

PM 2015:2

Befolkningens värdering av alternativa former för äldreomsorg

En studie av betalningsvilja

► vårdanalys
◄

Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vårdanalys
www.vardanalys.se

Befolkningens värdering av alternativa former för äldreomsorg

En studie av betalningsvilja



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av myndighetschefen Fredrik Lennartsson. Utredaren Marianne Svensson har varit föredragande. Projektdirektören Nils Janlöv har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2015-12-15

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson

Myndighetschef

Marianne Svensson

Föredragande

Förord

Vi blir allt fler äldre som lever allt längre. Likt alla medborgare är äldre unika personer med olika önskemål och behov – behov som sannolikt kommer att bli allt mer heterogena. Det ställer höga krav på kommunerna att formulera en långsiktig strategi för hur morgondagens äldreomsorg ska kunna möta de äldres behov. Samtidigt pekar kommunernas äldreomsorgschefer på flera hinder för en sådan långsiktig planering.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har därför tagit fram ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg. Underlaget beskriver konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen utifrån ett brukar- och medborgarperspektiv. Resultaten presenteras i rapporten Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? (2015:8). Rapporten visar på vikten av en planering som utgår både från de äldres behov och från ett brett samhällsekonomiskt perspektiv.

I vår huvudrapport ville vi inte enbart analysera hur kostnaderna för äldres vård och omsorg påverkas av alternativa strukturer i äldreomsorgen. Vi ville också undersöka vilken form av äldreomsorg som morgondagens äldre föredrar. Vårdanalys gav därför till Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i uppdrag att göra en betalningsviljestudie av befolkningens värdering av olika äldreomsorgsalternativ. Studien, som är ett av flera underlag till Vårdanalys rapport, är den första i sitt slag. IHE har haft ett helhetsansvar för att genomföra undersökningen samt att analysera och presentera studiens resultat. Deras rapport publiceras i den här promemorian. IHE:s projektgrupp har bestått av Katarina Gralén, ekon.mag., Emelie Andersson, ekon.mag., Katarina Steen Carlsson, fil.dr och Sara Olofsson, pol.mag.

Vårdanalys vill rikta ett varmt tack till de 818 personer som tagit sig tid att besvara enkäterna. Vår förhoppning är att vi med den här promemorian kan inspirera och bidra till en fortsatt metodutveckling för att undersöka befolkningens erfarenheter, preferenser och värdering av olika former av äldreomsorg.

Stockholm 2015-12-15

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?* intervjuas äldreomsorgschefer om äldreomsorgens struktur. Ett genomgående tema i intervjuvaren var den demografiska utmaningen med en stor ökning av äldre och därmed ett förväntat ökat behov av äldreomsorg. Ett annat tema var att det i äldreomsorgens nuvarande struktur finns ett glapp mellan hemtjänst i det egna hemmet och omsorg på ett äldreboende. I det sammanhanget är det en relevant fråga att se över vilken typ av omsorg som behövs och efterfrågas.

Denna promemoria redovisar resultatet av en befolkningsstudie med syftet att belysa om människor värderar olika former av boende olika och i så fall hur dessa skillnader i värde ser ut. Den metod som valdes för undersökningen var att genom en enkätstudie skatta befolkningens betalningsvilja för olika omsorgsalternativ. Studiens utgångspunkt är att äldre med behov erbjuds någon form av äldreomsorg. Frågeställningen preciserades så att den belyser respondenternas värdering av att få möjlighet att få den omsorgsform de själva föredrar. Resultaten ska därför tolkas som ett mervärde jämfört med dagens situation och nivå på äldreomsorg.

Enkäten hade tre delar:

- 1) Bakgrundsfrågor
- 2) Erfarenhet av och åsikter om äldreomsorg
- 3) Värdering av olika former av äldreomsorg vid två olika hälsotillstånd.

Totalt 2 020 personer inbjöds att delta i studien och 818 respondenter påbörjade enkäten och besvarade minst den första frågan. Sammanlagt 729 respondenter skickade in en fullständig enkät och ytterligare ett femtiotal har besvarat vissa frågor om åsikter och värdering i de båda hälsotillstånden.

I det så kallade gula hälsotillståndet, med en lättare funktionsnedsättning, ansåg respondenterna att egenskaper såsom att "Att själv få bestämma när jag får min hjälp under dagen", "Att det kommer någon ur samma personalpool" samt "Att kunna bo kvar med/i närheten av mina närstående" eller "Att bo i anpassat boende" var de tre viktigaste. En delvis annorlunda bild framtonade när respondenterna skulle föreställa sig vad som var viktigast om de skulle få en mer omfattande funktionsnedsättning i det så kallade orange hälsotillståndet. Fortfarande lyftes "Att det kommer någon ur samma personalpool" som viktigt, men ännu viktigare ansågs "Att bo i ett anpassat boende (exempelvis anpassat duschutrymme, borttagna trösklar) där jag med hjälpmedel kan ta mig runt och sköta enklare sysslor" och "Att det finns omsorgspersonal nära tillhands" vara.

Denna förändring av preferenser vid olika hälsotillstånd speglas också i vilka omsorgsalternativ som respondenterna angav att de skulle välja vid de olika hälsotillstånden. Respondenterna fick först ange om de föredrog omsorg i eget boende eller i ett anpassat boende om de skulle hamna i det gula hälsotillståndet, med en lättare

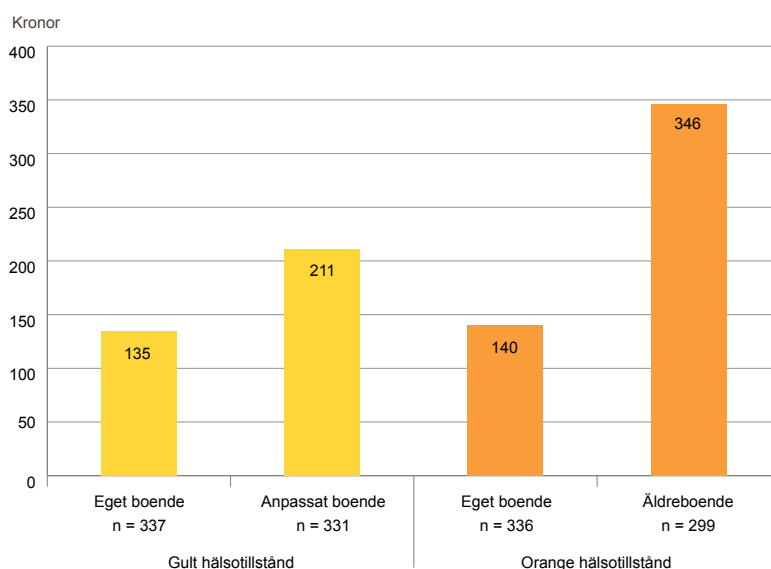
funktionsnedsättning. En majoritet av respondenterna, 51 procent, skulle välja ett anpassat boende medan 42 procent skulle välja omsorg i det egna boendet. Övriga respondenter tyckte inte det var någon skillnad mellan alternativen och ett fåtal angav att de själva skulle ordna med sin omsorg. Samma fråga ställdes där respondenterna skulle föreställa sig att de befann sig i det orange hälsotillståndet med en mer omfattande funktionsnedsättning. Då angav 69 procent att de föredrog omsorg i äldreboende medan 25 procent föredrog omsorg i det egna hemmet. Svaren kan tolkas som att det finns en efterfrågan på trygghet i form av omsorg i någon typ av anpassat boende även vid en mindre omfattande funktionsnedsättning.

För att undersöka eventuella skillnader i värdering beroende på frågans utformning fick hälften av respondenterna en enkät där frågan om betalningsviljan var utformad som att betalningen skulle ske i form av en försäkringspremie, medan den andra hälften av respondenterna fick en enkät där betalningsviljan var utformad som ett öronmärkt skattetillegg. Övriga frågor och bakgrundsbeskrivningar liksom enkäternas struktur var identisk.

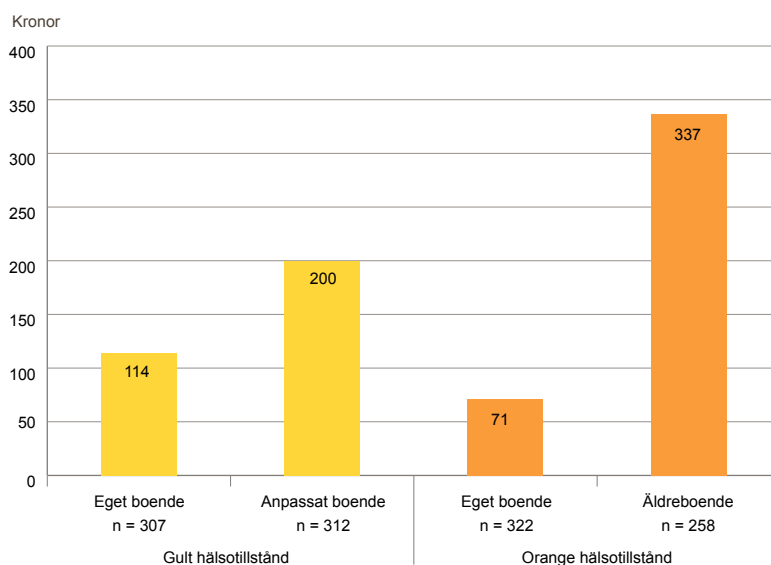
Det var en större andel som svarade att de var villiga att betala för sitt föredragna omsorgsalternativ när frågan formulerades som en skatt, omkring 70 procent, jämfört med omkring 40–50 procent då frågan formulerades som en försäkring. En analys av den angivna betalningsviljan bland personer som sagt sig föredra ett visst alternativ visar att den i tre fall av fyra lägre var bland dem som svarade på skatteenkäten än bland dem som svarade på försäkringsenkäten. Sammantaget gav de två enkätformerna likartade resultat för hur människor värderade olika omsorgsformer, men underliggande data skiljde sig åt något.

Den genomsnittliga betalningsviljan för de sammanlagt åtta kombinationerna av hälsotillstånd, omsorgsform och finansieringsform som användes i enkäten visas i figurerna nedan.

Betalningsvilja per månad. Medelvärde för eget boende, anpassat boende och äldreboende i hälsotillstånd med en lättare funktionsnedsättning (gul) och en mer omfattande funktionsnedsättning (orange). Skatteenkät.



Betalningsvilja per månad. Medelvärde för eget boende, anpassat boende och äldreboende i hälsotillstånd med en lättare funktionsnedsättning (gult) och en mer omfattande funktionsnedsättning (orange). Försäkringsenkät.



Den genomsnittliga betalningsviljan beräknades baserat på samtliga legitima svar om betalningsviljan. Det inbegriper ett stort antal personer för varje alternativ vars betalningsvilja satts till 0 kronor, exempelvis för att de föredrar ett annat alternativ, för att de inte anser sig ha råd att betala extra eller för att de först sagt att de kan tänka sig att betala men därefter på frågan ”hur mycket” svarat 0 kronor.

Studiens respondenter angav i genomsnitt en högre betalningsvilja för anpassat boende respektive äldreboende jämfört med boende i det egna hemmet. I sju av åtta fall angavs också en högre betalningsvilja när hälsotillståndet var svårare. Det åttonde fallet, omsorg i eget boende vid det orange respektive det gula hälsotillståndet i försäkringsenkäten, kan förklaras av att få föredrog eget boende vid orange hälsotillstånd och att de som gjorde det inte tycktes ha så starka preferenser att de ville betala mycket för denna boendeform.

Slutligen genomfördes ett antal regressionsanalyser för att belysa om den angivna betalningsviljan följde förväntade korrelationer. Som väntat var de två enskilt viktigaste sambanden hushållsinkomsten och vilken omsorgsform som värderades. Betalningsviljan var högre vid det svårare hälsotillståndet än vid en lättare funktionsnedsättning, vilket är i linje med ekonomisk teori att betalningsviljan är högre vid ett större behov. Betalningsviljan var också högre för omsorg i anpassat boende/äldreboende än för omsorg i det egna hemmet, vilket kan bero på att det uppfattas som att respondenten får ”mer” omsorg i ett anpassat boende/äldreboende.

Sammantaget visar studien att personer i 50–60-årsåldern tycks föredra olika typer av äldreomsorg beroende på egna önskemål och vilket hälsotillstånd de befinner sig i. En betydande andel av respondenterna tycks bland annat vara villiga att betala för att få möjlighet att flytta till ett anpassat boende också vid en lättare funktionsnedsättning.

Samtidigt finns det personer som även vid en mer omfattande funktionsnedsättning vill bo kvar och få omsorg i det egna hemmet. En slutsats är därför att morgondagens äldre tycks ha heterogena och olikartade preferenser för hur de vill ha äldreomsorgen. Detta kan tas som ett stöd för att inte bara tillhandahålla en form av äldreomsorg eller anta att en majoritet alltid önskar att bo kvar i det egna hemmet.

Innehåll

1 Inledning	17
1.1 Studiens syfte.....	17
2 Metod och genomförande	21
2.1. Undersökningens design.....	21
2.2. Urval	22
2.3. Enkäten	22
2.4. Datainsamling.....	26
2.5. Analys	27
3 Resultat	33
3.1. Svarefrekvens och respondenternas karakteristika.....	33
3.2. Erfarenheter och åsikter av äldreomsorg	35
3.3. Respondenternas preferenser och betalningsvilja för äldreomsorg	39
3.3.1 Att välja omsorgsalternativ.....	39
3.3.2 Andel som vill betala för det valda omsorgsalternativet.....	43
3.3.3 Antalet svar och protesterare vid beräkning av resultat.....	47
3.3.4 Betalningsvilja per månad.....	49
3.3.5 Total betalningsvilja	54
3.3.6 Resultatet omsatt i värdering per förväntad äldre person med omsorg	54
3.3.7 Regressionsanalys	55
4 Referenser.....	65
Bilagor	69
Bilaga 1 – Betalningsviljemetoder och betalningsformer	69
Bilaga 2 – Enkäterna.....	72



1 Inledning

Antalet äldre i Sverige ökar och därmed förväntas också behovet av äldreomsorg öka. Många studier tar upp skillnader mellan äldreomsorg i kommunal och enskild regi (se till exempel Bergman och Jordahl 2014). Däremot är det svårare att finna studier som diskuterar hur äldreomsorgen ska utformas rent praktiskt, till exempel fördelningen mellan omsorg i det egna hemmet och omsorg på ett anpassat boende respektive äldreboende vid olika nivåer av funktionsnedsättning.

I en tidigare studie intervjuades äldreomsorgschefer om äldreomsorgens struktur (se Vårdanalys 2015). Ett genomgående tema i intervjuvaren var den demografiska utmaningen med en stor ökning av äldre och därmed ett förväntat ökat behov av äldreomsorg. Något som även lyftes fram i intervjuerna var brukarnas önskemål om trygghet och att det i den nuvarande strukturen av äldreomsorg finns ett glapp i möjliga omsorgsformer mellan att få hemtjänst och omsorg på ett äldreboende. I det sammanhanget är det en relevant fråga att se över vilken typ av omsorg som behövs och som efterfrågas. Givet kommunernas begränsade resurser är det nödvändigt att prioritera. Inför denna situation kan kunskap om framtida äldres värderingar och preferenser för omsorgsformer vara en viktig utgångspunkt.

Frågan om äldreomsorgens utformning är aktuell i Sverige och det pågår en utredning om att ta fram en nationell kvalitetsplan för äldreomsorg (Socialdepartementet 2015). Planen ska redovisas 31 mars 2017. Syftet med kvalitetsplanen är att långsiktigt säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen inom strategiskt viktiga områden. En av delfrågorna avser att undersöka om det finns behov av en ny boendeform där äldre personer som inte behöver omfattande vård och omsorg dygnet runt får tillgång till trygghet och social gemenskap. Ett liknande uppdrag med syftet att se över bostadssituationen för äldre redovisades i oktober 2015 och föreslog ett åtgärds paket som bland annat inbegriper fler bostäder med möjlighet till gemenskap för äldre och ökade möjligheterna för seniorer att flytta till och bo kvar i olika former av anpassade boenden (Utredningen om bostäder för äldre 2015).

Givet den framtida utmaningen är det viktigt att bidra till en ökad kunskap om hur alternativa strukturer inom äldreomsorgen värderas genom att undersöka befolkningens erfarenhet, preferenser och värdering av olika typer av äldreomsorg.

1.1 STUDIENS SYFTE

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, har på uppdrag av Vårdanalys genomfört en befolkningsstudie om värderingen av alternativa strukturer för äldreomsorgen genom att tillfråga personer i åldern 50–60 år som på sikt kan komma att behöva äldreomsorg. Syftet med befolkningsstudien är att belysa om människor värderar olika former av boende olika och i så fall hur dessa skillnader i värde ser ut. Studien utgår från att äldre

som har ett omsorgsbehov alltid kommer att erbjudas någon form av äldreomsorg och siktar i stället in sig på respondenternas värdering av möjligheten att få den omsorgsform de själva föredrar. Resultaten ska därför tolkas som ett mervärde jämfört med dagens situation och nivå på äldreomsorg.



2 Metod och genomförande

2.1. UNDERSÖKNINGENS DESIGN

Studien undersöker erfarenheter, preferenser och värdering i form av betalningsvilja för äldreomsorg. Betalningsvilja, från engelskans *willingness-to-pay* (WTP), är det högsta belopp en individ är villig att betala för en åtgärd, tjänst eller produkt. Denna studie undersöker människors värdering av alternativa strukturer i äldreomsorgen genom att använda betalningsviljemetoden *contingent valuation* för att värdera olika hypotetiska, men realistiska, omsorgsalternativ som kan erbjudas äldre personer som drabbas av en funktionsnedsättning (se även bilaga 1).

En del tidigare betalningsviljestudier av den här typen har formulerat frågan som ett erbjudande om en försäkring, där de svarande kan betala en premie för att få rätt till en vara eller tjänst om en viss händelse inträffar. Samtidigt finns det studier som menar att detta sätt att formulera frågan kan uppfattas som alltför hypotetisk när det rör varor och tjänster som normalt finansieras via skattebetalningar.

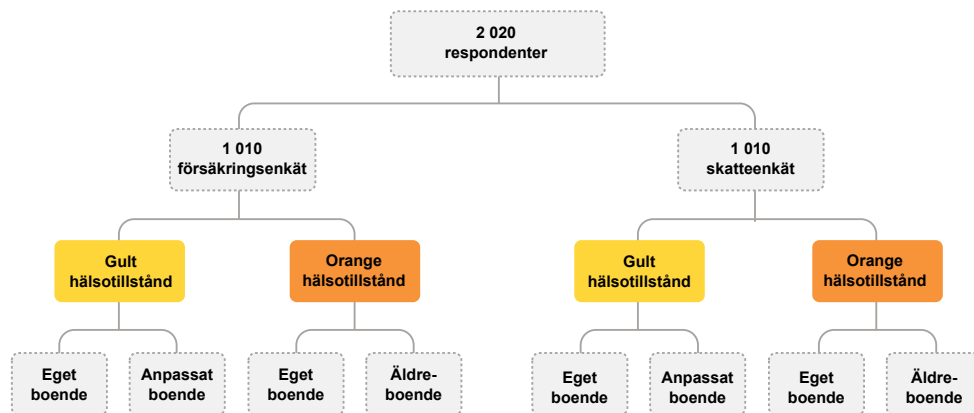
Denna studie använde därför två sätt att undersöka mervärdet av att få den omsorgsform som respondenten föredrar. Hälften av respondenterna fick en enkät där frågan om betalningsvilja var utformad som att betalningen skulle ske i form av en försäkringspremie, medan den andra hälften av respondenterna fick en enkät där frågan om betalningsviljan var utformad som ett öronmärkt skattetillägg. I det följande kallas de två versionerna försäkringsenkäten respektive skatteenkäten. Övriga frågor och bakgrundsbeskrivningar liksom enkäternas struktur var identisk.

I enkäten beskrevs två hypotetiska situationer som var förankrade i faktiska data och statistik gällande svenska förhållanden. I dessa situationer beskrevs två hälsotillstånd i termer av en lättare (kallat det gula hälsotillståndet) respektive en mer omfattande fysisk funktionsnedsättning (kallat det orange hälsotillståndet). Respondenten skulle därefter välja vilken typ av omsorgsalternativ denne önskade (eget hem med hemtjänst eller anpassat boende respektive äldreboende), där varje omsorgsalternativ presenterades utifrån ett antal kriterier. Enkätens struktur presenteras översiktligt i figur 1. Vidare överväganden kring val av metod för studien liksom utformning och design av enkäten presenteras i bilaga 1.

Undersökningen genomfördes med hjälp av en webbenkät som i samarbete med IHE skickades ut av Enkätfabriken till en panel bestående av 2 000 personer. Undersökningen föregicks av en pilotenkät till 20 personer inom samma målgrupp, men eftersom inga ändringar gjordes i webbenkäten efter pilotutskicket så inkluderades även dessa personer i studien. Det innebär att enkäten skickades till totalt 2 020 personer i åldern 50 till 60 år med en representativ geografisk spridning över Sverige.

Åldersgruppen 50–60 år valdes för att fånga personer som ännu inte var aktuella för äldreomsorg för egen del och som var i förvärsaktiv ålder, men som i framtiden kan komma att behöva av äldreomsorg. Personerna som deltog i undersökningen informerades om undersökningens syfte, att deltagande var frivilligt och att det var möjligt att när som helst avbryta deltagande.

Figur 1. Studiens utformning.



2.2. URVAL

Det saknas tidigare studier av betalningsvilja för äldreomsorg som skulle kunna utgöra underlag för att beräkna urvalstorleken. Denna studie utgick därför från tidigare studier av betalningsvilja för andra tjänster och varor. Sammanlagt 2 020 personer i åldrarna 50–60 år från en könsmässigt och geografiskt representativ webb-panel i Sverige fick erbjudande om att delta i studien. Hälften av de svarande fick slumpmässigt en försäkringsenkät och den andra hälften en skatteenkät. Individkaraktistika för personer som besvarade studien samlades in för att ge möjlighet till jämförelse med nationell befolkningsstatistik för åldersgruppen samt för att identifiera eventuella skillnader på grund av respondenternas personliga egenskaper.

2.3. ENKÄTEN

Enkätens struktur följde de strukturer som tidigare betalningsviljestudier har använt för att presentera frågeställning och för att kunna validera betalningsvilja. Enkäten för skatt respektive försäkring återfinns i Bilaga 2. Enkäten hade tre delar:

- 1) Bakgrundsfrågor
- 2) Erfarenhet av och åsikter om äldreomsorg
- 3) Värdering av olika former av äldreomsorg vid två olika hälsotillstånd
 - a) Det gula hälsotillståndet
 - b) Det orange hälsotillståndet

Varje fråga hade ett antal svarsalternativ, inklusive en möjlighet att ange "Vet ej", "Föredrar att inte svara", "Annat" eller motsvarande för att avstå svar. För att gå vidare i enkäten behövde varje fråga besvaras med något alternativ. Respondenterna kunde när som helst välja att lämna enkäten.

I den inledande delen återfanns *bakgrundsfrågor* om person, till exempel ålder, kön,

boendesituation, antal hushållsmedlemmar, utbildning, sysselsättning, inkomst och allmänt hälsotillstånd.

I den andra delen ställdes frågor om respondenternas *erfarenhet och åsikter* om äldreomsorg, till exempel om personen har eller har haft närstående med äldreomsorg. Det fanns också frågor kring hur respondenten bedömer sin egen framtida hälsa och behov av äldreomsorg jämfört med genomsnittet för äldre personer i Sverige. Respondenterna ställdes därefter inför ett antal påståendefrågor. De fick ange hur de ställde sig till sju påståenden om äldreomsorgen, exempelvis ”Jag tycker att äldreomsorgen fungerar bra idag”, och kunde välja mellan fem svarsalternativ, från ”Instämmer inte alls” till ”Instämmer helt och hållet”. Det fanns även ett sjätte alternativ i form av ”Ingen åsikt/vet ej”.

Den tredje delen innehöll frågor om prioriteringar mellan omsorgsalternativ och *värdering av möjligheten* att få tillgång till den äldreomsorgsform som respondenten själv föredrar om personen skulle hamna i ett av de beskrivna hälsotillstånden. Detta huvudavsnitt inleddes med att återupprepa syftet med studien och att ge respondenterna en kort introduktion till begreppet *betalningsvilja*. Det betonades att resultatet från studien inte kommer att påverka hur mycket äldre själva behöver betala för sin äldreomsorg eller sättet som äldreomsorg finansieras på i Sverige.

Därefter presenterades det första av två hypotetiska situationer, *det gula hälsotillståndet*, som beskrev en vanlig nivå av funktionsnedsättning bland personer som har hemtjänst (se faktaruta).

Respondenterna ställdes därefter inför en *prioriteringsfråga* där sju egenskaper för äldreomsorgen presenterades. Egenskaperna var relaterade till boende, personal och möjligheten att själv påverka sin vård, exempelvis ”Att det finns omsorgspersonal nära till hands” och ”Att själv bestämma när jag får min hjälp under dagen”. Respondenterna ombads välja de tre egenskaper som ansågs viktigast om de skulle hamna i det hälsotillstånd som presenterats.

Därefter beskrevs det gula hälsotillståndet återigen och det framgick att 2 av 10 personer som är 78 år eller äldre hamnar i det gula hälsotillståndet. Denna information gav respondenten en uppfattning om riskens storlek. Utifrån antagandet att respondenten hamnar i det gula hälsotillståndet angavs att hen kunde få omsorg antingen i sitt nuvarande hem eller i ett anpassat boende. De båda omsorgsalternativen presenterades utifrån ett antal kriterier, till exempel hur ofta omsorgen ges och hur lång tid det tar för omsorgspersonal att vara på plats vid behov av omedelbar hjälp. Respondenten ombads att välja vilket omsorgsalternativ hen föredrog. Det var också möjligt att ange antingen att respondenten planerade att själv ordna den omsorg och hjälp som behövs

Det gula hälsotillståndet

Det gula hälsotillståndet innebär bland annat att du har svårt att *städa* och *laga mat på egen hand*. Det kan också innebära att du har svårt att *gå i trappor* och *förflytta dig utomhus utan* hjälpmedel (exempelvis rullator) och att du *inte klarar av att köra bil*.

eller att det inte spelade någon roll vilket av omsorgsalternativen hen fick eftersom respondenten inte tyckte att det var någon större skillnad mellan alternativen.

De respondenter som föredrog ett av de två omsorgsalternativen skickades vidare till en fråga om ifall de skulle vara villiga att betala ett tillägg för att få tillgång till detta alternativ. Oavsett vilket omsorgsalternativ som respondenten föredrog, skulle respondenten föreställa sig att kommunen av kostnadsskäl endast erbjöd det omsorgsalternativ som *inte* valts. Vidare skulle respondenten föreställa sig att hen kunde betala ett tillägg i form av en skatt eller försäkring för att också få möjlighet att välja det alternativ hon föredrog. Frågeställningen i de två alternativa enkätformerna framgår av faktarutan på nästa sida.

För personer som sade att de kunde tänka sig att betala extra för att få den äldreomsorgsform som de föredrog beskrevs att betalningen skulle ske månadsvis i form av en försäkringspremie respektive i form av en öronmärkt skatt från och med detta år till och med året respondenten fyller 65 år. I övrigt var båda enkäterna identiskt formulerade.

De respondenter som inte var villiga att betala något för att få tillgång till sitt föredragna alternativ skickades vidare till en kontrollfråga som bad dem ange varför de inte var villiga att betala. Denna kontrollfråga användes för att identifiera så kallade protesterare, det vill säga respondenter som ser ett värde med omsorgsalternativet men som inte accepterar eller inte förstår den hypotetiska valsituationen. De respondenter som angav att alternativen var likvärdiga eller angav att de själva skulle ordna omsorgen fick fortsätta till det orange hälsotillståndet.

De respondenter som var beredda att betala ett tillägg ställdes inför 10 olika belopp som presenterades ett i taget och ombads ange om skulle vara villiga att betala detta belopp som tillägg eller inte. Detta moment, som även kallas för *kortsortering*, användes för att minimera risken för outliers (personer som anger en orealistiskt hög betalningsvilja). Studier som frågar om betalningsviljan utan ett kortsorteringsmoment riskerar att ge en hög andel respondenter som inte vill betala någonting eller som har en orealistiskt hög betalningsvilja. Beloppsordningen var densamma för alla respondenter och angavs dels per månad och dels per år, med årsbelopp inom parentes: 600 kronor (7 200 kr), 30 kronor (360 kr), 900 kronor (10 800 kr), 5 kronor (60 kr), 400 kronor (4 800 kr), 1 krona (12 kr), 10 kronor (120 kr), 40 kronor (480 kr), 90 kronor (1 080 kr), 1 300 kronor (15 600 kr). Betalningsviljan angavs på två sätt eftersom månadsbeloppet är lättast att sätta i relation till sin budget medan årsbeloppet gör det lättare för respondenten att beräkna den totala kostnaden fram till 65 års ålder.

När respondenten tagit ställning till samtliga belopp i "kortsorteringen" presenterades det högsta belopp hen sagt sig vara villig att betala och det lägsta belopp hen sagt sig inte vara villig att betala. Därefter ställdes en öppen fråga om det högsta belopp respondenten skulle kunna tänka sig att betala för att få tillgång till det valda omsorgsalternativet. Svaret på denna fråga tolkades som respondentens betalningsvilja och är studiens *huvudresultat*.

Efter att respondenten angett sin betalningsvilja fick hen ange hur säker hen var på att hen skulle vara villig att betala beloppet på en skala mellan 1 och 10, där 1 motsvarar "Inte alls säker" och 10 motsvarar "Mycket säker". Denna fråga inkluderades för att begränsa

Försäkringsenkät

Anta nu att omsorg i det egna hemmet för personer med det gula hälsotillståndet är ett dyrare alternativ för kommunen att tillhandahålla (till exempel på grund av höga transportkostnader).

Kommunen har därför bestämt att de bara kan betala för omsorg i anpassat boende. Anta att du kan teckna en tilläggsförsäkring som gör att du kan välja att få omsorgen i ditt eget hem om du skulle hamna i det gula hälsotillståndet när du bli äldre (20 % av personerna 78 år eller äldre).

*Skulle du **idag** kunna tänka dig att betala för tilläggsförsäkring för att få tillgång till omsorgen i ditt eget hem?*

Skatteenkät

Anta nu att omsorg i det egna hemmet för personer med det gula hälsotillståndet är ett dyrare alternativ för kommunen att tillhandahålla (till exempel på grund av höga transportkostnader).

Kommunen har därför bestämt att de bara kan betala för omsorg i anpassat boende med nuvarande skatteinkomster.

För att kommunen ska kunna ge omsorg i det egna hemmet behöver de öka sina skatteinkomster med hjälp av ett skattepålägg som är öronmärkt för detta ändamål.

*Skulle du **idag** kunna tänka dig att betala ett öronmärkt skattepålägg för att kommunen ska kunna tillhandahålla omsorg i det egna hemmet för äldre med det gula hälsotillståndet? (20 % av personerna 78 år eller äldre)*

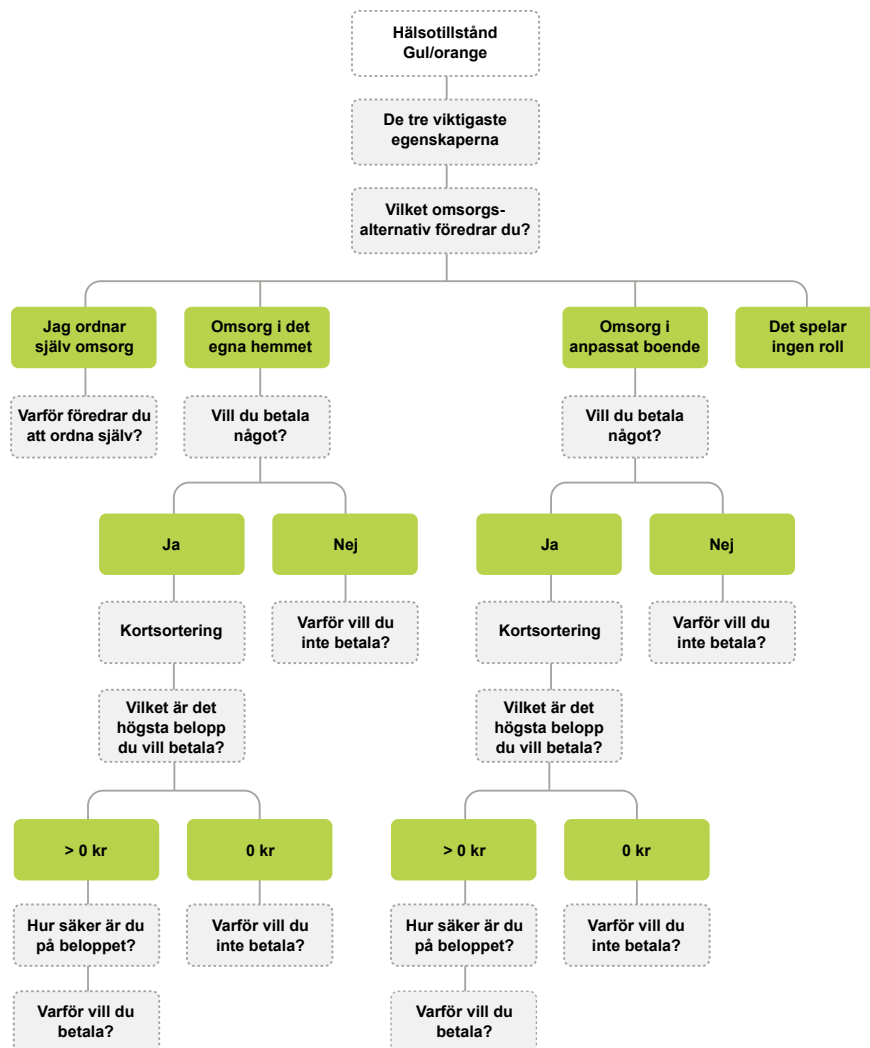
så kallad hypotetisk bias, det vill säga att respondenten inte förstår scenariot eller inte tar det på allvar. Tidigare studier har visat att respondenter som anger sju eller högre på skalan ligger närmare den reella betalningsviljan (det vill säga vad respondenten skulle betala om skatten introducerades) jämfört med de som anger lägre än sju (Loomis 2014). Slutligen ombads respondenten ange varför denne tyckt det var värt att betala extra för att få tillgång till det omsorgsalternativt som föredrogs. Syftet med denna fråga var att ytterligare minimera risken för så kallad hypotetisk bias.

Därefter återupprepades alla steg för samtliga respondenter för *det orange hälsotillståndet*, som beskrevs som en svårare funktionsnedsättning som till exempel innebar

Det orange hälsotillståndet

Det *orange* hälsotillståndet innebär bland annat att du inte klarar av att *sköta din hygien* (duscha/bada) på egen hand. Det kan också innebära att du inte klarar av att *klä på dig* själv om morgonen och *klä av dig* om kvällen eller att *laga mat*. Du kan *inte förflytta sig inomhus* utan hjälpmedel och du behöver hjälp för att kunna *förflytta dig utanför din bostad*.

Figur 2. Beslutsvägar i ett hälsotillstånd.



att inte klara av att sköta sin hygien (duscha/bada) på egen hand (se faktarutan). Respondenterna ställdes återigen inför prioriteringsfrågan där de tre viktigaste egenskaper inom äldreomsorgen skulle anges, och därefter följde frågorna kring betalningsvilja. En översikt över de möjliga vägarna för frågor som respondenternas svar kan leda till vid respektive hälsotillstånd illustreras i figur 2.

2.4. DATAINSAMLING

Undersökningen skickades den 25 maj 2015 som ett e-postbrev med en länk till enkäten (se bilaga 2) till 2 020 personer i en webb-panelen. Efter cirka en vecka skickades en påminnelse till samtliga som ingick i det första utskicket. Datainsamlingen pågick i två veckor och avslutades den 9 juni 2015.

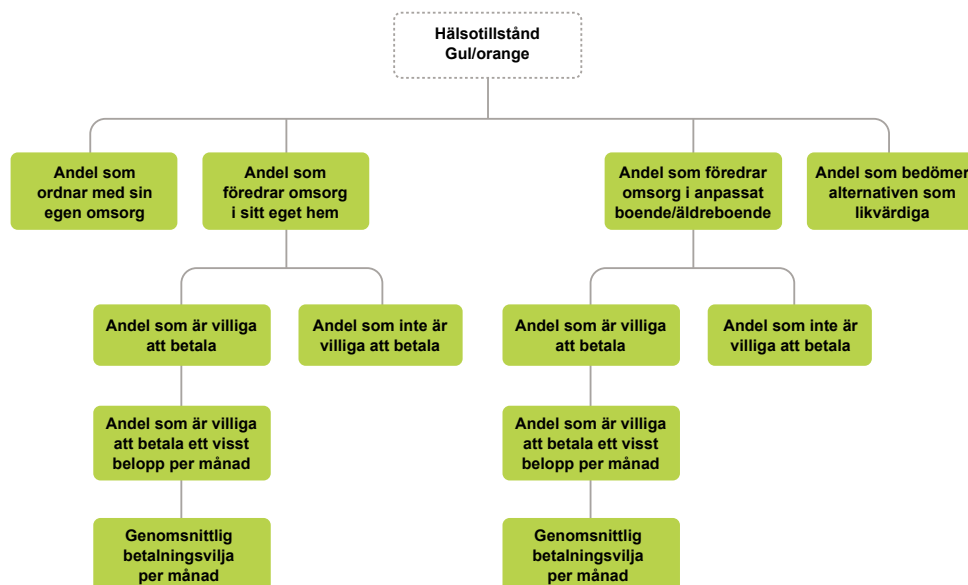
2.5. ANALYS

Frågorna om respondenternas *erfarenhet och åsikter* om äldreomsorg ingår i analysen för att belysa värderingen av äldreomsorgsstrukturer utifrån flera perspektiv och kompletterar på så sätt undersökningens betalningsviljefrågor. *Prioriteringsfrågan* om de tre viktigaste egenskaperna för äldreomsorgen inkluderas dels som ”en uppvärmning” och ett stöd för respondenten att fundera över vilka egenskaper som är viktigast givet ett visst hälsotillstånd och dels för att komplettera undersökningens betalningsviljefrågor. Informationen från prioriteringsfrågan används för att belysa vilka egenskaper som anses viktigast utan att ange ett monetärt värde.

De två omsorgsalternativen, omsorg i det egna hemmet eller omsorg i anpassat boende/äldreboende, presenteras som två olika omsorgsalternativ utifrån ett antal kriterier. Analysen av svaren om val av omsorgsalternativ sker i fyra steg, som framgår av figur 3:

- 1) Andel av respondenterna som föredrar omsorg i hemmet, omsorg i anpassat boende/äldreboende, som ordnar omsorg själv samt som inte tycker det finns någon skillnad mellan omsorgsalternativen.
- 2) Andel av respondenterna som är villiga att betala extra för att få tillgång till det valda omsorgsalternativet.
- 3) Andelarna av respondenterna som är villiga att betala respektive månadsbelopp för det valda omsorgsalternativet i kortsorteringen.
- 4) Genomsnittlig betalningsvilja per månad för respektive omsorgsalternativ utifrån svaret på den öppna frågan.

Figur 3. Analysträd för respektive hälsotillstånd.



Studiens design innebär att respondenterna kommer att betala skatten/försäkringen under olika lång tid beroende på hur lång tid de har kvar tills det att de fyller 65 år. Det är också så att inte alla respondenter som har en betalningsvilja kommer att behöva av äldreomsorg när de blir äldre. Detta innebär att *betalningsviljan* har beräknats på tre sätt: (1) som en genomsnittlig månatlig betalningsvilja; (2) som en genomsnittlig total betalningsvilja fram till det år då respondenten fyller 65 år och (3) som en genomsnittlig betalningsvilja per förväntad äldre med omsorg.

I *huvudanalysen* beräknas den genomsnittliga betalningsviljan i förhållande till samtliga respondenter med giltiga svar, men exklusive de som protesterar. Det betyder att resultatet för varje omsorgsalternativ innehåller en betydande andel personer vars betalningsvilja satts till 0 kronor, exempelvis för att de föredrar det andra omsorgsalternativet, för att de inte tycker det är någon skillnad mellan alternativen, eller för att de föredrar det aktuella alternativet men inte vill betala extra för det.

De respondenter som inte accepterar det hypotetiska upplägg som följer av en betalningsviljestudie definieras som *protesterare* och behöver exkluderas inför beräkningen av betalningsviljan. Det innebär att respondenter som i kontrollfrågorna svarar att de inte vill betala något eftersom de inte vill betala mer i skatt eller tycker att kommunen ska bekosta äldreomsorgen alternativt som svarar att de inte har tillräckligt mycket information för att besvara frågan exkluderas från huvudanalysen av betalningsviljan. Däremot inkluderas protesterarna i redovisningen av resultaten för övriga frågor i enkäten. Personer som anger en betalningsvilja som överstiger hushållets månadsinkomst exkluderas också, eftersom de bedöms som orealistiska.

För att beräkna värdet av ett specifikt omsorgsalternativ vid ett givet hälsotillstånd används resultatet av den öppna frågan om respondenternas genomsnittliga betalningsviljan per månad för de respondenter som valt det aktuella omsorgsalternativet. De respondenter som valt det andra omsorgsalternativet, alternativt anger att de inte ser någon skillnad mellan de två omsorgsalternativen eller ordnar omsorg på egen hand beräknas ha en betalningsvilja motsvarande 0 kronor för det aktuella omsorgsalternativet. Eftersom respondenterna har möjlighet att välja vilken omsorgsform de föredrar kommer studiens resultat att peka på en positiv betalningsvilja för såväl alternativet omsorg i nuvarande boende som omsorg i anpassat boende/äldreboende.

Även resultatet av kortsorteringen analyseras för att kontrollera logiken i respondentgruppens svar, där det förväntas att en mindre andel av respondenterna ska vara villiga att betala ett högre belopp givet samma vara eller tjänst. Detta kan liknas vid ett slags efterfrågekurva.

Analyserna omfattade också beräkningar av medelbetalningsviljan i flera delurval. Genom att belysa storleken på medelbetalningsviljan i olika grupper ges en bild av styrkan i preferenserna för de som väljer ett visst alternativ.

Den första analysen, *säkerhetsanalysen*, handlar om att undersöka vad som händer med betalningsviljan om respondenter som inte är helt säkra på sitt belopp (motsvarande grad 1-6 på en tio-gradig skala) betraktas som att deras betalningsvilja är 0 kronor. Det innebär att en positiv betalningsvilja endast registreras för respondenter som har angivit att det är mycket säkra (≥ 7) på sitt belopp. I denna analys är alltså det totala antalet

respondenter detsamma som i huvudanalysen, men en mindre andel respondenter har en betalningsvilja som överstiger 0 kronor.

Det andra delurvalet är en *subgruppsanalys* där betalningsviljan beräknas **endast** för dem som valt det aktuella omsorgsalternativet. Betalningsviljan blir då 0 kronor för de respondenter som valt det aktuella omsorgsalternativet men som inte vill eller inte har råd att betala för det valda omsorgsalternativet. Däremot exkluderas fortfarande protesterarna från beräkningen. Genom att redovisa resultaten för dessa subgrupper ges en bild av hur starka preferenserna är inom ett visst omsorgsalternativ. Genom att de som föredrar andra alternativ inte ingår, blir antalet personer med en betalningsvilja på 0 kronor förhållandevis färre än i huvudanalysen.

Det tredje delurvalet är en *känslighetsanalys*, som liknar subgruppsanalysen på så sätt att den **endast** inkluderar betalningsviljan för dem som valt det aktuella omsorgsalternativet. Däremot inkluderas denna gång protesterarna. Genom att inkludera protesterarna bland de personer som inte vill betala extra för omsorgsalternativet blir medelbetalningsviljan lägre. Om ett omsorgsalternativ har förhållandevis få protesterare minskar medelbetalningsviljan mindre än om det finns många protestare. I och med att studien har flera möjliga omsorgsval och alternativa formuleringar av betalningsfrågan (skatt respektive försäkring) är det intressant att belysa i vilken utsträckning detta tycks påverka den beräknade betalningsviljan. Som en del i känslighetsanalysen redovisas hur många respondenter som ligger inom ett visst intervall i sina öppna svar om betalningsvilja. Detta visar spridningen i betalningsvilja och gör det möjligt att upptäcka om det finns respondenter med förhållandevis hög betalningsvilja som höjer medelvärdet.

Ett viktigt validitetstest för en betalningsviljestudie är att undersöka om betalningsviljan är signifikant relaterad till inkomst. Detta görs med hjälp av en *regressionsanalys* med betalningsviljan som beroende variabel och ålder, kön, hushållssammansättning, utbildning, inkomst, erfarenhet av äldreomsorg, med flera som oberoende variabler.

I denna studie tillfrågas varje respondent om mervärdet av att få den äldreomsorgsform personen själv föredrar vid två olika hälsotillstånd (det gula och det orange hälsotillståndet). Det innebär att personen implicit anger att hen inte är villig att betala extra för det andra omsorgsalternativet, som hen inte föredrar. Därmed ger varje respondent fyra svar, två explicita och två implicita. Huvudanalysens regressionsresultat bygger på en regression som inkluderar alla fyra observationer per respondent. Beräkningen av kovariansmatrisen tar hänsyn till att observationerna inte är oberoende. Fyra regressioner skattas också separat för varje boendeform och hälsotillstånd. För att få så stort urval som möjligt, och därmed ett stabilare resultat, inkluderas först samtliga individer från både skatt- och försäkringsenkäten (exklusive protesterare) i regressionen. Därefter redovisas separata regressioner för skatte- respektive försäkringsenkäten.

Eftersom både betalningsvilja och inkomst inkluderas som logaritmerade variabler i analysen, i linje med tidigare studier inom området, tolkas den skattade regressionskoefficienten som en elasticitet. För övriga variabler tolkas koefficienterna som den procentuella effekten på betalningsviljan. För att kunna analysera inkomsten som ett mått på hushållets konsumtionsutrymme användes mittvärdet i respektive inkomstintervall för att skapa en kontinuerlig variabel. Denna dividerades med antalet så kallade

konsumtionsenheter i hushållet. Konsumtionsenheter är vikter som tagits fram av Statistiska centralbyrån (2009) för att beskriva en persons förväntade konsumtionsnivå i förhållande till ålder och hushållssammansättning. Genom att ange inkomsten per konsumtionsenhet fås ett mått på disponibel budget per person.

Tabell 1. Konsumtionsenheter.

Ensamstående eller första vuxna person	1,00
Andra vuxna person	0,51
Ytterligare vuxen	0,60
Första barn (0–19 år)	0,52
Andra och ytterligare barn	0,42

Källa: SCB (2009).



3 Resultat

3.1. SVARFREKVENNS OCH RESPONDENTERNAS KARAKTERISTIKA

Av de 2 020 personer som ingick i utskicket var det 818 respondenter som besvarade minst en fråga medan 782 respondenter besvarade alla bakgrundsfrågor (tabell 2). Totalt 729 respondenter skickade in en fullständig enkät, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 36 procent. I denna studie inkluderas också respondenter som besvarat en del av enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 40 procent.

I tabell 3 presenteras de inkluderade respondenternas personliga egenskaper uppdelat på de två subgrupperna som fick skatt- respektive försäkringsenkäten. Som framgår stämmer de personliga egenskaperna väl överens mellan de två subgrupperna. Medelåldern bland respondenterna var 55 år och något fler än hälften av respondenterna är kvinnor. Drygt 15 procent levde ensamma, medan cirka 85 procent levde tillsammans med minst en person. Strax under hälften hade studerat på gymnasienivå eller motsvarande och nästan lika stor andel hade studerat på högskole- eller universitetsnivå. Mer än tre fjärdedelar av respondenterna var anställda och genomsnittsinkomsten per hushåll var cirka 50 000 kronor per månad (före skatt).

I möjligaste mån har motsvarande data för 50–60-åringar i Sverige hämtats från SCB:s öppna statistikdatabas (SCB 2015) för att jämföra respondenterna med riksgenomsnittet för Sveriges befolkning (se tabell 3). Statistikdatabasen redovisar i några fall resultat med något annorlunda åldersintervall. För dessa valdes åldersintervall så nära 50–60 som varit möjligt. En jämförelse med genomsnittet för Sverige visar att kvinnor är något överrepresenterade och att något färre ensamhushåll ingår i denna studie. Vidare har respondenterna i denna studie något högre utbildning jämfört med motsvarande åldersgrupp i Sverige. Avseende hushållsinkomst (före skatt) finns inte någon direkt motsvarande jämförelse. För den något äldre åldersgruppen 50–64 år är medelvärdet för hushållsinkomsten 33 150 kr/månad, men jämförbarheten med åldersgruppen 50–60 år är svår då andelen personer med pension i gruppen 50–65 år är högre än i gruppen

Tabell 2. Svarsfrekvens (antal personer).

	Totalt	Varav	
		Skatt	Försäkring
Utskick	2 020	1 010	1 010
Accepterade deltagande	1 010	492	518
Påbörjade bakgrundsfrågor	818	407	411
Påbörjade erfarenhets/åsiktsfrågor	808	403	405
Påbörjade det gula hälsotillståndet	786	398	388
Påbörjade det orange hälsotillståndet	771	393	374
Skickade in fullständig enkät	729	358	371

50–60 år, vilket drar ned medelinkomsten för den tidigare gruppen. Som alternativ jämförs här med sammanräknad förvärvsinkomst per person för åldersgruppen 50–59 år där medelinkomsten är 28 700 kr/månad och medianinkomsten 26 400 kr/månad. I denna studie bor en majoritet (86 procent) av respondenterna tillsammans med andra personer. Det är därför svårt att dra en entydig slutsats kring inkomsten, men det kan vara så att respondenterna i denna studie bor i hushåll med något högre hushållsinkomst än genomsnittet för samma åldersgrupp i Sverige.

Tabell 3. Respondenternas personliga egenskaper i skatt- respektive försäkringsenkäten samt för befolkningen i genomsnitt.

	Skatt	Försäkring	Sverige
Ålder			
Medelålder	55 år (median 55)	55 år (median 55)	–
Kön			50–60 år
Man	48 % (n = 194)	41 % (n = 168)	50 %
Kvinna	52 % (n = 213)	59 % (n = 243)	50 %
Hushållets storlek			45–64 år
Enfamiljshushåll	14 % (n = 56)	14 % (n = 57)	19 %
Flerfamiljshushåll	86 % (n = 351)	86 % (n = 354)	81 %
Påbörjad utbildningsnivå			50–60 år
Grundskola/folkskola	8 % (n = 31)	6 % (n = 25)	16 %
Gymnasium/realskola	47 % (n = 189)	46 % (n = 187)	49 %
Högskola/universitet	44 % (n = 178)	46 % (n = 188)	35 %
Annat	1 % (n = 6)	2 % (n = 7)	1 %
Sysselsättning			
Anställd	76 % (n = 307)	79 % (n = 320)	–
Egen företagare	8 % (n = 32)	6 % (n = 25)	–
Pensionär	3 % (n = 14)	3 % (n = 12)	–
Arbetssökande	3 % (n = 11)	6 % (n = 23)	–
Sjukskriven	8 % (n = 31)	5 % (n = 19)	–
Annat	2 % (n = 9)	2 % (n = 7)	–
Hushållsinkomst (kr/mån)		Förvärvsinkomst per person (50–59 år) **	
Medelinkomst*	50 475 kr	49 533 kr	28 700 kr
Medianinkomst	55 000 kr	45 000 kr	26 400 kr

Källa Sverige: SCB (2015).

* Beräknat utifrån mittvärdet i respektive inkomstgrupp

** Statistiska centralbyrån redovisar att medelvärdet för hushållsinkomst för personer 50–64 år är 33 150 kronor per månad. Det större åldersintervallet begränsar jämförbarheten med studiens åldersgrupp 50–60 år eftersom andelen personer med pension i gruppen 50–65 år är högre än i gruppen 50–60 år. Andelen personer som delvis eller helt lämnat arbetsmarknaden för pension stiger efter 60 års ålder, vilket drar ned medelinkomsten för den senare gruppen. Som kompletterande uppgifter anges här förvärvsinkomst per person för åldersgruppen 50–59 år där medelinkomsten är 28 700 kr per månad och medianinkomsten 26 400 kronor per månad.

3.2. ERFARENHETER OCH ÅSIKTER AV ÄLDREOMSORG

Strax över hälften av respondenterna hade någon typ av erfarenhet av hemtjänst och för dessa individer var det vanligast att en närstående hade eller hade haft hemtjänst. Cirka en tiondel av alla respondenterna hade erfarenhet av att ha arbetat inom hemtjänst. Lite mindre än hälften hade ingen erfarenhet av hemtjänst. Det var mer ovanligt att ha erfarenhet av särskilt boende och något mer än hälften hade ingen erfarenhet av detta. Cirka en tredjedel hade eller hade haft en anhörig som bodde eller hade bott på särskilt boende, medan cirka en tiondel hade erfarenhet av att arbeta inom särskilt boende. Respondenternas erfarenheter av äldreomsorg presenteras i tabell 4.

På frågan om respondenten tror sig kunna bo kvar i sin nuvarande bostad vid en framtida funktionsnedsättning så är det jämnt fördelat mellan dem som tror sig kunna bo kvar och dem som vill flytta (cirka 40 procent), se tabell 5. Ungefär två tiondelar uppger sig inte veta om de kan bo kvar eller inte. Det är ungefär dubbelt så många som uppger att de har planer att flytta när de blir äldre än som uppger att de inte ska flytta, cirka 45 mot cirka 20 procent. En tredjedel anger att de inte har funderat på det.

Tabell 4. Respondenternas erfarenheter av äldreomsorg (procent).

	Skatt	Försäkring
Hemtjänst		
Har själv hemtjänst	<1 (n = 1)	<1 (n = 1)
Annan i hushållet har hemtjänst	1 (n = 4)	0 (n = 0)
Har/har haft närstående med hemtjänst	43 (n = 176)	45 (n = 189)
Har arbetat inom hemtjänst	10 (n = 41)	9 (n = 39)
Ingen erfarenhet av hemtjänst	46 (n = 191)	45 (n = 191)
Särskilt boende		
Bor själv i särskilt boende	<1 (n = 2)	<1 (n = 1)
Har/har haft närstående i särskilt boende	33 (n = 137)	36 (n = 150)
Har arbetat på särskilt boende	11 (n = 47)	12 (n = 50)
Ingen erfarenhet av särskilt boende	55 (n = 229)	51 (n = 213)

Samma person kunde välja flera svarsalternativ.

Tabell 5. Respondenternas funderingar kring eget boende och egen hälsa (procent).

	Skatt (n = 393)*	Försäkring (n = 404)*
Tror sig kunna bo kvar i nuvarande bostad vid framtida funktionsnedsättning		
Ja	41 (n = 161)	42 (n = 171)
Nej	41 (n = 163)	39 (n = 158)
Vet inte	18 (n = 69)	19 (n = 75)
Har planer på att flytta som äldre		
Ja	47 (n = 183)	46 (n = 187)
Nej	22 (n = 87)	24 (n = 96)
Har inte funderat på det	31 (n = 123)	30 (n = 121)
Bedömning av sannolikheten att behöva äldreomsorg jämfört med genomsnittet		
Jag tror min sannolikhet är lägre än för genomsnittet	21 (n = 84)	21 (n = 83)
Jag tror min sannolikhet är samma som för genomsnittet	58 (n = 227)	61 (n = 245)
Jag tror min sannolikhet är högre än för genomsnittet	8 (n = 30)	7 (n = 28)
Kan inte ta ställning	13 (n = 52)	12 (n = 47)
Nivå av oro för att inte kunna klara sig själv som äldre		
Inte alls orolig	31 (n = 121)	30 (n = 121)
Lite orolig	46 (n = 181)	47 (n = 188)
Ganska orolig	13 (n = 50)	12 (n = 49)
Orolig	7 (n = 26)	7 (n = 28)
Mycket orolig	4 (n = 15)	4 (n = 17)

* Antal svarande anges som de som börjat svara på frågorna om åsikter om äldreomsorg. En person lämnade försäkringsenkäten mellan frågan om planer på att flytta och bedömningen av sin egen sannolikhet att behöva äldreomsorg jämfört med genomsnittet.

När respondenten uppmanas relatera sin egen sannolikhet för att i framtiden behöva äldreomsorg jämfört med genomsnittet för Sverige anser en majoritet att sannolikheten är densamma för genomsnittet, medan något under tio procent tror sig ha en större sannolikhet än genomsnittet och cirka 20 procent tror sig ha en lägre sannolikhet. Omkring tre fjärdedelar uppger sig känna någon grad av oro för att inte kunna klara sig själv som äldre. Cirka en tiondel uppgav sig vara orolig eller mycket orolig.

Tabell 6 visar en korstabellering av hur respondenterna svarat på frågorna om 1) sin oro för att inte klara sig själv som äldre och 2) respondentens egen bedömning av sitt behov av äldreomsorg i framtiden i förhållande till befolkningsgenomsnittet. Det finns en tendens till samband mellan nivå på oro och bedömning av framtida behov. Av de respondenter som anger sig vara oroliga eller mycket oroliga, anger en större andel att de har högre risk än genomsnittet att behöva äldreomsorg som äldre. På motsvarande sätt tror en större andel av de respondenter som inte alls är oroliga att deras sannolikhet att behöva framtida äldreomsorg är lägre än genomsnittet.

Tabell 6. Korstabellering av nivå av oro för att inte kunna klara sig själv som äldre och den egna bedömningen av sannolikheten för att behöva äldreomsorg (andel som anger svarsalternativ, procent).

Skatteenkät					
Oro för att inte klara sig själv som äldre	Uppskattad sannolikhet att behöva äldreomsorg				
	Lägre än genomsnittet	Samma som genomsnittet	Högre än genomsnittet	Kan inte ta ställning	Totalt
Inte alls orolig	31 (n = 38)	50 (n = 61)	3 (n = 4)	15 (n = 18)	100 (n = 121)
Lite orolig	22 (n = 40)	61 (n = 111)	4 (n = 7)	13 (n = 23)	100 (n = 181)
Ganska orolig	4 (n = 2)	68 (n = 34)	14 (n = 7)	14 (n = 7)	100 (n = 50)
Orolig	8 (n = 2)	54 (n = 14)	31 (n = 8)	8 (n = 2)	100 (n = 26)
Mycket orolig	13 (n = 2)	47 (n = 7)	27 (n = 4)	13 (n = 2)	100 (n = 15)
Försäkringsenkät					
Oro för att inte klara sig själv som äldre	Uppskattad sannolikhet att behöva äldreomsorg				
	Lägre än genomsnittet	Samma som genomsnittet	Högre än genomsnittet	Kan inte ta ställning	Totalt
Inte alls orolig	36 (n = 43)	52 (n = 63)	2 (n = 3)	10 (n = 12)	100 (n = 121)
Lite orolig	16 (n = 31)	64 (n = 121)	7 (n = 13)	12 (n = 23)	100 (n = 188)
Ganska orolig	18 (n = 9)	57 (n = 28)	10 (n = 5)	14 (n = 7)	100 (n = 49)
Orolig	0 (n = 0)	75 (n = 21)	14 (n = 4)	11 (n = 3)	100 (n = 28)
Mycket orolig	0 (n = 0)	71 (n = 12)	18 (n = 3)	12 (n = 2)	100 (n = 17)

Tabell 7 visar motsvarande korstabellering av svaren på frågan om nuvarande bostad och huruvida respondenten tror sig kunna bo kvar vid en framtida funktionsnedsättning. Den övergripande fördelningen mellan svarsalternativen för de två frågorna var likartad för skatteenkäten och försäkringsenkäten. Däremot fanns det en skillnad i hur svaren fördelade sig mellan respondenter som bor i lägenhet/flerfamiljshus respektive radhus/kedjehus om de trodde att de skulle kunna bo kvar vid funktionsnedsättning eller inte mellan de två enkätformerna. Sammantaget tycks det vara respondenter i lägenhet/flerfamiljshus som tror sig kunna bo kvar i sin nuvarande bostad vid en framtida funktionsnedsättning i störst utsträckning.

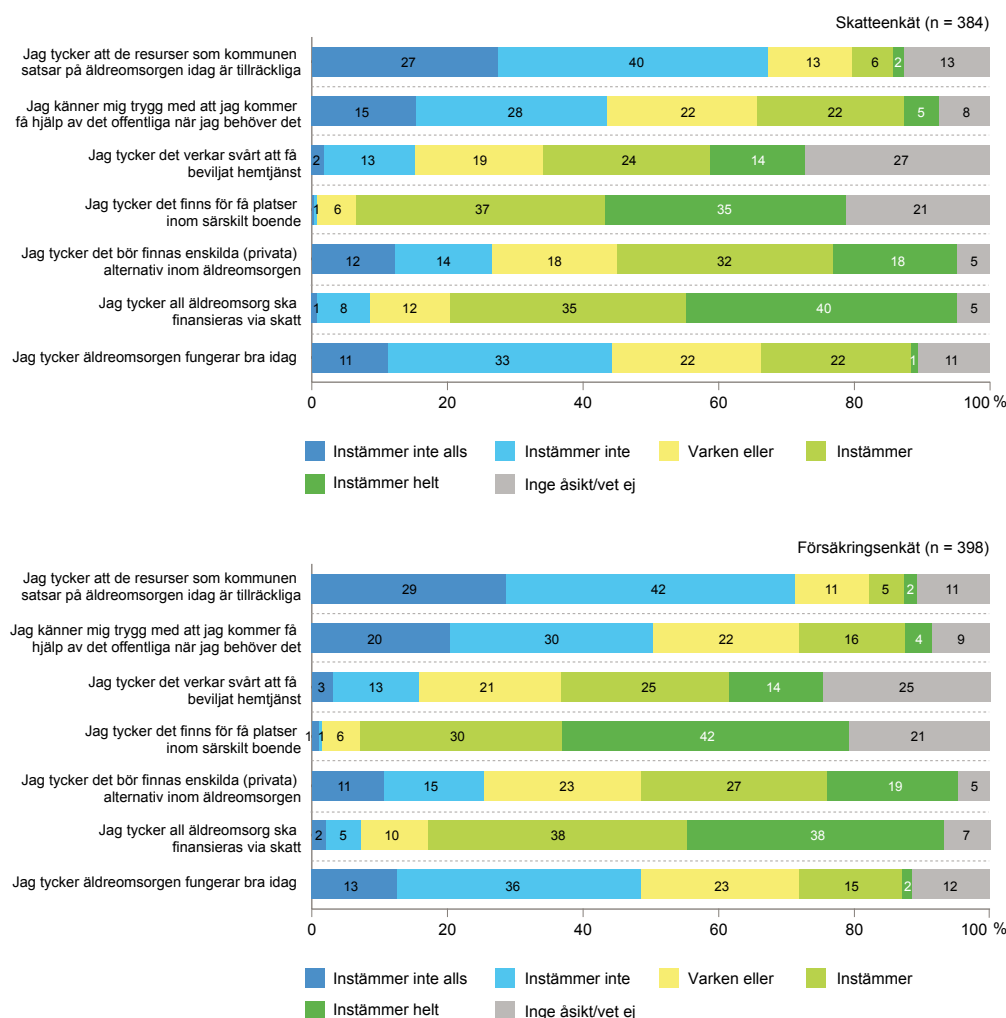
Tabell 7. Korstabellering av respondentens nuvarande bostad och bedömning av om respondenten tror sig kunna bo kvar i nuvarande bostad vid en framtida funktionsnedsättning (andel som anger svarsalternativ, procent).

Skatteenkät				
Tror sig kunna bo kvar i sin nuvarande bostad vid en funktionsnedsättning				
Boendeform	Ja	Nej	Vet inte	Totalt
Hus/villa	39 (n = 81)	42 (n = 87)	19 (n = 40)	100 (n = 208)
Lägenhet/ flerfamiljshus	43 (n = 63)	40 (n = 58)	17 (n = 25)	100 (n = 146)
Radhus/kedjehus	45 (n = 17)	47 (n = 18)	8 (n = 3)	100 (n = 38)
Totalt	41 (n = 161)	42 (n = 163)	17 (n = 68)	100 (n = 392)

Försäkringsenkät				
Tror sig kunna bo kvar i sin nuvarande bostad vid en funktionsnedsättning				
Boendeform	Ja	Nej	Vet inte	Totalt
Hus/villa	34 (n = 73)	41 (n = 88)	24 (n = 52)	100 (n = 213)
Lägenhet/ flerfamiljshus	59 (n = 83)	29 (n = 41)	11 (n = 16)	100 (n = 140)
Radhus/kedjehus	29 (n = 15)	57 (n = 29)	14 (n = 7)	100 (n = 51)
Totalt	42 (n = 171)	39 (n = 158)	19 (n = 75)	100 (n = 404)

Alla respondenter fick ta ställning till sju påståenden, se figur 4. Påståenden var kopplade till äldreomsorgen och omfattade både positiva och negativa påståenden inom olika aspekter av äldreomsorgen vilket framgår av figur 4. Ju mörkare grön färg desto mer instämmer respondenten i påståendet och ju mörkare blå färg desto mindre instämmer hen i påståendet. Den grå nyansen illustrerar ingen åsikt eller vet ej. Figur 4 visar att en majoritet (75 respektive 76 procent) av alla respondenter instämde med att all äldreomsorg ska finansieras via skatt. Likaså var en vanlig åsikt att det finns för få platser inom särskilt boende (72 procent i båda enkäterna). Däremot instämde de flesta (67 respektive 71 procent) inte med påståendet att de resurser som kommunerna satsar på äldreomsorgen är tillräckliga.

Figur 4. Åsikter om äldreomsorgen.

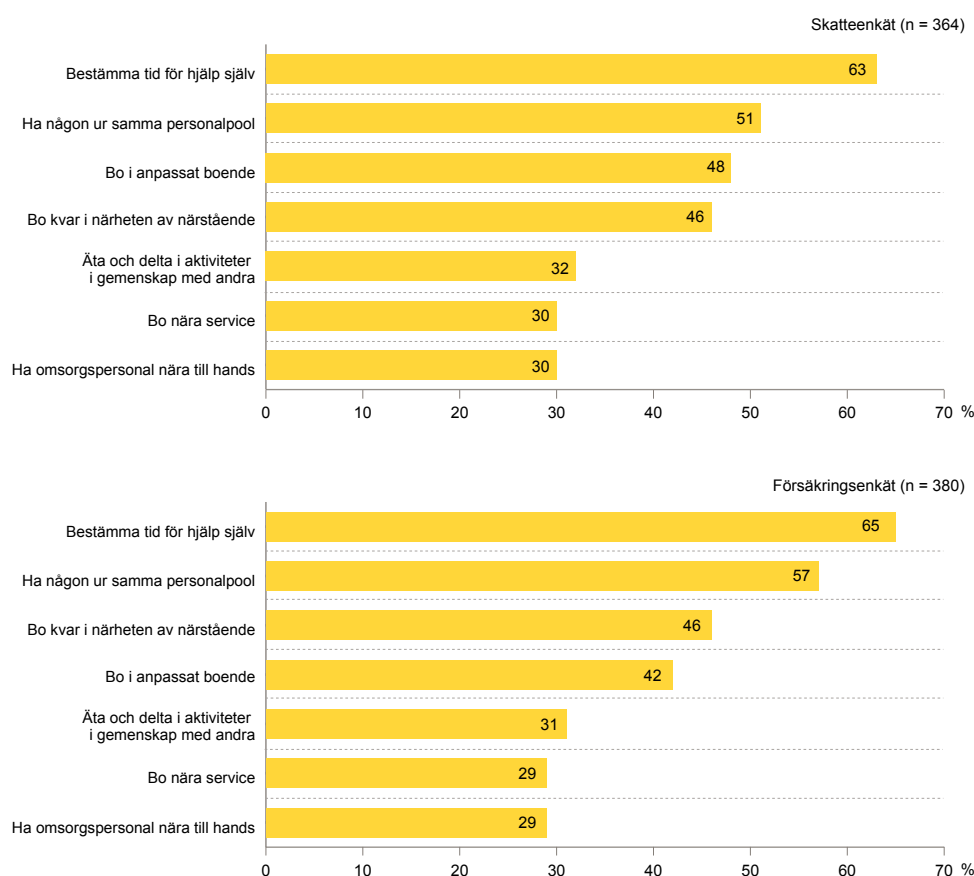


3.3. RESPONDENTERNAS PREFERENSER OCH BETALNINGSVILJA FÖR ÄLDREOMSORG

3.3.1 Att välja omsorgsalternativ

Gult hälsotillstånd – lättare fysisk funktionsnedsättning

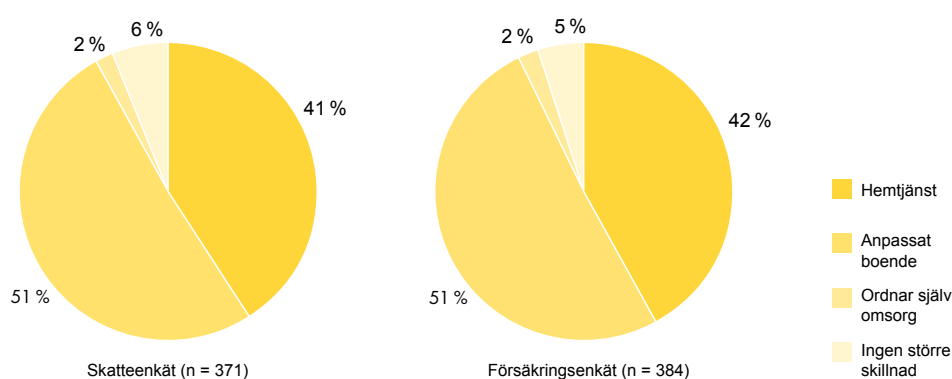
Respondenterna ombads ange de tre viktigaste egenskaperna för äldreomsorg om de skulle hamna i *det gula hälsotillståndet*. Som framgår av figur 5 ansåg drygt 60 procent att egenskapen ”Att själv få bestämma när jag får min hjälp under dagen” var bland de tre viktigaste. Runt hälften tyckte att egenskaperna ”Att det kommer någon ur samma personalpool”, ”Att kunna bo kvar med/i närheten av mina närstående” och ”Att bo i ett anpassat boende (exempelvis anpassat duschutrymme, borttagna trösklar) där jag med hjälpmedel kan ta mig runt och sköta enklare sysslor” var bland de tre viktigaste.

Figur 5. De tre viktigaste egenskaperna för äldreomsorg vid gult hälsotillstånd.

Därefter tillfrågades respondenterna vilket omsorgsalternativ de skulle välja om de hamnade i det gula hälsotillståndet, vilket redovisas i figur 6. 51 procent svarade att de skulle välja omsorg i ett anpassat boende, som beskrevs så här:

- Bor i ett bostadshus med anpassade lägenheter för äldre med liknande behov
- hemtjänstpersonal kommer hem till den äldre tre gånger per dag om 15 minuter vardera och finns till hands i huset under dagtid.
- Vid behov av omedelbar hjälp larmas hemtjänstpersonal som är på plats inom fem minuter.
- Får lagad mat en gång om dagen som kan ätas i en gemensam matsal, och det finns även gemensamma utrymmen som ger möjlighet att umgås med andra i bostadshuset.

En något mindre andel, 41 respektive 42 procent, angav att de önskade omsorg i sitt eget hem. Detta beskrevs så här:

Figur 6. Valt omsorgsalternativ vid gult hälsotillstånd.

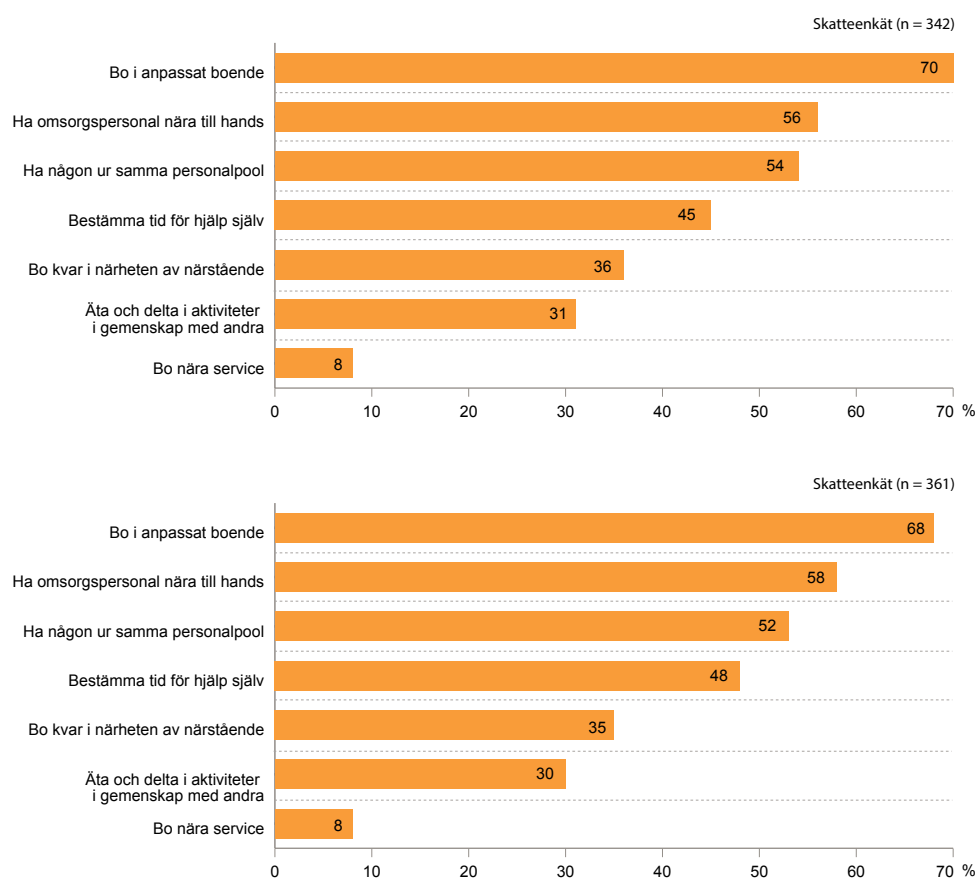
- Bor kvar i sitt eget hem. Hemtjänstpersonal kommer hem till den äldre 3 gånger per dag om 15 minuter vardera.
- Vid behov av omedelbar hjälp larmas hemtjänstpersonal som ringer upp inom två minuter och är på plats inom 30 minuter.
- Hemtjänstpersonalen levererar lagat mat en gång per dag.

En liten andel av respondenterna (6 respektive 5 procent) tyckte inte att det var någon större skillnad mellan de två omsorgsalternativen, medan 2 procent angav att de själva skulle ordna med egen omsorg. Den vanligaste anledningen att ordna sin egen omsorg, försäkringsenkäten, var att respondenten själv vill bestämma hur omsorgen ska utformas. Andra anledningar var att respondenten vill klara sig på egen hand eller inte tror att den kommunala omsorgen kommer att räcka till för att täcka respondentens behov.

Orange hälsotillstånd – mer omfattande fysisk funktionsnedsättning

Respondenterna ombads återigen prioritera de tre viktigaste egenskaperna för äldreomsorg, denna gång om de skulle hamna i *det orange hälsotillståndet*. Som visas i figur 7 var det mer än två tredjedelar som angav att egenskapen ”Att bo i ett anpassat boende (exempelvis anpassat duschutrymme, borttagna trösklar) där jag med hjälpmedel kan ta mig runt och sköta enklare sysslor” var en av de tre viktigaste egenskaperna. Strax över hälften ansåg att egenskaperna ”Att det finns omsorgspersonal nära tillhands” och ”Att det kommer någon ur samma personalpool” var bland de tre viktigaste. Därefter kom i fallande skala ”Att själv få bestämma när jag får min hjälp under dagen”, ”Att kunna bo kvar med/i närheten av mina närstående” och ”Att få äta och delta i aktiviteter med andra”. Färre än var tionde respondent bedömde att egenskapen ”Bo nära service” var bland de tre viktigaste egenskaperna vid det orange hälsotillståndet.

Vid en jämförelse mellan hur respondenterna besvarade frågan om viktiga egenskaper hos äldreomsorg vid de två hälsotillstånden framkommer tydliga skillnader. Respondenterna kunde i båda fallen välja mellan samma egenskaper, men rangordnade dem olika. Intressant att notera är dock att ”Ha någon i samma personalpool” var med bland de viktigaste egenskaperna i båda fallen.

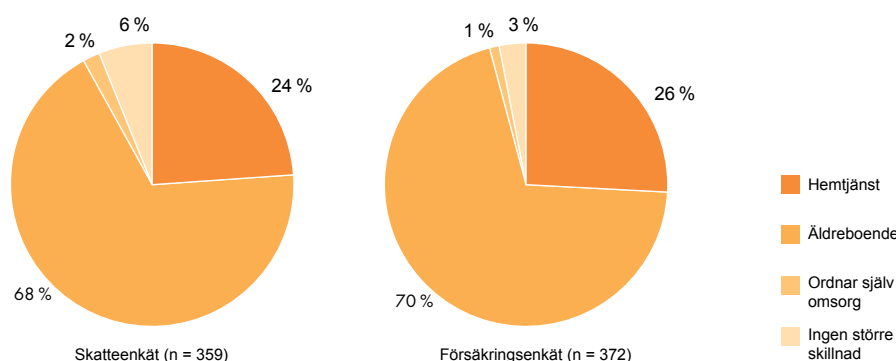
Figur 7. De tre viktigaste egenskaperna för äldreomsorg vid orange hälsotillstånd.

När respondenterna tillfrågades om vilket omsorgsalternativ de skulle välja om de hamnade i det orange hälsotillståndet svarade 68 respektive 70 procent att de skulle välja omsorg på ett äldreboende, se figur 8. Detta beskrevs som att respondenten:

- Bor i ett anpassat boende för äldre med liknande behov.
- Bor i en mindre lägenhet med pentry som personen själv möblerar.
- Det finns personal på boendet till hands dygnet runt, och under dagtid även en sjuksköterska. Den äldre får lika mycket hjälp som om hen hade bott kvar hemma. Vid behov av omedelbar hjälp larmas personal som är på plats inom fem minuter.
- Möjlighet att delta i alla måltider tillsammans med andra som bor på äldreboendet i en gemensam matsal, och möjlighet att delta i olika gemensamma aktiviteter som arrangeras av personalen.

En fjärdedel av respondenterna, 24 respektive 26 procent, angav att de önskade omsorg i sitt eget hem, se figur 8. Detta beskrevs som att respondenten:

Figur 8. Valt omsorgsalternativ vid orange hälsotillstånd.



- Bor kvar i sitt eget hem, och att hemtjänstpersonal kommer hem till den äldre fem gånger per dag och hjälper cirka 40 minuter per gång.
- Vid behov av omedelbar hjälp larmas hemtjänstpersonal som ringer upp inom två minuter och är på plats inom 30 minuter.
- Hemtjänstpersonalen plockar fram frukost och kvällsmat och levererar lagad mat en gång per dag.

En liten andel av respondenterna (6 respektive 3 procent) tyckte inte att det var någon större skillnad mellan de två omsorgsalternativen, medan 2 respektive 1 procent angav att de själva skulle ordna med egen omsorg.

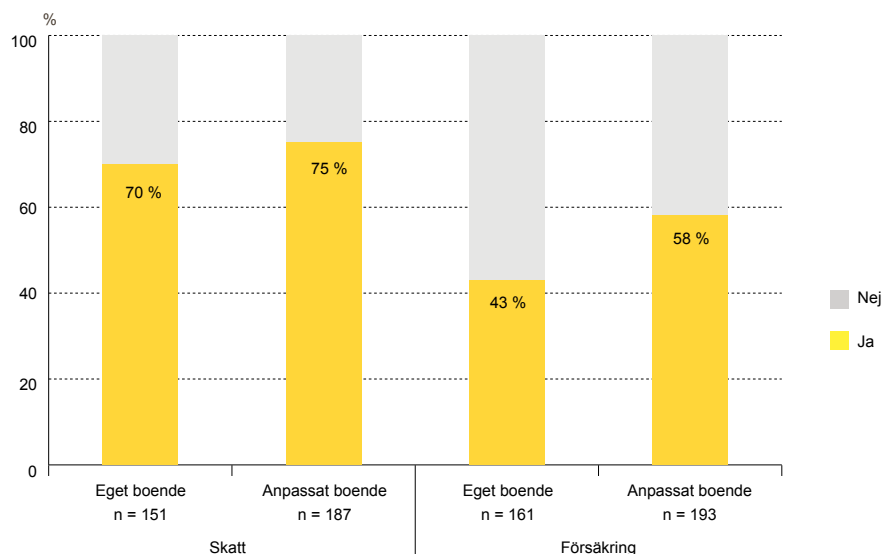
Den vanligaste anledningen att ordna med egen omsorg var att respondenten vill klara sig på egen hand. En annan vanlig anledning var att respondenten själv vill bestämma hur omsorgen ska utformas.

3.3.2 Andel som vill betala för det valda omsorgsalternativet

Omkring hälften av respondenterna angav att de skulle välja omsorg i anpassat boende om de hamnade i det gula hälsotillståndet (se figur 6). Såsom redovisas i figur 9 angav sedan 75 procent av dessa respondenter i skatteenkäten respektive 58 procent i försäkringsenkäten att de även skulle vara villiga att betala ett tillägg för att få tillgång till det omsorgsalternativ de själva föredrog.

Enligt figur 6 valde strax över 40 procent av respondenterna att i stället få omsorg i det egna hemmet om de skulle hamna i det gula hälsotillståndet. Av dem som besvarade skatteenkäten och samtidigt föredrog omsorg i det egna hemmet (n=151) var 70 procent villiga att betala för det, medan motsvarande andel i försäkringsenkäten var 43 procent. I både skatte- och försäkringsenkäten var respondenterna något mer villiga att betala extra för omsorg i ett anpassat boende än i det egna hemmet, dock var de som svarat på skatteenkäten i högre uträkning villiga att betala än respondenterna som svarat på försäkringsenkäten.

Figur 9. Andel av respondenterna i det gula hälsotillståndet som valt ett visst omsorgsalternativ och samtidigt anger sig villiga att betala för det alternativet.



I tabell 8 redovisas anledningar till att respondenterna var villiga att betala för valt omsorgsalternativ i det gula hälsotillståndet. Den mest valda anledningen bland respondenter för både skatt- och försäkringsenkäten var att de vill bo kvar i det egna hemmet bland dem som valt eget boende (74 respektive 84 procent). Bland dem som föredrog eget boende var andra viktiga anledningar till valet att de vill försäkra sig om att få tillgång till omsorg i det egna hemmet om de skulle behöva det, vilket är väntat med tanke på den fråga som ställdes (55 respektive 54 procent), samt att de känner sig tryggare i det egna hemmet (50 respektive 47 procent). För respondenterna som föredrog anpassat boende var den vanligaste anledningen att de vill försäkra sig om tillgång till anpassat boende om de skulle behöva det, vilket är väntat med tanke på den fråga som ställdes (71 procent i både skatt- och försäkringsenkät). Detta följs av att de vill bo i anpassad lägenhet eftersom det ger större möjlighet att sköta sig själv (68 respektive 66 procent) samt att de vill bo i gemenskap med andra för att få social samvaro (53 respektive 56 procent).

Det kan också noteras att det finns en önskan hos flera respondenter att betala för att andra ska få tillgång till omsorg i det egna hemmet (38 procent) respektive i anpassat boende (51 procent), men detta svarsalternativ fanns endast i skatteenkäten.

Tabell 8. Anledningar till att respondenter är villiga att betala för valt omsorgsalternativ, gult hälsotillstånd (procent).

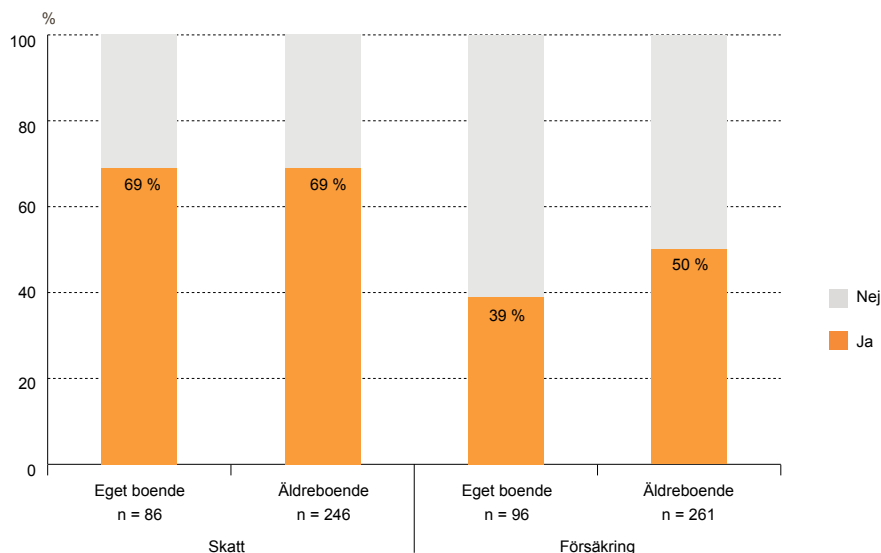
	Skatt	Försäkring
Eget boende	n = 104	n = 70
Jag vill bo kvar i det egna hemmet	74 (n = 77)	84 (n = 59)
Jag känner mig tryggare i det egna hemmet	50 (n = 52)	47 (n = 33)
Jag vill inte bo med andra utöver mina närstående	28 (n = 29)	21 (n = 15)
Jag vill försäkra mig om att jag har tillgång till omsorg i det egna hemmet om jag skulle behöva det	55 (n = 57)	54 (n = 38)
Jag vill försäkra mig om att andra personer har tillgång till omsorg i sitt eget hem om de skulle behöva det (endast skatteenkäten)	38 (n = 40)	–
Annat	2 (n = 2)	4 (n = 3)
Anpassat boende	n = 137	n = 110
Jag vill bo i gemenskap med andra så att jag känner mig tryggare	32 (n = 44)	38 (n = 42)
Jag vill bo i gemenskap med andra så att jag får social samvaro	53 (n = 72)	56 (n = 62)
Jag vill veta att omsorgspersonalen kan vara på plats inom några minuter	41 (n = 56)	51 (n = 56)
Jag känner mig inte trygg om jag skulle bo kvar i mitt eget hem	12 (n = 16)	11 (n = 12)
Jag vill bo i ett bostadshus med anpassade lägenheter eftersom det ger mig större möjlighet att sköta mig själv	68 (n = 93)	66 (n = 73)
Jag vill vara säker på att jag har tillgång till ett anpassat boende om jag skulle behöva det	71 (n = 97)	71 (n = 78)
Jag vill vara säker på att andra personer har tillgång till ett anpassat boende om de skulle behöva det (endast skatteenkäten)	51 (n = 70)	–
Annat	2 (n = 3)	2 (n = 2)

Samma person kunde välja flera svarsalternativ.

Motsvarande resultat för det orange hälsotillståndet var att cirka 70 procent av respondenterna angav de skulle välja omsorg i ett äldreboende, se figur 8. Av dessa personer angav sedan 69 procent i skatteenkäten respektive 50 procent i försäkringsenkäten att de skulle vara villiga att betala ett tillägg för att få tillgång till det omsorgsalternativ som de valt, se figur 10.

Runt 25 procent av respondenterna föredrog att få omsorg i det egna hemmet om de skulle hamna i det orange hälsotillståndet, och av dessa var 69 procent i skatteenkäten och 39 procent i försäkringsenkäten villiga att betala för det valda omsorgsalternativet, se figur 10. I detta fall var respondenterna lika villiga att betala för eget boende som äldreboende i skatteenkäten, medan de i försäkringsenkäten var något mer villiga att betala för omsorg i äldreomsorg än i eget boende.

Figur 10. Andel av respondenterna i det orange hälsotillståndet som valt ett visst omsorgsalternativ och samtidigt anger sig villiga att betala för det alternativet.



I tabell 9 redovisas anledningar till att respondenterna var villiga att betala för valt omsorgsalternativ i det orange hälsotillståndet. Den vanligaste anledningen bland respondenter för både skatt- och försäkringsenkäten som valt eget boende var att de vill bo kvar i det egna hemmet. I försäkringsenkäten svarade flest respondenter som valt äldreboende att de vill veta att omsorgspersonal kan vara på plats inom några minuter, medan något fler bland de som valt äldreboende i skatteenkäten ville försäkra sig om att ha tillgång till äldreboende om de skulle behöva det.

Genomgående för både det gula och det orange hälsotillståndet var att respondenterna som svarat på skatteenkäten i större uträkning var villiga att betala för det valda omsorgsalternativet än respondenterna som svarat på försäkringsenkäten. En jämförelse mellan resultaten i figur 9 och 10 visar också att andelen som vill betala extra för att få det omsorgsalternativ som de föredrog var likartat för respektive boendeform för gult och orange hälsotillstånd, men med en tendens att vara något lägre för det orange hälsotillståndet.

Tabell 9. Anledningar till att respondenter är villiga att betala för valt omsorgsalternativ, orange hälsotillstånd (procent).

	Skatt	Försäkring
Eget boende	n = 57	n = 37
Jag vill bo kvar i det egna hemmet	84 (n = 48)	86 (n = 32)
Jag känner mig tryggare i det egna hemmet	60 (n = 34)	51 (n = 19)
Jag vill inte bo med andra utöver mina närstående	35 (n = 20)	30 (n = 11)
Jag vill försäkra mig om att jag har tillgång till omsorg i det egna hemmet om jag skulle behöva det	58 (n = 33)	49 (n = 18)
Jag vill försäkra mig om att andra personer har tillgång till omsorg i sitt eget hem om de skulle behöva det (endast skatteenkäten)	44 (n = 25)	–
Annat	2 (n = 1)	5 (n = 2)
Äldreboende	n = 168	n = 130
Jag vill bo i gemenskap med andra så att jag känner mig tryggare	32 (n = 54)	35 (n = 46)
Jag vill bo i gemenskap med andra så att jag får social samvaro	46 (n = 77)	52 (n = 67)
Jag vill veta att omsorgspersonalen kan vara på plats inom några minuter	59 (n = 99)	68 (n = 89)
Jag känner mig inte trygg om jag skulle bo kvar i mitt eget hem	21 (n = 35)	19 (n = 25)
Jag vill bo i ett bostadshus med anpassade lägenheter eftersom det ger mig större möjlighet att sköta mig själv	58 (n = 97)	55 (n = 72)
Jag vill vara säker på att jag har tillgång till äldreboende om jag skulle behöva det	79 (n = 133)	66 (n = 86)
Jag vill vara säker på att andra personer har tillgång till äldreboende om de skulle behöva det (endast skatteenkäten)	51 (n = 86)	–
Annat	0 (n = 0)	2 (n = 2)

Samma person kunde välja flera svarsalternativ.

3.3.3 Antalet svar och protesterare vid beräkning av resultat

Antalet svar vid beräkning av olika resultat varierar eftersom respondenternas val mellan boendalternativ och vilja att betala varierar och kan kombineras på olika sätt, se figur 2 och 3. Respondenterna kunde även avbryta deltagande när som helst medan de besvarade enkäten, vilket exempelvis innebär att det är fler som tagit ställning frågorna som rör det gula hälsotillståndet än till det orange hälsotillståndet (jämför även tabell 2).

I likhet med tidigare studier av betalningsvilja exkluderas respondenter som inte accepterar den hypotetiska studiedesignen eller som anger en orealistiskt stor betalningsvilja i beräkningsunderlaget i huvudanalysen (se kapitel 2). En respondent kan uppfylla ett eller flera kriterier men det räcker med ett av dem för att exkluderas ur studien, och en person exkluderas bara en gång. Tabell 10 redovisar antal personer som uppfyller de olika kriterierna för att exkluderas från beräkningarna i huvudanalysen.

Tabell 10. Redovisning av exkluderade respondenter inför beräkning av betalningsviljan (antal).

	Gult		Orange	
	Eget boende	Anpassat boende	Eget boende	Äldreboende
Försäkring	n = 374	n = 374	n = 364	n = 363
Jag tycker kommunen ska stå för kostnaden	58	49	38	85
Jag behöver mer information	9	13	4	20
Outlier	0	0	0	0
Inkluderas som legitim betalningsvilja > 0	70	110	37	130
Inkluderas som legitim betalningsvilja = 0	237	202	285	128
Skatt	n = 363	n = 364	n = 354	n = 350
Jag vill inte betala mer i skatt	21	17	12	36
Jag behöver mer information	4	16	6	15
Outlier	1	0	0	0
Inkluderas som legitim betalningsvilja > 0	103	137	57	168
Inkluderas som legitim betalningsvilja = 0	234	194	279	131

Respondenterna kunde välja att avbryta deltagandet i enkäten. Antalet som svarar på olika frågor skiljer sig därför åt.

I tabell 11 framgår att det inte finns några större skillnader mellan protesterare och icke-protesterare. I skatteenkäten kan dock skönjas att det är en något större andel män som är protesterare än icke-protesterare, medan denna andel är likartad i försäkringsenkäten.

Tabell 11. Personliga egenskaper för protesterare respektive icke-protesterare.

	Skatt		Försäkring	
	Icke-protesterare	Protesterare	Icke-protesterare	Protesterare
Ålder	55 år	55 år	55 år	55 år
Män	46 % (n = 153)	54 % (n = 41)	41 % (n = 105)	40 % (n = 63)
Hushållsinkomst (medelvärde)	49 915 kr	53 095 kr	49 602 kr	49 420 kr

3.3.4 Betalningsvilja per månad

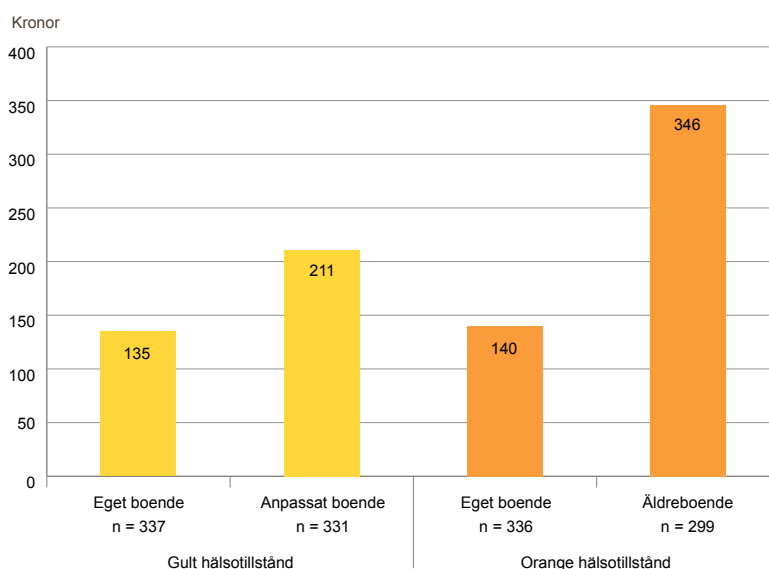
I detta avsnitt redovisas respondenternas svar på frågor om betalningsvilja för de olika formerna av äldreomsorg. Svaren redovisas i den ordning som frågorna ställdes till respondenterna och därefter redovisas subgrupps- och känslighetsanalyser. Svaren redovisas genomgående uppdelat på resultat från försäkringsenkäten och från skatteenkäten. Det är begränsade skillnader i huvudresultat mellan de olika betalningsformerna, men såsom redovisades i avsnitt 3.3.2. fanns det skillnader mellan enkäterna avseende andel respondenter som är villiga att betala. Det förelåg också en viss skillnad mellan respondenterna i hur mycket det var villiga att betala givet att de sagt att de kunde tänka sig att betala.

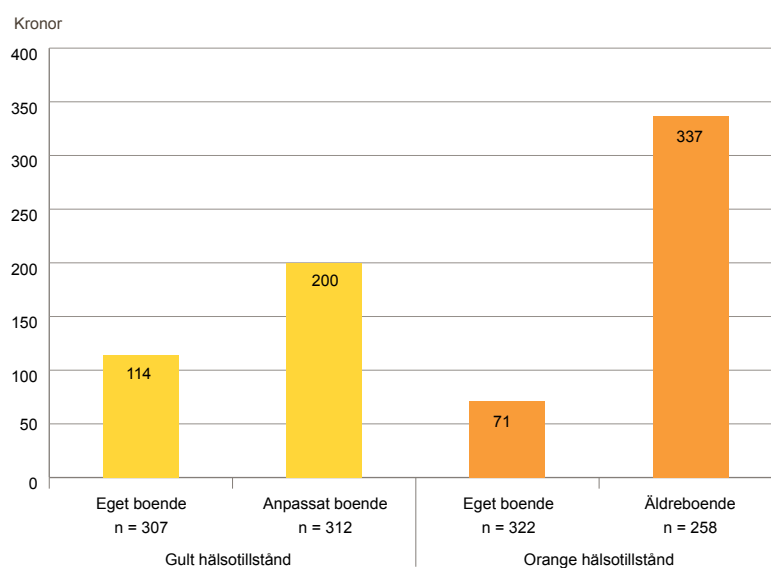
Den genomsnittliga betalningsviljan för att kunna få det omsorgsalternativ som respondenten föredrar är beräknad utifrån alla som besvarat frisvarsfrågorna om betalningsvilja. Som framgår av redovisningen i avsnitten 3.3.1 och 3.3.2 är det en betydande andel av respondenterna som inte vill betala i de olika fallen.

Figur 11 visar betalningsviljan från skatteenkäten där det framkommer att den genomsnittliga betalningsviljan per månad för det gula hälsotillståndet är 135 kronor för omsorg i det egna hemmet och 211 kronor för omsorg i anpassat boende. För det orange hälsotillståndet ökar betalningsviljan marginellt till 140 kronor för omsorg i eget boende, medan omsorg i äldreboende ökar till 346 kronor.

För försäkringsenkäten i figur 12 framkommer liknande resultat där respondenterna är villiga att betala mer för omsorg i anpassat boende/äldreboende än för omsorg i det egna hemmet både för det gula och för det orange hälsotillståndet. Den högre betalningsviljan är väntad, givet att ett anpassat boende/äldreboende kan uppfattas som att det innebär ”mer” omsorg. Figur 12 visar också att betalningsviljan för anpassat boende/äldreboende är högre vid det orange hälsotillståndet, men motsatt gäller för eget boende där betalningsviljan för eget boende är lägre vid det orange hälsotillståndet än vid det gula hälsotillståndet.

Figur 11. Genomsnittlig betalningsvilja per månad (skatteenkät).



Figur 12. Genomsnittlig betalningsvilja per månad (försäkringsenkät).

Att betalningsviljan i en majoritet av fallen är högre vid det orange hälsotillståndet än vid det gula hälsotillståndet är också förväntat då personer med större behov kan antas ha starkare preferenser och värdering för omsorg. Som subgruppsanalysen nedan visar, drivs detta av att relativt få respondenter valde omsorg i det egna hemmet vid det orange hälsotillståndet och därmed ingår en stor andel respondenter med en betalningsvilja på 0 kronor vid beräkningen av den viktade betalningsviljan.

Tabell 12, visar resultaten från figur 11 och 12 tillsammans med standardavvikelse och antal underliggande svar. Det kan noteras att standardavvikelsen är stor, vilket bland annat kan förklaras av att det i de underliggande beräkningarna finns många respondenter med en betalningsvilja på 0 kronor som härrör sig från de respondenter som valt annat omsorgsalternativ än det aktuella.

Tabell 12. Genomsnittlig betalningsvilja per månad (kronor).

	Hälsotillstånd	Omsorgsalternativ	Skattad betalningsvilja	Standardavvikelse	Antal svarande
Skatt	Gul	Eget boende	135	386	n = 337
		Anpassat boende	211	295	n = 331
	Orange	Eget boende	140	1 150	n = 336
		Äldreboende	346	1 215	n = 299
Försäkring	Gul	Eget boende	114	322	n = 307
		Anpassat boende	200	546	n = 312
	Orange	Eget boende	71	249	n = 322
		Äldreboende	337	727	n = 258

En jämförelse av figur 9 och 10 visar att det finns en underliggande heterogenitet mellan enkäterna i andelen respondenter som anger sig villiga att betala för att få tillgång till det valda omsorgsalternativet. I skatteenkäterna varierar viljan att betala för det valda omsorgsalternativet mellan 69 och 75 procent, medan den i försäkringsenkäterna ligger mellan 39 och 58 procent.

Skillnaden är i linje med resultatet från en analys av betalningsviljan för ambulanshelikopter i Norge som visade att cirka 15 procent fler hade en betalningsvilja då betalningen formulerades som en skattebetalning (Gyrd-Hansen 2015). Resultatet kan också ses i ljuset av svaret på frågan om prioriteringar där 76 procent av respondenterna instämde eller instämde helt med påståendet att all äldreomsorg ska finansieras genom skatter. Att fler respondenter i försäkringsenkäten anger att de inte vill betala för det föredragna omsorgsalternativet kan därmed bero på att betalningen är utformad som en försäkring. Skillnaden i svar mellan studiens två enkäter stöder att frågeformulering kan påverka resultaten i empiriska studier även om det inte hade stor betydelse för de beräknade genomsnitten i denna studie.

Tabell 13 visar de analyser som används för att undersöka materialets olika komponenter och relaterar dem till den betalningsvilja som redovisades i tabell 12.

I *säkerhetsanalysen* registreras endast en positiv betalningsvilja för de individer som uppger sig vara mycket säkra (anger 7 eller högre på en tiogradig skala), medan de mindre säkra (motsvarande grad 1-6 på en tiogradig skala) respondenternas betalningsvilja sätts till 0 kronor. Det innebär att betalningsviljan i detta fall endast räknas för respondenter som har angivit att det är mycket säkra (≥ 7) på sitt belopp. I denna analys är det alltså det totala antalet respondenter detsamma som i huvudanalysen, men en mindre andel respondenter antas vara villiga att betala. Detta minskar betalningsviljan som förväntat, till exempel minskar genomsnittlig betalningsvilja för äldreboende i det

Tabell 13. Analys av genomsnittlig betalningsvilja per månad (kronor).

	Hälso- tillstånd	Omsorgs- alternativ	Betalningsvilja			
			Huvudanalys (tabell 12)	Säkerhet ≥ 7	Subgrupp Föredrar alternativet	Känslighet inklusive protesterare*
Skatt	Gul	Eget boende	135 (n = 337)	105 (n = 337)	384 (n = 119)	319 (n = 143)
		Anpassat boende	211 (n = 331)	163 (n = 331)	469 (n = 149)	388 (n = 180)
	Orange	Eget boende	140 (n = 336)	124 (n = 336)	747 (n = 63)	581 (n = 81)
		Äldreboende	346 (n = 299)	230 (n = 299)	557 (n = 186)	441 (n = 235)
För- säkring	Gul	Eget boende	114 (n = 307)	90 (n = 307)	412 (n = 85)	232 (n = 151)
		Anpassat boende	200 (n = 312)	152 (n = 312)	511 (n = 122)	341 (n = 183)
	Orange	Eget boende	71 (n = 322)	60 (n = 322)	494 (n = 46)	258 (n = 88)
		Äldreboende	337 (n = 258)	251 (n = 258)	592 (n = 147)	351 (n = 248)

* Antalet protesterare per grupp återfinns i figur 13 och figur 14.

orange hälsotillståndet från 346 kronor i skatteenkätens huvudanalys till 230 kronor med det striktare kriteriet för säker betalningsvilja. Motsvarande jämförelser för de övriga alternativen pekar på att sänkningen i betalningsvilja är lägre i absoluta tal när betalningsviljan är lägre i huvudanalysen.

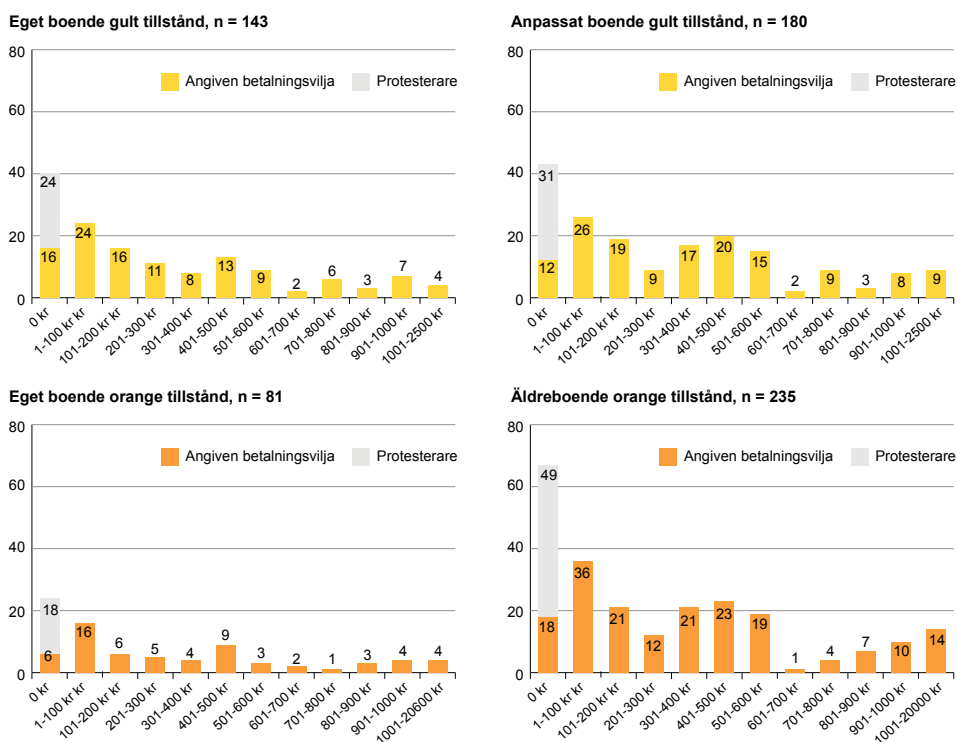
I *subgruppsanalysen* registreras en positiv betalningsvilja endast för de respondenter som valt det aktuella omsorgsalternativet. En betalningsvilja på 0 kronor inkluderas även för de respondenter som angett att de inte vill betala extra för sitt valda omsorgsalternativ eller inte har råd att betala för det valda omsorgsalternativet. Däremot exkluderas betalningsviljan på 0 kronor för de individer som anger att de inte vill betala mer i skatt, tycker att kommunen ska stå för kostnaden eller vill ha mer information. Syftet med denna analys är att se hur starka preferenserna är inom ett viss omsorgsalternativ, och att undersöka hur den genomsnittliga viktade betalningsviljan påverkas av betalningsviljan på 0 kronor från icke-väljarna när det är få som väljer ett visst omsorgsalternativ.

Som förväntat blir den beräknade genomsnittliga betalningsviljan högre om analysen baseras på ett mindre urval i stället för på hela urvalet, som i huvudanalysen. Detta är särskilt tydligt i resultatet från skatteenkäten för den grupp som valde boende i det egna hemmet vid det orange hälsotillståndet (25 procent av respondenterna). Huvudanalysens resultat var 140 kronor i månaden. I subgruppsanalysen var den genomsnittliga betalningsviljan 747 kronor i månaden. Betalningsviljan i försäkringsenkäten blir nu högre än betalningsviljan i skatteenkäten för alla scenarier utom eget boende vid orange hälsotillstånd.

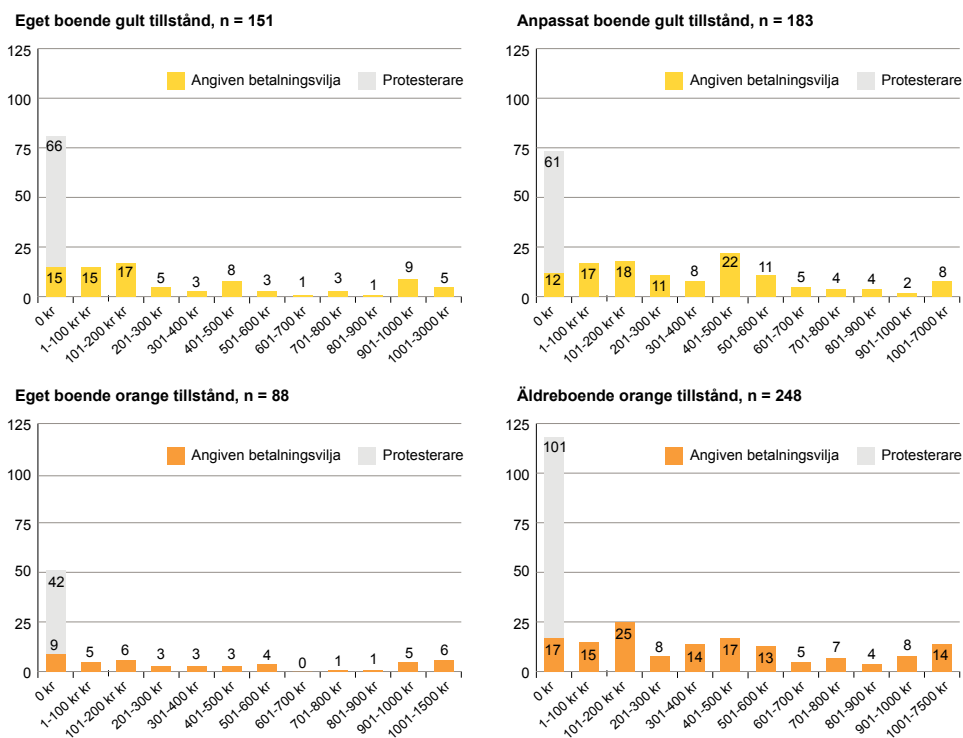
Känslighetsanalysen liknar subgruppsanalysen på så sätt att endast betalningsviljan för dem som valt det aktuella omsorgsalternativet inkluderas. Dessutom inkluderas denna gång betalningsviljan på 0 kronor för protesterarna, det vill säga för de individer som angett att de inte vill betala mer i skatt eller tycker att kommunen ska stå för kostnaden alternativt vill ha mer information. Antalet protesterare per grupp återfinns i figur 13 och figur 14. Syftet med denna analys är att se om inkluderingen av protesterare påverkar skillnaden mellan resultatet från skatteenkäten och försäkringsenkäten. Som förväntat sjunker betalningsviljan i samtliga grupper då protesterare inkluderas eftersom fler respondenter med en betalningsvilja på 0 kronor ingår i analysen. Betalningsviljan är konsekvent högre i skatteenkäten. Som störst är skillnaden i betalningsvilja för eget boende vid orange hälsotillstånd (581 kronor respektive 258 kronor) och som lägst är skillnaden i betalningsvilja för anpassat boende vid gult hälsotillstånd (388 kronor respektive 341 kronor).

Som en del i känslighetsanalysen redovisas i figur 13 och 14 hur många respondenter som ligger inom ett visst intervall i sina öppna svar om betalningsvilja. I känslighetsanalysen ingår endast betalningsviljan för dem som valt det aktuella omsorgsalternativet, medan figur 13 och 14 även inkluderar protesterarna, som ges en betalningsvilja på 0 kronor. Andelen protesterare är genomgående högre i försäkringsenkäten än i skatteenkäten, runt dubbelt så många respondenter protesterar i försäkringsenkäten jämfört med skatteenkäten.

Figur 13. Antal respondenter som ligger inom ett visst betalningsviljeintervall (skatteenkäten).



Figur 14. Antal respondenter som ligger inom ett visst betalningsviljeintervall (försäkringsenkät).



3.3.5 Total betalningsvilja

Betalningsviljan var formulerad som en fråga om hur mycket respondenten var villig att betala per månad till och med det år denne fyller 65 år. Eftersom respondenterna är olika gamla (50–60 år) kommer de att betala under olika lång tid beroende på hur lång tid de har kvar tills det att de fyller 65 år. Tabell 14 redovisar en nuvärdesberäkning av den genomsnittliga totala betalningsviljan fram till 65 år, diskonterad med 3 procent i enlighet med de hälsoekonomiska riktlinjerna från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Resultaten i tabell 14 är väsentligt högre än de månatliga beloppen som redovisades i föregående avsnitt i tabell 13. Mönstret i skillnader och likheter i betalningsvilja mellan alternativen kvarstår dock, vilket tyder på att det inte finns några indikationer på att respondenternas ålder i någon större utsträckning påverkat resultaten. Genomgående är den totala betalningsviljan högre för omsorg i anpassat boende/äldreboende än för omsorg i eget boende. På samma sätt är betalningsviljan högre för omsorg vid det orange hälsotillståndet än det gula, med samma undantag som tidigare för försäkringsenkätens betalningsviljor kring eget boende.

Tabell 14. Genomsnittlig total betalningsvilja till och med 65 års ålder (kronor).

	Hälso- tillstånd	Omsorgs- alternativ	Betalnings- vilja	Standard- avvikelse	Antal svarande
Skatt	Gul	Eget boende	13 014	29 089	n = 337
		Anpassat boende	18 926	33 697	n = 331
	Orange	Eget boende	13 697	116 055	n = 336
		Äldreboende	32 705	126 830	n = 299
Försäkring	Gul	Eget boende	10 279	28 441	n = 307
		Anpassat boende	18 560	52 541	n = 312
	Orange	Eget boende	6 437	23 359	n = 322
		Äldreboende	31 253	69 665	n = 258

3.3.6 Resultatet omsatt i värdering per förväntad äldre person med omsorg

I frågorna om betalningsvilja för omsorg vid respektive hälsotillstånd framgår att risken att hamna i det gula hälsotillståndet som äldre är 20 procent, medan det orange hälsotillståndet har något lägre risk 17 procent. Detta innebär att inte alla respondenter som har en betalningsvilja kommer att ha behov av äldreomsorg när de blir äldre. Tabell 15 redovisar betalningsviljan relaterad till risken att hamna i ett visst hälsotillstånd. Den totala betalningsviljan per omsorgsplats kan tolkas som vad respondenterna är villiga att betala för en omsorgsplats som faktiskt kommer att användas av en äldre.

Tabell 15. Genomsnittlig betalningsvilja per omsorgsplats (kronor).*

	Hälsotillstånd	Omsorgsalternativ	Betalningsvilja	Standardavvikelse	Antal svarande
Skatt	Gul	Eget boende	65 071	145 445	n = 337
		Anpassat boende	94 632	168 486	n = 331
	Orange	Eget boende	80 570	682 674	n = 336
		Äldreboende	192 381	746 057	n = 299
Försäkring	Gul	Eget boende	51 369	142 203	n = 307
		Anpassat boende	92 800	262 707	n = 312
	Orange	Eget boende	37 863	137 404	n = 322
		Äldreboende	183 842	409 796	n = 258

* Genomsnittlig betalningsvilja per omsorgsplats beräknas som total betalningsvilja dividerat med risken att få en lätt respektive svår funktionsnedsättning.

Liksom i tidigare resultat är den totala betalningsviljan högre för omsorg i anpassat boende/äldreboende än för omsorg i eget boende. På samma sätt är betalningsviljan högre för omsorg vid det orange hälsotillståndet än det gula, med samma undantag som tidigare för försäkringsenkätens betalningsviljor kring eget boende. Liksom tidigare är standardavvikelsen hög, vilket framför allt beror på att alla som valt ett annat omsorgsalternativ får en betalningsvilja som motsvarar 0 kronor.

3.3.7 Regressionsanalys

Regressionsanalyserna belyser i vilken utsträckning det tycks finnas samband mellan individkaraktäristika och den uppgivna betalningsviljan. Vi har först analyserat båda enkäterna tillsammans, vilket redovisas i tabell 16. Varje respondent kan bidra med upp till fyra observationer: två explicita svar på betalningsviljan för valt omsorgsalternativ vid gult respektive orange hälsotillstånd samt två implicita svar för icke-valt omsorgsalternativ vid respektive hälsotillstånd.

De implicita svaren innebär att personer som exempelvis föredrar eget boende vid det gula hälsotillståndet, oavsett om de anger en positiv betalningsvilja för sitt föredragna alternativ eller inte, inte antas vara villiga att betala extra för det andra alternativet (ett anpassat boende). Det finns två skäl till att i regressionen sätta den implicita betalningsviljan till 0 kronor: 1) respondenten har angivit att de föredrar det andra alternativet; och 2) frågan formulerades som att kommunen tillhandahåller det icke-valda alternativet som standard, men att det föredragna alternativet kan erhållas mot extra betalning.

Eftersom inte alla respondenter fullföljt hela enkäten genererar svaren från de 667 respondenterna 2224 observationer (se tabell 2 för en redovisning av antal svarande

i enkätens olika delar). Regressionsanalysen ger ett begränsat stöd för att ålder, kön, utbildning, bostadsort, tidigare erfarenhet av äldreomsorg genom arbete eller privat, liksom egen hälsa skulle ha någon större inverkan på hur stort belopp respondenterna angav att de var villiga att betala.

Tabell 16 visar att fem faktorer är signifikanta i huvudanalysen: hushållets inkomst per konsumtionsenhet (inkomstelasticiteten var 0,26), huruvida respondenterna tror att de kommer att kunna bo kvar i sin nuvarande bostad vid en funktionsnedsättning (om de tror att de kan behöva flytta är de villiga att betala i genomsnitt 32 procent mer än om de tror sig kunna bo kvar), sannolikheten att de själva kommer att behöva äldreomsorg (om de tror sig ha högre sannolikhet än genomsnittet ökar betalningsviljan med i genomsnitt 53 procent än om de tror sig ha lägre sannolikhet än genomsnittet), vilken omsorgsform som värderades samt finansieringsformen. Enligt regressionsanalysen blir betalningsviljan i genomsnitt 36 procent högre i skatteenkäten än i försäkringsenkäten, men det är en effekt av sammanvägningen då det var färre som ville betala (det vill säga fler protesterare) i försäkringsenkäten än i skatteenkäten, men av dem som ville betala hade de en högre betalningsvilja i försäkringsenkäten än i skatteenkäten. Den sistnämnda variabeln, värderad omsorgsform, hade störst koefficienter. I den skattade modellen användes omsorg i eget boende vid det gula hälsotillståndet som referenspunkt. I genomsnitt ville respondenterna betala 72 procent mindre för omsorg i eget boende vid det orange hälsotillståndet jämfört med det gula hälsotillståndet. Värderingen av att få bo kvar hemma tycks alltså vara kopplat till grad av funktionsnedsättning bland respondenterna i studien. Alternativet blir mindre värt när funktionsnedsättningen blir större. På motsvarande sätt var den genomsnittliga betalningsviljan väsentligt högre för omsorg i anpassat boende vid det gula hälsotillståndet (en ökning med 75 procent) och nästan fördubblad för omsorg i äldreboende vid det orange hälsotillståndet (en ökning med 172 procent).

Tabell 17 visar motsvarande regressionsanalys uppdelad på skatte- respektive försäkringsenkäten. Analysen visar att utbildning, inkomst och huruvida respondenterna tror sig kunna bo kvar i sin nuvarande bostad vid en funktionsnedsättning är signifikanta för skatteenkäten. En person med grundskole- eller folkskoleutbildning var i genomsnitt villig att betala cirka 80 procent mindre jämfört med en person med gymnasieutbildning (referenspunkten), medan en högre inkomst innebar att respondenten var villig att betala 35 procent mer. En person som inte tror sig kunna bo kvar i sin nuvarande bostad vid en funktionsnedsättning var i genomsnitt villig att betala 40 procent mindre än om personen tror sig kunna bo kvar i sin nuvarande bostad. Planer på att flytta som äldre har en signifikant påverkan i både skatte- och försäkringsenkäten, men på olika sätt. Skatterespondenter som inte planerar att flytta var genomsnitt villiga att betala 40 procent mer än om de hade planer på att flytta, medan försäkringsrespondenter som inte funderat på om de kommer att flytta var villiga att betala 37 procent mindre än om de hade planer på att flytta.

Den största påverkan kom emellertid från vilken omsorgsform som värderades. Liksom i totalanalysen i tabell 16 ville respondenterna i genomsnitt betala 80 respektive 60 procent mindre för omsorg i eget boende vid det orange hälsotillståndet jämfört med omsorg i eget boende vid det gula hälsotillståndet (referenspunkten). På motsvarande sätt

Tabell 16. Regression av betalningsviljan. Grundanalys baserad på svar från 667 personer (totalt 2224 observationer omfattande svar för gult och orange hälsotillstånd samt värdering av två boendeformer för varje respondent).

	Variabel	Koefficient	P-värde
Demografi	Ålder	0,003	0,850
	Kvinna	0,053	0,619
Utbildning Referens: gymnasium	Grundskola/folkskola	-0,376	0,072
	Universitet	-0,006	0,957
Inkomst	Hushållets inkomst per konsumtionsenhet (logaritmen)	0,263	0,020
Personer i hushållet	Enpersonshushåll	0,100	0,530
Finansieringsform	Skatteenkät	0,360	<0,001
Ort Referens: stad	Tätort	0,145	0,305
	Landsbygd	-0,129	0,384
	Annat	0,008	0,976
Boende Referens: hus	Lägenhet	0,017	0,904
	Radhus	-0,017	0,918
Nuvarande hälsa Referens: ganska god	Mycket god	-0,043	0,725
	Någorlunda	-0,266	0,066
	Ganska/mycket dålig eller föredrar att inte svara	-0,286	0,264
Oro för att inte kunna klara sig själv som äldre Referens: inte alls orolig	Lite orolig	-0,105	0,386
	Ganska orolig	-0,155	0,338
	Orolig	-0,252	0,286
	Mycket orolig	0,080	0,790
Tror sig kunna bo kvar i nuvarande bostad vid framtida funktionsnedsättning Referens: ja	Nej	0,322	0,009
	Vet inte	0,168	0,276
Planerar att flytta som äldre Referens: ja	Nej	0,081	0,578
	Har inte funderat på det	-0,144	0,232
Sannolikhet att behöva äldreomsorg jämfört med genomsnittet Referens: lägre än genomsnitt	Samma som genomsnitt	0,254	0,051
	Högre än genomsnitt	0,528	0,028
Erfarenhet av omsorg Referens: ingen erfarenhet	Kan inte ta ställning	-0,327	0,127
	Arbetsfarenhet	0,112	0,603
Värderad omsorgsform Referens: eget boende gult hälsotillstånd	Privat erfarenhet	0,020	0,852
	Omsorg anpassat boende gul	0,752	<0,001
	Omsorg eget boende orange	-0,726	<0,001
	Omsorg äldreboende orange	1,723	<0,001
Konstant	Konstant	-1,647	0,248
Förklaringsgrad	Förklaringsgrad (R ²)	0,1190	

Den boendeform som respondenten inte väljer sätts automatiskt till 0 kronor i betalningsvilja. Fetstil anger signifikanta variabler.

Tabell 17. Regression av betalningsviljan i skatte- respektive försäkringsenkäten. Grundanalys baserad på svar från 329 personer eller totalt 1160 observationer (skatteenkäten) respektive svar från 338 personer eller totalt 1064 observationer (försäkringsenkäten).

	Variabel	Skatteenkäten (n = 329)		Försäkringsenkäten (n = 338)	
		Koeffi- cient	P-värde	Koeffi- cient	P-värde
Demografi	Ålder	0,010	0,648	-0,003	0,900
	Kvinna	0,013	0,923	0,058	0,732
Utbildning Referens: gymnasium	Grundskola/folkskola	-0,783	0,005	0,149	0,612
	Universitet	-0,124	0,388	0,117	0,482
Inkomst	Hushållets inkomst per konsumtionsenhet (logaritmen)	0,352	0,014	0,238	0,211
Personer i hushållet	Enpersonshushåll	-0,104	0,624	0,320	0,169
Ort Referens: stad	Tätort	0,028	0,880	0,226	0,295
	Landsbygd	-0,146	0,453	-0,052	0,819
	Annat	0,187	0,540	-0,142	0,760
Boende Referens: hus	Lägenhet	0,172	0,301	-0,151	0,514
	Radhus	-0,039	0,870	0,064	0,786
Nuvarande hälsa Referens: ganska god	Mycket god	0,080	0,605	-0,292	0,134
	Någorlunda	-0,334	0,103	-0,310	0,153
	Ganska/mycket dålig eller föredrar att inte svara	-0,247	0,411	-0,516	0,189
Oro för att inte kunna klara sig själv som äldre Referens: inte alls orolig	Lite orolig	-0,141	0,360	-0,039	0,837
	Ganska orolig	-0,040	0,848	-0,338	0,176
	Orolig	-0,229	0,416	-0,278	0,471
	Mycket orolig	0,469	0,168	-0,388	0,423
Tror sig kunna bo kvar i nuvarande bostad vid framtida funktionsnedsättning Referens: ja	Nej	0,402	0,010	0,133	0,503
	Vet inte	0,311	0,130	-0,051	0,828
Planerar att flytta som äldre Referens: ja	Nej	0,389	0,031	-0,271	0,238
	Har inte funderat på det	0,074	0,642	-0,374	0,046
Sannolikhet att behöva äldreomsorg jämfört med genomsnittet Referens: lägre än genomsnitt	Samma som genomsnitt	0,271	0,104	0,146	0,472
	Högre än genomsnitt	0,527	0,064	0,635	0,105
	Kan inte ta ställning	-0,298	0,294	-0,389	0,217
Erfarenhet av omsorg Referens: ingen erfarenhet	Arbetsfarenhet	-0,046	0,848	0,231	0,486
	Privat erfarenhet	0,094	0,503	-0,022	0,894
Värderad omsorgsform Referens: eget boende gult hälsotillstånd	Omsorg anpassat boende gul	0,720	0,017	0,790	0,007
	Omsorg eget boende orange	-0,815	<0,001	-0,628	<0,001
	Omsorg äldreboende orange	1,683	<0,001	1,768	<0,001
Konstant	Konstant	-2,694	0,138	-0,747	0,733
Förklaringsgrad	Förklaringsgrad (R ²)	0,1233		0,1234	

Den boendeform som respondenten inte väljer sätts automatiskt till 0 kronor i betalningsvilja. Fetstil anger signifikanta variabler.

var den genomsnittliga betalningsviljan väsentligt högre för omsorg i anpassat boende vid både det gula (72 respektive 79 procent högre) och det orange hälsotillståndet (168 respektive 177 procent högre) än för omsorg i eget boende vid det gula hälsotillståndet (referenspunkten).

Tabell 18 redovisar resultaten av en regressionsanalys för respektive subgrupp som valt ett omsorgsalternativ. I alla fyra subgrupperna har hushållets inkomst en signifikant effekt på betalningsviljan, i linje med resultaten i huvudanalysen. Respondenternas personliga egenskaper har betydelse i två fall – kvinnor tycks värdera omsorg i eget boende i orange tillstånd betydligt lägre än män och det var signifikant lägre betalningsvilja för personer som beskrivit sitt allmänna hälsotillstånd som någorlunda jämfört med mycket gott bland de som valt eget boende i orange tillstånd. Även bostadsort och boendeform hade betydelse i två fall – boende i tätort tycks värdera omsorg i anpassat boende högre jämfört med de som bor i stad och boende i lägenhet har en signifikant högre betalningsvilja för omsorg i äldreboende jämfört med de som bor i hus.

Tabell 18. Regressionsanalys av logaritmen för betalningsviljan för gult och orange hälsotillstånd per subgrupp efter vald boendeform.

Variabel	Gult hälsotillstånd				Orange hälsotillstånd			
	Eget boende (n = 183)		Anpassat boende (n = 248)		Eget boende (n = 99)		Äldreboende (n = 305)	
	Koefficient	P-värde	Koefficient	P-värde	Koefficient	P-värde	Koefficient	P-värde
Demografi								
Alder	0,066	0,251	0,023	0,551	0,027	0,771	0,010	0,803
Kvinna	-0,660	0,075	0,084	0,759	-1,137	0,047	-0,289	0,270
Utbildning Referens: gymnasium								
Grundskola/ folkskola	-1,120	0,118	-0,176	0,733	-1,264	0,174	0,160	0,777
Universitet	-0,012	0,974	-0,047	0,856	-0,483	0,383	-0,097	0,702
Inkomst								
Hushållets inkomst per konsumtionsenhet (logaritmen)	0,993	0,010	0,370	0,212	0,977	0,072	0,700	0,020
Personer i hushållet								
Enpersonshushåll	0,034	0,950	-0,201	0,585	1,497	0,068	-0,498	0,172
Finansieringsform								
Skatteenkät	0,325	0,324	0,037	0,879	0,453	0,357	-0,024	0,921
Ort Referens: stad								
Tätort	-0,022	0,965	0,697	0,055	-0,576	0,444	0,538	0,121
Landsbygd	0,398	0,405	-0,185	0,592	-0,105	0,894	0,551	0,100
Annat	1,456	0,128	-0,348	0,695	0,686	0,612	0,548	0,502
Boende Referens: hus								
Lägenhet	0,328	0,490	-0,084	0,792	-0,638	0,365	0,668	0,043
Radhus	0,115	0,842	-0,427	0,286	-1,111	0,218	0,166	0,689
Nuvarande hälsa Referens: ganska god								
Mycket god	0,422	0,320	-0,149	0,647	-0,314	0,607	0,092	0,765
Någorlunda	-0,509	0,308	-0,978	0,005	-1,299	0,047	-0,161	0,646
Ganska/mycket dålig eller föredrar att inte svara	0,289	0,716	-0,510	0,432	-1,813	0,110	0,039	0,952

forts. **Tabell 18.** Regressionsanalys av logaritmen för betalningsviljan för gult och orange hälsotillstånd per subgrupp efter vald boendeform.

Variabel	Gult hälsotillstånd				Orange hälsotillstånd			
	Eget boende (n = 183)		Anpassat boende (n = 248)		Eget boende (n = 99)		Äldreboende (n = 305)	
	Koefficient	P-värde	Koefficient	P-värde	Koefficient	P-värde	Koefficient	P-värde
Oro för att inte kunna klara sig själv som äldre Referens: inte alls orolig	-0,494	0,214	-0,536	0,080	-1,078	0,077	-0,536	0,068
	-1,160	0,072	-0,157	0,709	-1,314	0,255	-0,100	0,809
	-2,467	0,008	-0,629	0,244	-0,665	0,576	-0,055	0,928
	-0,110	0,909	0,008	0,991	0,217	0,856	-0,453	0,518
Tror sig kunna bo kvar i nuvarande bostad vid framtida funktionsnedsättning Referens: ja	0,498	0,257	0,728	0,012	0,202	0,786	0,254	0,381
	0,016	0,974	0,697	0,072	0,516	0,508	-0,057	0,876
Planerar att flytta som äldre Referens: ja	-0,484	0,302	0,781	0,029	-0,939	0,192	-0,189	0,578
	-0,665	0,135	0,444	0,128	-0,889	0,246	-0,141	0,622
Sannolikhet att behöva äldreomsorg jämfört med genomsnittet Referens: lägre än genomsnitt	1,314	0,001	-0,082	0,802	1,216	0,033	0,444	0,173
	1,940	0,024	0,684	0,238	1,464	0,200	0,416	0,481
	1,291	0,076	-1,204	0,019	-0,601	0,580	0,010	0,985
Erfarenhet av omsorg Referens: ingen erfarenhet	0,504	0,495	-0,482	0,340	0,856	0,403	0,021	0,968
	-0,108	0,761	-0,115	0,656	-0,329	0,572	0,147	0,566
Konstant	-9,239	0,063	0,386	0,912	-4,629	0,544	-2,645	0,447
Förklaringsgrad	0,2411		0,1611		0,4188		0,0787	

Den boendeform som respondenten inte väljer sätts automatiskt till 0 kronor i betalningsvilja. Fetstil anger signifikanta variabler.



4 Referenser

- Abel Olson, J., Donaldson, C. (1998). Helicopters, Hearts and Hips: Using Willingness to Pay to Set Priorities for Public Sector Health Care Programmes. *Social Science and Medicine*, vol. 46, nr. 1, s. 1–12.
- Bateman, I., Carson, R. T., Day, B., m.fl. (2002) *Economic valuation with Stated Preference Techniques - A manual*. London: Department for Transport.
- Bergman, M., Jordahl, H. (2014). *Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen* (2014:1). Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Gyrd-Hansen, D. (2015). The Role of the Payment Vehicle in Non-Market Valuations of a Health Care Service: Willingness-To-Pay for an Ambulance Helicopter Service. *Health economics, policy, and law*, s. 1–16.
- Johannesson, M., Johansson, P.O., O’Conor, R.M. (1996). The value of Private Safety Versus the Value of Public Safety. *Journal of Risk and Uncertainty*, nr. 13, s. 263–275.
- Loomis, J. (2014). Strategies for Overcoming Hypothetical Bias in Stated Preference Surveys. *Journal of Agricultural and Resource Economics.*, vol. 39, nr. 1, s. 34–46.
- Morrison, M.D., Blamey, R.K., Bennett, J.W. (2000). Minimising Payment Vehicle Bias in Contingent Valuation Studies. *Environmental and Resource Economics*, nr. 16, s. 407–422.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2009). *Inkomstfördelningsundersökningen 2007*. www.scb.se/statistik/HE/HE0103/2007A02/HE0103_2007A02_SM_HE21SM0901.pdf.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2015). *Statistikdatabasen*. www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/.
- Socialdepartementet (2015). *Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen* (Dir. 2015:72). Stockholm: Regeringskansliet.
- Svensson, M., Vredin Johansson, M. (2010). Willingness to Pay for Private and Public Road Safety in Stated Preference Studies: Why the Difference? *Accident Analysis and Prevention*, nr. 42, s. 1205–1212.
- Utredningen om bostäder för äldre (2015). *Bostäder att bo kvar i – Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer* (SOU 2015:85). Stockholm: Näringsdepartementet.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg* (2015:8). Stockholm: Vårdanalys.
- Wiser, R.H. (2007). Using Contingent Valuation to Explore Willingness to Pay for Renewable Energy: A Comparison of Collective and Voluntary Payment Vehicles. *Ecological Economics*, vol. 62, s. 419–432.



Bilagor

BILAGA 1 – BETALNINGSVILJEMETODER OCH BETALNINGSFORMER

Betalningsviljemetoder

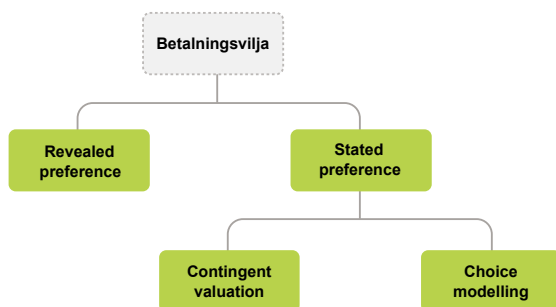
Studier som skattar betalningsvilja (willingness-to-pay, WTP) har som mål att fånga det högsta belopp en individ är beredd att betala för en åtgärd, tjänst eller produkt och antas motsvara individens värdering. Syftet med betalningsviljeundersökningar är att undersöka värdet av sådant som inte köps och säljs på marknaden. Undersökningsmetodikerna är bland annat vanlig inom transportekonomi (exempelvis värdera minskad olycksrisk och restid), miljöekonomi (exempelvis värdera minskade föroreningar och utsläpp) och hälsoekonomi (exempelvis värdera mindre biverkningar och mer bekvämlighet i samband med behandling). Det finns olika sätt att härleda betalningsviljan, se figuren nedan.

Ett sätt att mäta betalningsvilja är att härleda den från marknaden genom att analysera hur personer väljer att betala för varor eller tjänster som inkluderar den typ av fördel som de är intresserade av, så kallade *revealed preferences*. Exempelvis kan värdet av att undvika buller härledas genom huspriser där ett hus i ett bullrigt område har ett lägre pris än ett hus i ett tyst område, allt annat lika.

Ett annat sätt att mäta betalningsvilja går ut på att konstruera en hypotetisk marknad och direkt fråga individer om deras betalningsvilja i en enkät- eller intervjustudie, så kallade *stated preferences*. Stated preference-metoder är nödvändiga när informationen om värdering och betalningsvilja inte kan härledas från en existerande och fungerande marknad. Stated preference kan i sin tur skattas genom antingen contingent valuation eller choice modelling.

Contingent valuation-metoden (CV-metoden) används för att värdera en vara eller tjänst, exempelvis en policyförändring, i sin helhet jämfört med den nuvarande

Översikt över metoder att skatta betalningsvilja.



situationen. Respondenten ombes ange vad hen skulle betala för förändringen och betalningsviljan beräknas som ett genomsnitt av vad respondenternas svar. Alternativet, så kallad *choice modelling*, strävar i stället efter att värdera varan eller tjänsten utifrån dess olika attribut. Respondenten ombes välja mellan två alternativ som skiljer sig åt i attributnivå (inklusive kostnad) och betalningsviljan härleds via en regression som visar effekten av förändrad attributnivå på individens val. Denna studie använder sig av CV-metoden.

Utöver själva värderingen ska en väldesignad CV-studie även ställa samman bakgrunds-information om studiedeltagarna såsom demografiska egenskaper och attityder till det som värderas. Sådana uppgifter används bland annat för att validera studiens resultat. CV-studier kan använda antingen enkäter eller intervjuer som metod för att nå studiedeltagarna (Bateman m.fl. 2002).

Betalningsformer

Sättet respondenten ska betala på, betalningsmedlet, är en viktig del av betalningsstudiers design. Betalningsmedlet kan formuleras som kollektivt och tvingande, till exempel i form av en skatt, eller som privat och frivilligt, till exempel i form av en försäkring.

Studier har visat att formuleringen av betalningsmedel kan ha betydelse för hur respondenterna svarar. I undersökningar av betalningsviljan för att minska risken för att dö eller skadas i trafiken blir resultatet omkring två gånger större om betalningsmedlet formuleras som ett privat köp av säkerhetsutrustning i stället för i form av en skattehöjning (Johannesson m.fl. 1996, Svensson och Johansson 2010). Det finns dock andra studier som visar på mindre eller motsatta skillnader (Gyrd-Hansen 2015, Morrison m.fl. 2000, Wiser 2007), vilket troligen beror på att studiens kontext har stor betydelse. I en nyligen publicerad norsk studie av betalningsviljan för ambulanshelikoptrar, visar Gyrd-Hansen att betalningsviljan är 37–46 procent *högre* då betalningsmedlet formuleras som en skattebetalning i stället för en försäkringspremie. Det finns flera förklaringar till skillnaden i betalningsvilja till följd av olika formuleringar av betalningsmedel:

- *Attityden* till utföraren och betalningsmedlet. Personer som föredrar privata utförare och som anser att vi redan betalar tillräckligt med skatt kommer exempelvis att vara mindre benägna att betala då betalningsmedlet formuleras som en skatt (Svensson och Johansson 2010). Personer som anser att all äldreomsorg ska betalas via skatten och utföras av det offentliga kan å andra sidan vara mindre benägna att betala då betalningsmedlet formuleras som en försäkring.
- En annan förklaring är att betalningsmedlet kan framstå som mer eller mindre *rimligt och realistiskt* (Morrison m.fl. 2000). I en svensk kontext är de flesta medvetna om att skatten inte går öronmärkt till ett specifikt ändamål. En sådan formulering av betalningsmedlet kan därför vara svår att göra trovärdig. Å andra sidan är skatt det sätt på vilket vi betalar för äldreomsorg idag, och en försäkring kan därför framstå som orimlig. En del argumenterar därför för att använda ett betalningsmedel som motsvarar det som används i verkligheten (Bateman m.fl. 2002, Abel Olson och Donaldson 1998).

- En ytterligare förklaring är att formuleringen av betalningsmedlet kan uppmuntra respondenten att *svara strategiskt* på olika sätt (Johansson m.fl. 1996, Svensson och Johansson 2010, Wiser 2007). Om betalningsmedlet formuleras som en försäkring kan det till exempel göra respondenten benägen att överskatta sin verkliga betalningsvilja eftersom hen tror att det ökar chansen för tillgång till åtgärden, trots att det egentligen inte får några konsekvenser för den verkliga betalningen.

I denna studie fick den ena hälften av respondenterna en enkät där betalningsmedlet beskrivs som en öronmärkt skatt, medan den andra hälften av respondenterna fick en enkät där betalningsformen beskrivs som en försäkring. I båda fallen får respondenterna veta att de kommer att göra en månadsvis betalning till det att de fyller 65 år. Betalningen uttrycks som en summa per månad eftersom det är på detta vis de flesta tänker sig en skattebetalning. Dessutom är det lättare att sätta detta belopp i relation till sin budget. Respondenterna fick också information om den sammanlagda årliga betalningen för att göra det lättare att summera den totala betalningen för de år som respondenten har kvar att betala till 65 år. För att betalningsperioden inte ska överlappa med perioden då respondenten kan behöva äldreomsorg begränsas betalningsperioden till tiden fram till 65 år, vilket innebär att en respondent som kortast får betala i 6 år och som längst får betala i 16 år. Denna begränsning har också fördelen att göra betalningsperioden hanterbar för respondenten – lättare att summera – och sammanfalla med tiden innan pensionsåldern – då inkomsten förändras för de flesta.

BILAGA 2 – ENKÄTERNA

Introduktion

Välkommen till en undersökning från Myndigheten för vårdanalys

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) vill ta reda på vad befolkningen tycker om äldreomsorgen. Syftet är att ge beslutsfattare ett underlag som kan påverka utvecklingen av äldreomsorgen enligt befolkningens önskemål. Vi vill därför ställa några frågor till dig om hur mycket du tycker det är värt att ha tillgång till olika former av äldreomsorg. Vårdanalys har gett Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i uppdrag att genomföra undersökningen i samarbete med Enkätfabriken. IHE har till uppgift att bidra med utredningar och forskning för utveckling av hälso- och sjukvården.

Dina svar är värdefulla

Det är frivilligt att delta i undersökningen, men vi skulle uppskatta om du tog dig tid att besvara enkäten. Dina svar är mycket värdefulla och det är en möjlighet för dig att påverka framtidens äldreomsorg.

Vi vill veta hur mycket mer du tycker ett boendialternativ är värt jämfört med ett annat

Vi kommer be dig att välja mellan olika boendialternativ för äldre som vi beskriver för dig. Vi kommer också be dig att svara på hur mycket du skulle vilja betala för att få tillgång till det boendialternativ du väljer när du blir äldre. På så sätt får vi veta hur mycket mer du tycker just det boendialternativet är värt jämfört med det andra. Studiens resultat påverkar inte hur den framtida äldreomsorgen kommer att finansieras eller hur mycket man själv betalar för sin äldreomsorg. Målet är att fånga vad befolkningen tycker om olika former av äldreomsorg. Det finns olika sätt att mäta din värdering. Du kommer att slumpas till en av två metoder.

Vi värnar om dina intressen

Vårdanalys ansvarar för undersökningen och är personuppgiftsansvarig för behandlingen enligt personuppgiftslagen (1998:204). Vi värnar om dina intressen när du deltar i undersökningen. Svaren skyddas av 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt av bestämmelserna i personuppgiftslagen.

De personuppgifter som sparas är endast de svar du själv lämnar i enkäten – inga andra uppgifter sparas. För att kunna skicka påminnelse till de som inte svarat finns inledningsvis en direkt koppling till de som bjudits in till enkäten. Då insamlingsperioden avslutats förstörs den direkta kopplingen till dig som person. Alla svar redovisas på gruppnivå i tabeller och figurer i rapporter från Vårdanalys.

Om någon skulle be att få ta del av svaren görs en sekretessprövning. Vårdanalys får endast lämna ut uppgifter för forskning, statistikändamål eller i oidentifierad form. Du har rätt att få ett utdrag en gång per år som visar om vi behandlar personuppgifter om dig och i sådant fall vilka. Kontakta Vårdanalys om du önskar ett sådant utdrag.

Genom att svara på enkäten samtycker du till att enkätsvaren används för de syften vi beskrivit ovan.

Frågor?

Har du några frågor om undersökningen är du välkommen att kontakta Marianne Svensson på Vårdanalys på telefon 08-690 41 00 eller via e-post registrator@vardanalys.se. Du kan också kontakta Katarina Gralén på IHE via e-post kg@ihe.se eller via växeln 046-32 91 00.

Tack för att du tar dig tid!

Med vänliga hälsningar
Marianne Svenson
Myndigheten för vårdanalys

- Ja, jag vill delta i Vårdanalys enkät om värdering av äldreomsorg

DEL 1: BAKGRUNDSFRÅGOR

Hur gammal är du?

Är du?

- Kvinna
 Man
 Annat

I vilken typ av bostad bor du idag?

- Hus/Villa
 Lägenhet/Flerfamiljshus
 Radhus/Kedjehus
 Annat, ange vad:

I vilket län bor du i?

Välj ett av följande län: *[lista med samtliga län i Sverige]*

Var bor du idag?

- I en stad
 I en tätort
 I ett mindre samhälle på landsbygden
 Annat

Hur länge har du bott i din nuvarande bostad?

- 0-2 år
- 3-10 år
- 11-19 år
- Mer än 20 år

Hur många personer bor det i ditt hushåll, om du inte räknar med dig själv?

.....

Vilken är den högsta utbildningsnivå du har studerat på?

(Du behöver inte ha tagit ut examen.)

- Folkskola/grundskola eller motsvarande på Komvux
- Gymnasium/realskola eller motsvarande på Komvux
- Högskola/Universitet
- Annat, ange vad:

Vilken är din nuvarande, huvudsakliga sysselsättning?

Ange den sysselsättning som tar upp störst del av din tid.

- Anställd
- Egen företagare
- Pensionär
- Studerande
- Arbetsökande
- Är sjukskriven/Har sjuk- eller aktivitetsersättning
- Annat, ange vad:.....

Ange ditt hushålls sammanlagda inkomst före skatt per månad.

- <9 999 kr per månad
- 10 000 kr – 19 999 kr per månad
- 20 000 kr – 29 999 kr per månad
- 30 000 kr – 39 999 kr per månad
- 40 000 kr – 49 999 kr per månad
- 50 000 kr – 59 999 kr per månad
- 60 000 kr – 69 999 kr per månad
- 70 000 kr – 79 999 kr per månad
- >80 000 kr per månad
- Föredrar att inte svara

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket gott
- Ganska gott
- Någorlunda
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt
- Föredrar att inte svara

Hur är din rörlighet?

Om du använder hjälpmedel för att förflytta dig ange hur din rörlighet är när du inte använder dem.

- Jag förflyttar mig själv utan svårigheter
- Jag har vissa svårigheter att förflytta mig själv
- Jag har stora svårigheter att förflytta mig själv
- Jag kan inte alls förflytta mig själv

DEL 2: DIN ERFARENHET OCH ÅSIKTER OM ÄLDREOMSORG M.M.

Har du erfarenhet av hemtjänst (det vill säga stöd, service och omsorg som äldre kan få i sitt eget hem efter beslut av kommunen)? Du kan kryssa i flera alternativ.

- Ja, jag har hemtjänst.
- Ja, en annan i mitt hushåll har hemtjänst.
- Ja, jag har/har haft närstående som har/har haft hemtjänst.
- Ja, jag har arbetat inom hemtjänsten.
- Nej, jag har ingen erfarenhet av hemtjänst.

Har du erfarenhet av särskilt boende för äldre (det vill säga att äldre efter beslut från kommunen bor permanent i ett boende med omsorg dygnet runt)? Du kan kryssa i flera alternativ.

- Ja, jag bor i särskilt boende.
- Ja, jag har/har haft närstående som bor/bott i särskilt boende.
- Ja, jag har arbetat på ett särskilt boende.
- Nej, jag har ingen erfarenhet av särskilt boende.

Har du regelbundet, nu eller tidigare, hjälpt äldre närstående med praktiska sysslor eller personlig omsorg som hen inte själv klarat av?

- Ja
- Nej

[Om respondenten svarar JA på föregående fråga.]

Fick du ekonomisk ersättning från kommunen för att du hjälpte din närstående?

- Ja
- Nej

Har någon närstående regelbundet, nu eller tidigare, hjälpt dig med praktiska sysslor eller personlig omsorg som du inte själv klarat av?

- Ja
- Nej

[Om respondenten svarar JA på föregående fråga.]

Fick din närstående ekonomisk ersättning från kommunen för att hen hjälpte dig?

- Ja
- Nej

Tror du att du kan bo kvar i din nuvarande bostad om du får en funktionsnedsättning när du blir äldre (till exempel svårt att gå i trappor, behov av rullator)?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Har du planer på att flytta när du blir äldre?

- Ja
- Nej
- Har inte funderat på det

[Om respondenten svarar JA på föregående fråga.]

Varför vill du flytta när du blir äldre?

Du kan kryssa i flera alternativ.

- Jag vill bo mindre.
- Jag vill ha något som är mer lättskött.
- Jag vill ha billigare boende.
- Jag vill bo närmare service.
- Jag vill ha ett anpassat boende (ex. anpassat duschutrymme, borttagna trösklar).
- Annat, ange vad:

Tror du att sannolikheten för att du kommer behöva äldreomsorg när du är 80 år är större eller mindre än genomsnittet för Sverige?

I Sverige får var tredje person över 80 år någon form av äldreomsorg.

- Jag tror att sannolikheten för mig att behöva äldreomsorg är lägre än för genomsnittet.
- Jag tror att sannolikheten för mig att behöva äldreomsorg är samma som för genomsnittet.
- Jag tror att sannolikheten för mig att behöva äldreomsorg är högre än för genomsnittet.
- Kan inte ta ställning

Hur orolig är du för att inte klara dig själv när du blir äldre?

- Inte alls orolig
- Lite orolig
- Ganska orolig
- Orolig
- Mycket orolig

Nedan presenteras 7 påståenden om äldreomsorg. Markera med ett kryss hur väl respektive påstående stämmer med vad du tycker.

	Instämmer inte alls		Varken eller		Instämmer helt och hållet	Ingen åsikt /Vet ej
"Jag tycker att äldreomsorgen fungerar bra idag."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Jag tycker att all äldreomsorg ska finansieras via skatt."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Jag tycker att det bör finnas enskilda (privata) alternativ inom äldreomsorgen."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Jag tycker att det finns för få platser inom särskilt boende."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Jag tycker det verkar vara svårt att få beviljat hemtjänst."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Jag känner mig trygg med att jag kommer få hjälp av det offentliga när jag behöver det."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Jag tycker att de resurser som kommunen satsar på äldreomsorgen idag är tillräckliga."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DEL 3: HUR BEDÖMER DU VÄRDET AV OLIKA FORMER AV ÄLDRE-OMSORG?

Syfte med undersökningen

Syftet med denna undersökning är att mäta hur mycket det är värt för dig att ha tillgång till olika former av äldreomsorg när du blir äldre. För att få reda på hur mycket du tycker att det är värt använder vi en metod som mäter din värdering i kronor.

Det här är ett tanke-experiment med syftet att ge myndigheterna en uppfattning om hur medborgarna värderar olika alternativ inom äldreomsorgen. På så sätt kan vi få fram ett stöd för framtida planering av olika former av äldreomsorg som kommunen kan erbjuda de äldre som är i behov av hjälp.

Hur går undersökningen till?

Vi kommer nu att presentera två valsituationer efter varandra som skulle kunna tänkas bli aktuella om du skulle få en långvarig fysisk funktionsnedsättning när du bli äldre.

I de två valsituationerna ska du föreställa dig att du kan välja mellan att få omsorg i det egna hemmet eller i ett annat boendevalternativ som vi kommer beskriva för dig. Vi ber dig att ange vilket alternativ som du skulle föredra.

Eftersom vi vill veta hur mycket du tycker det är värt att få tillgång till ett visst boendevalternativ ber vi dig att svara på hur mycket du skulle vara villig att betala för att få tillgång till ett visst boendevalternativ.

När du svarar ber vi dig att:

- Vara realistisk och tänka på hur mycket du och ditt hushåll verkligen skulle ha råd att betala om du behövt välja idag.
- Anta att det, precis som idag, kommer att finnas egenavgifter för äldreomsorgen, vilka betalas till kommunen.
- Bortse ifrån vad du har angett att du är villig att betala i föregående fråga, det vill säga att du ska se varje nytt hypotetiskt erbjudande som "en ny betalning".
- Tänka på att det inte finns något svar som är rätt eller fel, vi vill bara veta vad just du tycker.

Även om vi ber dig att ta ställning till olika belopp i kronor, kommer resultaten från undersökningen inte påverka hur mycket man som äldre själv får betala för sin äldreomsorg.

Studiens resultat kommer heller inte att användas för att ändra det sätt som vi finansierar äldreomsorgen på.

Dina åsikter kring olika egenskaper inom äldreomsorg

I rutan nedanför beskrivs vad det skulle innebära att ha en vanlig långvarig funktionsnedsättning som vi kallar det gula hälsotillståndet. Fundera ett tag på vad det skulle innebära för dig.

Det gula hälsotillståndet

Det gula hälsotillståndet innebär bland annat att du har svårt att *städa* och *laga mat på egen hand*. Det kan också innebära att du har *svårt att gå i trappor* och *förflytta dig utomhus utan* hjälpmedel (exempelvis rullator) och att du *inte klarar av att köra bil*.

Nedan presenteras sju olika egenskaper inom äldreomsorg.

Vi vill veta vilka tre olika egenskaper du tycker är viktigast *om du skulle hamna i det gula hälsotillståndet* och skulle få hjälp med praktiska sysslor.

Markera de tre viktigaste egenskaperna. Du kan endast markera tre stycken.

- o Att bo i ett anpassat boende (ex. anpassat duschutrymme, borttagna trösklar) där jag enkelt kan ta mig runt på egen hand och sköta enklare sysslor.
- o Att bo i närheten av olika former av service (till exempel mataffär).
- o Att själv få bestämma när jag får min hjälp under dagen.
- o Att det finns omsorgspersonal nära till hands.
- o Att det kommer någon ur samma personalpool (består av 2–4 personer) och hjälper mig.
- o Att kunna bo kvar med/i närheten av mina närstående.
- o Att kunna få äta och delta i olika aktiviteter i gemenskap med andra.

Hypotetisk valsituation 1

Det gula hälsotillståndet beskriver en vanlig långvarig funktionsnedsättning för äldre. Fram till 78 år är det förhållandevis få som drabbas av en sådan funktionsnedsättning. Bland personer som är 78 år eller äldre har 2 av 10 personer (20 %) en funktionsnedsättning på denna nivå.

Det gula hälsotillståndet

Det gula hälsotillståndet innebär bland annat att du har svårt att *städa* och *laga mat på egen hand*. Det kan också innebära att du har *svårt att gå i trappor* och *förflytta dig utomhus utan* hjälpmedel (exempelvis rullator) och att du *inte klarar av att köra bil*.

Anta nu att *om* du hamnar i det gula hälsotillståndet så kan du få omsorg av hemtjänsten i det egna hemmet eller i ett anpassat boende i din hemkommun. I tabellen nedan beskrivs de två omsorgsalternativen.

Vilket av omsorgsalternativen skulle du föredra om du skulle hamna i det gula hälsotillståndet?

Omsorg i det egna hemmet	Omsorg i anpassat boende
Du bor kvar i det egna hemmet.	Du bor i ett bostadshus med anpassade lägenheter för äldre med liknande behov som du har (till exempel inga trösklar och lätt-åtkomligt duschutrymme).
Hemtjänstpersonal kommer hem till dig 3 gånger per dag och hjälper dig cirka 15 minuter per gång.	Du kan på egen hand ta dig till olika former av service (till exempel mataffär, restaurang, café och frisör).
Om du behöver omedelbar hjälp larmar du hemtjänstpersonalen som ringer upp dig inom 2 minuter och är på plats hos dig inom 30 minuter.	Hemtjänstpersonal kommer hem till dig 3 gånger per dag och hjälper dig cirka 15 minuter per gång. De finns också till hands i huset under dagtid.
Hemtjänstpersonalen levererar lagad mat till dig en gång per dag.	Om du behöver omedelbar hjälp larmar du hemtjänstpersonalen som är på plats hos dig inom 5 minuter.
	Du får lagad mat en gång om dagen som du kan välja att äta tillsammans med andra i en gemensam matsal.
	Det finns även gemensamma utrymmen där du har möjlighet att umgås med andra i bostadshuset.

- o Jag skulle välja omsorg i det egna hemmet. [till betalningsfråga]
- o Jag skulle välja omsorg i anpassat boende. [till betalningsfråga]
- o Jag skulle inte välja något av alternativen. Jag ordnar själv med den omsorg och hjälp som jag behöver. [till varför-fråga]
- o Det spelar ingen roll vilket av omsorgsalternativen jag får, jag tycker inte att det är någon större skillnad mellan alternativen. [till åsiktsfråga 2]

[Om respondenten svarar "Jag skulle inte välja något av alternativen".]

Varför föredrar du att ordna själv med din omsorg när du blir äldre? Du kan välja flera alternativ.

- o Jag räknar med att ha närstående som kan ge mig den hjälp jag behöver.
- o Jag vill själv bestämma hur omsorgen ska utformas.
- o Jag vill klara mig på egen hand.
- o Jag tror inte att den kommunala omsorgen kommer att räcka till för att täcka mina behov.

- o Jag tror att min risk att behöva omsorg när jag blir äldre är liten.
- o Annat, ange vad:

[Om respondenten svarar "Jag skulle välja omsorg i det egna hemmet".]

Anta nu att omsorg i det egna hemmet för personer med det gula hälsotillståndet är ett dyrare alternativ för kommunen att tillhandahålla (till exempel på grund av höga transportkostnader).

Kommunen har därför bestämt att de bara kan betala för omsorg i anpassat boende med nuvarande skatteinkomster.

För att kommunen ska kunna ge omsorg i det egna hemmet behöver de öka sina skatteinkomster med hjälp av ett skattepålägg som är öronmärkt för detta ändamål.

Skulle du idag kunna tänka dig att betala ett öronmärkt skattepålägg för att kommunen ska kunna tillhandahålla omsorg i det egna hemmet för äldre med det gula hälsotillståndet? (20 % av personerna 78 år eller äldre)

- o Ja
- o Nej

[Alternativ formulering för hälften av urvalet – försäkring.]

Anta nu att omsorg i det egna hemmet för personer med det gula hälsotillståndet är ett dyrare alternativ för kommunen att tillhandahålla (till exempel på grund av höga transportkostnader).

Kommunen har därför bestämt att de bara kan betala för omsorg i anpassat boende. Anta att du kan teckna en tilläggsförsäkring som gör att du kan välja att få omsorgen i ditt eget hem om du skulle hamna i det gula hälsotillståndet när du bli äldre. (20 % av personerna 78 år eller äldre)

Skulle du idag kunna tänka dig att betala för en tilläggsförsäkring för att få tillgång till omsorgen i ditt eget hem?

- o Ja
- o Nej

[Om respondenten svarar NEJ till att betala.]

Varför vill du inte betala något extra för att få tillgång till omsorg i det egna hemmet? Du kan välja flera alternativ.

- o Jag tycker inte det är någon större skillnad mellan alternativen.
- o Jag föredrar omsorg i det egna hemmet, men har inte råd att betala
- o Jag föredrar omsorg i det egna hemmet, men jag vill inte betala mer skatt
- o Jag kan själv ordna med den omsorg och hjälp som jag behöver.
- o Jag behöver mer information för att besvara frågan.
- o Annat, ange vad:

[Om respondenten svarar JA till att betala: Kortsortering (10–15 000kr).]

Vi kommer nu att be dig ange hur mycket du skulle vara villig att betala för att kommunen ska kunna tillhandahålla omsorg i det egna hemmet för äldre med det gula hälsotillståndet.

Betalningen sker i form av en öronmärkt skatt som betalas månadsvis från och med i år, till och med året du fyller 65 år.

För att hjälpa dig att besvara frågan kommer du att bli visad ett antal summor i slumpmässig ordning.

Givet ditt hushålls nuvarande inkomst, ange om du skulle vara villig att betala beloppet, alternativt om du inte skulle vara villig att betala beloppet alternativt om du inte vet/är osäker.

[Beloppen presenteras slumpmässigt vart och ett för sig.]

	Skulle inte betala	Vet ej / Osäker	Skulle betala
600 kr per månad (7 200 kr per år)	0	0	0
30 kr per månad (360 kr per år)	0	0	0
900 kr per månad (10 800 kr per år)	0	0	0
5 kr per månad(60 kr per år)	0	0	0
400 kr per månad (4 800 kr per år)	0	0	0
1 kr per månad(12 kr per år)	0	0	0
10 kr per månad (120 kr per år)	0	0	0
40 kr per månad(480 kr per år)	0	0	0
90 kr per månad (1 080 kr per år)	0	0	0
1 300 kr per månad(15 600 kr per år)	0	0	0

Det högsta belopp du skulle betala är xxxx kronor per månad.

Det lägsta belopp du inte skulle betala är xxxx kronor per månad.

Vilket är det högsta beloppet du skulle vara villig att betala? Det kan vara det högsta belopp du angett att du är villig att betala, det lägsta belopp du inte är villig att betala eller något mittemellan.

Svaret måste vara åtminstone 0.

Kronor per månad

Hur säker är du på att du vill betala xxxx per månad?

Inte alls säker									Mycket säker
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Varför tycker du att det är värt att betala extra för att få tillgång till omsorg i det egna hemmet? Du kan välja flera alternativ.

- Jag vill gärna bo kvar i det egna hemmet.
- Jag känner mig tryggare i det egna hemmet.
- Jag vill inte bo med andra utöver mina närstående.
- Jag vill försäkra mig om att jag har tillgång till omsorg i det egna hemmet om jag skulle behöva det.
- Jag vill försäkra mig om att andra personer har tillgång till omsorg i sitt eget hem om de skulle behöva det.
- Annat, ange vad:

[Om respondenten svarar "Jag skulle välja omsorg i anpassat boende".]

Anta nu att omsorg i anpassat boende för personer med det gula hälsotillståndet är ett dyrare alternativ för kommunen att tillhandahålla (till exempel på grund av höga boendekostnader).

Kommunen har därför bestämt att de bara kan betala för omsorg i det egna hemmet med nuvarande skatteinkomster.

För att kommunen ska kunna ge omsorg i ett anpassat boende behöver de öka sina skatteinkomster med hjälp av ett skattepålägg som är öronmärkt för detta ändamål.

Skulle du idag kunna tänka dig att betala ett öronmärkt skattepålägg för att kommunen ska kunna tillhandahålla omsorg i anpassat boende för äldre med det gula hälsotillståndet? (20 % av personerna 78 år eller äldre)

- Ja
- Nej

[Alternativ formulering för hälften av urvalet – försäkring.]

Anta nu att omsorg i anpassat boende för personer med det gula hälsotillståndet är ett dyrare alternativ för kommunen att tillhandahålla (till exempel på grund av höga boendekostnader).

Kommunen har därför bestämt att de bara kan betala för omsorg i det egna hemmet. Anta att du teckna en tilläggsförsäkring som gör att du kan välja att få omsorgen i ett anpassat boende om du skulle hamna i det gula hälsotillståndet när du blir äldre. (20 % av personerna 78 år eller äldre).

Skulle du idag kunna tänka dig att betala för en tilläggsförsäkring för att få tillgång till omsorgen i anpassat boende?

- Ja
- Nej

[Om respondenten svarar NEJ till att betala. Kontrollfråga för icke-betalare.]

Varför vill du inte betala något extra för att få tillgång till omsorg i anpassat boende? Du kan välja flera alternativ.

- Jag tycker inte det är någon större skillnad mellan alternativen.
- Jag föredrar omsorg i anpassat boende, men har inte råd att betala.
- Jag föredrar omsorg i anpassat boende, men jag vill inte betala mer skatt.
- Jag kan själv ordna med den omsorg och hjälp som jag behöver.
- Jag behöver mer information för att besvara frågan.
- Annat, ange vad:

[Om respondenten svarar JA till att betala: Kortsortering (10–15 000kr).]

Vi kommer nu att be dig ange hur mycket du skulle vara villig att betala för att kommunen ska kunna tillhandahålla omsorg i ett anpassat boende för äldre med det gula hälsotillståndet.

[Se tidigare beskrivning av motsvarande och efterföljande frågor.]

Varför tycker du att det är värt att betala extra för att få tillgång till omsorg i anpassat boende? Du kan välja flera alternativ.

- Jag vill gärna bo i gemenskap med andra så att jag känner mig tryggare.
- Jag vill gärna bo i gemenskap med andra så att jag får social samvaro.
- Jag vill veta att omsorgspersonalen kan vara på plats inom några minuter.
- Jag känner mig inte trygg om jag skulle bo kvar i mitt eget hem.
- Jag vill bo i ett bostadshus med anpassade lägenheter eftersom det ger mig större möjlighet att sköta mig själv.
- Jag vill vara säker på att jag har tillgång till ett anpassat boende om jag skulle behöva det.
- Jag vill vara säker på att andra personer har tillgång till ett anpassat boende om de skulle behöva det.
- Annat, ange vad:

Dina åsikter kring olika egenskaper inom äldreomsorg

I rutan nedanför beskrivs vad det innebär att ha en svårare långvarig funktionsnedsättning som vi kallar det orange hälsotillståndet. Fundera ett tag på vad det skulle innebära för dig.

Det orange hälsotillståndet

Det orange hälsotillståndet innebär bland annat att du inte klarar av att sköta din hygien (duscha/bada) på egen hand. Det kan också innebära att du inte klarar av att *klä på dig* själv om morgonen och *klä av dig* om kvällen eller att *laga mat*. Du kan inte förflytta sig inomhus utan hjälpmedel och du behöver hjälp för att kunna *förflytta dig utanför din bostad*.

Nedan presenteras sju olika egenskaper inom äldreomsorg.

Vi vill veta vilka tre olika egenskaper du tycker är viktigast om du skulle hamna i det orange hälsotillståndet och skulle få hjälp med praktiska sysslor och omsorg.

Markera de tre viktigaste egenskaperna. Du kan endast markera tre stycken.

- o Att bo i ett anpassat boende (ex. anpassat duschutrymme, borttagna trösklar)
- o Att bo i närheten av olika former av service (till exempel mataffär)
- o Att själv få bestämma när jag får min hjälp under dagen.
- o Att det finns omsorgspersonal nära till hands.
- o Att det kommer någon ur samma personalpool (består av 2–4 personer) och hjälper mig.
- o Att kunna bo kvar med/i närheten av mina närstående.
- o Att kunna få äta och delta i olika aktiviteter i gemenskap med andra.

Hypotetisk valsituation 2

Det orange hälsotillståndet beskriver en svårare långvarig funktionsnedsättning för äldre. Fram till 78 års ålder är det ganska ovanligt att drabbas av en sådan funktionsnedsättning. Bland personer som är 78 år eller äldre har 1 av 6 personer (17 %) en funktionsnedsättning på denna nivå.

Det orange hälsotillståndet

Det orange hälsotillståndet innebär bland annat att du inte klarar av att sköta din hygien (duscha/bada) på egen hand. Det kan också innebära att du inte klarar av att *klä på dig* själv om morgonen och *klä av dig* om kvällen eller att *laga mat*. Du kan inte förflytta sig inomhus utan hjälpmedel och du behöver hjälp för att kunna *förflytta dig utanför din bostad*.

Anta nu att *om* du hamnar i det orange hälsotillståndet så kan du få omsorg av hemtjänsten i det egna hemmet eller flytta till ett äldreboende i din hemkommun. I tabellen nedan beskrivs de två omsorgsalternativen.

Vilket av omsorgsalternativen skulle du föredra om du skulle hamna i det orange hälsotillståndet?

Omsorg i det egna hemmet	Omsorg i anpassat boende
Du bor kvar i det egna hemmet.	Du bor i ett anpassat boende för äldre med liknande behov som du har. Du har en mindre lägenhet med pentry som du själv möblerar.
Hemtjänstpersonal kommer hem till dig 5 gånger per dag och hjälper dig cirka 40 minuter per gång.	Det finns personal på boendet till hands dygnet runt. Under dagtid finns även en sjuksköterska tillgänglig på boendet.
Om du behöver omedelbar hjälp larmar du hemtjänstpersonalen som ringer upp dig inom 2 minuter och är på plats hos dig inom 30 minuter.	Du får lika mycket hjälp som om du skulle bo i ditt eget hem.
Hemtjänstpersonalen plockar fram frukost och kvällsmat till dig och levererar lagad mat till dig en gång per dag.	Om du behöver omedelbar hjälp larmar du personalen som kommer in till dig inom 5 minuter.
	Du har möjlighet att delta i alla måltider tillsammans med andra som bor på äldreboendet i en gemensam matsal.
	Du har också möjlighet att tillsammans med andra som bor på äldreboendet delta i olika gemensamma aktiviteter som arrangeras av personalen.

- Jag skulle välja omsorg i det egna hemmet. [till betalningsfråga]
- Jag skulle välja omsorg på äldreboende. [till betalningsfråga]
- Jag skulle inte välja något av alternativen. Jag ordnar själv med den omsorg och hjälp som jag behöver. [till varför-frågan]
- Det spelar ingen roll vilket av omsorgsalternativen jag får, jag tycker inte att det är någon större skillnad mellan alternativen. [till enkät-avslut]

[Frågorna därefter är formulerade på motsvarande sätt som för Hypotetisk valsituation 1, men "anpassat boende" har ersatts med "äldreboende".]

Befolkningens värdering av alternativa former för äldreomsorg

En studie av betalningsvilja

Den ökande andelen äldre ställer krav på kommunerna att redan nu börja planera morgondagens äldreomsorg. Denna promemoria presenterar en studie som undersöker vilken äldreomsorg som morgondagens äldre föredrar vid olika funktionsnivåer samt hur mycket de tycker att det vore värt att få tillgång till sitt föredragna alternativ. Promemorian är ett underlagsmaterial till Vårdanalys analys av konsekvenserna av olika sätt att utforma äldreomsorgen år 2025 (rapport 2015:8).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

