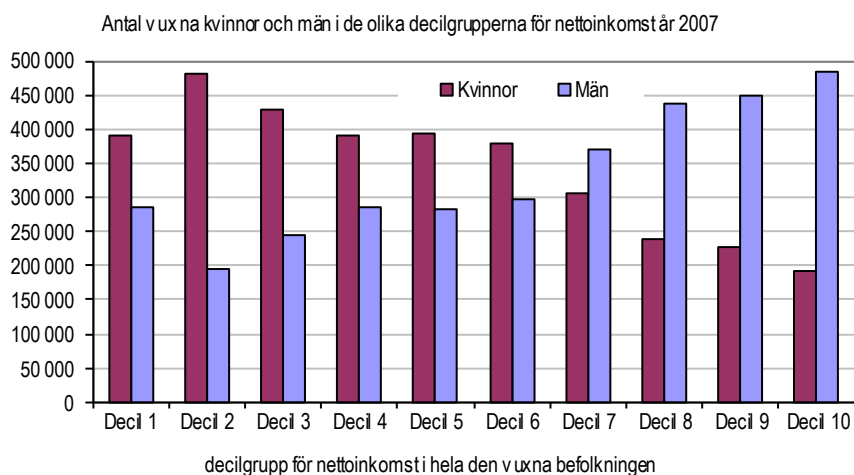
Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

<sup>34</sup> Utgifter för barn- eller ungdomsutbildning och barn- och ungdomsvård är så sällsynta bland de vuxna att uppgifterna om hur de sprider sig över befolkningen inte blir tillförlitliga. Det beror på att källan är en (visserligen stor) urvalsundersökning. I SCB:s mikrosimuleringsmodell, Fasit, ingår 38 000 individer år 2007, varav 28 869 är 20 år eller äldre och 27 682 fanns i landet hela året utan att bo i särskilt boende. Uppgifterna redovisas ändå i diagrammet därför att summan för den totala offentliga konsumtionen därmed bättre stämmer överens med verkligheten än om de utelämnas. På samma sätt är uppgifterna om arbetsmarknadsåtgärder otillförlitliga i decilgrupp 2 och i de tre högsta decilgrupperna därför att de rör få individer.

Diagram 4.5 visar, precis som vi har anat, att decilgrupp 1 till stor del (56 procent) består av yngre personer, i åldrarna 20-34 år. Decilgrupperna 2 och 3 består, som väntat, till stor del av äldre. 48 respektive 50 procent i dessa grupper har fyllt 65 år. Även i decilgrupp 4 finns många äldre (38 procent). Antalet personer i åldrarna 50-64 år blir större allt högre upp i inkomstgrupperna. Samma sak gäller åldrarna 35-49 år med några enstaka undantag.

Det finns fler kvinnor i den nedre halvan av inkomstfördelningen och fler män i den övre halvan. 61 procent av alla kvinnor befinner sig i den nedre halvan av fördelningen av nettoinkomster för alla vuxna. För männen gäller det motsatta. 61 procent befinner sig i den övre halvan av inkomstfördelningen. Överrepresentationen av män är störst i decilgrupp 10 där 14,5 procent av männen men bara 5,6 procent av kvinnorna befinner sig. För kvinnorna är överrepresentationen störst i decilgrupp 2, där 14,0 procent av kvinnorna men bara 5,9 procent av männen befinner sig.

Diagram 4.6



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Analysen har här avgränsats till individer som fanns i landet hela året utan att bo i särskilt boende, vilket är vanligt att göra när fördelningen av inkomster och ekonomisk standard studeras. Till särskilt boende räknas äldreomsorg där vård och omsorg ges hela dygnet. Denna avgränsning är inte helt ändamålsenlig när det gäller offentligt finansierad konsumtion eftersom en grupp storkonsumenter, de som använder omfattande äldreomsorg, exkluderas. Däremot är det en fördel att exkludera de som har avlidit, in- eller utvandrat under året eftersom de annars på ett missvisande sätt skulle ingå i grupperna med små inkomster och liten offentligt finansierad konsumtion.

Denna avgränsning ändrar inte bilden av hur befolkningen fördelas över decilerna på något avgörande sätt. I hela den vuxna befolkningen befinner sig 60 procent av männen i den övre halvan av inkomstfördelningen och 60 procent av kvinnorna i den nedre. Decilgrupp 1 består fortfarande till övervägande del av yngre personer och decilgrupperna 2 och 3 består till stor del av äldre. Genomsnittskostnaden för äldretjänster ökar dock med 47 procent, när hela den vuxna befolkningen inkluderas, vilket ger en något annorlunda kostnadsbild. Särskilt tydlig är ökningen i decilgrupp 3 där den var hög redan i den avgränsade befolkningen. Kostnaden för äldretjänster är fortfarande högst i decilgrupp 2. Andelen unga blir dock något högre i decilgrupp 2 och kostnaden för utbildning av vuxna ökar i den decilgruppen.

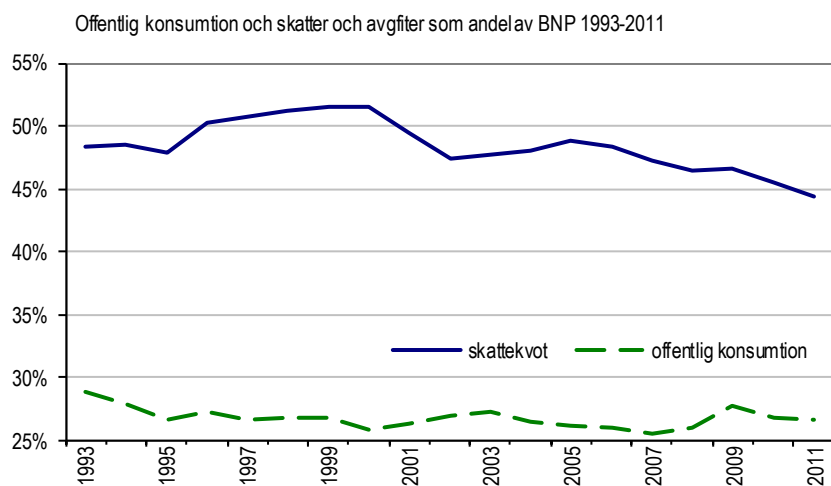
I kapitel 5, som handlar om fördelningen av den offentligt finansierade konsumtionen på ålder och kön, är hela befolkningen, även de i särskilt boende och de som inte har befunnit sig i landet hela året, inkluderad.

#### 4.5 Hur stora resurser handlar det om?

Hur starkt omfördelande den offentligt finansierade konsumtionen kan bli beror dels på hur den sprids i befolkningen och dels på hur stora summor det rör sig om i förhållande till andra inkomster. Detta avsnitt handlar om hur medlen som har funnits tillgängliga för offentlig konsumtion har förändrats över tiden. Redogörelsen täcker större delen av 1990-talet, men för tiden dessförinnan finns inte jämförbar data. I något fall finns det enbart data från 2000-talet.

Skatteintäkterna är betydligt lägre i relation till den totala produktionen i landet, BNP, än vad de var under 1990-talet. Sedan 1993 har skattekvoten minskat med 3,9 procentenheter. När den var som högst åren 1999 och 2000 motsvarade den 51,5 procent av BNP vilket kan jämföras med 44,4 procent av BNP år 2011.

Diagram 4.7



Källa: Konjunkturinstitutet, SCB (Nationalräkenskaperna) och egna beräkningar

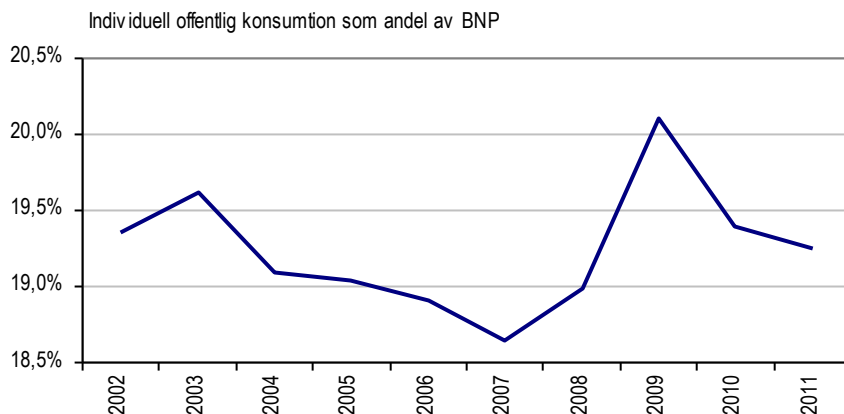
Den offentliga konsumtionen har inte minskat lika mycket. I relation till BNP har den minskat med 2,3 procentenheter mellan åren 1993 och 2011. År 2011 motsvarade den offentliga konsumtionen 26,6 procent av BNP vilket bara är ett par tiondels procent lägre än år 1999.

De offentliga budgeterna var nästan i balans både år 1999 och år 2011. Överskotten var bara 17 respektive 5 miljarder. Alltså måste andra utgifter än den offentliga konsumtionen ha minskat väsentligt i relation till BNP. Transfereringarna har minskat med vad som motsvarar 3,6 procentenheter och ränteutgifterna med motsvarande 2,8 procentenheter. Sett över en lite längre period, från 1993, har transfereringarna minskat med hela 14 procentenheter och ränteutgifterna med 3,3 procentenheter.

När det gäller den individuella offentliga konsumtionen, alltså sådant som används personligt av individer, såsom utbildning eller sjukvård, finns bara heltäckande uppgifter fr.o.m. år 2002. Vi ser att den individuella offentliga konsumtionen har legat runt vad

som motsvarar 19 procent av BNP under perioden 2002-2011, men med ett tydligt undantag år 2009, då den ökade till motsvarande 20,1 procent av BNP. Uppgången motsvarar vad som krävdes för att upprätthålla nivån i förhållande till värdet föregående år. Under finanskrisen år 2009 föll nämligen BNP med 5 procent i fasta priser.<sup>35</sup>

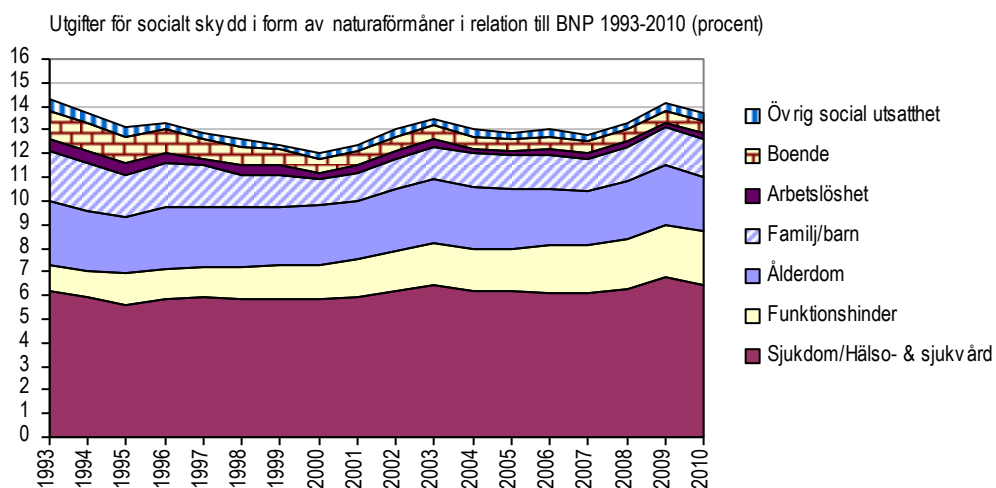
Diagram 4.8



Källa: SCB (Nationalräkenskaperna) och egna beräkningar

För flera poster i den individuella offentliga konsumtionen finns uppgifter för perioden 1993-2010. I detta material saknas dock framför allt utbildning. Vi ser att utgifterna i stort sett minskade i relation till BNP mellan år 1993 och år 2000 för att sedan i stort sett öka till år 2010. År 1993 motsvarade dessa utgifter 14,3 procent av BNP, år 2000 motsvarade de 12,0 procent och år 2010 motsvarade de 13,7 procent.

Diagram 4.9



Källa: SCB (ESSPROS)

Uppgången som vi ser år 2009 beror framför allt på att den offentligt finansierade konsumtionen av hälso- och sjukvård ökade med vad som motsvarar en halv procentenhet av BNP till 6,8 procent mellan år 2008 och 2009 för att sedan falla till 6,4 procent år 2010. En betydande del av de ökade hälso- och sjukvårdsutgifterna i förhållande till BNP användes endast till att upprätthålla nivån på utgifterna i förhållande till värdet år 2008 när BNP minskade år 2009.

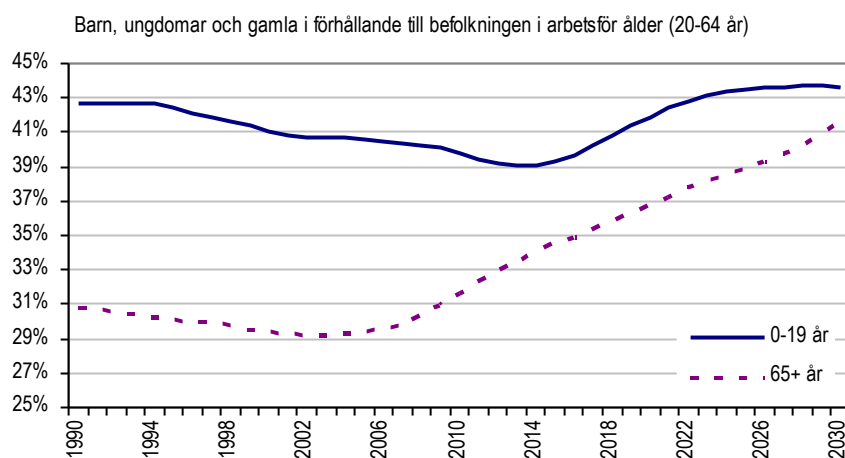
<sup>35</sup> Konjunkturinstitutet och egna beräkningar.

Vi ser alltså att den individuella offentliga konsumtionen (exklusive utbildning) har varit jämförelsevis stabil i förhållande till den totala produktionen i landet sedan 1990-talet. Skattekvoten har i stället sänkts genom att framför allt transfereringarna har minskat.

## 4.6 Demografin påverkar behoven

Hur stabil den individuella offentliga konsumtionen är ska inte bara mätas mot BNP (eller i fasta priser). Behoven kan variera av demografiska skäl. Det är i framför allt befolkningen i vad som kan kallas arbetsför ålder, 20-64 år, som skapar BNP. Samtidigt använder barn, ungdomar och gamla offentligfinansierade tjänster i större utsträckning än andra, vilket kommer att bli tydligt i nästa kapitel. Under 1990-talet minskade både antalet barn och ungdomar och antalet gamla med ungefär en och en halv procentenhet vardera i förhållande till befolkningen i arbetsför ålder. Därigenom frigjordes utrymme för sparande, offentlig konsumtion eller skattesänkningar. Under 2000-talet har antalet barn och ungdomar fortsatt att minska i förhållande till befolkningen i arbetsför ålder. Antalet personer som är 65 år eller äldre har däremot ökat med 3 procentenheter i förhållande till antalet 20-64-åringar. Det ger ett grovt mått på att behovet av äldreomsorg och andra tjänster som äldre använder mycket av, har ökat. Huruvida tillgången till äldreomsorg har förändrats i takt med att behoven ändras de senaste decennierna är det svårt att bilda sig en uppfattning om. De uppgifter som finns ger inte en entydig bild.

Diagram 4.10



Källa: SCB och egna beräkningar

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har räknat ut att kommunernas kostnader för äldre, i fasta priser, ökade med 8 procent mellan år 2000 och 2010 samtidigt uppskattas de rent demografiskt beräknade behoven ha ökat med 13 procent.<sup>36</sup> Kommunernas äldreomsorg och andra tjänster till äldre har alltså inte byggts ut i takt med att antalet äldre har ökat i början av 2000-talet.

I en längre tillbakablick, på perioden 1980-2005, visar Börjesson (2005) att kostnaderna för äldreomsorgen har ökat mer än vad som förklaras av demografin. Paradoxalt nog minskade andelen av de äldre som fick äldreomsorg påtagligt under perioden i samtliga åldersgrupper äldre än 65 år och bland både män och kvinnor. Det innebär att kostna-

<sup>36</sup> Sveriges Kommuner och Landsting (2012a)

derna per omsorgstagare ökade. Detta förklaras av att äldre med omfattande hjälpbehov fick betydligt större insatser i början av 2000-talet än tidigare. Samtidigt kom äldre med lättare funktionsnedsättning inte längre lika lätt i fråga för hjälp. Detta minskade, tillsammans med förbättringar i äldres funktionsförmåga och hälsa, andelen omsorgstagare. Börjesson gör bedömningen att äldreomsorgen sannolikt var överdimensionerad i vissa avseenden i början av 1980-talet.

En liknande bild ges av Lagergren (2013). Han visar att andelen med insatser från äldreomsorgen har ökat för dem med svår ohälsa men minskat för dem med lätt eller måttlig ohälsa under perioden 1985-2010.<sup>37</sup> Kostnaden per vårdtagare ökade samtidigt med 22 procent (i standardiserade priser). Äldreomsorgen möter därmed behoven hos dem med svår ohälsa bättre än för 25 år sedan, trots att insatserna inte har ökat i takt med befolkningsutvecklingen. Per person i den äldre befolkningen har kostnaderna minskat med omkring 10 procent under perioden (även det i standardiserade priser). Nedskärningarna har drabbat dem med lätt eller måttlig ohälsa. Kostnaderna för ensamstående är avsevärt högre än kostnaderna för dem som är gifta, vilket tyder på att den omsorg som ges av anhöriga har ett stort värde.

Enligt Szebehely (2005) kan den minskade andelen av dem som är 80 år och äldre som fick offentlig äldreomsorg i hemmet eller i särskilda boendeformer perioden 1980-2005 inte förklaras av förbättrad hälsa i denna åldersgrupp. Hon observerar att anhörigas omsorgsinsatser ökade under samma period. Mer om detta i avsnitt 5.2.

En undersökning av utvecklingen under senare år visar att kommunerna drog ner det särskilda boendet kraftigt åren 2002-2009. Antalet beviljade hemtjänsttimmar ökade inte i samband med denna neddragning. De som fick hemtjänst fick ungefär lika många timmar per person år 2009 som år 2002. Personalvolymen i kommunernas vård och omsorg minskade mellan år 2002 och år 2009 i förhållande till den demografiska utvecklingen. Andelen personer i åldrarna 80 år och äldre som behöver hjälp med personlig omvårdnad och service har varit oförändrad sedan mitten av 1990-talet. Resurstillgången i kommunernas vård och omsorg om äldre har, enligt Socialstyrelsen, begränsats så att äldres säkerhet och trygghet inte alltid kan tillgodoses.<sup>38</sup>

Oavsett hur dagens äldreomsorg står sig mot gårdagens finns det oroande uppgifter om att verksamheten idag inte alltid lever upp till förväntningarna. Det finns enligt Socialstyrelsen nu starka skäl att ifrågasätta om alla äldre får den vård och omsorg de behöver för att få en skälig levnadsnivå.<sup>39</sup> Socialstyrelsens tillsyn har visat att sex av tio inspekterade demensboenden inte hade tillräckligt med personal för att tillgodose de äldres trygghet och säkerhet nattetid. Omsorgen är ofta anpassad efter bemanningen i stället för efter de äldres behov och dygnsrytm. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som förtydligar kraven på att det i äldreomsorgen ständigt ska finnas personal som kan ge nödvändig hjälp och att socialnämnderna måste fatta tydliga beslut om vilken omsorg

---

<sup>37</sup> Eftersom det saknas statistik för äldreomsorgsinsatser per grad av ohälsa på riksnivå har Lagergren skattat detta samband med hjälp av lokala undersökningar. Resultaten bygger på att ungefär samma prioriteringar mellan gifta/ogifta och olika ohälsogrupper har gjorts i riket som helhet som i de undersökta kommunerna. Metodens tillförlitlighet har kontrollerats genom att ett alternativt lokalt material har använts för år 2010.

<sup>38</sup> Socialstyrelsen (2011)

<sup>39</sup> Socialstyrelsen (2011)

varje person i boendet ska få. Föreskrifterna ska börja gälla den 1 januari 2014 men enligt Socialstyrelsen motsätter sig SKL detta.<sup>40</sup>

Antalet personer som är 65 år eller äldre beräknas öka från vad som motsvarar 32 procent av befolkningen i arbetsför ålder år 2011 till 42 procent år 2031 och antalet barn och unga ökar från motsvarande 39 procent till 44 procent under samma period. De demografiska förändringarna innebär därför att behovet av välfärdstjänster ökar.

Vilka krav dessa förändringar ställer på de offentliga finanserna låter sig inte räknas ut i någon enkel kalkyl. Å ena sidan ökar produktiviteten med tiden så att varje arbetad timme möjliggör mer konsumtion än tidigare. Å andra sidan blir tjänster successivt dyrare jämfört med varor eftersom produktiviteten ökar snabbare i varuproduktionen än i tjänsteproduktionen.<sup>41</sup>

Totalt sett har de demografiska förändringarna motsvarat 0,5 procentens högre kostnader om året, för kommunerna, under 2000-talet. Från och med år 2015 ökar behoven med drygt en procent om året av demografiska skäl.<sup>42</sup>

Konjunkturinstitutet (KI) finner att de offentliga finanserna med god marginal är långsiktigt hållbara. De har då räknat med oförändrad standard i offentligt tillhandahållna tjänster i bemärkelsen oförändrad personaltäthet. Beräkningarna bygger också på oförändrade implicita skattesatser, ett arbetsutbud som på lång sikt är konstant inom olika grupper av befolkningen samt en konstant ersättningsgrad i samtliga transfereringssystem. De offentliga utgifterna har dock tidigare ökat med i genomsnitt 0,7 procentenheter per år utöver det demografiskt betingade behovet och KI bedömer inte att det är sannolikt att standarden förblir oförändrad framöver. Även om den offentliga konsumtionen ökar med 0,7 procentenheter utöver den demografiskt betingade förändringen är de offentliga finanserna långsiktigt hållbara enligt KI.<sup>43 44</sup>

KI uttrycker dock en viss skepsis mot att förlita sig allt för mycket på dessa beräkningar av de offentliga finansernas långsiktiga hållbarhet. Den intertemporala budgetrestriktionen som beräkningarna bygger på beräknas, teoretiskt sett, på oändlig sikt och i praktiken fram till år 2060. Den är varken förknippad med någon restriktion för hur skulden utvecklas i ett kortare perspektiv eller den långsiktiga nivån på skulden. Med oförändrad standard i de offentliga tjänsterna visar sig dock det primära offentliga sparandet (sparande exklusive kapitalinkomster och kapitalutgifter) vara positivt redan i början av perioden för att sedan öka, vilket visar de offentliga finansernas styrka. Med en 0,7 procentenheters ökning av den offentliga konsumtionen är det primära sparandet däremot negativt till omkring år 2040.<sup>45</sup> Långa perioder av lån eller sparande riskerar att

---

<sup>40</sup> Holm och Fritzson (2013).

<sup>41</sup> Andersson m.fl. (2004)

<sup>42</sup> Sveriges Kommuner och Landsting (2012b),

<sup>43</sup> Konjunkturinstitutet (2012)

<sup>44</sup> I Konjunkturinstitutet (2013) dras i allt väsentligt samma slutsatser. Där är utgångspunkten dock att de offentliga finanserna är långsiktigt hållbara om skatterna sänks med motsvarande 1,1 procent av BNP i stället för att den offentliga konsumtionen ökar något mer än vad som motiveras av demografin. Skattesänkningen på 1,1 procent av BNP försvagar inte den offentliga sektorns primära sparande med mer än 0,7 procent av BNP eftersom den också påverkar hushållens nettotillgångar och därmed skattebasen för kapitalskatten.

<sup>45</sup> Konjunkturinstitutet (2012)

resa tvivel om välfärdssystemens långsiktiga stabilitet oavsett om det är befogat eller inte med hänsyn till den intertemporala budgetrestriktionen.



## 5 Fördelning av den offentliga konsumtionen

Kapitel 5 beskriver när i livet vi använder den individuella offentliga konsumtionen. Likaså redovisas bidragen till finansieringen i olika åldrar. Två av kapitlets fyra avsnitt behandlar skillnader mellan kvinnor och män i dessa avseenden. Kapitlet innehåller också en mer ingående beskrivning av vad som ingår i den individuella offentliga konsumtionen.

Både sjukvård och äldretjänster är tydliga exempel på att offentlig sektor omfördelar resurser över livet – man använder dessa tjänster intensivt när man behöver dem och behöver inte spara för att kunna betala för det då. Den ojämna användningen under ett år visar att den offentliga finansieringen inte bara omfördelar över livet utan också ger ett försäkringsskydd. Eftersom premien i de offentliga försäkringarna (skatterna) inte återspeglar riskerna innebär dessa tjänster också en omfördelning mellan individer.<sup>46</sup>

Användning av vuxenutbildning (högskola, Komvux, SFI m.m.) är ojämnt fördelad både inom och mellan åldersgrupper. Det finns fler studenter i yngre åldrar än i äldre. I grund- och gymnasieskolan är kostnaderna höga och förhållandevis jämna. Barnomsorg används mest intensivt av föräldrar i 30-39-årsåldern.

Användningen av offentlig konsumtion är jämnare spridd över åldrarna än skattebetalningarna. Mest skatt betalar man i de åldrar då inkomsterna är som störst, i medelåldern. De stora belopp som det rör sig om och den stora variationen i användningen över livet visar att människor behöver lång framförhållning för att ställa om sin ekonomi ifall förutsättningarna ändras. Eftersom vi betalar för den offentligt finansierade konsumtionen under andra perioder än då vi använder den är det, om förutsättningarna ska ändras, också viktigt att beakta vilken generation som skulle vinna och vilken som skulle förlora.

Kvinnor använder mer offentligt finansierad konsumtion än män. I kronor räknat är skillnaden störst när det gäller äldretjänster. I avsnitt 5.2 framkommer att en viktig förklaring till det är att kvinnor oftare lever ensamma och inte kan få hjälp av en make.

Skillnaderna i kvinnors och mäns skattebetalningar visar sig vara mycket större än skillnaderna i användning av offentligt finansierad konsumtion. Det beror på att kvinnor arbetar mindre och har lägre lön. En möjlig slutsats är att män som grupp betalar fullt ut för sin offentliga konsumtion, men inte kvinnor som grupp. Men det visar sig också att kvinnors och mäns obetalda arbete bör inkluderas för att bilden ska bli komplett. Kvinnor tar större ansvar för barn och det är vanligare att kvinnor arbetar deltid eller inte arbetar alls p.g.a. omsorg om andra anhöriga. Kapitlet reser därför frågan om hur stor roll det obetalda arbetet ska spela i välfärdssystemet.

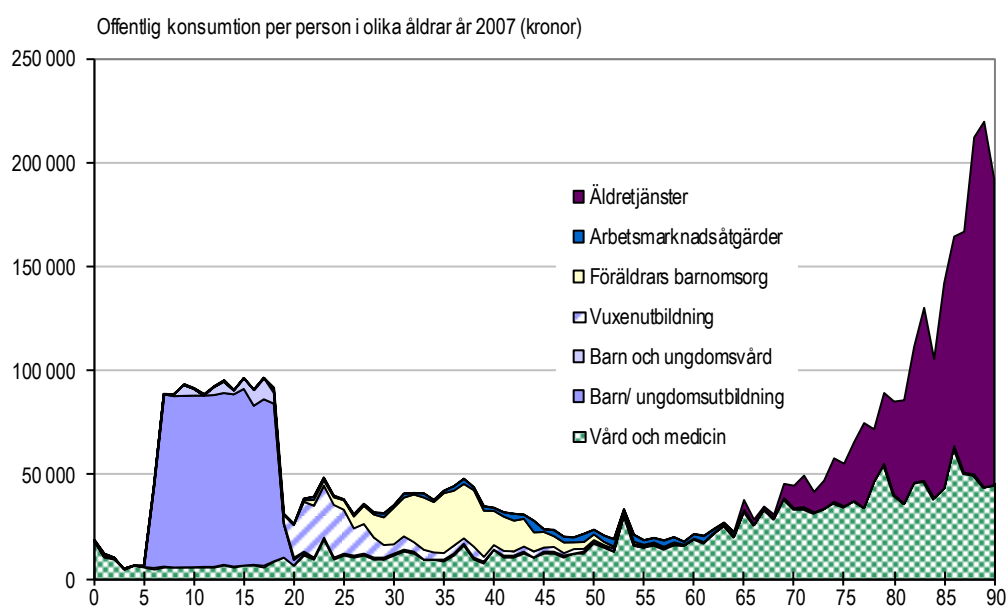
---

<sup>46</sup> Att utfallet visar att den offentliga konsumtionen fungerar som en försäkring ska inte förväxlas med att den utgör en i förväg väldefinierad försäkring. Tvärtom är rättigheterna svagare än många föreställer sig. Vård ges t.ex. i mån av ekonomiska resurser. Se Andersson (2012), kapitel 2.

## 5.1 Åldersmönster

Diagram 5.1 visar den offentligt finansierade konsumtionen per person i olika åldrar år 2007.<sup>47</sup> Den största posten, på 154 miljarder kronor, är vård och medicin, det vill säga tandläkarvård, slutenvård, öppenvård/primärvård och läkemedel.<sup>48</sup> Kostnaderna för vård och medicin visar i stort sett en uppåtgående trend d.v.s. att äldre använder mer vårdtjänster och subventionerad medicin än yngre. Exempelvis är kostnaderna för vård och medicin bland 30-34-åringar i genomsnitt 11 200 kronor om året, medan de bland 70-74-åringar är 33 900 kronor. Bland barn är kostnaderna för vård och medicin högst de allra första åren i livet. Från 3 till 18 års ålder ligger de klart under 10 000 per person och år.

Diagram 5.1



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Att vård och medicin i stor utsträckning används i spädbarnsåren och sent i livet betyder att en del av våra resurser flyttas över våra liv, via den offentliga finansieringen. Alla i en viss ålder använder inte lika mycket.

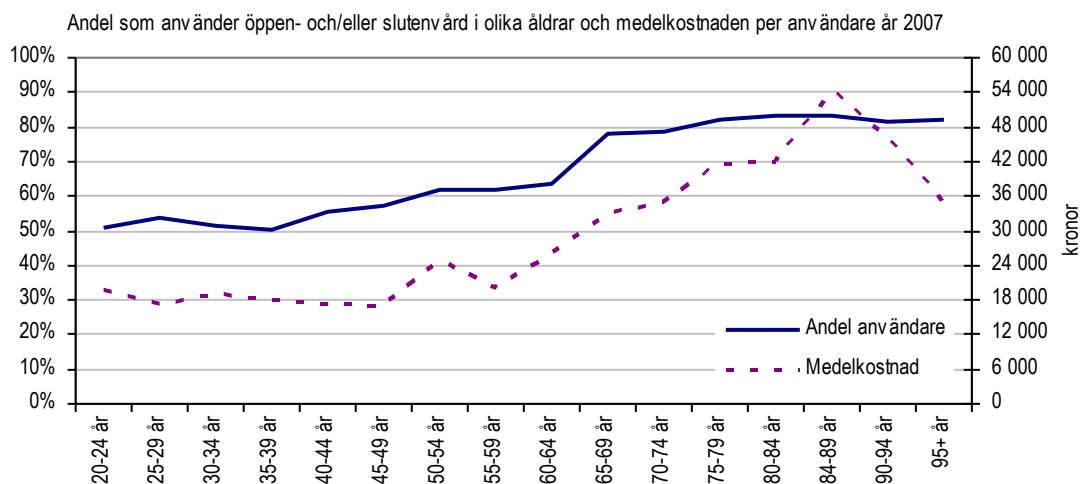
När det gäller öppen- eller slutenvård visar diagram 5.2 att bara lite drygt hälften av de vuxna i åldrarna mellan 20 och 50 år använder sådan under ett enskilt år. I åldrarna över 65 gör omkring 80 procent det. Medelkostnaden per användare är omkring 18 000 kronor i åldrarna under 50 år och blir i högre åldrar betydligt större. (Öppen- och slutenvården står för 83 procent av kostnaderna för vård och medicin.) Den ojämna användningen av vård under ett år, särskilt i yngre åldrar, visar att den offentliga finansieringen

<sup>47</sup> I analysen i detta kapitel ingår hela befolkningen, alltså även individer som inte har funnits i landet hela året eller som bor i särskilt boende. Detta framför allt för att inkludera barn som föds under året och för att inkludera all äldreomsorg. När hela befolkningen inkluderas ska totalsummorna motsvara vad som faktiskt har använts under året. Fördelningen av offentlig konsumtion skapas i Fasit-modellen vanligen genom att genomsnittskostnaderna i så små delgrupper av befolkningen som möjligt läggs på individerna. På så sätt kan modellen användas till fördelningsanalys och simuleringar, men när totalsummorna återskapas blir de inte alltid exakt lika stora som i den officiella statistiken.

<sup>48</sup> I den officiella statistiken summerar dessa poster till 150 miljarder kronor.

inte bara omfördelar över livet utan också ger ett försäkringsskydd. Att allomfattande försäkringar har särskilda förutsättningar att bli effektiva visades i kapitel 3.

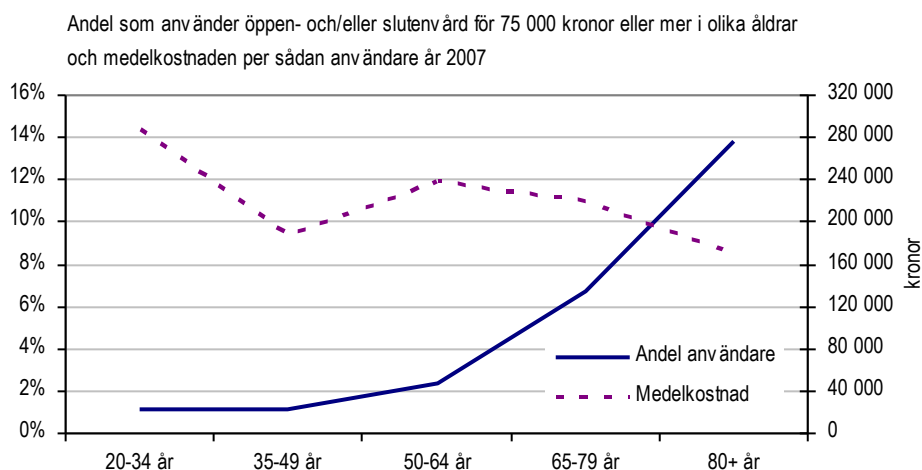
Diagram 5.2



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Diagram 5.3 ger ytterligare en illustration av försäkringsinslaget i sjukvården. Det visar att det i åldrarna yngre än 50 år är ytterst få, 1-2 procent, som använder offentligt finansierad öppen- eller slutenvård som kostar 75 000 kronor eller mer under ett år. I den lilla skara 20-34-åringar som gör det är medelkostnaden dock så hög som 288 000 kronor. Även om det är vanligare att använda dyr sjukvård i högre åldrar var det inte mer än 14 procent av dem som hade fyllt 80 år som använde öppen- eller slutenvård som kostade 75 000 kronor eller mer år 2007. De höga kostnader det rör sig om i de grupper som behöver dyr sjukvård illustrerar samtidigt risken för att alla inte skulle ha råd med vården om de var tvungna att betala för den själv. Privata försäringsgivare måste nämligen så långt som möjligt ringa in riskgrupper och kostsamma individer och belasta dem med deras egna kostnader.

Diagram 5.3



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Den offentliga finansieringen, genom skatter, innebär att vård och medicin betalas efter bärkraft snarare än likformigt eller i förhållande till vars och ens sjukdomsrisk, vilket

skulle vara fallet i en privat försäkring. Därigenom möjliggörs en omfördelning mellan individer, från resursstarka individer till dem som inte skulle ha råd med så mycket vård och medicin som de idag har tillgång till.

Den näst största posten i den offentligt finansierade konsumtionen är barn- och ungdomsutbildning som kostade 115 miljarder kronor. Där ingår grundskola, specialskola, särskola, förskoleklasser och gymnasieskola.<sup>49</sup> Detta konsumeras i barndomen och ungdomen. Kostnaden per barn i grundskola, specialskola eller särskola i 7-15-årsåldern var 82 600 kronor år 2007. I gymnasieåldern är kostnaderna lägre, vilket bland annat beror på att inte alla går i gymnasiet och på att inte alla går i gymnasiet just mellan 16 och 19 års ålder. Kostnaden per gymnasieelev var 84 000 kronor.

Nästa post i storleksordning är äldretjänster, som kostade 75 miljarder kronor år 2007. Där ingår äldreomsorg och färdtjänst.<sup>50</sup> Färdtjänsten nyttjas egentligen inte enbart av gamla människor, men i betydligt större utsträckning av dem som har fyllt 65 år. Bland dem som har fyllt 80 år finns i särklass flest färdtjänstanvändare.<sup>51</sup> Sammantaget kostar äldretjänsterna 14 100 kronor per person 65-79 år, 89 900 kronor per person 80-90 år och 215 400 kronor per person som äldre än 90 år.

Äldretjänsterna är ett tydligt exempel på att offentlig sektor omfördelar resurser över livet – man använder dem intensivt under den period man behöver dem och behöver inte spara för att kunna betala för det då. Men äldretjänsterna har också ett försäkringsinslag. Långtifrån alla gamla använder äldretjänster. Det är först i 85-årsåldern som fler än hälften gör det. (I avsnitt 5.2 redovisas uppgifter som kan resa frågor om ifall äldreomsorg alltid fördelas efter behov.) Bland 65-69-åringar var det bara 7 procent som använde äldretjänster år 2007 och då för, i snitt, blygsamma 50 300 kronor. Se diagram 5.4. Andelen användare ökar sedan långsamt och kostnaderna per användare snabbt fram till 75-79-årsåldern. Därefter ökar andelen användare markant till 45 procent. Kostnaden per användare minskar därmed, vilket visar att det i 80-årsåldern blir vanligare att få äldreomsorg om än i mindre omfattning medan det i 75-79-årsåldern främst är en mindre grupp med stora behov som ges äldreomsorg. Både andelen användare och snittkostnaden ökar sedan stadigt över åldersgrupperna. Bland dem som har fyllt 95 år använder 87 procent äldretjänster till en kostnad på 305 900 kronor per användare och år.

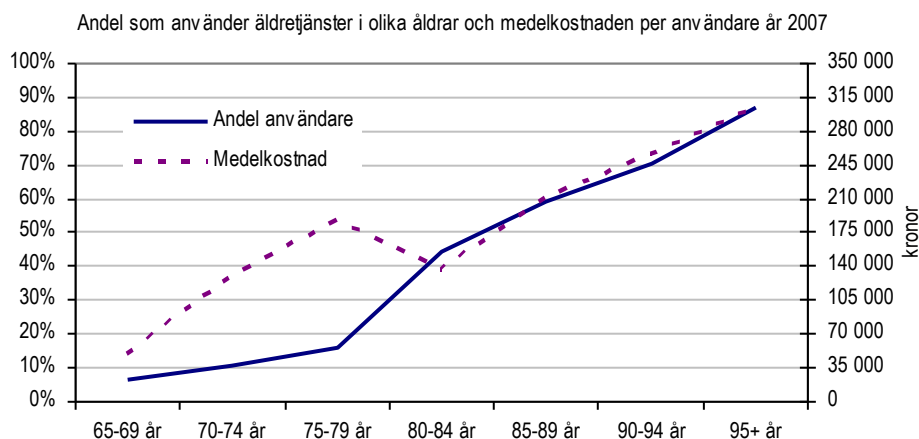
---

<sup>49</sup> I den officiella statistiken summerar dessa poster till 118 miljarder kronor.

<sup>50</sup> I den officiella statistiken summerar dessa poster till 74 miljarder kronor.

<sup>51</sup> Statiska Centralbyrån, Offentlig konsumtion 2007 Dokumentation. PM

Diagram 5.4



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Barnomsorgen, det vill säga förskola, familjedaghem och fritidshem kostar kommunerna 49 miljarder kronor.<sup>52</sup> Barnomsorgen betraktas här enbart som en tjänst till föräldrarna.<sup>53</sup> Barnomsorgen kan naturligtvis också betraktas som utbildning eller nöje för barnen. Men i ett inkomstfördelnings-sammanhang är det viktigt att poängtera att barnomsorgen är en värdefull tjänst som gör det möjligt för föräldrarna att förvärvsarbeta. När det gäller skolan bortses å andra sidan, helt från det faktum att den frigör tid för föräldrarna. I stället betraktas den enbart som en utbildningstjänst av värde för barnen, vilket framgick ovan.

I huvudsak används barnomsorgen i åldrarna strax över 20 år till strax över 50 år, vilket framgår av diagram 5.1. Kostnaden per person i åldrarna 30-39 år är 24 100 kronor om året. Kostnaden för ett barn i 2-5-årsåldern i barnomsorgen är 89 900 kronor och kostnaden för ett barn i 7-11-årsåldern är 24 800 kronor.

Vuxenutbildningen kostade år 2007 nästan 31 miljarder kronor. Där ingår kostnaderna för Komvux, Särvox, folkhögskola, universitet och högskola inklusive forskarutbildning, svenska för invandrare (SFI) och kvalificerad yrkesutbildning, men inte kostnaderna för studiemedel.<sup>54</sup> Vi ser i diagram 5.1 att den största konsumtionen av vuxenutbildning sker i åldrarna 20-25 år. Genomsnittskostnaden är i dessa åldrar 22 900 kronor om året.

Användningen av vuxenutbildning är ojämnt fördelad både inom och mellan åldersgrupper. Totalt använde 10 procent av den vuxna befolkningen (här 18 år och äldre) någon form av utbildning för vuxna år 2007. Antalen och kostnaden per studerande i olika former av vuxenutbildning framgår av tabell 5.1.

<sup>52</sup> I den officiella statistiken summerar dessa poster till 53 miljarder kronor.

<sup>53</sup> Halva värdet tillskrivs vardera föräldern om de är sammanboende och hela den som barnet är skrivet hos om de inte lever tillsammans. Även i de fall barnen bor växelvis hos sina båda föräldrar borde värdet av tjänsten delas av föräldrarna. Sådana uppgifter saknas dock i Fasit-modellen.

<sup>54</sup> I den officiella statistiken summerar dessa poster till 30 miljarder kronor.

Tabell 5.1

<b>Antal användare av utbildning för vuxna (18 + år) och kostnaden per användare år 2007</b>		
	Antal användare (tusental)	Medelkostnad (kronnor)
Komvux	188	20 800
Kvalificerad yrkesutbildning	31	31 700
Universitet och högskola*	415	48 700
Forskarstuderande	19	40 700
SFI	79	18 900
Folkhögskola	46	71 000

\*exklusive forskarstuderande

Vi ser i tabellen att det år 2007 fanns 415 tusen personer som studerade på universitet eller högskola, utöver forskarstudenterna. I yngre åldrar finns fler studenter än i äldre åldrar och snittkostnaden är högre vilket förmodligen beror på att man studerar intensivare, i bemärkelsen läser fler kurser på ett år. 20 procent av 18-29-åringarna läste på universitet eller högskola år 2007 och kostnaden per student var 56 200 kronor. Samtidigt läste 5 procent av 30-49-åringarna på universitet eller högskola till en kostnad av 36 000 kronor per student. Det samma gjorde 1 procent av 50-75-åringarna och kostnaden per student var 20 800 kronor.

Arbetsmarknadsåtgärderna kostade nästan 11 miljarder kronor år 2007. Här ingår för det första utbildningskostnaden, men inte individersättningen, vid yrkesinriktad och förberedande arbetsmarknadsutbildning. För det andra ingår hela statens kostnad för trygghetsanställningar, lönebidrag och offentligt skyddat arbete.<sup>55</sup> Detta är subventioner av anställningar av personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga. Subventionen är en del av lönen för dem med sådana anställningar. Därmed sker en dubbelräkning när den offentligt finansierade konsumtionen, där arbetsmarknadsåtgärderna ingår, läggs till den disponibla inkomsten, där lönen ingår. En mindre grupp individer får därmed sina löneinkomster kraftigt överdrivna. Däremot ingår inte Arbetsförmedlingens grundläggande service, matchning av arbetssökande och arbetsgivare, eller stöd i arbetssökandet som offentligt finansierad konsumtion, vilken därmed underskattas. Arbetsmarknadsåtgärder nyttjas då man är i arbetsför ålder. Kostnaden per person är lägre i åldrarna mellan 20 och 30 år och högre i åldrarna mellan 40 och 55 år.

Den minsta posten i den offentligt finansierade konsumtionen är barn- och ungdomsvård. Den uppgår till 6,3 miljarder kronor och består av vård i familjehem och institutionell vård.<sup>56</sup> Per individ i åldrarna 0-20 år uppgår kostnaderna till 2 700 kronor. Detta är kostnader som endast berör mindre än en procent av barnen och ungdomarna, varför kostnaderna per berörd person är mångdubbelt högre, 441 700 kronor. Kostnaderna för familjehemsplacerade barn och ungdomar dubbelräknas när den offentliga konsumtionen läggs samman med hushållens disponibla inkomster eftersom de också räknas till fosterföräldrarnas inkomster. Den tidigare redovisade ginikoefficienten påverkas inte av denna dubbelräkning eftersom det rör sig om få hushåll och totalt sett små summor.

Skattereduktionen för husarbete (RUT och ROT) omfattade bara 119 miljoner kronor år 2007. Den genomsnittliga användningen blir därmed försvinnande liten i sammanhanget och subventionen har därför inte tagits upp som en offentligfinansierad tjänst.

<sup>55</sup> I den officiella statistiken summerar dessa poster till 10 miljarder kronor.

<sup>56</sup> I den officiella statistiken summerar dessa poster till 8 miljarder kronor.

Sammantaget visar diagram 5.1 att vi i åldrarna över 75 år är storkonsumenter av äldretjänster samt hälso- och sjukvård, vilket innebär att personerna i den övre änden av den åldersgruppen använder allra mest offentligt finansierad konsumtion. Barn och ungdomar, från skolåldern och uppåt, använder offentligt finansierad konsumtion för nästan 100 000 kronor om året. I åldrarna mellan 20 och 40 år använder vi en hel del vuxenutbildning och barnomsorg. Den period i livet då vi använder minst offentligt finansierad konsumtion är mellan 45 och 65 år. I genomsnitt är användningen drygt 20 000 kronor om året i dessa åldrar.

Diagrammet visar bara den offentliga konsumtionen i åldrarna upp till 90 år trots att det, i landet, år 2007, fanns 74 tusen personer som hade fyllt 91 år. I urvalet är dock antalet personer i varje årsklass i de åldrarna så litet att informationen om de olika posterna av offentlig konsumtion blir tämligen slumpmässig. Gruppen som helhet är dock tillräcklig stor för att man ska kunna dra slutsatsen att de som hade fyllt 91 år, i genomsnitt, använde offentligt finansierad konsumtion för 253 800 kronor, fördelat på äldretjänster för 215 400 kronor och vård och medicin för 38 400 kronor.

Att diagram 5.1 ser lite ”fransigt” ut kan, även det, bero på att antalet användare av de olika delposterna i den offentliga konsumtionen i vissa årsklasser egentligen är för litet för att tillräckligt säkert fånga upp den verkliga genomsnittskostnaden. I diagrammet visas ändå ettårsklasser för att illustrera att konsumtionsmönstret vanligen förändras gradvis över åldrarna men i vissa fall förändras dramatiskt från en ålder till en annan.

## 5.2 Kvinnor och män

Kvinnor använder offentligt finansierad konsumtion i större utsträckning än män. Genomsnittet för flickor och vuxna kvinnor var 51 200 kronor år 2007, medan det för vuxna män och pojkar var 43 500 kronor.

I kronor räknat är skillnaden störst när det gäller äldretjänster. Kvinnor använder 30 miljarder kronor mer. En viktig del av förklaringen är att det finns 60 tusen fler kvinnor än män i åldrarna 65-79 år, 111 tusen fler i åldrarna 80-90 år och 33 tusen fler kvinnor som är äldre än 90 år. Men skillnaden beror också på att i dessa åldrar använder kvinnor äldretjänster i större utsträckning. Bland dem som är äldre än 90 år skiljer det i genomsnitt så mycket som 97 000 kronor per person och år. I hur stor utsträckning det beror på att män behöver mindre hjälp och i hur utsträckning det beror på att män blir omhändertagna av anhöriga i stället för genom offentligt finansierad äldreomsorg går inte utläsa ur det befintliga underlaget.

Däremot finns en hel del information i frågan att hämta i Szebehely (2005). I början av 2000-talet fick kvinnor i större utsträckning än män hjälp från hemtjänsten och fler bodde i äldreboende. Detta förklaras främst av att gamla kvinnor hade sämre hälsa och oftare levde ensamma vid slutet av livet.

När det gäller dem som bor hemma har följande mönster upptäckts. Både för gifta gamla män och kvinnor var partnern den viktigaste omsorgsgivaren, men det var vanligare att en hustru ensam hjälpte sin man än tvärtom. Kvinnor fick betydligt oftare än män hjälp av hemtjänsten eller av anhöriga eller närstående utanför det egna hushållet. Den viktigaste förklaringen när det gäller hemmaboende gamla mäns och kvinnors skilda hjälpmönster var att kvinnor oftare levde ensamma. Men om ensamboende män jämförs med ensamboende kvinnor framträder också skillnader. Ensamboende gamla

män fick oftare än ensamboende gamla kvinnor hjälp av hemtjänsten medan kvinnor oftare fick hjälp av anhöriga eller närstående.<sup>57</sup>

Perioden 1980-2005 minskade andelen av de äldre (80+ år) som fick offentlig äldreomsorg i hemmet eller i särskilda boendeformer för äldre från cirka 62 till 40 procent, vilket, enligt Szebehely, inte kan förklaras av förbättrad hälsa i denna åldersgrupp. Samtidigt ökade anhörigas omsorgsinsatser, framför allt bland mindre resursrika äldre. Bland äldre med mer resurser skedde det i stället en ökning av köp av hjälp på den privata marknaden. För äldre män betydde anhörighjälp i huvudsak hjälp från hustrun och för äldre kvinnor betydde det främst dotterns hjälp. Kvinnor utförde en majoritet av arbetet inom anhörigomsorgen.<sup>58</sup> Denna trend pekar mot att det år 2007 (och idag) kan vara en ännu större andel av omsorgen av äldre som utförs obetalt av kvinnliga anhöriga.<sup>59</sup> Antalet platser i äldreboende har minskat mellan år 2000 och 2012 och har inte kompenseras av utökad hemtjänst. Anhörigomsorgen har ökat.<sup>60</sup>

Att anhörigas omsorgsinsatser har ökat beror varken på ändrade preferenser hos äldre eller hos deras anhöriga. De flesta äldre, framför allt kvinnor, föredrar den offentliga äldreomsorgens insatser framför att få hjälp av släktingar eller familjemedlemmar. Det är betydligt fler äldre, framför allt kvinnor, som får, än som vill ha, hjälp av döttrar och andra närstående.<sup>61</sup>

Procentuellt sett är skillnaden mellan kvinnors och mäns offentligt finansierade konsumtion störst när det gäller arbetsmarknadsåtgärder. Män använder arbetsmarknadsåtgärder för en 67 procent större kostnad än kvinnor, vilket innebär en skillnad på nästan 3 miljarder kronor. Det betyder att män får arbetsmarknadsåtgärder för nästan 900 kronor mer per person och år. Som vi såg tidigare är inte all arbetsmarknadspolitik inkluderad i dessa siffror utan främst utbildningskostnader och stöd till personer med funktionshinder som medför nedsatt arbetsförmåga. Vi har alltså inte hela bilden. Det är dock svårt att i Arbetsförmedlingens statistik hitta tal som motiverar en så stor skillnad. År 2007 var 21 procent fler män än kvinnor inskrivna som arbetslösa, i program med aktivitetsstöd, i nystartsjobb eller i något annat arbete med stöd. 14 procent fler inskrivna män än kvinnor var funktionshindrade och 24 procent fler var långtidsarbetslösa.

En liten del av förklaringen till att kvinnor inte tycks få arbetsmarknadspolitiska program i samma omfattning som män skulle kunna ligga i att kvinnor använder mer vuxenutbildning (d.v.s. Komvux, universitet m.m.) och därför är bättre rustade för arbetsmarknaden. Män använder 30 procent, eller 5 miljarder, mindre vuxenutbildning än kvinnor. Sett över hela åldersspannet 19-64 år använder kvinnor i genomsnitt vuxenutbildning för 2 100 kronor mer än män. I de åldrar då användningen är som mest intensiv, 20-25 år, använder kvinnor i genomsnitt vuxenutbildning för 26 100 kronor och män för 20 100 kronor.

---

<sup>57</sup> Szebehely (2005), s. 161-163

<sup>58</sup> Szebehely (2005), s. 188-190

<sup>59</sup> I Lorentzi (2011) visas att andelen hjälpbehövande gamla som får hjälp av anhörig eller vän utanför hushållet har ökat mellan åren 1988-1989 och 2010.

<sup>60</sup> Szebehely och Ulmanen (2012)

<sup>61</sup> Szebehely (2005), s. 190

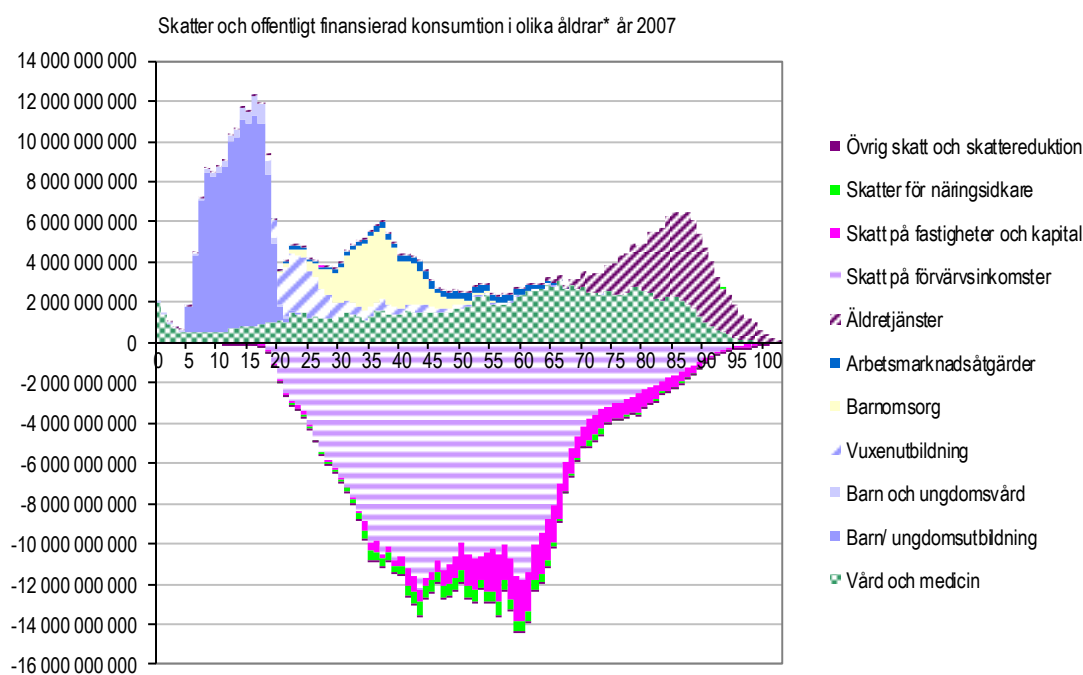


### 5.3 Finansieringen

Vi har sett att det är i åldrarna över 75 år och i barn- och ungdomen vi använder mest offentligt finansierad konsumtion, liksom att den period i livet då vi använder minst offentligt finansierad konsumtion är mellan 45 och 65 år. Den offentliga konsumtionen finansieras med skatter, framför allt inkomstskatter. Mest skatt betalar man i de perioder då inkomsterna är som störst, i medelåldern. Till stor del handlar därför offentligt finansierad konsumtion om omfördelning över livet så att var och en av oss kan betala utbildning, vård och omsorg när vi har råd och inte när vi behöver den.

Detta illustreras, för år 2007, i diagram 5.5. I diagrammet har skatter på förvärvsinkomster, skatt på fastigheter och kapital, skatter för näringsidkare och en post ”övrig skatt och skattereduktion” tagits med. Momsen som är en viktig skatteinkomst för staten har inte inkluderats. Här finns inte lika bra individuppgifter. Arbetsgivaravgifterna är inte inkluderade bland skatteinkomsterna eftersom de uttalat ska finansiera transferringar såsom pension, föräldrapenning och sjukpenning.<sup>62</sup>

Diagram 5.5



\* 3 års glidande medelvärde i åldrarna 1-79 år och 5 års glidande medelvärde i äldre åldrar

Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Vi ser i diagram 5.5 att användningen av offentligt finansierad konsumtion är jämnare spridd över åldrarna än skattebetalningarna. De som kan sägas vara i arbetsför ålder, 20-64 år, står för 81 procent av dessa skatter och använder 37 procent av den offentligt finansierade konsumtionen. De äldre står för 19 procent av skatterna och använder 31 procent av tjänsterna. Även barn och ungdomar använder 31 procent av den offentligt finansierade konsumtionen, men bidrar inte nämnvärt till finansieringen.

Om vi jämför diagram 5.5 och 5.6 så ser vi att den offentligt finansierade konsumtionen per person är påfallande hög i riktigt höga åldrar men också att totalkostnaden för dem som har fyllt 80 år inte sticker ut som särskilt hög. Det beror på att det inte finns så

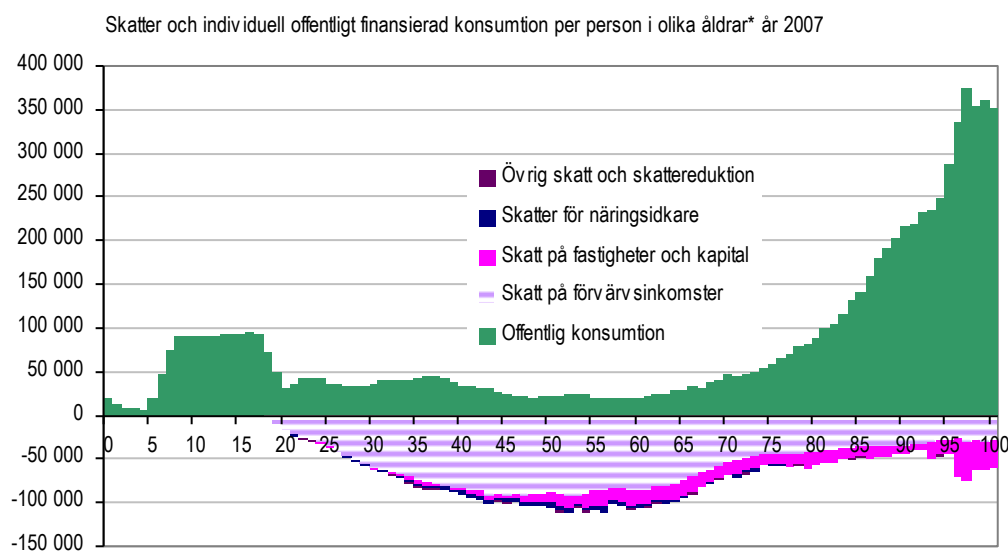
<sup>62</sup> SFS 2000:981

många i den åldersgruppen. Under i stort sett hela 1920- och 1930-talet föll födelsetalen för att sedan successivt öka. Det innebär att det år 2007 fanns jämförelsevis få personer i åldrarna mellan 70 och 90 år. I ännu högre åldrar är befolkningen liten därför att långtifrån alla blir så gamla. Det är därmed lättare för dagens förvärvsaktiva generation att finansiera vård, medicin och äldretjänster än vad det skulle vara om årsklasserna var jämnstora.

Diagram 5.5 illustrerar inte något slutet system där finansieringen perfekt motsvarar konsumtionen. Det saknas som sagt skatteinkomster samtidigt som all offentlig konsumtion som inte går att knyta till enskilda personer, såsom brandkår, polis och förvaltning, saknas. Likaså saknas de transfereringar som finansieras av skatter såsom barnbidraget och försörjningsstödet. De skatter som har tagits med summerar till 570 miljarder kronor och den offentligt finansierade konsumtionen till 441 miljarder kronor. Kostnaderna motsvarar alltså 77 procent av inkomsterna. En total genomgång av den offentliga sektorns inkomster och utgifter ligger utanför ramen för denna rapport. För att ändå kunna föra diskussionen om användning och finansiering av personliga offentligt finansierade tjänster kommer jag i det följande att förutsätta att kostnaderna bara får vara 77 procent av intäkterna för att ekvationen ska gå ihop.

Diagram 5.6 visar olika skatter och offentligt finansierad konsumtion per person. En blick på diagrammet räcker för att se att om vi alla lever tills vi är hundra och om dagens system för skatter och offentlig konsumtion är bestående så går det inte ihop.

Diagram 5.6



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

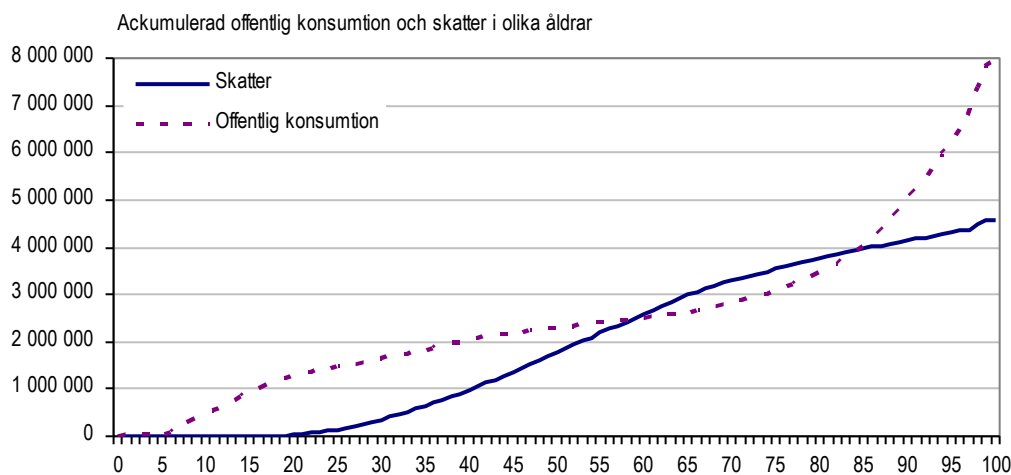
Om vi tänker oss en person som lever till 100 års ålder och att 2007 års skattesystem gäller under personens hela livstid så skulle han eller hon betala 5,9 miljoner kronor i de skatter som finns listade i diagrammet. Om 2007 års möjligheter till offentlig konsumtion också hade funnits under hela personens livstid så skulle han eller hon använda sådan för 7,9 miljoner kronor.<sup>63</sup> Dagens system är alltså inte hållbart om vi alla lever tills vi blir hundra.

<sup>63</sup> Det finns argument för att konsumtionen av äldreomsorgen samt vård och medicin överdrivs genom detta antagande. Mer om detta i avsnitt 5.4.

Nu är den förväntade livslängden, om man föds år 2007, inte 100 utan 81 år. Den som under samma förutsättningar som för nyss nämnda 100-åring lever till 81 års ålder använder offentligt finansierad konsumtion för 3,5 miljoner kronor och betalar 4,9 miljoner kronor i nämnda skatter. Det betyder inte att vi här har ett överfinansierat system. Vi kunde ju se tidigare att den inkluderade offentligt finansierade konsumtionen bara motsvarar 77 procent av den del av skattintäkterna som är inkluderad. Under förutsättning att resten av den offentliga sektorns inkomster och utgifter också ska bestå räcker skattebetalningar på 4,9 miljoner kronor därför till offentlig konsumtion för 3,8 miljarder kronor. En person med genomsnittlig skattebetalning och användning av offentlig konsumtion i varje ålder, som lever till 81 års ålder gör alltså rätt för sig med nästan 300 000 kronors marginal. Detta under förutsättning att 2007 års system gäller under hela personens liv. En annan viktig förutsättning är att personen lever i Sverige hela livet.

På samma sätt som i exemplet ovan går det att beräkna under livet ackumulerade skattebetalningar och det ackumulerade värdet av den dittills använda offentligt finansierade konsumtionen, vid varje ålder. Detta visas i diagram 5.7, där skatterna också har räknats ner till 77 procent av det egentliga värdet för att överensstämja med just utgifterna för de tjänster som finns listade i diagrammen 5.5 och 5.6. Vi ser i diagrammet att vi, inom ramen för 2007 års system, i genomsnitt, använder mer offentligt finansierad konsumtion än vad vi betalar i skatt fram till 58 års ålder. I genomsnitt räcker de under livet gjorda skattebetalningarna med råge till för att finansiera den offentliga konsumtionen fram till 84 års ålder. De som lever längre än så, och i varje ålder har genomsnittlig användning av offentligt finansierad konsumtion och skattebetalning, använder mer än de betalar för.

Diagram 5.7



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Diagram 5.7 illustrerar hur den sammanlagda användningen och finansieringen av systemet i olika åldrar ser ut i ett fruset ögonblick. I själva verket lever ingen hela livet i 2007 års system. Lönenivåerna ökar under en livstid samtidigt som tjänster relativt sett blir dyrare. Det talar för att både inkomster och utgifter i systemet ökar. Dessutom förändras välfärdssystemen. Diagrammet illustrerar därför inte ett genomsnittligt livsförlopp i någon kohort och det kan inte användas för att analysera välfärdstjänsternas långsiktiga hållbarhet.

Den offentligt finansierade konsumtionen utgör en stor del av svenskarnas ekonomi. Värdet av den offentligt finansierade konsumtion som finns redovisad i diagrammen ovan motsvarar 30 procent av hushållens disponibla inkomster. Tidigt i livet är vi beroende av att få utbildning som vi ännu inte kan betala för och sent i livet behöver vi äldreomsorg. Mitt i livet använder vi betydligt mindre offentligt finansierad konsumtion, men arbetar desto mer och betalar skatt för att finansiera den. Barnomsorg ger då förbättrad förutsättning för detta.

Vad och hur mycket som kan konsumeras är inte ristat i sten. Den offentliga finansieringen betyder att detta avgörs på demokratisk väg och besluten är under ständig omprövning. Så måste det vara. Men förändringar måste göras på ett anständigt sätt. De stora belopp som det rör sig om och den stora variationen i användningen över livet visar att människor behöver lång framförhållning för att ställa om sin ekonomi till ändrade förutsättningar. Eftersom vi betalar för den offentligt finansierade konsumtionen under andra perioder än då vi använder den är det också viktigt att beakta vem som vinner och vem som förlorar ifall förutsättningarna ändras.

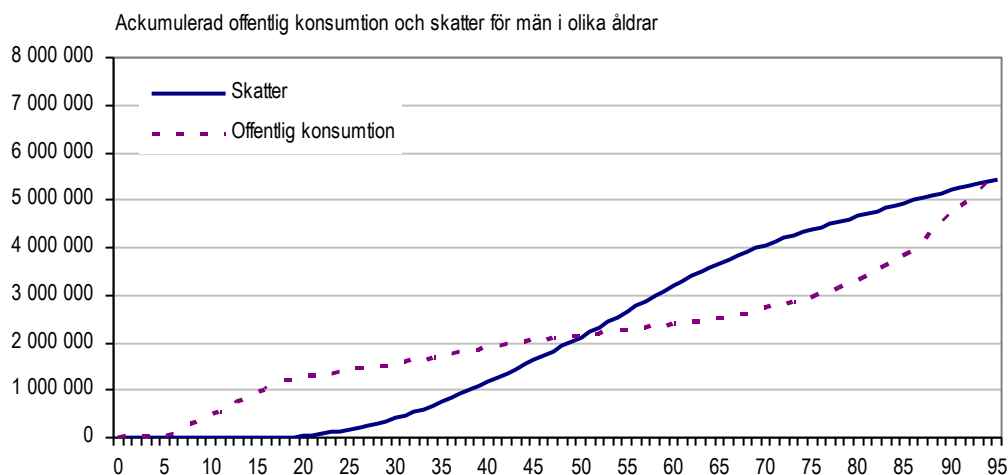
Om man skär ner den offentligt finansierade konsumtion som man använder tidigt i livet kan fördelningen mellan generationer justeras – den utbildning, vård eller barnomsorg som man inte får själv behöver man inte nödvändigtvis betala åt senare generationer. Sedan finns det naturligtvis andra frågor att diskutera såsom fördelningen inom varje generation och om det finns förutsättningar att finansiera detta effektivt på privat väg. Ändrade förutsättningar för den offentligt finansierad konsumtion som man använder sent i livet skapar ett annat slags problem. I ett välfärdsystem där den vård och omsorg man behöver som gammal i huvudsak finansieras via skatter, vilket vi har haft i Sverige i flera decennier, behöver man inte spara särskilt mycket till ålderdomen. De som är gamla idag har därför rätt att förvänta sig vård och omsorg av en högre standard än vad de klarar av att betala själva.

I medelåldern har genomsnittliga svenskar ännu inte betalat mer för den offentligt finansierade konsumtionen än vad de har använt (om skatte- och välfärdssystemen under en längre tid hade sett ut som år 2007), vilket vi såg i diagram 5.7. Men det betyder inte att individerna enkelt själva kan ta över det offentliga åtagandet. Eftersom många sjukdomar börjar visa sig i den åldern är det inte möjligt att ersätta den offentligfinansierade vården med privata försäkringar. Man kan ju inte försäkra sig mot sjukdomar som man känner till. I stället skulle många få betala en stor del av vården direkt ur egen ficka.

#### **5.4 Kvinnor och män, användning och finansiering**

Diagram 5.7 illustrerar den offentligt finansierade konsumtionen och skattebetalningarna för en individ som i varje ålder befinner sig i en situation som stämmer överens med genomsnittet för den åldersgruppen. I diagram 5.6 redovisas de olika kostnaderna och skattebetalningarna i varje ålder för sådana genomsnittliga individer. Men inom varje åldersgrupp finns naturligtvis stora skillnader. Det visar sig t.ex. om befolkningen delas upp, i två nästan lika stora delar, på kvinnor och män.

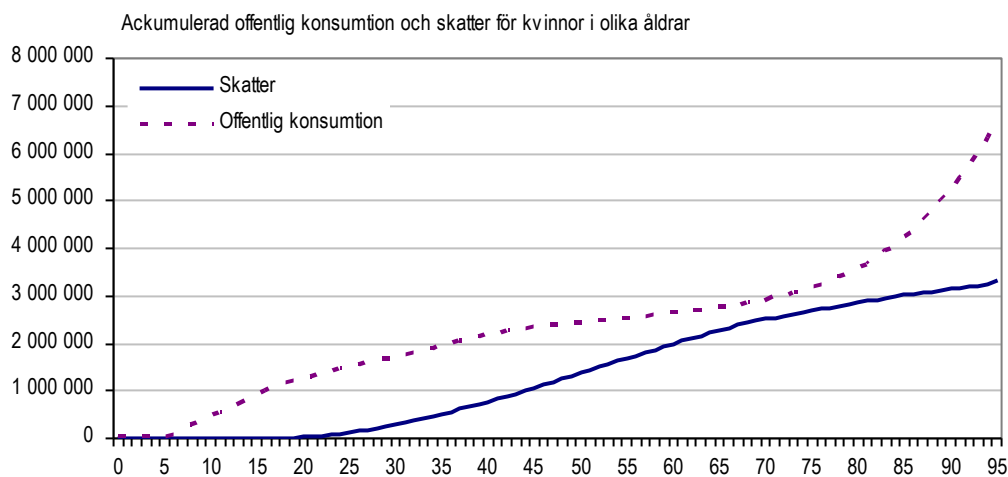
Diagram 5.8



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

För män liknar mönstret av den ackumulerade offentligt finansierade konsumtionen och skatterna det för hela befolkningen. Under en lång period i början av livet används mer offentligt finansierad konsumtion än vad som täcks av skattebetalningarna. En genomsnittlig man har dock redan vid 51 års ålder betalat in mer i skatt än vad den offentliga konsumtionen har kostat. Liksom tidigare gäller det, den i diagram 5.5 angivna, offentligt finansierade konsumtionen och 77 procent av de skatter som redovisas i samma diagram, under förutsättning att skattesystemet och tillgången på offentlig konsumtion under hela livet är som år 2007. Inte förrän vid 95 års ålder överstiger kostnaderna för en genomsnittlig man återigen vad han har betalat genom dessa skatter.

Diagram 5.9



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

För kvinnor ligger kurvan för den offentligt finansierade konsumtionen i alla åldrar över den för de inbetalda skatterna. Det betyder att en genomsnittlig kvinna, under samma förutsättningar som ovan, inte i någon ålder har betalat lika mycket i skatt som den offentligt finansierade konsumtionen, som hon har använt, har kostat.<sup>64</sup>

<sup>64</sup> Då underlaget här inte är de fullständiga offentliga finanserna är det också möjligt att argumentera för att andra poster borde ha inkluderats och att bilden då skulle ändras i någon mån. Kommunal service

När det gäller offentligt finansierad konsumtion så är det totalt sett inte stora skillnader mellan kvinnor och män. Kurvorna som visar den ackumulerade användningen följer varandra nära och vid 80 års ålder är skillnaden lite drygt 250 000 kronor, vilket inte är mer än 7 procent av vad en genomsnittlig kvinna då skulle ha använt. Det är då framför allt användningen av offentligt finansierad vuxenutbildning<sup>65</sup> och barnomsorg som skiljer sig mellan kvinnor och män. En genomsnittlig, kvinna skulle vid 80 års ålder, om varje år hade varit som år 2007, ha använt 110 900 kronor mer till utbildning för vuxna och 90 000 kronor mer till barnomsorg. Den stora skillnaden i användningen av barnomsorg visar att det är betydligt vanligare att barn i förskoleåldern är skrivna hos mamman än hos pappan när föräldrarna inte lever tillsammans. Barnomsorgsansvändningen är nämligen definierad så att den delas av föräldrarna om de lever tillsammans och annars helt och hållet tillfaller den som barnet är skrivet hos. Skillnaderna i den ackumulerade användningen av äldreomsorg är vid 80 års ålder inte större än 38 500 kronor, eller 13 procent av en genomsnittlig kvinnas användning.

Det är bland dem som är ännu äldre som skillnaderna är stora. De antaganden om genomsnittlig användning i varje ålder som analysen bygger på håller dock inte för att resonera om ackumulerad användning av äldreomsorg, vård eller medicin i hög ålder. Det beror på att de som lever och använder mycket äldreomsorg vid 95 års ålder förmodligen har använt mindre än genomsnittet i lägre åldrar. De som är sjuka och behöver mycket omsorg före 80 års ålder kan nämligen inte förmodas bli mycket gamla.<sup>66</sup> Det blir då fel att lägga ihop genomsnittskostnaden för personer i 70- till 80-årsåldern, som dras upp av dem som är sjuka då, med genomsnittskostnaden vid 95 årsålder. Vi får därför nöja oss med uppgiften att mäns användning av äldretjänster totalt sett är 57 procent mindre än kvinnors.

Totalt sett är skillnaderna i kvinnors och mäns skattebetalningar mycket större än skillnaderna i användning av offentligt finansierad konsumtion. Vid 80 års ålder är skillnaden mellan en genomsnittlig man och en genomsnittlig kvinna 1,8 miljoner kronor vilket är 63 procent av vad den genomsnittliga kvinnan har betalat, under de antaganden som diagrammen 5.7, 5.8 och 5.9 bygger på. Den viktigaste av de inkluderade skatteposterna är skatten på förvärvsinkomster. Där har en genomsnittlig man vid 80 års ålder betalat 1,4 miljoner kronor eller 56 procent mer än en genomsnittlig kvinna i samma ålder. Procentuellt sett är skillnaderna större när det gäller skatter på fastigheter och annat kapital. Vid 80 års ålder har en genomsnittlig man betalat nästan dubbelt så mycket som en genomsnittlig kvinna i samma ålder, vilket innebär en skillnad på närmare 300 tusen kronor. Skatter för näringsidkare är en betydligt mindre post samtidigt som det är den post där skillnaderna mellan män och kvinnor är som störst. Vid 80 års

---

såsom idrottsanläggningar och bibliotek kunde t.ex. ha inkluderats om uppgifter på individnivå hade funnits tillgängliga. Momsen kunde ha inkluderats, men inte utan svårigheter att bestämma hur den ska fördelas inom hushåll.

<sup>65</sup> Det finns svagheter i en illustration av livsförloppet utgående från hur det ser ut i olika åldrar ett enda år. Betydligt fler kvinnor än män är t.ex. registrerade vid svenska universitet och högskolor (Statistiska Centralbyrån (2011)). Vi kommer snart att se exempel på att eftergymnasialt utbildade kvinnor har starkare arbetsmarknadsförankring än kvinnor med kortare utbildning. I befolkningen i arbetsför ålder har fler kvinnor än män eftergymnasial utbildning, men skillnaderna är mindre i högre åldrar. Det är därför tänkbart att unga kvinnors användning av offentligt finansierad utbildning idag leder till mindre skillnader mellan medelålders kvinnors och mäns inkomster och skatter i framtiden.

<sup>66</sup> Argument för att längre liv ofta innebär fler (nästan) friska år finns i Christensen m.fl. (2009) och Thorslund m.fl. (2004). Men resultaten är inte entydiga.

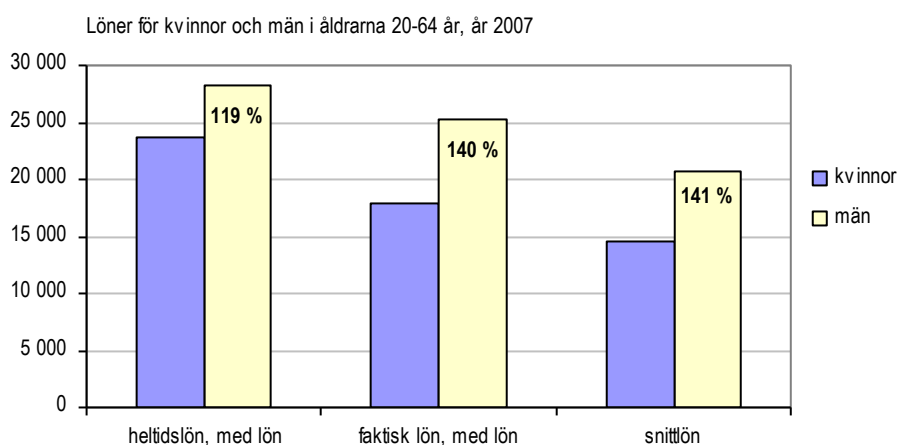
ålder har en genomsnittlig man betalat 272 procent av vad en genomsnittlig 80-årig kvinna har betalat.

Totalt sett använde flickor och vuxna kvinnor individuell offentligt finansierad konsumtion för 243 miljarder kronor år 2007. Pojkarnas och de vuxna männen användning kostade 198 miljarder kronor. Deras användning motsvarade alltså 82 procent av kvinnornas användning. Kvinnorna bidrog med 169 miljarder kronor till finansieringen och män bidrog med 273 miljarder kronor. Därmed bidrog män med 61 procent mer än kvinnor. Sammantaget betyder det att 74 miljarder kronor omfördelades från män till kvinnor och flickor genom den individuella offentliga konsumtionen och dess finansiering år 2007.

Andersson m.fl. (2012) redovisar i en bilaga till sin artikel liknande beräkningar för år 2009. De betraktar dock offentlig sektor ur ett helhetsperspektiv och visar den ackumulerade skillnaden mellan positiva transfereringar och välfärdstjänster å ena sidan och negativa transfereringar å den andra sidan, för kvinnor och män. De visar även nettokostnaden då arbetsgivaravgifter och moms har inkluderats. Med denna ansats inkluderas dels inkomstrelaterade transfereringar, såsom pension, arbetslöshetsersättning m.fl. och dels underhållsbidraget som är en transferering mellan enskilda hushåll. Skillnaderna mellan kvinnor och män visar sig även här vara stora. Min ansats har varit att lyfta fram skillnaden just i användning av offentligt finansierad konsumtion. För att belysa detta samt skillnader i bidraget till finansieringen har jag räknat ned inkomstskatterna proportionellt så att de precis täcker den offentligt finansierade konsumtionen, vilket har framgått ovan.

Lönen är den i särklass viktigaste inkomstkällan. Den ligger också till grund för transfereringsinkomster såsom pension, föräldrapenning, sjukpenning m.m.. Skatt på förvärvsinkomster, d.v.s. lön och skattepliktiga transfereringar, är dessutom den största skatteposten. En viktig förklaring till skillnaden mellan vad män och kvinnor betalar i skatt är därför skillnaden i deras löneinkomster.

Diagram 5.10



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

År 2007 hade arbetande kvinnor i åldrarna 20-64 år i genomsnitt en månadslön, uppräknad till heltidslön för dem som arbetade deltid, på 23 700 kronor och män i samma åldrar hade en genomsnittlig heltidslön på 28 300 kronor. Männens lön var alltså 119 pro-

cent av kvinnornas. Nu arbetar inte alla heltid och alla arbetar inte årets alla månader. Den faktiska lönen för kvinnor, i åldrarna 20-64 år, som var anställda någon gång under året var därför, i genomsnitt, inte större än 18 000 kronor och för män var den under samma förutsättningar 25 300 kronor. Det innebär att män, i åldrarna 20-64 år, som hade lön, tjänade 140 procent av vad kvinnor gjorde. Alla vuxna i arbetsför ålder arbetar dock inte under ett år. År 2007 hade 82 procent av männen och 81 procent av kvinnorna i åldrarna 20-64 år en löneinkomst, vilket innebär att de var anställda någon gång under året. Utslaget på alla kvinnor och män i dessa åldrar blir kvinnornas genomsnittslön därför 14 600 kronor och männens blir 20 600 kronor, vilket är 141 procent av kvinnornas.<sup>67</sup>

Mot bakgrund av att män förvärvsarbetar mer än kvinnor och får mer betalt för sitt arbete är det därför inte förvånande att de betalar betydligt mer i skatt. Höga inkomster möjliggör (vid sidan av arv och gåvor) kapitalackumulation. Därför är det inte heller förvånande att män betalar mer i kapital- och fastighetsskatt än kvinnor.

Varför arbetar då kvinnor mindre än män? En del av förklaringen ligger i att kvinnor avsätter mer tid och kraft till omsorg om anhöriga och ofta förvärvsarbetar mindre för att klara av detta.

Kvinnor arbetar ofta mindre för att ta hand om egna barn. Ett tecken på detta ges av det faktum att sysselsatta kvinnor, i åldrarna 25-34 år, med barn, hade en genomsnittlig veckoarbetstid som var 10,3 timmar kortare än den för kvinnor i samma åldrar, utan barn, år 2007. För sysselsatta män i åldrarna 25-34 år, med respektive utan barn, var skillnaden i genomsnittlig arbetstid bara 2,2 timmar per vecka.<sup>68</sup> Föräldralediga som har ett jobb att vara lediga ifrån räknas som frånvarande och drar därmed ner den genomsnittliga arbetstiden. Det ojämna uttaget av föräldrapenning bidrar därför till skillnaderna i genomsnittlig arbetstid mellan mammor och pappor. Hur stor den effekten är framgår inte av underlaget.

En inblick i varför det kan vara svårt att arbeta heltid som förälder ges av en enkätundersökning av medlemmar i Kommunalarbetsförbundet. 20 procent av föräldrarna i enkäten svarar att förskolans öppettider inte motsvarar deras behov och 30 procent svarar att de inte kan arbeta heltid och klara sig med de öppettider som förskolan har. Oftast är det mammorna som hämtar barnen på förskolan.<sup>69</sup> Vi har tidigare sett att kvinnors arbetsutbud påverkas mer än mäns av tillgången till barnomsorg.<sup>70</sup>

Nästan var fjärde person i förvärvsaktiv ålder (20-64 år), 1,27 miljoner personer hjälpte, åren 2009-2010, regelbundet en eller flera personer som behövde hjälp på grund av ålder, sjukdom eller funktionshinder. Könsskillnaderna var små när det gäller att ge måttlig hjälp, men större när det gäller att ge intensiv hjälp. 8 procent av kvinnorna och 6 procent av männen i förvärvsaktiv ålder gav hjälp dagligen eller flera gånger i veckan. Det var vanligast att ge hjälp i medelåldern (här 45-64 år), den ålder då föräldrar fort-

---

<sup>67</sup> Detta gäller lön d.v.s. ersättningen till anställda. Skillnaderna mellan män och kvinnor förändras inte nämnvärt om man också inkluderar inkomster från aktiv näringsverksamhet.

<sup>68</sup> SCB, Arbetskraftsundersökningen

<sup>69</sup> Lorentzi (2011)

<sup>70</sup> Vikman (2010)



farande är i livet och har börjat behöva hjälp. 10 procent av kvinnorna och 8 procent av männen i medelåldern gav hjälp dagligen eller flera gånger i veckan.<sup>71</sup>

I början av 2000-talet fanns det nästan 60 000 kvinnor och 20 000 män i förvärvsaktiv ålder som antingen arbetade deltid eller hade lämnat arbetet p.g.a. anhörigvård. Det var alltså tre gånger så vanligt att kvinnor angav vård av anhörig som den huvudsakliga anledningen att arbeta deltid eller inte arbeta alls. Detta trots att drygt hälften av de äldre föredrog att få hjälp av den offentliga sektorn och bara en tiondel vill ha hjälp av en anhörig eller vän utanför det egna hushållet.<sup>72</sup>

År 2000 var det vanligare att omsorgsgivande kvinnor i medelåldern stod utanför arbetskraften eller arbetade deltid jämfört med medelålders kvinnor som inte gav regelbunden omsorg, oavsett skälet till att inte arbeta heltid. Detta samband mellan förvärvsarbete och omsorgsansvar fanns inte bland medelålders män. Inte heller fanns något sådant samband för eftergymnasialt utbildade kvinnor i medelåldern. Endast 36 procent av de medelålders omsorgsgivande kvinnorna utan eftergymnasial utbildning arbetade heltid att jämföra med 47 procent bland kvinnor som inte ger omsorg, men för övrigt är i samma situation. Skillnaden mellan utbildningsgrupperna kan bero på att högutbildade kvinnor inte ger lika omfattande hjälp som andra. Men den skulle också kunna bero på att högutbildade kvinnor har större frihet i arbetet och därför lättare kan förena förvärvsarbete och omsorgsgivande.<sup>73</sup>

Socialstyrelsen visar i en studie från 2012 att närmare 70 000 personer har gått ner i arbetstid på grund av att de ger omsorg till närstående som är gamla, långvarigt sjuka eller har funktionsnedsättning minst en gång i månaden. Drygt 29 000 personer har lämnat sitt arbete av detta skäl. Att gå ner i arbetstid är fortfarande vanligare bland kvinnor (9 procent av omsorgsgivarna) än bland män (6 procent av omsorgsgivarna).<sup>74</sup> Omsorgen om andra ser också ut att få konsekvenser för den egna hälsan. Omsorgsgivare i åldrarna 25-64 år rapporterar sämre hälsa jämfört med samma åldersgrupper i den totala befolkningen. Socialstyrelsen drar slutsatsen att samhället inte skulle klara av att tillgodose medborgarnas behov av omsorg utan de anhörigas insatser. Omsorgen som ges av närstående har alltså en samhällsbärande funktion. Samtidigt är, också det enligt Socialstyrelsen, omsorgsgivandets påverkan på möjligheten att förvärvsarbeta ett problem som måste uppmärksammas i högre grad än tidigare.<sup>75</sup>

Män och kvinnor lever alltså under olika förutsättningar, trots att det svenska samhället ska ge män och kvinnor samma möjligheter. Det bör resa frågor, som inte kan besvaras inom ramen för denna rapport, om i hur stor utsträckning detta är resultatet av välinformerade och fria val.

En möjlig slutsats av diagrammen 5.8 och 5.9 är att män som grupp betalar fullt ut för sin offentliga konsumtion, men inte kvinnor som grupp. Men vi har också sett tecken på att kvinnors och mäns obetalda arbete bör inkluderas för att bilden ska bli komplett.

---

<sup>71</sup> Szebehely och Ulmanen (2012)

<sup>72</sup> Szebehely och Ulmanen (2008)

<sup>73</sup> Szebehely och Ulmanen (2012)

<sup>74</sup> Det innebär att 1,8 procent av alla vuxna kvinnor (9 procent av 20 procent) och 1,0 procent av alla vuxna män (6 procent av 16 procent) har gått ner i arbetstid p.g.a. omsorgsgivande.

<sup>75</sup> Socialstyrelsen (2012)

Diagrammen bör därför också kunna resa frågan om hur stor roll det obetalda arbetet spelar i välfärdssystemet och hur stor roll det är önskvärt att det ska spela.

## 6 Konklusion

Den offentligt finansierade konsumtionen utgör en stor del av svenskarnas ekonomi. Värdet av den individuella offentligt finansierade konsumtionen motsvarade närmare 40 procent av hushållens disponibla inkomster år 2007. Tidigt i livet är vi beroende av att få utbildning som vi ännu inte kan betala för och sent i livet behöver vi sjukvård och äldreomsorg. Mitt i livet använder vi betydligt mindre offentligt finansierad konsumtion, men arbetar desto mer och betalar skatt för att finansiera konsumtionen.

Det finns flera goda argument för offentlig organisering och finansiering av välfärdstjänster såsom utbildning, vård och omsorg. Att förvalta välfärdstjänsterna på ett trovärdigt sätt innebär dock en utmaning eftersom det gäller ett åtagande som sträcker sig över decennier.

### 6.1 Utjämnning i flera dimensioner

Välfärdsstaten omfördelar konsumtion över livet för var och en av invånarna så att den utjämnas över livsrytmen. Konsumtionsutjämnningen kan också sägas innehålla ett försäkringselement. Utan offentligfinansierad äldreomsorg skulle det vara svårt att veta hur mycket vi behöver spara till ålderdomen eftersom vi inte vet hur länge vi kommer att leva eller hur hjälpbehövande vi kommer att bli. Den offentliga sjukvården utgör en allomfattande försäkring som skulle ha dåliga förutsättningar att fungera effektivt i det privata näringslivet.

Genomsnittsindividen i olika åldrar ger en bild av hur omfördelningen över livet ser ut. För en betydande del av den individuella offentligt finansierade konsumtionen går kostnaderna att fördela på individnivå eller långt nedbrutet på olika befolkningsgrupper. När denna konsumtion studeras för olika åldrar, tillsammans med skatter som har räknats ner så att de exakt finansierar konsumtionen framkommer följande. Vi har, i genomsnitt, använt mer offentligt finansierad konsumtion än vad vi har betalat i skatt fram till 58 års ålder, inom ramen för 2007 års system. I genomsnitt räcker de under livet gjorda skattebetalningarna sedan, med råge, till för att finansiera den offentliga konsumtionen fram till 84 års ålder.

Välfärdsstaten omfördelar inte bara resurser över enskilda individers livsrytmer. Den omfördelar också mellan individer och den offentligfinansierade konsumtionen bidrar i hög grad till detta. Mäns och kvinnors genomsnittliga användning och finansiering av individuell offentligfinansierad konsumtion illustrerar detta.

För män och kvinnor som, fiktivt, lever hela livet inom ramen för 2007 års system är skillnaderna totalt sett inte så stora när det gäller offentligt finansierad konsumtion fram till 80 års ålder. Den ackumulerade användningen utvecklas likartat och vid 80 års ålder är skillnaden lite drygt 250 000 kronor, vilket inte är mer än 7 procent av vad en genomsnittlig kvinna totalt har använt vid den åldern. En ansevärd del av detta, 90 000 kronor, beror på att det är vanligare att barn i förskoleåldern är skrivna hos mamman än hos pappan när föräldrarna inte lever tillsammans och att kvinnor på så sätt använder mer barnomsorg. Bland dem som är äldre än 80 år är skillnaderna större. Därför är t.ex. mäns användning av äldreomsorg 57 procent mindre än kvinnors, totalt sett. Det beror bland annat på att det är vanligare att kvinnor lever ensamma i slutet av livet än att män gör det.

Män har betydligt högre inkomster än kvinnor och bidrar därför mer till finansieringen. En genomsnittlig man har därför redan vid 51 års ålder betalat in mer i skatt (avvägt till dessa ändamål) än vad hans offentliga konsumtion har kostat. En genomsnittlig kvinna har däremot inte i någon ålder, under samma förutsättningar, betalat lika mycket i skatt som kostnaden för den offentligt finansierade konsumtion hon har använt. Genom den individuella offentliga konsumtionen omfördelas alltså resurser från män till kvinnor. Sammantaget omfördelades 74 miljarder kronor från män till kvinnor genom den individuella offentliga konsumtionen och dess finansiering år 2007.

Den offentligfinansierade konsumtionen omfördelar således resurser på två sätt – mellan olika individer och över en persons livscykel, vilket grovt sett innebär att resurser varje år fördelas från personer i medelåldern till barn och gamla.

Totalt sett verkar den offentliga konsumtionen kraftigt utjämnande på befolkningens ekonomiska standard under ett visst år.<sup>76</sup> Beräkningar för år 2007 visar att den individuella offentliga konsumtionen<sup>77</sup> minskade ginikoefficienten med 0,042. Ginikoefficienten är ett sammanfattande och vanligt använt mått på inkomstspridning. En kanske mer konkret uppfattning om hur mycket utjämnningen betyder ges av en jämförelse av ginikoefficienter för åren 2001-2007. Den visar att så ojämn som fördelningen av den ekonomiska standarden *utökad med offentlig konsumtion* var år 2007 var fördelningen av ekonomiska standarden *exklusive* offentlig konsumtion i början av 2000-talet. Ett sätt att se på de ökade skillnaderna i ekonomisk standard i början av 2000-talet är alltså att de har ökat så mycket att det motsvarar den offentligt finansierade konsumtionens omfördelade styrka.

OECD har gjort liknande beräkningar av den offentligt finansierade konsumtionens omfördelade styrka. Hur stora belopp som omfördelas varierar i de 27 länder som ingår i jämförelsen. Totalt sett verkar den offentliga konsumtionen kraftigt utjämnande på inkomstfördelningen ett visst år, även om det är stora skillnader mellan länderna. Sverige var år 2007 det OECD-land som hade mest jämn inkomstfördelning när den ekonomiska standarden hade utökats med individuell offentlig finansierad konsumtion. Förstaplatsen beror dock på andra faktorer än den offentligt finansierade konsumtionen. Denna utjämnar ungefär lika mycket i andra länder som i Sverige.

## 6.2 Argument för offentlig finansiering

Det finns goda effektivitets- och fördelningsargument för en offentlig finansiering av välfärdstjänsterna.

Bland effektivitetsargumenten kan nämnas:

- Det är svårt för försäkringar att fungera effektivt på en privat marknad när försäkringsgivaren och försäkringstagaren inte har tillgång till samma information, vilket är fallet i sjukvård och andra tjänster som idag finansieras offentligt.
- Privat lånefinansiering av investeringar i den framtida produktionsförmågan, såsom utbildning, försvåras likaså av att låntagare och långgivare inte har tillgång till samma information om låntagarens förutsättningar.

---

<sup>76</sup> I detta och följande stycke läggs den offentligt finansierade konsumtionen till individens ekonomiska standard vilket innebär att det först har gjorts en inkomstutjämnning inom familjerna.

<sup>77</sup> Den offentliga konsumtion som är inkluderad i fördelningsanalysen omfattar totalt 441 miljarder kronor.

- Ingrepp i valfriheten kan ibland öka välfärden eftersom individer inte alltid betar sig rationellt utan t.ex. är kortsiktiga eller överskattar den egna förmågan.
- Offentligfinansierad omsorg påverkar arbetsutbudet positivt.

Bland fördelningsargumenten kan nämnas:

- Offentligt finansierad konsumtion möjliggör omfördelning från perioder och situationer i livet då vi arbetar till perioder då vi har stora behov av vård, utbildning och omsorg.
- Offentligfinansierade tjänster är ett kraftfullt medel när det gäller att utjämna inkomstskillnader mellan individer.

### **6.3 Ålderdomen betalas i medelåldern**

Vad och hur mycket som kan konsumeras med offentlig finansiering är inte ristat i sten. Eftersom vi i huvudsak betalar för den offentligt finansierade konsumtionen under andra perioder än då vi använder den behöver människor lång framförhållning för att ställa om sin ekonomi till ändrade förutsättningar. I en viktig bemärkelse är det svårast att, på ett rättfärdigt sätt, ändra förutsättningarna för de äldre. De har redan under ett långt liv bidragit till systemet och anpassat sin ekonomi efter de förutsättningar som gällde när ålderdomen närmade sig. Därtill har de begränsade möjligheter att anpassa sina inkomster för att kompensera för förändrad tillgång till offentligfinansierad produktion.

Ändå finns det tecken på att gamla människor inte alltid får den hjälp av samhället som de borde kunna förvänta sig. Äldre med omfattande hjälpbehov har, enligt vissa rapporter, fått större insatser i början av 2000-talet än tidigare men äldre med lättare funktionsnedsättning kommer inte längre lika lätt i fråga för hjälp. De med lätt eller måttlig ohälsa har alltså drabbats av nedskärningar i äldreomsorgen. Samtidigt finner Socialstyrelsen att resurstillgången i kommunernas vård och omsorg om äldre har begränsats så att äldres säkerhet och trygghet inte alltid kan tillgodoses. Demografiska förändringar, med en växande andel äldre i förhållande till befolkningen i arbetsför ålder, kommer att öka behovet av äldretjänster under en lång period. Perioden 1980-2005 minskade andelen av de äldre som fick offentlig äldreomsorg, i hemmet eller i särskilda boendeformer för äldre, från cirka 62 till 40 procent. Samtidigt ökade anhörigas omsorgsinsatser, framför allt bland mindre resursrika äldre. Bland äldre med mer resurser ökade i stället hjälpen som köptes på den privata marknaden. Att anhörigas omsorgsinsatser har ökat beror varken på ändrade preferenser hos äldre eller hos deras anhöriga. De flesta äldre, framför allt kvinnor, föredrar den offentliga äldreomsorgens insatser framför att få hjälp av släktingar eller familjemedlemmar. Det skulle kunna förklara att 46 procent av den vuxna befolkningen anser att den offentliga sektorn endast i liten omfattning klarar att svara för en god äldreomsorg. Det är en stor andel i jämförelse med barnomsorgen som bara 10 procent tvivlar på eller skolan och sjukvården som 20 respektive 25 procent tvivlar på.

### **6.4 Trovärdigheten är ett fundament**

Både demografiska förändringar med fler barn, ungdomar och gamla, i förhållande till befolkningen i arbetsför ålder och ökade inkomster pekar mot en ökad efterfrågan på välfärdstjänster såsom omsorg, utbildning och sjukvård. Efterfrågan på välfärdstjänster tenderar nämligen att öka när inkomsterna stiger. Enligt KI är de offentliga finanserna långsiktigt hållbara även om den offentliga konsumtionen ökar med 0,7 procentenheter utöver det demografiskt betingade behovet. Stödet för att finansiera välfärdstjänster via

skatter är kompakt. Övervägande majoriteter av den vuxna befolkningen ville år 2010 öka de skattefinansierade resurserna till sjuk- och hälsovården, pensioner och äldreomsorg m.m. och skolan.

Att ökad efterfrågan på välfärdstjänster möts med att mer offentligfinansierade tjänster blir tillgängliga är trots detta inte självklart. Uppgifterna om äldreomsorgen ovan reser sådana tvivel. Det starka stödet för skattefinansiering av välfärdstjänsterna har inte kommit till uttryck politiskt. Skattekvoten har minskat under 2000-talet och ingenting pekar just nu på någon vändning. Med en 0,7 procentenheters ökning av den offentliga konsumtionen skulle det primära offentliga sparandet vara negativt till omkring år 2040. Att en stabil användning och finansiering av den offentliga verksamheten, kan innebära att den offentliga sektorn lånar under flera decennier, åskådliggör hur fundamentalt det är att en välfärdsstat är trovärdig. Invånarna måste kunna lita på att välfärdstjänsterna och transfereringarna är tillgängliga när de behöver dem för att de ska vilja bidra när de har förutsättningar för det. Inte bara statsfinanserna utan också välfärdstjänsterna måste vara långsiktigt stabila i en trovärdig välfärdsstat. I detta ligger en politisk utmaning.

De stora belopp som den offentligt finansierade konsumtionen tar i anspråk och den stora variationen i användningen över livet innebär att det är viktigt att beakta vem som vinner och vem som förlorar om förutsättningarna ändras. Gamla som har betalat skatt tidigare livet i tanken att de ska få bra vård och omsorg när de behöver det är i en utsatt position. Barn och unga skulle i teorin kunna finansiera sin utbildning med privata lån, men i praktiken riskerar osäkerhet från både långivare och låntagares sida om vad investeringen ger i varje enskilt fall att lägga hinder i vägen för en sådan lösning. Mycket talar för att föräldrarnas betalningsförmåga skulle få stor betydelse.

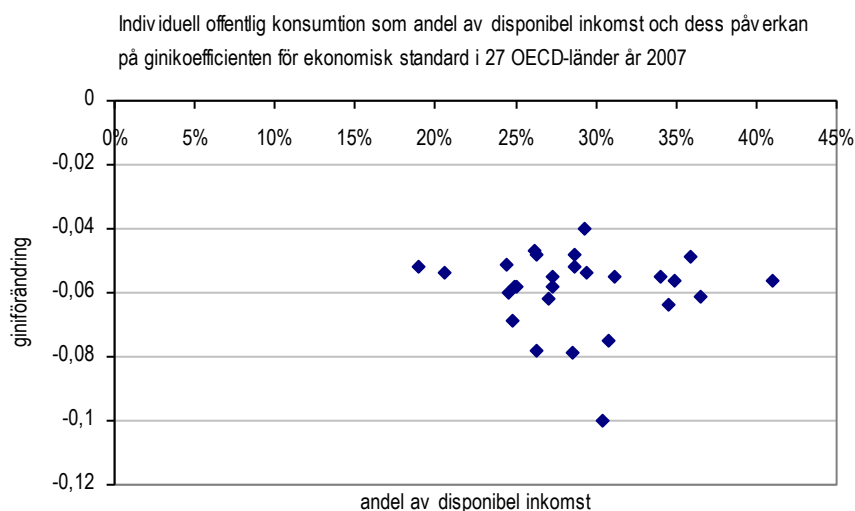
Vi har sett att den offentligfinansierade konsumtionen innebär en omfördelning till kvinnor. Det betyder att kvinnor som grupp vinner på att behovet av välfärdstjänster tillgodoses med offentlig finansiering och förlorar om resurserna dras ner. De förlorar dessutom i dubbel bemärkelse. För det första genom en försämrad tillgång på välfärdstjänster för egen del. För det andra genom att det framför allt är kvinnor som täcker upp för brister i den offentliga omsorgen. I början av 2000-talet var det tre gånger så vanligt att kvinnor arbetade mindre eller inte alls på grund av anhörigvård som att män gjorde det. Även omsorg om barn påverkar kvinnors förvärvsarbete i större utsträckning än mäns. En sämre tillgång till barn- eller äldreomsorg riskerar därför att minska framför allt kvinnors förvärvsarbete, inkomster och skattebetalningar.

## Diagrambilaga

Innehållet i följande diagram har berörts i olika avsnitt i rapporten men de har inte bedömts vara avgörande för förståelsen av respektive avsnitt. Däremot kan de ändå vara av intresse för läsare som gärna tar till sig information i diagramform.

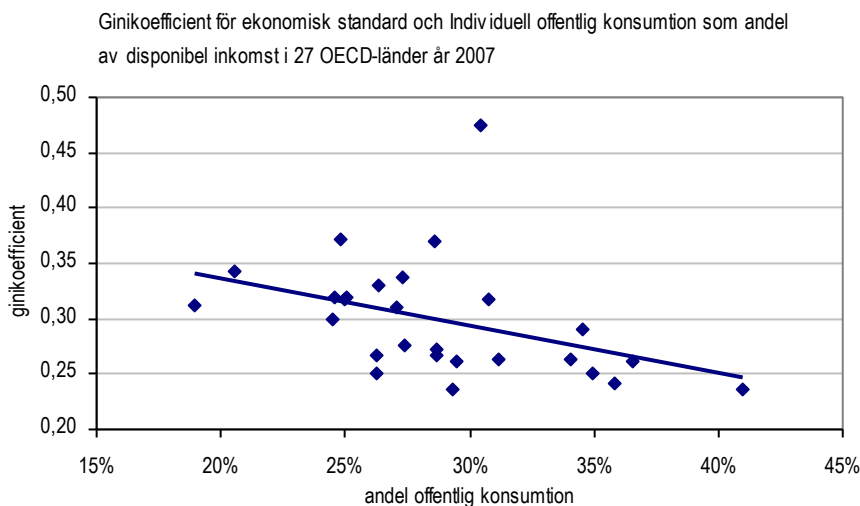
Diagram B.1 och B.2 har berörts i avsnitt 4.3.

Diagram B.1



Källa: OECD (2011)

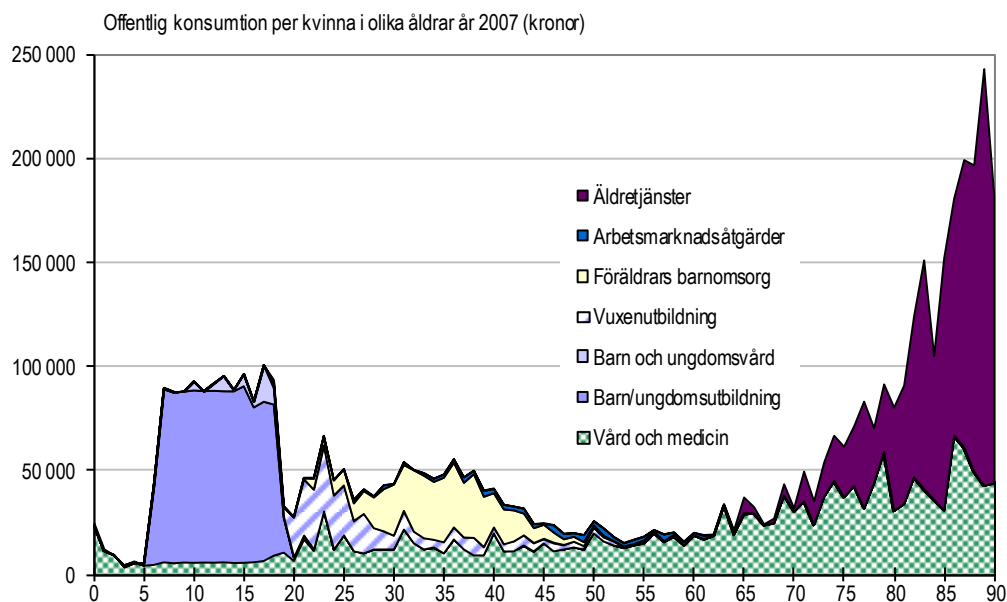
Diagram B.2



Källa: OECD (2011)

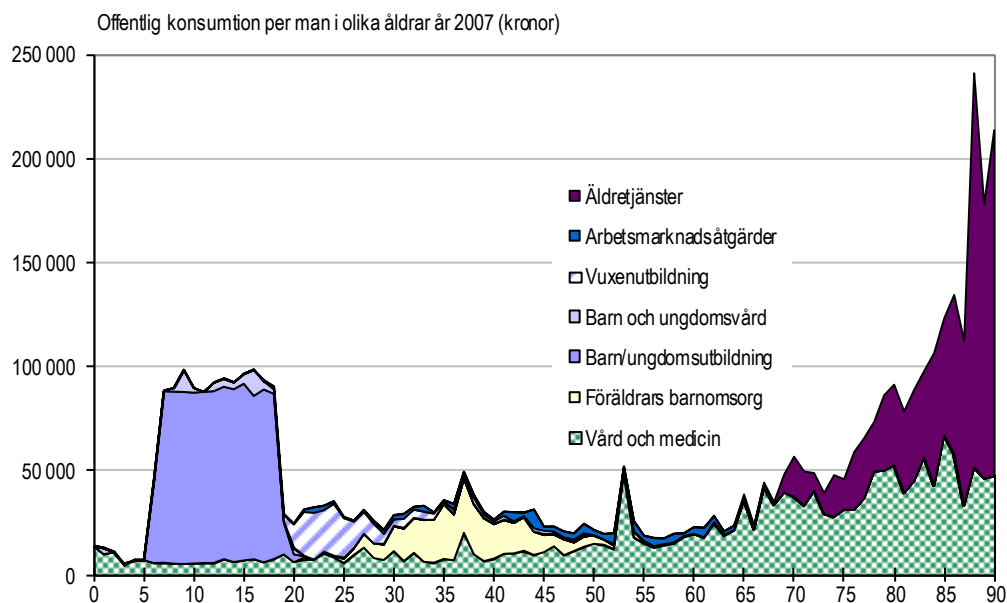
Diagram B.3 och B.4 har berörts i avsnitt 5.2.

Diagram B.3



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Diagram B.4

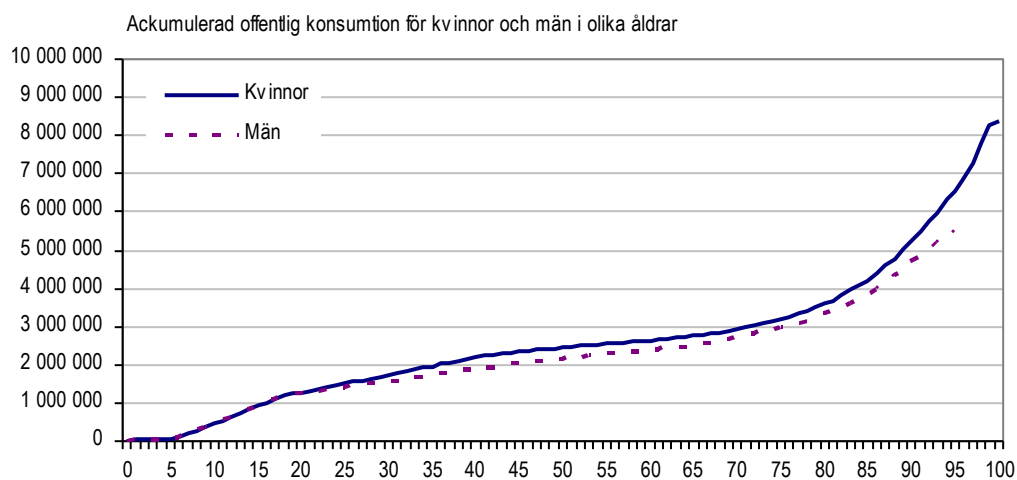


Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar



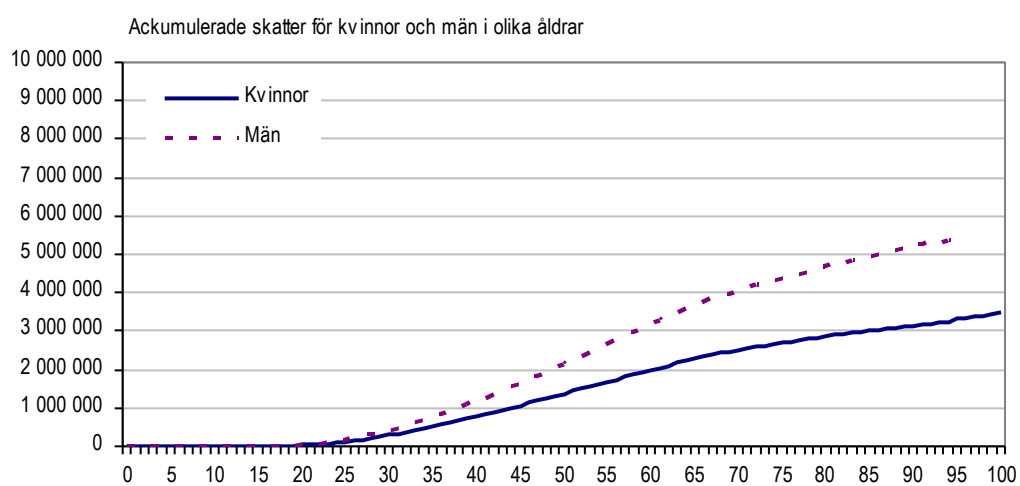
Diagram B.5 och B.6 har berörts i avsnitt 5.4.

Diagram B.5



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

Diagram B.6



Källa: SCB (Fasit) och egna beräkningar

## Källor

- Andersson, Dan (2012), *Tillsammans i lust eller blomstring*. Hjalmarsson & Högberg Bokförlag
- Andersson, Dan, Rolf Andersson, Lars Ernsäter, Anna-Kirsti Löfgren, Anna Thoursie och Erik Mohlin (2004), Kan framtidens välfärd finansieras? – LO om LU. Landsorganisationen i Sverige.
- Andersson, Fredrik W., Leif Johansson och Karin Olin (2012), Hur välfärdstjänsterna används och omfördelar hushållens ekonomiska resurser, *Ekonomisk debatt* nr 8 2012 årgång 40.
- Barr, Nicholas (2004), *Economics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Björklund, Anders och Markus Jänti (2011), *Inkomstfördelningen i Sverige*, SNS Välfärdsrapport 2011. SNS.
- Bröms, Jan och Thomas Pettersson, (2003), *Fördelningspolitikens mål och medel Bilaga 8 till Långtidsutredningen 2003*, SOU 2003:20. Fritzes.
- Börjesson, Per-Lennart (2005), Välfärdsmyteriet? Kommunsektorns utveckling 1980-2005. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Christensen, Kaare, Gabriele Doblhammer, Roland Rau och James W Vaupel (2009), Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009, 374.
- DellaVigna, Stefan (2009), Psychology and Economics: Evidence from the Field. *Journal of Economic Literature* 47:2, 315-372.
- Gerlach, Peter red. (2011), *Nationalekonomi för vänstern Teori för jämlikhet och välfärd*. Kata Förlag.
- Holm, Lars-Erik och Bitte Fritzson, SKL vill stoppa regelverk som ska säkra äldres behov, DN Debatt, 2013-01-18.
- Lagergren, Mårten (2013), Vad har hänt med resurserna till äldreomsorgen? En analys av kostnadsutvecklingen med uppdelning på befolkning, hälsa, insatser och kostnader per insats. Socialdepartementet.
- Jacobsson, Fredric, Magnus Johannesson och Lars Borgquist (2005), Is Altruism Paternalistic?. *The Economic Journal* 117 (April).
- Johannesson, Magnus (2005), Comment on Botond Köszegi: On the feasibility of market solutions to self-control problems. *Swedish Economic Policy Review* 12.
- Konjunkturinstitutet (2012), Konjunkturinstitutets beräkning av de offentliga finansernas långsiktiga hållbarhet, Fördjupnings-pm nr 18 2012.
- Konjunkturinstitutet (2013), Konjunkturinstitutets beräkning av långsiktig hållbarhet i de offentliga finanserna, Fördjupnings-pm nr 20 2013.
- Köszegi, Botond (2005), On the feasibility of market solutions to self-control problems. *Swedish Economic Policy Review* 12.
- Lorentzi, Ulrika (2011), Hänger din mammas trygghet på dig? Att kombinera jobb med omsorg om föräldrar. Kommunal.

- OECD (2011), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. OECD Publishing.
- Pettersson, Thomas och Tomas Pettersson (2003), *Fördelning ur ett livscykelperspektiv* Bilaga 9 till Långtidsutredningen 2003, SOU 2003:110. Fritzes.
- Prop. 1999/2000:1, Budgetproposition för 2000. Sveriges Riksdag.
- Prop. 2001/02: 100, 2002 års ekonomiska vårproposition. Sveriges Riksdag.
- Prop. 2011/12:1 Budgetpropositionen för 2012. Sveriges Riksdag.
- Roine, Jesper och Daniel Waldenström (2010), "Top Incomes in Sweden over the Twentieth Century", in Anthony B. Atkinson and Thomas Piketty (Eds.), *Top Incomes: A Global Perspective*, Oxford: Oxford University Press
- SFS Lag (2000:981) om fördelning av socialavgifter.
- Socialstyrelsen (2011), Lägesrapport 2011 Hälsa- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012), Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser. Artikelnr 2012-8-15.
- Statistiska Centralbyrån (2011), Befolkningens utbildning 2010 UF 37 SM 1101.
- Stilitz, Joseph E. och Andrew Weiss (1981), Credit Rationing in Markets with Imperfect Information. *The American Economic Review*, vol. 71, no. 3 (Juni). s. 393-410
- Svallfors, Stefan (2011), Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012a), Ekonomirapporten. om kommunernas och landstingens ekonomi – april 2012. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012b), Ekonomirapporten. om kommunernas och landstingens ekonomi – oktober 2012. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Szebehely, Marta (2005), Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser, Forskarrapporter till jämställdhetspolitiska utredningen, SOU 2005:6. Fritzes.
- Szebehely, Marta och Petra Ulmanen (2008), Vård av anhöriga – ett högt pris för kvinnor, Valfärd Nr 2 2008.
- Szebehely, Marta och Petra Ulmanen (2012), Åtstramningens pris Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning? Kommunal.
- Söderström, Lars (2008), *The Economics of Social Protection*. Edward Elgar Publishing. Kapitel 8.
- Thorslund, Mats, Carin Lennartsson, Marti G Parker och Olle Lundberg (2004), De allra äldstas hälsa har blivit sämre. *Läkartidningen* nr 101:17 2004.
- Vikman, Ulrika (2010), Hur påverkar tillgång till barnomsorg arbetslösa föräldrars sannolikhet att få arbete? Rapport 2010:6. IFAU.



Rapporten beställs från LO-distribution:  
lo@strombergdistribution.se  
Telefax: 026-24 90 26

Mars 2013  
ISBN 978-91-566-2871-9  
[www.lo.se](http://www.lo.se)

OMSLAGSFOTO: Lars Forsstedt