

#1



Stefan Fölster, Thomas Norén, Robert Gidehag

En sjuk försäkring i behov av friskpeng

© Författarna och Reforminstitutet 2001
Omslag och sättning: Formgivningsverket
Illustration: Anna-Karin Elde
Tryck: Elanders Gotab, Stockholm 2001
ISBN 91-89613-02-3. ISSN 1650-4712
Reforminstitutet, telefon: 08-587 865 20
info@reformera.nu, www.reformera.nu

INNEHÅLL

Förord	7
1. Sammanfattning	9
<i>Vi är friskare men blir allt sjukare</i>	9
<i>En sjuk försäkring</i>	9
<i>Kvinna och gammal göre sig inte besvär</i>	10
<i>Förbättra sjukförsäkringens hälsotillstånd</i>	11
<i>Friskpengen</i>	12
<i>Andra förslag</i>	16
<i>Motiven</i>	17
<i>Disposition</i>	18
2. En sjuk försäkring	19
<i>2.1 Traditionella förklaringar räcker inte</i>	19
<i>2.2 Sjukförsäkringen ökar ohälsan</i>	22
<i>2.3 Segregering</i>	39
<i>2.4 Höga samhällskostnader</i>	47
<i>2.5 Otrygghet i sjukförsäkringen</i>	52
3. Vilka är alternativen?	59
<i>3.1 De långa vågornas utredande</i>	59
<i>3.2 Teoretiska principer</i>	61
<i>3.3 Exempel från andra länder</i>	77
4. Våra förslag	83
<i>4.1 Inledning</i>	83
<i>4.2 Förslagets grund</i>	84
<i>4.3 Mer detaljerat om friskpengen</i>	87
<i>4.4 Övriga förslag</i>	92

INNEHÅLL

5. Friskpengen i praktiken	97
5.1 Några utgångspunkter	97
5.2 Beräkning av friskpengen	97
5.3 Friskpengen i praktiken – några räkneexempel	108
6. Den försäkrades perspektiv	111
6.1 Försäkringar	111
6.2 Mer överskådliga försäkringar	112
6.3 Det är den försäkrade som bestämmer	113
6.4 Kroniskt sjuka	114
6.5 Kvinnors ställning stärks	115
7. Arbetsgivarens perspektiv	117
7.1 Dagens sjukförsäkringar	117
7.2 Andra försäkringar	120
7.3 Friskpengen varierar med ålder, kön och lön	121
7.4 Friskpengen i praktiken	123
7.5 Friskpengen i offentlig sektor	125
Referenser	127
Appendix	135
I. En mer oberoende sjukförsäkring	137
II. Sjukförsäkringens historia	139
III. tidigare utredningar	151
IV. Sjukskrivningar och förtidspension	164

FÖRORD

Ett väl fungerande system för sjukförsäkring slår sig inte till ro med att ge en god inkomstrygghet vid sjukdom. Målet bör sättas högre än så. Helst skall sjukförsäkringen också vara utformad så att färre blir sjuka och att sjuka blir friska så snabbt som möjligt. Reforminstitutets har som utgångspunkt haft ett mer dynamiskt system som ger arbetsgivare och den enskilde en större rådighet över den egna situationen och de ansträngningar som leder till en snabbare rehabilitering.

Ett skäl till det utredningsuppdrag som varit grunden för den nu föreliggande utredningen är det faktum att dagens system inte har förmått ge människor vare sig den trygghet eller den rehabilitering som krävs för att minska sjukfrånvaron. Tvärtom har utvecklingen i det närmaste exploderat med en mängd konsekvenser som följd. Sedan 1997 har sjukfrånvaron mer än fördubblats, och den fortsätter att öka i mycket snabb takt.

För den enskilde innebär utvecklingen en ökande risk för långvarig sjukdom och med det följer ofta utanförskap. Efter en lång frånvaro blir det svårare att komma tillbaka, i värsta fall förs man bort från arbetskraften och det aktiva livet, till exempel genom förtidspensionering. Och mycket riktigt – allvarligt nog – ökar nu även förtidspensioneringarna i snabb takt. Både sjukskrivningen och förtidspensioneringen innebär en otrygghet med konsekvenser bland annat för hushållsekonomi och kontrollen över den egna vardagen.

För samhället innebär den växande sjukfrånvaron att tillgången på kunniga och engagerade människor i arbetslivet blir mindre, i en tid då vi behöver fler istället för färre. Sjukfrånvarons tillväxt är av en sådan omfattning att den motsvarar en betydande del av sysselsättningsökningen under de gångna åren. Under 2001 beräknas sjukfrånvaron till 100 miljoner sjukpenningdagar, utöver de 40 miljoner sjukdagar som arbetsgivarna står för. Detta motsvarar drygt 8 procent av arbetskraften. Det är en förlust för vårt samhälle som urholkar välfärd och arbete.

För staten innebär utvecklingen en urholkning av de offentliga finanserna. Under de kommande åren kommer sjukfrånvaron och förtidspensioneringarna tillsammans kosta staten över 100 miljarder kronor om inget görs för att bryta utvecklingen.

För att framgångsrikt bryta utvecklingen krävs mer än vad dagens system medger. Det är mot denna bakgrund som Stefan Fölster tillsammans med Robert Gidehag och Thomas Norén på Reforminstitutets uppdrag utrett frågan om ett nytt och bättre system för sjukpenningförsäkringen, där målet inte bara är att ge trygghet vid inkomstbortfall utan också pressa ned den växande ohälsa som nu måste ses som ett av våra största samhällsproblem.

Fölster, Gidehag och Norén har självständigt utrett denna fråga. De förslag som förs fram i utredningen är resultatet av deras arbete och överväganden, men utgår från det utredningsuppdrag som Reforminstitutet formulerat. Det är vår förhoppning att det genom sin utformning kan bidra till nya perspektiv i debatten om reformeringen av socialförsäkringar i allmänhet och sjukpenningförsäkringen i synnerhet. Framförallt hoppas vi att denna utredning kommer vara ett steg på vägen mot en ny och bättre sjukförsäkring. Det är med stor uppskattning av genomfört arbete som Reforminstitutet presenterar utredningen *"En sjuk försäkring i behov av friskpeng."*

Gunnar Hökmark
VD Reforminstitutet

SAMMANFATTNING

Vi är friskare men blir allt sjukare

Enligt Världshälsoorganisationens jämförelser tillhör svenskar världens friskaste människor. Hälsan har också i många avseenden förbättrats avsevärt. Sjukvården har gjort stora framsteg under 1990-talet i utveckling av behandlingsmetoder som tillåter en snabb återgång till ett normalt liv, till exempel genom tithålskirurgin.

Trots detta ökar sjukfrånvaron snabbt. Den sammantagna frånvaron för sjukdom och förtidspension har hållit sig på en jämn hög nivå under 1990-talet fram till 1997. Därefter har den formligen exploderat. Enbart statens kostnader för sjukfrånvaro ökar i en takt av 10 miljarder kronor per år. De samlade samhällskostnaderna ökar sannolikt med mer än det dubbla.

En sjuk försäkring

Sjukförsäkringen kan vara en viktig orsak till sjukfrånvarons snabba ökning. I denna rapport visar vi att sjukfrånvaro ofta är onödig i betydelsen att den hade kunnat förebyggas eller förkortas med rätt behandling eller rehabilitering. Den nuvarande utformningen av sjukförsäkringen främjar emellertid inte tillräckligt förebyggande och rehabiliterande insatser.

Dels ger sjukförsäkringen alla inblandade - den anställde, arbetsgivaren,

sjukvården, och upp till åtta olika myndigheter - ett för begränsat ekonomisk utrymme och motiv att undvika sjukfrånvaro. Dels är ansvaret idag så utspädd på många aktörer att det är svårt för någon att ta ett ordentligt grepp om problemen.

Dessa problem med dagens sjukförsäkring uppvägs inte heller av någon föredömlig trygghet. Under 1990-talet har många fått uppleva att den utlovade tryggheten inte hållit. Ersättningen sänktes periodvis till 75 procent, taket höjdes inte i takt med löneökningarna, arbetsskadebedömningar blev än mer godtyckliga och en karensdag infördes.

Kvinna och gammal göra sig inte besvär

Sjukförsäkringen skapar en betydande segregation. Stora grupper av låginkomsttagare och offentligt anställda drabbas hårdare av onödig sjukdom. Höginkomsttagare har oftare egna möjligheter att förebygga sjukdom. För dessa har arbetsgivaren ofta också särskilda insatser, till exempel privata sjukvårdsförsäkringar eller sjukförsäkringar. En privat sjukvårdsförsäkring garanterar vård snabbt så att man kan komma tillbaka i arbete fort. En privat sjukförsäkring ger ett bättre ekonomiskt skydd om man ändå skulle vara sjuk en längre period.

Kvinnor drabbas i mycket högre grad än män av ohälsa, och kvinnors ohälsa är också väsentligen mer utdragen. Ändå är det så att kvinnor har långt svårare att bli beviljade arbetsskadeersättningar än män, och de är klart överrepresenterade bland dem som har partiell ersättning.

Äldre är sjuka oftare. Sjukfrånvaron ökar dramatiskt med åldern, och i kombination med att arbetsmarknaden också blir tuffare ju äldre du är så bidrar dagens regelsystem till att äldre människor sällas ut och pensioneras i förtid.

Konsekvenserna är lägre livskvalitet och sämre levnadsstandard för de som drabbas. För samhällsekonomin i stort leder det till ett stort produktionsbortfall. En stor sjukfrånvaro märks i första hand för den som drabbas, men i slutändan påverkar höga sjuktal oss alla genom lägre ekonomisk tillväxt.

Skillnaden i kostnad för att anställa en kvinna över 50 år jämfört med en man mellan 20 och 30 år framgår av tabellen nedan. Jämförelsen är gjord mellan dagens system med 14 dagars sjuklön, förslaget på 60 dagars sjuklön och friskpengen som presenteras i denna utredning.

TABELL 1 *Kostnad för arbetsgivaren med olika lösningar.*

	i % av lönen
Sjuklön 14 dagar	1
Sjuklön 60 dagar	5
Friskpeng	0

Förbättra sjukförsäkringens hälsotillstånd

Mot bakgrund av denna utveckling är det angeläget att söka efter en bättre och mer ändamålsenlig sjukförsäkring. Två stora statliga utredningar har just behandlat ämnet.¹ Båda utredarna ger tydligt uttryck för sin frustration över att inte har fått gehör för tillräckligt genomgripande förändringar som las fram i tidiga promemorior.² Regeringen kommer av allt att döma med förslag som lägger ett större ansvar på arbetsgivaren genom fler regler och ökade kostnader. De ökade ekonomiska incitament som regeringen väntas föreslå har sannolikt liten effekt och riskerar att ytterligare marginalisera grupper vars position på arbetsmarknaden redan nu försämras av sjukförsäkringen.

I denna rapport utgår vi från en mer förutsättningslös analys och jämförelse med andra länder. Där finns många lärorika exempel, även om vi inte funnit något system som kan adopteras direkt som en ideallösning.

Grundläggande är emellertid att en bättre sjukförsäkring bör ge hand-

¹ SOU 2000:78 och SOU 2000:121.

² Se bland annat SOU 2000:121, SOU 2000:78 och i delrapporten från utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet 2001-02-15.

lingsutrymme till den som vill och kan förebygga sjukdom och rehabilitera redan sjuka. En arbetsgivare, försäkringsgivare, hälsovården och anställda som lyckas väl i detta arbete bör kunna ta del av de ekonomiska vinster som därmed uppstår. Samtidigt måste dock såväl arbetsgivare som anställda vara väl försäkrade utan risk för tryggheten som en följd av sjukdom. Denna kombination av ekonomiska incitament och god försäkring uppnås med friskpengen. Dessutom minskar friskpengen den administrativa bördan för arbetsgivare.

Friskpengen

Sjukfrånvaro kan orsakas på grund av förhållanden på arbetsplatsen. Men ofta orsakas den av omständigheter utanför arbetsplatsen. I viss mån styrs sjukfrånvaro av attityder och sociala normer. Det kan därför anses fel att arbetsgivaren skall belastas med ett fullt ansvar för kostnader för sjukfrånvaro. I våra förslag ingår också att andra sektorer, till exempel trafikförsäkringar, i högre utsträckning måste vara delaktiga i finansieringen av sjukfrånvaron. Vi föreslår även att sjukförsäkringsavgiften byts ut mot en egenavgift.

I den mån det går att arbeta förebyggande, rehabiliterande, eller med attitydförändringar för att minska sjukfrånvaron är emellertid arbetsplatsen den mest naturliga och viktigaste arenan. Även sjukdomar som har orsakats utanför arbetsplatsen kan i viss mån förebyggas eller rehabiliteras på arbetsplatsen. En framgångsrik reform av sjukförsäkringen måste därför göra det möjligt för en arbetsgivare som lyckas i detta arbete att också tillgodogöra sig mer av de samhällsekonomiska vinsterna som därmed uppstår.

Friskpengen syftar till att minska sjukfrånvaron genom:

1. **Helhetsansvar.** I dag är mer än tio olika myndigheter eller andra inblandade i sjukförsäkringen. Friskpengen tillåter en, antingen arbetsgivaren eller ett försäkringsbolag att ta ett helhetsgrepp.
2. **Nya aktörer.** Ingen vet hur den allt större sjukfrånvaron bäst kan

hejdas. Friskpengen uppmuntrar utveckling av nya metoder och nya aktörer.

3. **Ekonomiska incitament.** Anställda, arbetsgivare, läkare och försäkringskassorna kan med dagens sjukförsäkring allt för ofta tolerera ökad sjukfrånvaro. Friskpengen skapar starka incitament för samtliga att minska sjukfrånvaron.

Med friskpengen får en aktör ta på sig ett tydligt helhetsansvar. Denna aktör kan vara arbetsgivaren. Det kan vara arbetsgivaren och de anställda tillsammans. Det kan vara ett försäkringsbolag eller ett hälsovårdsföretag. Aktören ges med friskpengen möjlighet att ta ansvar för sjukfrånvaro, förebyggande arbete, rehabilitering samt arbetsskador och arbetsolyckor. I gengäld får aktören en friskpeng som betalas ut av Riksförsäkringsverket. Hur stor friskpengen blir beräknas av Riksförsäkringsverket på ett sätt som bibehåller de principer om solidarisk finansiering som finns i dagens sjukförsäkring. Friskpengen kan införas som ett generellt system eller som ett frivilligt system och påminner om skolpengen i sin grundtanke.

Mer konkret innebär förslaget om friskpengen att:

- En aktör försäkrar samtliga sjukdomsrelaterade risker hos en annan försäkringsgivare. Om aktören är ett försäkringsbolag sker försäkring i det aktuella bolaget. Utöver kostnader för sjukförsäkring kan då ingå kostnaden för företagshälsovård, arbetsskador och arbetsolyckor. En arbetsgivare blir därmed bättre försäkrad mot kortvariga svängningar i de sjukdomsrelaterade kostnaderna än till exempel en försäkring med ett längre arbetsgivarinträde. Samtidigt ökar de ekonomiska incitamenten att behålla så många som möjligt i arbete, eftersom försäkringsbolaget anpassar sina premier efter den väntade sjukfrånvaron på arbetsplatsen i framtiden.
- Aktörens kostnad för detta kompenseras av friskpengen. Riksförsäkringsverket beräknar en nyckel för friskpengens storlek.

Nyckeln skall vara utformad så att en aktör inte gör vinster pga. av att de anställda tillhör en grupp som sällan råkar ut för sjukdom, till exempel pga. låg ålder. Aktören skall kunna göra vinst på att sänka sjukfrånvaro givet den sammansättning av anställda som finns.

- Ett krav på Riksförsäkringsverkets beräkning av friskpeng är att den genomsnittliga pengan (om alla arbetsgivare valde friskpeng) måste motsvara genomsnittskostnaden i nuvarande system. Det kravet har en nära parallell i beräkning av skolpengen som följer kommunens genomsnittskostnad per elev.
- Aktören kan erbjuda andra varianter för ersättning av sjukfrånvaro. Ett exempel är att en aktör skulle kunna erbjuda högre lön som ersättning för den som vill ha fler karensdagar. Varje anställd har dock rätt att välja att få exakt samma villkor som hos Försäkringskassan.

Med friskpengen följer stora ekonomiska motiv att hjälpa en arbetsgivare att minska sjukfrånvaron. Med friskpengen påverkas inte en arbetsgivares ekonomi på kort sikt av ökad eller minskad sjukfrånvaro. Däremot kommer försäkringsbolag på sikt att sänka försäkringspremien för de arbetsgivare som framgångsrikt sänker frånvaro. Arbetsgivaren och försäkringsbolaget får därmed ett starkt gemensamt intresse att minska sjukfrånvaron. Hos större arbetsgivare är det sannolikt arbetsgivaren själv som utformar en strategi för minskad frånvaro. Hos mindre arbetsgivare kan försäkringsbolaget komma att ta på sig mer av det praktiska ansvaret.

Detta kan till exempel leda till att:

- Anställda kan få ökade motiv att engagera sig för att uppnå lägre sjukfrånvaro. Bonusprogram skulle kunna relateras till den totala sjukfrånvaron på en arbetsplats. Om till exempel de anställda och arbetsgivaren tillsammans väljer att vara mottagare av friskpengen uppstår ett sådant motiv.
- Fackföreningar engagerar sig mer lokalt för minskad sjukfrånvaro

eftersom det får större betydelse för de anställdas ekonomi och företagets långsiktiga lönsamhet och förmåga att betala bra löner.

- Arbetsgivaren snabbt omplacerar personer som riskerar utbrändhet.
- Mindre arbetsgivare skulle sannolikt oftare välja att låta ett försäkringsbolag eller hälsovårdsföretag vara mottagare av friskpengen. Detta bolag får med friskpengssystemet starka motiv att hjälpa med åtgärder för minskad sjukfrånvaro - till exempel att hjälpa en person med ryggonn att få ett annat arbete, eventuellt hos en annan arbetsgivare, som inte belastar ryggen.
- Arbetsplatser som oftare leder till sjukfrånvaro organiseras om eller rationaliseras bort.
- Arbetsgivare och försäkringsbolag satsar på företagshälsovård³ med läkare som är särskilt utbildad för att hjälpa dem som riskerar längre sjukskrivning tillbaka till arbetet.

Det finns också tänkbara problem med ett friskpengssystem. Dessa har vi undersökt särskilt och försökt att lösa med den konstruktion vi har valt.

En fråga som uppstår är om en arbetsgivare kan tjäna pengar på att anställa ”rätt sorts” personer? Det motivet finns ju redan i dagens system, och det kan kanske befaras bli större om arbetsgivaren får större ekonomisk belöning för lägre sjukskrivning. Våra beräkningar tyder emellertid på att friskpengen minskar motiven att selektera bland nyanställda jämfört med dagens system. Det beror på att arbetsgivarinträdet i dagens system kraftigt förstärker motiven att anställa åldersgrupper med högre sjukfrånvaro. Friskpengen, som också ersätter dagens arbetsgivarinträde, är däremot differentierat enligt ålder och andra egenskaper. Friskpeng ger därför mindre motiv än nuvarande system att anställa yngre än äldre, även om det finns ett kvarvarande motiv att selektera bland friskare och mindre friska personer inom en grupp med viss ålder.

En annan fråga är om friskpengen ger upphov till ökade administra-

³ I dag finns det 294 företagsläkare, cirka 2 000 företagssköterskor, 565 beteendevetare och 700 sjukgymnaster i tjänst i landets företagshälsovårder.

tionskostnader. En närmare granskning visar att för Riksförsäkringsverket uppstår ett visst merarbete för beräkningen av friskpengens storlek. För försäkringsbolagen kan också ett merarbete uppstå, men många har redan kompletterande sjukförsäkringar i betydande omfattning. Det finns således inga principiellt nya försäkringsaspekter för dem. För arbetsgivaren och arbetstagen däremot minskar administrationskostnaden betydligt eftersom de många kontakter som måste upprättas idag med försäkringskassan, företagshälsovård, arbetsmiljöinspektionen, försäkringsbolag, regionala skyddsombud m.m. normalt kommer att ersättas av kontakt med ett försäkringsbolag som erbjuder ett helt paket av tjänster

En tredje fråga har att göra med om friskpengen bör vara frivillig eller ej. En frivillig Friskpeng är på många sätt attraktiv. Den kan införas snabbt. De som är skeptiska mot friskpengen behöver inte gå med. En nackdel är dock att antal arbetsgivare som tack vare friskpengen minskar sjukfrånvaron endast ökar gradvis. Därmed blir också effekten på minskad sjukfrånvaro betydligt långsammare. Vi utvecklar därför även ett förslag till allmän friskpeng.

En fjärde fråga gäller hur långt ansvaret som finansieras med friskpengen skall sträcka sig. I detta förslag har vi antagit att försäkringen även täcker kostnaden för förtidspension, det vill säga fram till 65-års dagen.

Andra förslag

Utöver friskpengen har vi följande kompletterande förslag:

1. Egenavgifter ersätter de avgifter som arbetsgivaren i dag betalar som avser kostnader i samband med ohälsa. Därmed tydliggörs också att arbetet långt ifrån alltid förklarar sjukfrånvaro från arbetet.
2. Arbetsolyckor försäkras aktuariskt även för de företag som är kvar hos Försäkringskassan. Företag med många arbetsolyckor betalar således en högre premie än sådana med få arbetsolyckor.
3. Andra sektorer som ger upphov till sjukfrånvaro bör bidra till att täcka sjukfrånvarons kostnader. Trafikförsäkringen bör till exempel omfatta även kostnader för sjukfrånvaro.

4. En tryggare arbetsskadeförsäkring införs. Dagens arbetsskadeförsäkring är helt godtycklig. I stället erbjuds en frivillig tilläggsförsäkring som gäller oavsett orsak till skadan.
5. Sjukdomsbegreppet definieras. Det skall inte vara lika lätt att sjukskriva sig under arbetslöshet eller föräldraledighet.

Motiven

Förslaget till friskpeng tar sikte på att förbättra möjligheterna för arbetsgivare och arbetstagare att påverka personalens eller sin egen hälsa. Det är angeläget att lämna över hela, och inte bara delar, av ansvaret. När en viss del av ansvaret ligger kvar hos det offentliga kommer alltid gränsdragningsproblem att uppstå som gör att en insats alltid kan vägas mot att någon annan inom en viss tidrymd får ta över kostnadsansvaret. Friskpengen kommer att locka fram en mängd olika utformningar av försäkringar, så länge de grunder uppfylls som riksdagen lagt fast.

Vi hoppas härmed kunna locka fram en dynamik och en uppfinningsrikedom inom sjukförsäkringsområdet. En rad olika avtalslösningar kan uppträda och försäkringsbolag och andra aktörer kan erbjuda olika försäkringsvarianter. Det viktigaste är att arbetet för att långsiktigt och konsekvent arbeta med hälsoläget ställs i centrum och att det finns tydliga incitament för såväl arbetsgivare som arbetstagare att arbeta med hälsofrämjande åtgärder.

All sjukdom kan inte tillskrivas arbetet eller arbetslivet. Vi skyller alltså inte dagens utveckling på någon grupp, utan konstaterar snarare att dagens system inte uppmuntrar till att aktivt arbeta med hälsofrågan.

Viss sjukdom är medfödd och människor blir också sjuka under livet. I situationer som dessa är det likväl viktigt att tänka på och arbeta med hälsan på arbetsplatsen. Först och främst handlar det ofta om att ordna en trygg försörjning för människor som drabbats på detta vis. Våra förslag påverkar inte människor som har en medfödd sjukdom eller som blir allvarligt sjuka under livet. Friskpengen skall beräknas särskilt för den som drabbats av denna typ av sjukdomar.

Disposition

Kapitel 2 beskriver mer utförligt problemen som dagens sjukförsäkring ger upphov till. I kapitel 3 analyseras olika lösningar på dessa problem och erfarenheter från andra länder sammanställs. I kapitel 4 beskrivs förslaget om friskpengen. Därefter följer ett antal kapitel (5-7) som mer tekniskt visar vilka konsekvenser friskpengen skulle ha för arbetsgivare, arbetstagare, samt för staten och försäkringsbolag.

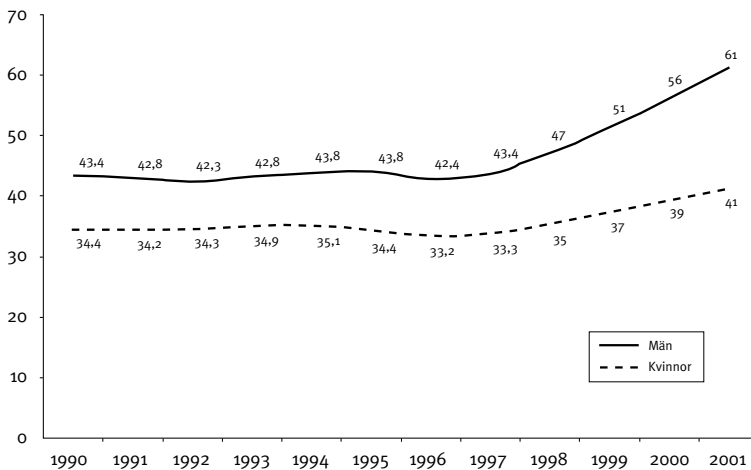
Appendix omfattar fyra olika delar. Del I diskuterar och motiverar varför vi inte valt att förorda en mer oberoende statlig sjukförsäkring. Del II beskriver sjukförsäkringens historik och del III ger en djupare inblick i tidigare utredningar. I del IV finns en kortare analys av förhållandet sjukförsäkring och förtidspension.

2. EN SJUK FÖRSÄKRING

2.1 Traditionella förklaringar räcker inte

Femton procent av svenskarna mellan 18 och 65 år lever idag på sjukbidrag, förtidspension eller sjukpenning. Antalet dagar med sjukskrivning eller förtidspension per försäkrad, det så kallade ohälsotalet, har varit i stort sett oförändrat under 1990-talet (se diagram 1) fram till 1997. Från 1998 har dock sjukfrånvaron – och därmed även ohälsotalet – börjat öka betänkligt. Enbart ökningen av långtidssjukskrivningarna under 1999 innebar en merkostnad för staten på cirka 10 miljarder kronor på årsbasis. Under år 2000 och hittills i år har sjukfrånvaron fortsatt att öka snabbt, om än i något långsammare takt.

DIAGRAM 1 Ohälsotalet – antal för året ersatta dagar per försäkrad 16 – 64 år



Denna utveckling har skett trots att det genomförts en rad reformer för att begränsa sjukskrivningen och förtidspensioneringen. Under lågkonjunkturerna på 1970- och början av 1980-talet var förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl mycket vanligt. Även delpension förekom i relativt stor utsträckning. I själva verket hade den officiellt registrerade arbetslösheten under dessa konjunktursvackor legat flera procentenheter högre om inte tusentals arbetslösa äldre hade gått i förtidspension.

Under 1980-talets andra hälft skärptes reglerna för förtidspensionering av arbetslösa. Först försvann möjligheten att pensioneras av arbetsmarknadsskäl. Antalet förtidspensioneringar fortsatte emellertid att öka kraftigt, ofta motiverat av en kombination av medicinska orsaker och arbetslöshet.

Numera får arbetslöshet inte heller tas med som en kompletterande faktor till den medicinska analysen. Samtidigt har också de rent medicinska kriterierna skärpts, vilket tidvis har lett till en kraftig minskning av antalet nya förtidspensioneringar. I genomsnitt nybeviljades årligen cirka 54 000 personer förtidspensioner mellan 1990 och 1994. Antalet nybeviljade förtidspensioner föll till i genomsnitt cirka 39 000 mellan 1995 och 1999.⁴ Sedan 1999 har ökningstakten återigen tilltagit, och år 2000 ökade beviljandet av förtidspensioner med nästan 10 000. Det mesta tyder på att ökningstakten även kommer att bestå under 2001.⁵

Hur kan denna snabba ökning av sjukfrånvaron förklaras? En bidra-

4 Regeringen tog dock 1997 flera steg tillbaka mot pensionering av arbetsmarknadsskäl. Då infördes en så kallad avgångsersättning under perioden 1/7-31/12 1997 till långtidsarbetslösa (minst 12 månader) över 60 år. Ersättningen motsvarade a-kassan och det ställdes inga krav på aktivt jobsökande. Dessutom infördes en så kallad "generationsväxling" som innebar att 63- och 64-åringar fick förtidspension om en långtidsarbetslös yngre person gick in i deras ställe.

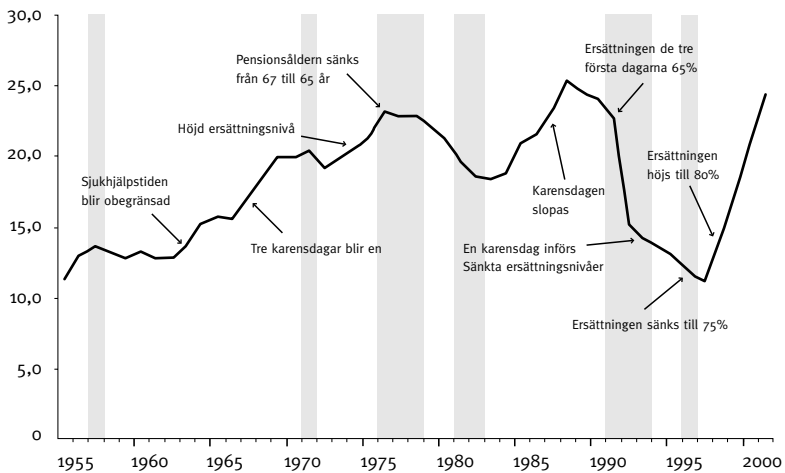
5 1993 och 2001 är bägge år då Riksförsäkringsverket lämnat uppdrag till försäkringskassorna att slutbehandla personer som haft långa sjukfall. För 2001 innebär det att Försäkringskassan skall vidta åtgärder så att riksmålet nås om att högst 3 av 1 000 försäkrade får ha sjukfallslängder som överstiger 2 år. Riksförsäkringsverket meddelade i ett pressmeddelande den 5 november 2001 att antalet förtidspensionärer för år 2001 beräknades uppgå till 445.000 personer. Antalet nya förtidspensionärer beräknas öka med cirka 60.000 personer varje år efter 2003. Mellan 2001 och 2007 beräknar RFV en ökning av antalet förtidspensionärer med 100.000 personer.

6 The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, Magnus Henrekson och Mats Persson 2001.

gande orsak är att den stora gruppen 40-talister nu närmar sig pensions-åldern och eftersom sjukfrånvaro samvarierar positivt med ålder så stiger sjukfrånvaron i 40-talist generationen. Detta förklarar emellertid enbart en liten del av ökningen. Sjukfrånvaron ökar i själva verket snabbt i alla åldersgrupper. Så förhåller det sig också med tesen att sjukfrånvaron ökar i takt med att arbetslösheten faller – det finns alltså ett konjunkturförlopp i sjukskrivningstendensen. Även detta kan enligt en rad undersökningar enbart förklara en liten del av ökningen.

En annan förklaring, som får visst stöd i forskningslitteraturen⁶ är att höjningen av ersättningen i sjukförsäkringen och andra lättnader under andra hälften av 1990-talet har bidragit till den ökade sjukfrånvaron. Även detta, tillsammans med ovan nämnda förklaringar, lämnar en stor del av den ökande sjukfrånvaron oförklarad. Det är därför inte förvånande att nya förklaringar lanseras. Många av dessa sätter sjukfrånvaro i samband med arbetslivet.

DIAGRAM 2 Några regelförändringar och sjukalet sedan 1955



Det är sedan länge känt att antal sjukdagar är högre för dem som har fysiskt belastande arbeten. Men andelen personer som arbetar i fysiskt påfrestande arbetsmiljöer har inte ökat under 1990-talet.⁷ Däremot har det skett stora förändringar i anställdas bedömning av den psykosociala arbetsmiljön. SCB:s Arbetsmiljöundersökningar visar till exempel att andelen anställda som upplever ”höga krav” och ”låg kontroll” har ökat överlag. Det finns också en tydlig korrelation mellan ökad psykosocial belastning och ökad sjukskrivning. Inom välfärdstjänsterna skola, vård och omsorg har till exempel andelen som anger ökade krav och minskad kontroll ökat mest, och där har också sjukskrivningen ökat mest.

Det anmärkningsvärda är att dessa psykosociala aspekter av arbetslivet i hög grad kan påverkas av arbetsgivaren och den anställde själv. Att så inte sker i tillräcklig utsträckning kan ibland bero på bristande kunskap och attityder. Oftare beror det sannolikt på de hinder som olika institutioner och regelverk⁸ skapar. I de följande avsnitten visas att sjukförsäkringssystemet själv ter sig som en viktig förklaring till en onödig hög sjukfrånvaro.

2.2 Sjukförsäkringen ökar ohälsan

2.2.1 Ödet styr inte all sjukskrivning

Människor är sjuka och blir sjuka av en mängd olika anledningar. Det finns de som föds med en sjukdom som leder till ofta återkommande sjukperioder. Andra drabbas senare i livet av sjukdomar som också leder till fler och längre sjukperioder. Sjukförsäkringen är i dessa fall mycket betydelsefull. I sin nuvarande konstruktion bidrar den också till att

7 Se till exempel Bäckman, Olof. Med välfärdsstaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet. SOU 2001:52, s. 189.

8 Det regelverk som styr den fördjupade bedömningen när en person varit sjukskriven mer än fyra veckor leder inte till några åtgärder annat än att reglerna uppfylls i den del som avser rapporteringar visar bland annat Gerhard Larsson i sin utredning. Liknande bedömningar har också gjorts av RFV. Regeringen har i propositionen Vissa socialförsäkringsfrågor (prop. 2001/02:9) föreslagit att denna reglering tas bort.

Sjukförsäkringens nuvarande utformning

Enligt dagens regler för ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom är arbetsgivaren skyldig att betala sjuklön de första 14 dagarna i en sjukperiod. Den första sjukdagen är alltid en karensdag⁹. Från den 15:e dagen träder det offentliga systemet in och då betalas sjukpenning. För att få sjukpenning måste den försäkrade lämna en skriftlig försäkran till försäkringskassan. Försäkran skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av arbetsuppgifter och en egen bedömning av arbetsförmågan. Den försäkrade skall också lämna ett läkarintyg som styrker arbetsförmågans nedsättning. Sådant läkarintyg skall senast lämnas från och med sjunde dagen efter sjukanmälan.

Den offentliga försäkringen täcker 80 procent av inkomstbortfallet upp till en årsinkomst som inte överstiger 7,5 prisbasbelopp. År 2001 motsvarar det 276 750 kronor i årsinkomst eller en månadslön på 23 062 kronor. Inkomster över den nivån ersätts inte av det obligatoriska systemet.

När 28 dagar gått med sjukpenning görs en fördjupad bedömning av rätten att erhålla sjukpenning. Då skall en försäkran lämnas som mer utförligt beskriver arbetsuppgifterna och bedömning av arbetsförmåga. Läkaren skall efter den 28 dagen utlåta sig om pågående och planerad behandling, behov av rehabilitering och en bedömning av sjukdomens påverkan på arbetsförmågan. Läkaren skall också uppskatta den återstående tiden med nedsatt arbetsförmåga.

Försäkringskassan kan låta den som vill byta ut sjukpenning mot ersättning för resor till och från jobbet. Syftet är att underlätta återgång till arbete och det är försäkringskassan som fattar beslutet.

En förebyggande sjukpenning kan betalas ut om en behandling eller rehabilitering ordinerats av läkare för att förebygga eller förkorta sjukdomstid eller för att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Karensdagen gäller inte vid förebyggande sjukpenning.

⁹ Det finns ett antal olika högkostnadsskydd för den självrisk som karensdagen innebär.

öka anställningsbarheten för dem som har fler och långa sjukperioder.

Men sjukförsäkringen påverkar hälsoutfallet negativt i många andra fall, vilket vi kommer att visa i det fortsatta. För de människor som beskrivits ovan handlar det möjligen bara om marginella möjligheter till en förbättrad hälsa, men för många är potentialen till färre och kortare sjukperioder stor.

Lite förenklat kan man säga att sjukförsäkringens nuvarande utformning bygger på en enkel tanke – den som har oturen att drabbas av sjukdom skall kompenseras för inkomstbortfall. I den mån hälsan kan förbättras genom förebyggande insatser så är det en uppgift för andra politiska åtgärder.

Denna syn på sjukförsäkringen får emellertid inget stöd i modern forskning om de processer som leder till sjukdom och utslagning från arbetslivet. Tvärtom kommer detta avsnitt att visa tunga empiriska belägg för att många människor blir sjuka i onödan som en följd av att arbetstagaren och arbetsgivaren inte tog förhållandevis enkla åtgärder i tid. Sjukförsäkringens konstruktion är en viktig förklaring till denna misshushållning med människors hälsa.

En tes som i viss mening utgör ett fundament för dagens sjukförsäkring är att sjukskrivningen är ödesbestämd. Det innebär dels att sjukskrivning styrs av slumpen, dels att inneboende egenskaper hos en människa präglar hur livet senare utvecklas. En genetisk predisposition för sjuklighet skulle till exempel både utmynna i mycket sjuklighet under livet, men också begränsa möjligheter att göra karriär eller att bilda familj.

Onekligen har ödet en viss betydelse för sjukskrivningen. Modern empirisk forskning visar emellertid tämligen entydigt att det inte är den huvudsakliga orsaken.

I rutan nedan beskrivs bara en av de många studier som visar att medfödda egenskaper och uppväxtmiljö inte har någon avgörande direkt betydelse för sjukskrivning senare i livet. Däremot spelar typ av arbete och förhållanden på arbetsplatsen en viktig roll.

Vad säger grundforskningen?

Det finns en korrelation mellan människors förutsättningar och uppväxtfaktorer å ena sidan och sjuklighet senare i livet å andra sidan. Detta anförs ibland som stöd för tanken att sjuklighet är bestämd av ödet. Senare års forskning ger emellertid en annan bild. Bäckman och Palme (1998) undersöker till exempel dessa samband i en panel av 15.000 personer födda 1953. De finner inget stöd för tanken att uppväxtfaktorerna direkt skulle orsaka sjuklighet senare i livet. Däremot kan dessa faktorer öka sannolikheten att halka in på en yrkesbana där arbetsplatserna är mindre hälsosamma.

Det finns ett starkt empiriskt stöd för att sjukskrivning i hög grad bestäms av faktorer som individen själv eller dennes arbetsgivare kan påverka. En omfattande forskningslitteratur visar till exempel hur kosthållning och sportliga aktiviteter påverkar hälsan.¹⁰

Därtill kommer en mer grundläggande asymmetri. Trots att sjukskrivningen överlag ökar ger studier av hälsoläget i landet ett tydligt besked om att hälsan trendmässigt förbättras eller i alla fall inte försämrats på det sätt som utvecklingen av antalet frånvarodagar gjort. SCB:s undersökning av levnadsförhållanden visar att den upplevda hälsan inte förändrats nämnvärt sedan 1980. Statistik från Världshälsoorganisationen (WHO) pekar också på att svenskar i allmänhet är friska i en internationell jämförelse.

En slutsats av detta är att den ökade sjukfrånvaron kan tolkas på enbart två sätt. Den ena tolkningen är att arbetslivet faktiskt har blivit sämre för hälsan. Den andra tolkningen är att sjukskrivningen styrs av normer och attityder om när vi betraktar oss själva som sjuka och när det anses påkallat att sjukskriva sig. Det senare skulle möjligen vara en förklaring till att olika regioner i Sverige har mycket olika sjukskrivningsfrekvenser som enbart delvis kan förklaras av livsstil och skillnader i arbetsförhållandena.

¹⁰ Bland annat Folkhälsokommittén har pekat på detta.

2.2.2 Negativ stress ett tydligt exempel

Begreppet utbrändhet tillkom som diagnos först 1997, och trots att man av den mediala uppmärksamheten lätt kan dra slutsatsen att detta är den viktigaste orsaken till den ökade ohälsan, så pekar siffrorna inte entydigt åt det hållet. År 1999 fick två procent av de sjukskrivna kvinnorna och en procent av de sjukskrivna männen diagnosen utbränd.

Bland arbetssjukdomarna har de med sociala eller organisatoriska orsaker (stress, omorganisationer, hög arbetsbelastning m.m.) ökat med 200 procent sedan mitten av 1990-talet fram till och med 1999 då de uppgick till cirka 3 100 fall. Det är vanligast med sjukdomar av denna art i näringsgrenar där man arbetar med människor, huvudsakligen inom offentlig sektor.

I en omfattande studie från Arbetsmiljöverket redovisas en lång rad samband som illustreras i följande tabeller. Där visas att personer som råkar ut för sjukskrivning eller säger sig ha besvär orsakade av stress oftare arbetar under hög anspänning. Det anmärkningsvärda är emellertid att stödet som anställda får från chefer eller arbetskamrater gör en avgörande skillnad för utfallet. Att arbeta under hög anspänning är uppenbarligen en mycket mindre hälsorisk om rätt insats görs från arbetsgivaren.

TABELL 2:1 *Andel män med lång sjukskrivning.*

	Hög anspänning	Låg anspänning
Med stöd	1.7	1.1
Utan stöd	4.6	2.3

TABELL 2:2 *Andel kvinnor med lång sjukskrivning.*

	Hög anspänning	Låg anspänning
Med stöd	5.5	3.0
Utan stöd	4.6	2.3

TABELL 2:3 *Andel män med besvär orsakade av stress.*

	Hög anspänning	Låg anspänning
Med stöd	7.8	2.2
Utan stöd	15.1	2.9

TABELL 2:4 *Andel kvinnor med besvär orsakade av stress*

	Hög anspänning	Låg anspänning
Med stöd	10.9	3.9
Utan stöd	19.9	8.4

I rapporten visas även att bristen på egenkontroll över arbetet har ett nära samband med sjukskrivningsfrekvensen. Tabellen nedan visar hur den upplevda bristen på egenkontroll fördelas över sektorer.

TABELL 2:5 *Andel kvinnor med lite egenkontroll över arbetet.*

	Stat	Kommun	Landsting	Industri	Handel
1991	45.6	44.5	57	44.2	48.2
1999	41.2	56.8	69.2	47.9	51

Enligt en studie från försäkringskassan i Västernorrlands län var 9,4 procent av de offentligt anställda och 4,5 procent av de privatanställda som var sjukskrivna längre än en månad sjuka på grund av stress. En undersökning vid Karolinska Institutet tyder på att många av dem som sjuk-

skrivs för psykiska besvär har symtom som beror på arbetsrelaterade problem eller utbrändhet.¹¹

Även ryggsmärta och dess konsekvenser är ofta inte ett isolerat kroppsligt problem utan har samband med andra omständigheter som sociala, psykologiska och arbetsrelaterade faktorer. Faktorer som stress, oro och ångslan kan ha en avgörande betydelse för övergången från akut till kronisk smärta. I många studier beläggs ett klart samband mellan ryggbesvär och den fysiska såväl som den psykosociala arbetsituationen.

Allt detta understryker att det brister i relativt enkelt förebyggande arbete. Men även rehabiliteringen efter ett insjuknande brister och empirin tyder på att den fungerar dåligt.

2.2.3 Dagens rehabilitering fungerar inte

I princip har alla möjlighet till rehabilitering. Den försäkrade har också möjlighet till och äger då rätt till rehabiliteringsersättning. Det handlar om planerade åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa funktionshindrade eller den som drabbats av sjukdom att kunna arbeta och leva ett så normalt liv som möjligt.

Den så kallade *Rehabiliteringsutredningen* (SOU 2000:78) konstaterade efter en omfattande genomgång av forskningen på området att ”rehabiliteringsreformen 1992 inte har nått sitt fulla syfte att bland annat minska sjukfrånvaron och utslagning från arbetslivet.”

Under 1990-talet har ändå rehabilitering diskuterats ivrigt och ett antal rehabiliteringsprogram har sjuösatts. Trots detta erbjöds endast ungefär 20 procent av de långtidssjukskrivna någon form av rehabilitering, ofta utan önskad effekt. En vanlig företeelse har varit att ansvaret för en per-

11 Av de 150 långtidssjukskrivna tjänstemän som undersöktes hade två tredjedelar besvär relaterade till arbetet eller utbrändhet. (Marie Åsberg, Karolinska Institutet, 2000).

12 Det visade sig också att arbetsplatsrelaterad rehabilitering var mycket effektivare än andra rehabiliteringsformer. En annan studie med en något annorlunda statistisk ansats kom fram till något mer positiva resultat för nuvarande rehabiliteringsformer sammantaget, utan att skilja mellan olika rehabiliteringsformer (Heshmati & Engström, 1999).

Rehabilitering sker i samråd med den försäkrade och det är arbetsgivaren som skall svara för att den försäkrades behov av rehabilitering blir klarlagt och att åtgärder vidtas. Arbetsgivaren skall göra det när:

- Den försäkrade har varit frånvarande mer än fyra sammanhängande veckor på grund av sjukdom.
- Den försäkrade ofta avbrutit arbetet i korta sjukperioder.
- Den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall skickas till försäkringskassa inom åtta veckor. Om skäl finns kan försäkringskassan överta ansvaret för utredningen. Försäkringskassan bedömer behovet och upprättar en plan som innehåller uppgifter om åtgärder, ansvar, tidsplan och kostnader. Därefter kan den försäkrade ansöka om rehabiliteringspenning som beräknas på samma sätt som sjukpenningen

Sjukbidrag utgår vid nedsatt arbetsförmåga för avsevärd tid (minst ett år) och förtidspension utgår vid varaktigt arbetsoförmåga till och med 64 års ålder. Sjukbidrag och förtidspension lämnas med 65 procent av SGI och lämnas om nedsättningen är minst en fjärdedel. Beslut om sjukbidrag och förtidspension fattas inte av tjänstemännen på försäkringskassan utan av en socialförsäkringsnämnd.

sons rehabilitering har varit för splittrat på olika organisationer och inte kunnat individanpassas tillräckligt. En mycket omfattande statistisk studie finner att många nuvarande rehabiliteringsformer inte gett någon positiv effekt (Fröhlich, Heshmati och Lechner, 2000).¹² *Bäst har, enligt denna gedigna studie, rehabilitering på arbetsplatsen fungerat.*

Denna brist på framgångar för den nuvarande ordningen beror inte på någon brist i formella regler om arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering. Arbetsmiljölagen såväl som Arbetsmiljöverkets olika kungörelser med föreskrifter och allmänna råd ålägger arbetsgivaren ett tydligt ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering. Arbetsgivaren har ett

förstahandsansvar för att uppmärksamma och utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering, se till att åtgärderna kommer till stånd samt att finansiera dem enligt lagen om allmän försäkring. Arbetsgivaren skall vidare enligt lagen påbörja en rehabiliteringsutredning om det inte framstår som obehövt vid sjukfrånvaro mer än fyra veckor, vid upprepad korttidsfrånvaro samt när den anställde begär det. Därtill kommer arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar som framgår av anställningsskyddslagen. Uppsägning på grund av sjukdom kan i regel endast ske i de fall arbetstagarens arbetsförmåga på grund av sjukdom blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att han eller hon inte kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren.¹³

Samtidigt finns en omfattande offentlig roll. Arbetsmiljöverket utövar tillsynen genom inspektionen (tidigare Yrkesinspektionen) över arbetsmiljölagen och de egna föreskrifterna (tidigare Arbetarskyddsstyrelsens) efterlevs. Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen. Kommunens socialtjänst ansvarar för den sociala rehabiliteringen. Arbetsförmedlingen ansvarar för den arbetsinriktade rehabiliteringen. Försäkringskassan har en initiativroll och ett samordningsansvar för all rehabilitering av sjukskrivna. Ansvar för arbetshjälpmedel delas av flera.

Sammantaget ger redan denna korta beskrivning av ansvarsfördelning en bild av en komplex, byråkratisk och formalistisk process. Trots de noggranna regelverken finns stora luckor. Egenföretagare saknar till exempel reella möjligheter till rehabilitering. Än viktigare är att huvudinriktning i den nuvarande rehabiliteringspolitiken är att med en formalistiskt regelverk åstadkomma rehabiliteringsinsatser som för framgång helt bygger på initiativkraft, förmåga att entusiasmera och att göra både arbetsgivaren och den anställde delaktig.

Möjligen på grund av den bristande framgången, eller på grund av

13 För att det skall föreligga saklig grund för uppsägning krävs vidare att arbetsgivaren har fullgjort sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring. Saklig grund föreligger inte heller om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren i stället bereder annat arbete hos sig. Arbetsgivaren skall därför göra en noggrann utredning i omplaceringsfrågan.

bristande resurser, finns också ett allt större rehabiliteringsbehov som inte blir tillgodosett. När sektorsansvaret är diffust finns också risken att ingen myndighet tar ansvar.¹⁴ Det faktum att sjukvården har begränsade möjligheter att behandla patienter som har sjukpenning förlänger också tiden då sjukpenning utgår.¹⁵

Rehabiliteringen påbörjas allt senare jämfört med början på 1990-talet.¹⁶ Den genomsnittliga tiden till försäkringskassan påbörjas arbetslivsinriktad rehabilitering förlängdes under denna period med nästan två månader, från 130 dagar till 187 dagar. Aktiva rehabiliteringsinsatser kommer allt senare eller inte alls. Endast 13 procent av de långtidssjukskrivna får arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser inom ett år.¹⁷ I oktober 2000 fanns mer än 33 000 sjukfall som pågått två år eller mer. Det riksmål som Riksförsäkringsverket fastställt på området anger att det inte skall finnas mer än 3 sjukfall per 1 000 inskrivna försäkrade i åldrarna 16-64 år. I oktober 2000 var det i genomsnitt 5,3 fall per 1 000 försäkrade i riket och ingen försäkringskassa nådde målet. Flest långa sjukfall fanns i Västerbotten och i Halland var antalet lägst.

Även företagshälsovården har under 1990-talet minskat i omfattning. Från och med 1986 infördes en lagfäst skyldighet för arbetsgivaren att under vissa omständigheter ordna företagshälsovård. Fram till 1993 betalades ett statsbidrag motsvarande 25 procent av den totala kostnaden för

14 Riksförsäkringsverkets yttrande över Sjukförsäkringen (SOU 2000:72) och Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78).

15 Riksförsäkringsverket hävdar också att den egna verksamheten kommit under stark press på senare år och att myndigheten behövt omfördela resurser för att klara av att sköta utbetalningarna av de ökande antalen sjukpenningfall. En mer stressad arbetsplats som får allt svårare att klara verksamhetsmålen har lett till att Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna har fått problem med en egen hög sjukfrekvens.

16 För att komma till rätta med snårskogen av otydlig ansvarsfördelning har Gerhard Larsson föreslagit att Försäkringskassan skall ges utökade befogenheter att köpa de tjänster en enskild behöver för att kunna återgå i arbete. Riksförsäkringsverket avstyrker från detta förslag i sitt remissvar, i första hand eftersom man inte vill att Försäkringskassan skall skära in på andra myndigheters ansvar och ta på sig rollen som rehabiliterare. Istället menar RFV att staten borde tydliggöra Försäkringskassans uppdrag som samordnare och att statsmakterna skall markera detta ansvar för övriga aktörer och tydliggöra deras ansvar.

17 SOU 2000:78, s. 57.

verksamheten. Efter 1992 har företagshälsovården minskat med 25-30 procent i omfattning.¹⁸ Enligt Arbetsmiljöverkets undersökningar har över 90 procent av större företag (mer än 500 anställda) företagshälsovård, men under 40 procent av mindre företag (upp till fyra anställda). Därmed inte sagt att företagshälsovården alltid fungerar tillfredsställande. Men utvecklingen illustrerar betydelsen av ekonomiska incitament för arbetsgivare.

Den bristande framgången i dagens rehabilitering betyder emellertid inte att rehabilitering inte kan bli mer framgångsrik. I en översikt av 18 utvärderingar av mer omfattande multidisciplinära rehabiliteringsinsatser bland arbetslösa långtidssjukskrivna visar ingen negativa effekter.¹⁹ Tolv av studierna visar signifikant positiva effekter för rehabilitering till arbete.

2.2.4 Sjukdom kan förebyggas

Redan de flesta studier om livsstil och kosthållningens betydelse för hälsan visar att individen själv kan göra saker för att förbättrar sin hälsa. Det är också uppenbart att individen själv kan påverka hälsorisker förknippade med till exempel radonhus eller rökning.

Men kan arbetsgivare verkligen göra så mycket? Även här finns emellertid omfattande material som tyder på att arbetsgivaren kan åstadkomma mycket. Rehabiliteringsutredningen (SOU 2000:78) skriver ”Utredningen har kunnat notera att bristerna i det förebyggande arbetet på arbetsplatserna är en viktig orsak till att sjukfrånvaron ökat så dramatiskt under de senaste åren.”

En nyligen publicerad studie²⁰ av vilka faktorer som präglar framgångsrikt rehabiliteringsarbete av ryggsmärtor finner att medicinska eller andra särskilda rehabiliteringsinsatser inte har påvisbara effekter. Några

18 I dag finns det 294 företagsläkare, cirka 2 000 företagssköterskor, 565 beteendevetare och 700 sjukgymnaster i tjänst i landets företagshälsovårder.

19 J. Selanders doktorsavhandling ”Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation”, 1999.

20 Bloch, Frank S. Och Prins, Rienk (2001). Studien omfattar sex olika länder inklusive Sverige.

21 Aants & De Jong (1998).

tydliga effekter av ekonomiska incitament för den enskilda finner studien inte heller. Däremot konstateras att man i Nederländerna lyckas rehabilitera flest. I Nederländerna finns små ekonomiska motiv för den enskilda, men stora incitament för arbetsgivaren. I en annan studie²¹ pekas på att avsaknaden av ekonomiska incitament i sjukförsäkringen ger hög förtidspensionering.

Ett annat exempel är de studier som Professor Juhani Ilmarinen genomfört som visar hur problem på arbetsplatsen ofta leder till senare sjukskrivning, men också att dessa problem kan bearbetas och lösas med ett målinriktat arbete (se till exempel Ilmarinen och Rantanen, 1999).

I en studie av 6.500 kommunalt anställda i Finland visar Ilmarinen att en del av de anställda som med tilltagande ålder uppfattas ha sämre prestationsförmåga ofta så småningom blir sjukskrivna och förtidspensionerade. Men olika uppföljningar visar också att denna utslagning i betydande grad kan förebyggas genom anpassningar i arbetsmomenten, en annan inställning bland chefer, och fysisk träning. I rutan nedan beskrivs kort de viktigaste delarna i Ilmarinens program för att förebygga sjukskrivningen.

De insatser som arbetsgivaren kan göra är ofta inte komplicerade, men

Juhani Ilmarinens program för att undvika ökad sjukskrivning bland den erfarna arbetskraften

1. Anpassning av den fysiska arbetsmiljön. Till exempel fler småpauser, prioritera arbetsuppgifterna, arbeta hemma någon dag i veckan.
2. Age management. Till exempel utbildning av chefer för att öka förståelsen för de mest erfarna medarbetarnas arbetsförmåga. Alla känner till att en äldre arbetstagare är fysiskt svagare. Samtidigt sker en ökning av den mentala styrkan och erfarenhet med åldern.
3. Livsstil. Till exempel fysisk träning.
4. Kompetensutveckling. Tvärt emot vad många tror är äldre inte sämre på att lära, men de behöver mera tid.

kräver ändå ett åtagande, en resurssatsning som är lättare att genomföra om den också tydligt ger en ekonomisk avkastning. Insatserna bygger också på att arbetstagarna är motiverade. Det visar betydelsen av ett individansvar i sjukförsäkringen.

Det finns självfallet arbetsgivare som redan idag arbetar intensivt med förebyggande insatser. En närmare granskning visar dock att de ofta har fått draghjälp av extern finansiering, vilket visar att företagsledningen med nuvarande konstruktion på sjukförsäkringen inte initialt ansåg dessa insatser vara lönsamma. Ettill exempel är Stora Enso som beskrivs i nedanstående ruta.

I ett antal utredningar har framförts att försämringen av hälsositua-

Förebyggande arbete på Stora Enso

I början av 1990-talet drog Arbetslivsfonden igång olika projekt för att motverka sjukskrivningen. Stora Ensos företagsläkare Johnny Johnsson medverkade i ett sådant. Han visade i en studie att långtidsfriska ofta fick respons, kände sig trygga, arbetade prestigelöst och hade ett tydligt och synligt ledarskap. På basis av dessa resultat skapades ett utvecklingsprogram som omfattade friskvård, organisationsindustri- och arbetsmiljöutveckling. Friskvård omfattar ett program av till exempel skidresor, motionslopp, dans m.m. Även arbetslagsutveckling ingår med gemensamma studiebesök och aktiviteter.

Resultaten har blivit en sjukskrivning under 5 procent och att 70 procent av rehabiliteringsfallen återgår till arbetet. På en arbetsplats med 850 anställda har antalet långtidsfriska ökat med 32 personer. Enligt Johnny Johnssons egen beräkning har projektet under 1990-talet kostat 6 miljoner kronor per år men sparat 30 miljoner kronor per år i minskad långtidsjukskrivning. (Bygger i vissa delar på en artikel i DN 20 maj 2001 och Dagens Industri 25. maj, 2001) Stora Enso har 42 000 anställda i 13 länder och en omsättning på 120 mdr kronor.

tionen under senare år i hög utsträckning kan förklaras av vilken arbetsgivare man har. Ett antal opinionsundersökningar som genomförts under 2001 pekar också på att trivselen är större bland dem som arbetar privat, och att de som arbetar offentligt också upplever att en privat arbetsgivare skulle vara bättre.²² Den psykiska miljön för den enskilde skulle alltså vara bättre hos en privat arbetsgivare, och därmed skulle också hälsosituationen förbättras. Eftersom kvinnor i högre utsträckning än män har de tunga och krävande omsorgsyrkerna inom offentlig sektor så skulle den könsmissiga skillnaden mellan män och kvinnor delvis kunna förklaras av att kvinnor oftare än män har en offentlig arbetsgivare.

Av arbetskraftsundersökningarna som genomförs av SCB kan man få en bild av hur sjukfrekvensen fördelar sig över olika sektorer.

TABELL 2:6 Sjukfrånvaron enligt AKU fördelat på kön och sektor.²³

Stat	Män					Kvinnor				
	Kommun		Landsting	Privat	Totalt	Stat	Kommun	Landsting	Privat	Totalt
1997	2,1	3,7	2,7	2,7	2,7	4,3	5,8	4,8	4,4	4,9
1999	3,7	4,2	3,7	3,4	3,5	5,8	7,5	6,8	5,7	6,4
Ökning	1,6	0,5	1,0	0,7	0,8	1,5	1,7	2,0	1,3	1,5

Av dessa data att döma finns det möjligen fog för att påstå att sjukskrivningarna är större i offentlig sektor och att ökningstakten också varit större där. Den statistik som Riksförsäkringsverket producerar ger dock ett något annat resultat.²⁴ Sjukfrånvaron bland kvinnor i landsting och kommuner var 6,4 procent vilket var 14 procent högre än inom privat sektor. Eftersom många yrkesverksamma kvinnor arbetar inom landsting

²² Bland andra Kommunalarbetareförbundets rapport Solidaritet och valfrihet i välfärden.

²³ SCB.

²⁴ En förklaring till detta är att AKU-undersökningarna mäter även sjukdomsfall som arbetsgivaren betalar sjuklön för och som alltså inte redovisas i den statistik som RfV upprättar.

och kommuner blir de absoluta utgifterna för sjukpenningen högre. Bortsett från detta så kan man inte säga att ökningstakten varit högre mellan 1997 och 1999 för kommunal sektor. I privat sektor ökade sjukfrekvensen med 29,5 procent. Samma siffra för kommunal sektor var 29,3 procent. I princip är alltså ökningstakten lika stor.

Att sjukfrekvensen är högre i kommunsektorn, även om ökningstakten mellan 1997 och 1999 inte varit det, kan ha många förklaringar. Svenska Kommunförbundet presenterade den 11 december 2000 rapporten Hälsoutvecklingen för anställda – ett diskussionsunderlag där man pekade på några faktorer som kan ha påverkat arbetsmiljön. Där påpekades dels att genomsnittsåldern för kommunalt anställda har ökat till 44,4 år. Sambandet mellan ålder och ohälsa är starkt. Dels nämns nedskärningar, som dock till stor del är återställda. Därutöver tas också upp en rad organisationsproblem, till exempel organisationsförändringar som ett resultat av minskade resurser, behov av besparingar och förändringar till följd av nya huvudmannaskap, att omplaceringar genomförs oftare i kommunal sektor än i privat sektor, vilket innebär att fler ”inte full så friska” blir kvar i kommunal anställning, samt hävdas det, en bristande jämställdhet blir en följd av neddragningar av den kommunala servicen. På grund av att kvinnor har ett större ansvar för äldre anhöriga och barn så ökar kraven på kvinnorna.

Eftersom det synes råda delade meningar om utvecklingen i främst offentlig sektor har Jan Rydh genomfört fördjupade studier på området. I en rapport som lämnades till regeringen under februari månad 2001 pekar utredaren på att hälsosituationen för offentligt anställda har försämrats kraftigt under 1990-talet. Från att ha haft ett hälsoläge som delvis var bättre än för privat sektor har personalen i offentlig sektor haft en mycket negativ utveckling i sin hälsosituation under 1990-talet. De jämförelser som vi gör ovan och som endast pekar på förändringstakten mellan 1997 och 1999 fångar inte denna dramatik, och av rapporten från februari 2001 att döma har de senaste tio årens utveckling varit mycket negativ för offentligt anställda, och det förklarar också i hög utsträckning

den allt svårare situationen med långa sjukfall som vi ser idag.

Uteblivna åtgärder för att komma till rätta med kortare sjukfrånvaro under början av 1990-talet inom offentlig sektor har av allt att döma lett till en situation med allt längre sjukfall, ett mönster som är välbekant för alla som sysslar med de olika faktorer som påverkar sjukdomsbilden på en arbetsplats.

2.2.5 Sjukskrivning på lösa boliner

En del av sjukförsäkringens misslyckande i ett arbete för minskad sjukskrivning har sin grund i att den inte involverat de läkare som utfärdar sjukintyg. I *Läkartidningen*²⁵ framförde ett antal läkare att ett samarbete över hela läkarkåren skulle kunna leda till att många, långa, socialt isolerande och nedbrytande sjukskrivningar kunde undvikas. De föreslår bland annat att läkarna bör ingripa tidigt och att förekomsten av flerpartssamtal bör ske oftare. Därutöver kan varje sjukskrivning som föreslås av patient/läkare sättas en dag kortare än vad som är fallet idag. Den medicinska erfarenheten pekar på att detta inte skulle få några medicinska konsekvenser. Författarna menar vidare att cirka 10 procent av alla sjukfall, där läkaren föreslår sjukersättning efter dag 7, är medicinskt tveksamma. Grunden för påståendet är läkarens osäkerhet att patientens bedömning av arbetsförmågans nedsättning verkligen är korrekt.

Det finns utredningar som pekar på att sjukskrivningen även då ett läkarintyg krävs i hög utsträckning styrs av den enskilde.²⁶ En läkare som vägrar en patient som hävdar att hälsosituationen kommer att förändras om han eller hon går tillbaka till arbetsplatsen är svår att föreställa sig. Regelmässigt sker därför sjukskrivning även i fall som kanske är onödiga. Men på grund av bristande information och kunskap samt tidsbrist så är det trots allt rationellt och helt riktigt av läkaren att sjukskriva patienten.

²⁵ *Läkartidningen* 1, 2001.

²⁶ Englund, Arrelöv, Normén.

²⁷ DN Debatt 2001-09-19 av Bo Mikaelsson, Jan Ekholm och Kurt Svärdsudd.

I en artikel i Dagens Nyheter den 19 september 2001 pekar en försäkringsläkare och två professorer²⁷ på behovet av att öka förståelsen för och utbilda läkare i försäkringsmedicin. Det sätt på vilket läkare idag skriver ut sjukintyg skadar ofta hälsan, inte minst eftersom många sjukdomstillstånd snarare förvärras av en sjukskrivning, framför artikelförfattarna. Sjukdomsbegreppet är inte närmare definierat av lagstiftaren. Det som varit vägledande är en formulering i betänkandet Utredning och förslag angående Lag om allmän sjukförsäkring (SOU1944:15).

*Man synes vid bedömande av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.*²⁸

Vad som är att betrakta som sjukdom kan vara svårt att formulera precist. Inte enbart sjukdomen som sådan utan också vilken typ av arbete man har ligger till grund för bedömningen av nedsättning av arbetsförmågan. Även om en arbetstagare har fått ett intyg av en läkare så är det i sista hand försäkringskassan som avgör behovet av sjukskrivning.

Eftersom arbetsgivarperioden är 14 dagar så krävs ett läkarintyg först från den 15:e dagen.²⁹ Dessförinnan är det arbetstagaren själv som avgör om han eller hon är arbetsförmögen. För att kunna få ersättning av försäkringskassan med sjukpenning så krävs alltså ett läkarintyg, som också skall innehålla information om eventuella rehabiliteringsbehov och en bedömning av arbetsförmågans nedsättning samt pågående och planerad behandling.

En otydlig definition av vad som är ersättningsgrundande sjukdom är

28 SOU 1944:15.

29 Enligt lagens bokstav skall läkarintyg lämnas den åttonde dagen i en sjukdomsperiod, men eftersom arbetsgivaren betalar sjuklön till och med dag 14 är det först från den 15:e sjukdagen som intyget krävs för att erhålla sjukpenning.

ändå svår att göra. I stället kan man förbättra läkarens möjligheter att bedöma arbetsförmågan hos den person som är sjuk. Det förefaller som ganska orimligt att ställa kravet på en läkare att vara så väl förtrogen med en rad olika yrken och arbetsplatser att en korrekt bedömning av arbetsförmågan kan göras. Traditionellt tunga yrken, som till exempel gruvarbeten, har också allt mer fått processtekniskt innehåll som i princip innebär att gruvarbetaren sköter en maskin via en terminal. Om osäkerhet råder vid bedömningen av arbetsförmågan bör läkaren sjukskriva patienten.

Företagshälsovårdens ställning har, bland annat på grund av behovet av förståelse hos läkaren för arbetsuppgifterna, betonats av bland annat Gerhard Larsson. En tydligare koppling mellan läkaren och arbetsplatsen är eftersträvansvärt för att mildra det informationsgap som förefaller finnas, men också för att förbättra läkarens möjligheter att behandla patienten. Vi vet att en långvarig sjukskrivning i sig själv tenderar att förvärra sjukdomsbilden för den sjukskrivne. Rehabilitering på arbetsplatsen och ett förebyggande arbete gärna kombinerat med ett mer generellt hälsoarbete kan ge goda resultat. En förutsättning för att detta skall lyckas torde vara en mer tydlig koppling mellan läkarvetenskapen och arbetsplatserna.

Sammanlagt talar mycket för att ökningen av sjukfrånvaro i allt för stor utsträckning är onödig. Den hade kunnat förebyggas eller rehabiliterats. Den är dock mer än bara onödig – den är också orättvis.

2.3 Segregering

2.3.1 Låginkomsttagare mest sjukskrivna

Motiven att undvika och förebygga sjukskrivning varierar kraftigt mellan socioekonomiska grupper. De som har en karriär framför sig har ofta själva starka motiv att undvika sjukskrivning. Ofta är dessa personer attraktiva och svårare att ersätta för arbetsgivaren. Även arbetsgivaren har därför motiv att förebygga eller att undvika sjukskrivning.

För dem som inte väntar sig framtida karriärsteg, eller rentav befarar perioder av arbetslöshet, är motiven att undvika sjukskrivning betydligt

mindre. För enskilda kan det rentav te sig som en väg ut ur en otillfredsställande arbetssituation. Även arbetsgivare har betydligt mindre motiv att värna om att dessa personer finns kvar i arbetslivet.

En rimlig hypotes som undersöks i detta avsnitt är därför att utformningen av dagens sjukförsäkring bidrar till att sjukskrivningen blir väsentligt högre för dem som är mindre efterfrågade på arbetsmarknaden.

Tabell 2:7 visar närmare fördelningen av sjukskrivningen i olika yrkesgrupper. Skillnaderna i sjukskrivningstalen är stora. Det är slående till exempel, att undersköterskor – som många arbetsgivare har dragit ner på – har mycket hög sjukskrivning, medan sjuksköterskor – som det är brist på – har låg sjukskrivning.

TABELL 2:7 *Andel av de sjukskrivna som tillhör en viss yrkesgrupp.³⁰*

Yrke	Andel 1998	Andel 1999
Lärare	4,1	5,0
Läkare	0,6	0,6
Sjuksköterska	2,3	2,7
Undersköterska / vårdbiträde	10,8	11,6
Polisyрken	0,2	0,3
Försäljare detaljhandel / affärsbiträden	5,0	3,0
Barnskötare	2,7	3,0
Förskollärare / fritidspedagoger	1,0	1,2
Storhushålls-/ restaurangpersonal	1,8	1,8
Kontorsarbete / kontorister	8,5	6,4
Lokalvårdare	4,7	4,7
Gruv-/ bygg-/ anläggningsarbete	5,6	4,7
Andra yrken	52,7	55,0

³⁰ Riksförsäkringsverket genomför en 4:e septemberundersökning varje år. Bland de pågående sjuk- och rehabiliteringsfallen görs ett urval på 15 000 sjuk- eller rehabiliteringsfall. I undersökningen ingår inte de som får ersättning med sjuklön, det vill säga de som varit sjuka kortare period än 15 dagar. Vid undersökningen har bland annat studerats hur stor andel av de sjukskrivna som tillhör en viss yrkesgrupp. 4:e septemberundersökningen av pågående sjukskrivningar – en jämförelse mellan 1998 och 1999. (RFV 1999-12-20 Dnr 9161/99-430.)

Förändringen är statistiskt säkerställd för 5 yrkeskategorier (lärare, försäljare detaljhandel - affärsbiträden, kontorsarbetare – kontorister, gruv-, bygg- och anläggningsarbetare samt andra yrken). En brist i undersökningen är att gruppen andra yrken är stor. Det är dock tydligt att gruppen undersköterska/vårdbiträden utmärker sig särskilt, och att hälsotillståndet i denna yrkesgrupp borde vara alarmerande. Värt att notera är också att hälsotillståndet för människor som arbetar inom detaljhandeln väsentligt har förbättrat sitt hälsotillstånd. För kontorsarbetare/kontorister och gruv-/bygg-/anläggningsarbetare har också förbättringar skett.

2.3.2 Kvinnor mer sjukskrivna än män

Enligt Riksförsäkringsverket kännetecknas långtidssjukskrivningen (över 60 dagar) i slutet av 1990-talet av:

- Det är kvinnorna som står för ökningen av antalet långtidssjukskrivna och allt färre långtidssjukskrivna återgår i arbete.
- Bland kvinnorna har andelen med psykisk diagnos ökat kraftigt.

Mellan olika kön varierar sjukskrivningsfrekvensen relativt mycket och den ersättning som Försäkringskassan betalar ut verkar också vara könsbestämd, åtminstone förefaller det som att bedömningen av vilken arbetsförmåga som man har kvar vid sjukdom varierar med könet. Såväl den partiella sjukskrivningen som användandet av förtidspension och sjukbidrag pekar tydligt på att män oftast bedöms ha sämre möjligheter att jobba till viss del under sin sjukdom. Av tabellen nedan framgår detta vad gäller den partiella sjukskrivningen.

TABELL 2:8 *Andel med partiell sjukskrivning (2000).*³¹

	Män	Kvinnor
En fjärdedel	17 %	27 %
Halv eller tre fjärdelar	83 %	73 %

31 RFV

Även om det är fler kvinnor än män som beviljas förtidspension eller sjukbidrag, så får kvinnor sjukbidrag i högre utsträckning än män. Av de nybeviljade sjukbidragen uppgår kvinnornas andel till 63 procent och av de nybeviljade förtidspensionerna är motsvarande siffra 54 procent.

Men kvinnor har högre sjuktal än män. Det kan förklaras av en rad olika anledningar. Kvinnor har i högre utsträckning än män omvårdande och serviceinriktade yrken. Kvinnor tar också ett större ansvar för hemmet och för barnen. Den senaste tiden har dock skillnaden mellan könen ökat i allt högre grad.

Som framgår av diagram 1 ökar kvinnors ohälsa snabbare än mäns. Det kan bland annat bero på att många kvinnor som har omvårdande yrken, och som började med det yrket under 1970-talet, nu är mellan 50 och 65 år. Många år i ganska slitsamma vård- och omsorgsyren börjar alltså ta ut sin tribut. En annan förklaring är att kvinnor i högre utsträckning än män arbetar i offentlig sektor, och det är allt vanligare med sjukskrivningar på grund av omorganisationer och bristande ledarskap på arbetsplatsen. Patienten bedömer att hälsosituationen väsentligt skulle förändras om hon eller han gick tillbaka till arbetsplatsen. Andelen kvinnor med psykisk diagnos har ökat från 13 procent i slutet av 1980-talet till 20 procent 1999.

2.3.3 Högre sjukskrivning där arbetslösheten är högre

De regionala skillnaderna är märkbara, vilket framgår av Tabell 2:9 nedan. Tabellen återspeglar också de könsbundna arbetsmarknadsmässiga skillnaderna mellan länen. Ökningstakten har varit störst i Värmland, även om differenserna inte antyder det. En förklaring kan vara att skillnaden mellan manlig och kvinnlig förvärvsfrekvens är större i Värmland än i riket i övrigt.

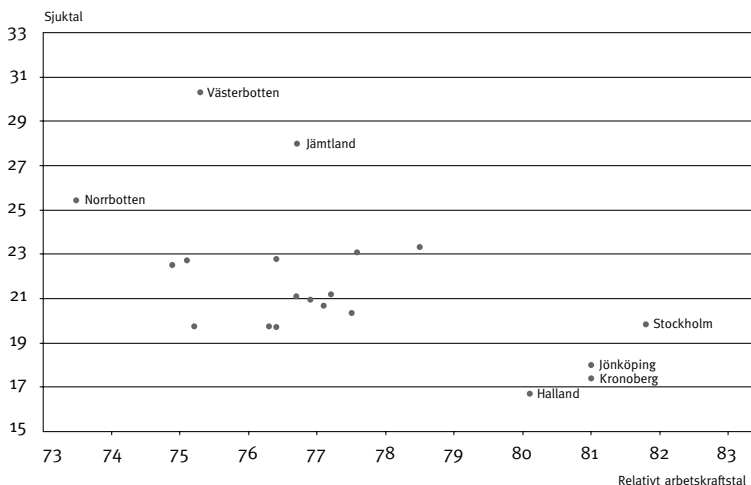
TABELL 2:9 Ökning av sjuktalet mellan 1999 och 2000 fördelat på län samt differens i ökningstakt (procentenheter) mellan totalt och kön.

	Män och kvinnor	Män	Kvinnor
Värmland	38,04%	-2,79%	1,39%
Gotland	30,63%	-4,22%	3,21%
Gävleborg	28,49%	-5,13%	2,92%
Örebro	26,95%	-4,18%	2,36%
Uppsala	26,63%	-3,50%	2,18%
Norrboten	26,37%	-5,18%	3,44%
Västernorrland	26,35%	-1,35%	1,27%
Östergötland	25,41%	-5,57%	2,32%
Dalarna	24,59%	-3,01%	0,73%
Jämtland	23,45%	-3,33%	1,97%
Västmanland	23,39%	-5,07%	3,46%
Blekinge	23,13%	-3,77%	1,88%
Kalmar	23,03%	-3,33%	3,34%
Södermanland	22,36%	-4,86%	2,76%
Riket	22,81%	-3,28%	1,62%
Kronoberg	21,68%	-3,50%	2,08%
Stockholm	21,47%	-2,31%	1,83%
Västra Götaland	21,05%	-1,37%	0,41%
Skåne	20,86%	-2,31%	1,09%
Halland	18,44%	-3,89%	2,70%
Jönköping	18,42%	-4,14%	3,50%
Västerbotten	17,90%	-2,43%	1,28%

I Norrbotten är ökningen bland männen väsentligt lägre än den hos kvinnorna. Kvinnorna blir alltså i genomsnitt allt sjukare, och jämfört med männen så sker en successiv försämring. Skillnaderna mellan könen avseende ökningstakt är lägst i Västra Götaland och störst i Norrbotten.

Där arbetslösheten är hög, finns också mindre motiv hos arbetsgivaren och den anställde att motverka sjukskrivningen med dagens konstruktion av sjukförsäkringen. Det är därför inte förvånande att finna ett tydligt regionalt mönster som visas i diagram 3.

DIAGRAM 3 Sjuktalet och det relativa arbetskraftstalet efter län (2000).³²



Ersättning för ohälsa kan man erhålla även vid arbetslöshet. Läkaren som sjukskriver gör en bedömning om personen som är sjuk kan fortsätta att jobba. Till vissa delar förekommer också arbetsmarknadsskäl som skäl för förtidspensionering. I en rapport³³ till TCO-kongressen 2001 skriver man:

Ohälsotalen ökar i alla typer av kommuner och stadsdelar inom storstäderna. Oavsett om kommunen har ett lägre eller högre ohälsotal jämfört med riksgenomsnittet ökar det. Arbetslöshet är naturligtvis en orsak till ohälsa men trots att arbetslösheten glädjande nog har sjunkit har ohälsotalen stigit kraftigt.

Arbetslösheten är alltså en orsak till skillnader i sjukskrivning. En annan orsak till sjukskrivning förefaller vara etnisk bakgrund. TCO skriver försiktigt att områdena med höga ohälsotal också ”speglar (...) den stora segregation som växt fram i storstadsområden”. TCO-rapporten speglar områden som har kärva arbetsmarknader, antingen regioner eller människor. I norra Sverige är arbetsmarknaden kärvare än i övriga landet, vilket kan

³² RFV och SCB.

förklara varför sjuktalen också är högre här. I de andra områden som har höga ohälsotal som återfinns i rapporten, är andelen invandrare mycket hög. Från andra studier vet vi att invandrare som grupp har en kärvare arbetsmarknad, vilket då skulle kunna fungera som förklaring till de höga ohälsotalen i dessa områden. De områden som har högst ohälsotal framgår av Tabell 2:10.

TABELL 2:10 Områden med högst ohälsotal.³⁴

	1999	2000
Tensta	64,5	118,7
Haparanda	84,3	87,9
Göteborg-Nordost	78,3	82,5
Hallunda	72,4	77,7
Lycksele	66,5	73,2
Gällivare	67,4	72,8
Malå	67,1	72,6
Överkalix	68,1	72,3
Åsele	71,1	72,3
Norsjö	67,4	71,5

Anm. Försäkringskassan i Tensta delades upp mellan 1999 och 2000.

Trots att det är relativt små regionala skillnader i antalet individer som någon gång uppburit sjukpenning så skiljer sig sjukskrivningstiden åt relativt mycket. Som tidigare konstaterats finns det viss samvariation mellan hög arbetslöshet och ohälsotalet. 1999 hade en arbetslös i genomsnitt dubbelt så många sjukfrånvarodagar som en person i arbete.³⁵

³³ Ohälsan ökar i arbetslivet, TCO

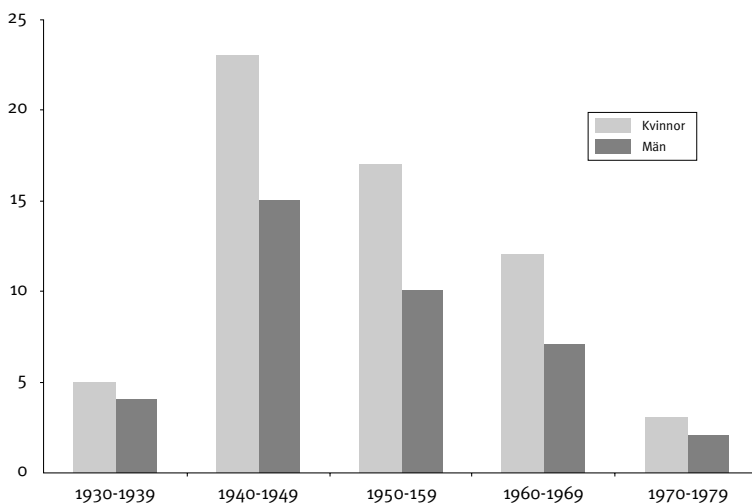
³⁴ Ibid.

³⁵ SAF (2000).

2.3.4 Sjukfrånvaro och ålder

Som en följd av åldrandet har äldre människor en sämre hälsa än yngre människor. Samtidigt är det befogat att ställa frågan vilken roll sjukförsäkringssystemet spelar i den åldersrelaterade snedfördelningen av sjukfrånvaron. I den mån sjukförsäkringen minskar motiven att förebygga sjukdom så kommer det att märkas särskilt hos de äldre. Som framgår av diagram 4 så återfinns nästan hälften av alla ersatta sjukdagar bland dem som är födda 1949 eller tidigare.

DIAGRAM 4 Procentuell fördelning avseende födelsekohort och kön av ersatta sjukdagar i pågående sjukfall 1999.



Ett liknande mönster får man när man studerar sjukfall som varar längre än ett år. Dessa siffror skall dock tolkas med viss försiktighet eftersom sannolikheten att bli beviljad förtidspension ökar med åldern.

TABELL 2:11 *Åldersfördelning i sjukfall längre än ett år.³⁶*

	Ålder					
	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65
Andel sjukfall	0,1	5,7	19,1	29,2	39,5	6,4

2.3.5 Den onödiga segregeringen

Sammanfattningsvis kan konstateras att ju mindre motiv sjukförsäkringen ger till att förebygga sjukdom, desto mindre kommer arbetsgivare att satsa på de minst attraktiva anställda. För dessa anställda är också motiven att undvika sjukskrivningen minst, eftersom de vid en neddragning löper störst risk att bli arbetslösa.

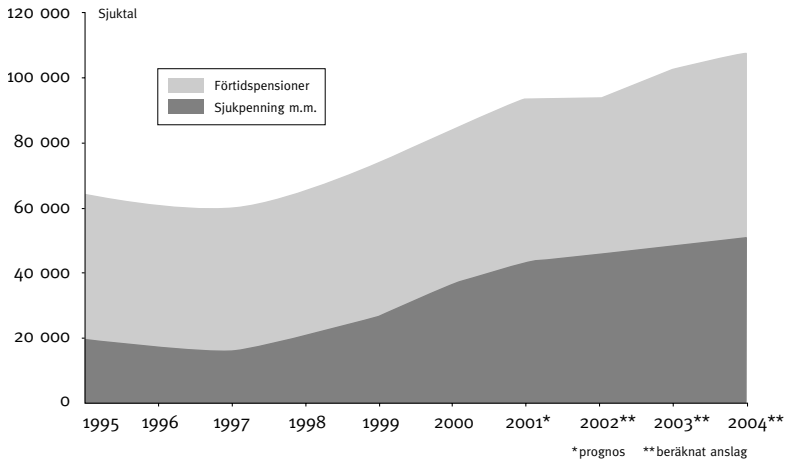
Den genomgång av statistik som vi visat här bekräftar mönstret. De mindre efterfrågade anställda, eller de som bor i regioner med högre arbetslöshet, har högre sjuktal.

2.4 Höga samhällskostnader

2.4.1 Utgifter för sjukpenningen

Statens kostnader för sjukförsäkringen ökar snabbt. Detta är emellertid inte det största problemet. Onödig sjukfrånvaro vållar också betydande samhällsekonomiska kostnader utöver belastningen för statskassan. Detta avsnitt börjar med en genomgång av kostnadsutvecklingen för staten. Sedan ges en prognos över den framtida utvecklingen. Till slut ges en bild av de samhällsekonomiska kostnader som detta för med sig.

Statens kostnader för sjukpenningen ökade med 27 procent mellan 1999 och 2000. Året efter var ökningstakten 21 procent. Trots att ökningstakten tycks avta, i procent räknat, ökar kostnaden allt snabbare räknat i kronor.

DIAGRAM 5 Kostnaden för sjukpenning och förtidspension i löpande priser.³⁷

År 1999 var kostnaderna för sjukpenningen drygt 24 miljarder kronor.³⁸ 2000 ökade kostnaderna med cirka 6,5 miljarder kronor, och för 2001 beräknas kostnaderna stiga med drygt 6,4 miljarder kronor (21 procent). Kostnaderna ökar alltså med i princip lika mycket, förändringen uttryckt på detta sätt är bara hälften så stor som den uttryckts ovan. Särskilt mot bakgrund av de senaste årens mycket snabba ökning av kostnaderna så innebär en liten procentuell ökning i kostnaderna till att de faktiska kostnaderna ökar snabbt. Det räcker till exempel med att utfallet för 2001 blir 22 procent högre än för 2000, vilket ändå är en minskning av ökningstakten med 5 procentenheter från året före, för att ökningen av kostnaderna räknat i kronor och ören ändå kommer att bli högre mellan 2000 och

37 Källor: ESV, RFV och Budgetpropositionen för 2002 (prop 2001/02:1).

38 ESV, budgetprognos 2001:1.

39 SOU 2000:121 och SOU 2000:78.

40 Dir. 1999:54.

41 SOU 2000:121, sid 33.

42 *ibid*, sid 33.

2001 än för 1999 och 2000. En fallande ökningstakt kan alltså i själva verket innebära ökade kostnader.

Det faktum att kostnaderna tillåtits skjuta iväg så mycket under slutet av 1990-talet, ökar bara kraven på hur dramatiskt åtgärdspaketet måste vara för att få bukt med kostnaderna. Även små ökning leder till snabbt stigande kostnader, och alltså måste ökningen snabbt vändas i en minskning för att få kontroll över kostnaderna.

Häri återfinns kanske den mest välverserade kritiken mot det bestående systemet. I ett annat system – med en bättre kostnadskontroll – skulle åtgärder ha satts in mycket tidigare som skulle ha inneburit att det nuvarande problemet varit mindre. Dramatiken i förändringen hade då också blivit mycket mindre.

De senaste utredningarna³⁹ som genomförts på området pekar bägge på stora skevheter och problem. Förslag får inte läggas för att regeringen har bestämt att dagens ordning är en god ordning. Av direktiven till Sjukförsäkringsutredningen framgår att ”sjukförsäkringen fortsatt skall vara ett generellt, offentligt försäkringssystem”.⁴⁰ Utredningsmannen konstaterar dock att ”nuvarande ordning innefattar uppenbara systemfel”.⁴¹ När det gäller kostnadskontrollen så framför sjukförsäkringsutredningen att:

*Ett försäkringsbolag skulle mycket tidigare på rent affärsmässiga grunder ha agerat genom investeringar i förebyggande och rehabiliterande verksamhet. Sådana investeringar skulle med stor sannolikhet ha bidragit till att sänka sjuktalet.*⁴²

Även om fokus inte bör ligga på kostnadsutvecklingen, utan på den ohälsoutveckling som driver kostnaderna, så är det ändå så att kostnadsutvecklingen är det som i första hand inom ramen för dagens ofullkomliga system skapar otrygghet eftersom det är kostnadsutvecklingen som ger upphov till förändringstrycket.

Riksförsäkringsverket har uttryckt detta i sitt remissvar till Sjukförsäkringsutredningen. RFV framhåller:

Det statliga utgiftstaket gör att rättighetslagstiftning och budgetlagstiftning kan komma i konflikt med varandra och att det är olämpligt med kortsiktig fokusering på enbart utgifterna.⁴³

Sammanblandningen kan i detta fall komma att innebära att ett arbetsmarknadsläge som innebär högre inkomster till systemet inte automatiskt betyder att de förväntade ökade utgiftstrycket därmed också kan få genomslag eftersom budgetlagstiftningen sätter stopp. Denna situation har vi i princip idag. Statens inkomster för sjukförsäkringen har ökat från knappt 62 miljarder 1998 till drygt 80 miljarder 2001,⁴⁴ och skulle kunna täcka delar av de ökade kostnaderna inom sjukförsäkringen. Men någon koppling mellan sjukförsäkringens inkomster och utgifter finns inte i statsbudgeten.

2.4.2 Beräkning av samhällsekonomiska kostnader

I en beräkning av den samhällsekonomiska kostnaden (förlorad produktion) för förtidspensionering år 1997 har Sverige tidigare klarat sig relativt väl. Som tabell 2:12 visar uppnådde dock Island en betydligt lägre grad av förtidspensionering. Det fanns således ett tydligt utrymme för förbättring.

TABELL 2:12 Kostnader för förlorad produktion till följd av förtidspensionering av 50-64 åringar 1997 (procent av potentiell BNP).⁴⁵

Danmark	7,45
Finland	10,36
Island	0,60
Norge	4,71
Sverige	3,26
EU-15	11,22

43 Yttrande över slutbetänkande Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121), RFV 2001-05-02.

44 Konjunkturinstitutets analysunderlag (november 2000).

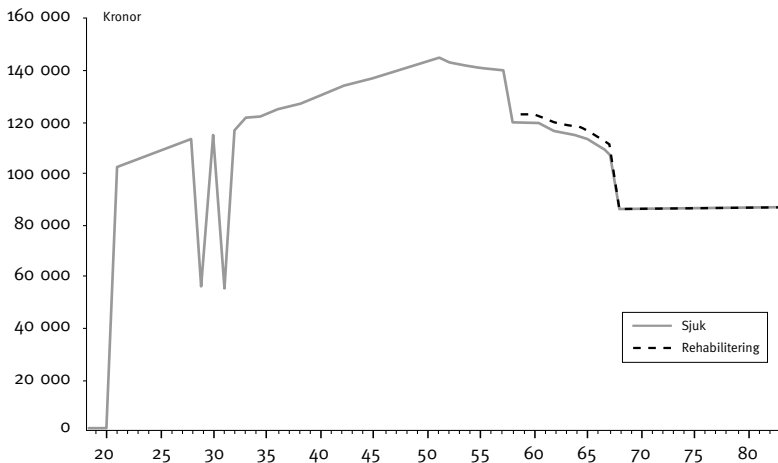
45 Herbertsson, Orszag och Orszag (2000).

Även om Sverige tidigare har legat hyggligt till, visar exemplet Island att läget går att förbättra betydligt. Nu har både förtidspensionering och långtidsjukskrivningar i Sverige ökat så snabbt, samtidigt som andra länder reformerar sina system. Sedan 1997 har vår relativa position således urholkats kraftigt.

Sjukskrivningen vållar stora kostnader. En beräkning i Fölster (2000) tyder på att en minskning av en enda procentenhet av antalet långtidsjukskrivna och förtidspensionärer skulle spara samhället i storleksordningen 10 miljarder kronor fram till att dessa personer blir 65 år gamla, utan hänsyn tagen till de enskildas lidande.

Denna beräkning har gjorts med viss försiktighet i antaganden. Kalkylerna har utförts med en beräkningsmodell som år för år beräknar en individs ekonomi under hela den tid då personen är i arbetsför ålder. Modellen utgår från en normal löneutveckling. Därefter beräknas kostnader förknippad med frånvaro, till exempel sjukpenning, förtidspension, a-kassa, föräldraförsäkring och utfall från privata försäkringar. Hänsyn tas också till kostnader för sjukvård och kommunala åtgärder

DIAGRAM 6 *Figuren visar hur dennes personliga ekonomi utvecklas.*



samt för försäkringskassans och andra aktörers administrativa kostnader. Därefter beräknas individens skatter och arbetsgivaravgifter, samt konsekvenser för arbetsgivaren.

Beräkningarna kan först exemplifieras med ett typfall. Det antas att en person blir sjuk i 54-årsåldern. Med en måttlig framgångsrik rehabilitering skulle personen arbeta 20 procent av tiden och vara sjukskriven i övrigt.

Baserad på denna kalkyl kan uppskattas att den faktiska ökningen av sjukfrånvaron och förtidspensioneringen som skett under perioden 1997–2001, kostar samhället i storleksordningen 60 miljarder kronor, eller 3 procent av BNP.

2.5 Otrygghet i sjukförsäkringen

2.5.1 Förväntar mer än man får

Trygghet är ett av de mest grundläggande målen för välfärdspolitiken. Idag anser en stor del av befolkningen att tryggheten inte alls motsvarar det som utlovades när systemen byggdes. Inom sjukvården är tillgängligheten begränsad. Socialförsäkringar drogs ner när statens pengar inte räckte. De offentliga pensionerna är ungefär en tredjedel lägre än vad som utlovades under 1970-talet. Sjukförsäkringen har också dragits ned under krisen med lägre ersättning, karensdagar, ingen ersättning över inkomsttaket, hårdare arbetsskadebedömningar och så vidare.

Flera av dessa förändringar kan i och för sig motiveras med att de ger individen bättre incitament att hålla sig frisk. Men, som av en slump så genomfördes de i samband med nedskärningsbehov i de offentliga finanserna. Och, som av en slump, så återställs flera neddragningar i samband med förbättrade finanser. Konsekvensen av denna berg- och dalbanefärd i välfärdssystemens generositet har emellertid blivit att förtroendet har urholkats. I detta avsnitt visas att otrygghet i själva verket är ett ofrånkomligt inslag i dagens sjukförsäkring.

2.5.2 Tilläggsförsäkringar allt viktigare för tryggheten

Redan på 1960-talet började det bli vanligt med avtalsförsäkringar. Konstruktionen av dessa försäkringar påminner om det offentliga systemet, och någon justering av risken genom till exempel hälsoprövningar sker inte. Istället sprids risken över hela avtalskollektivet.

Avtalsförsäkringen är obligatorisk och finansieras genom proportionella avgifter på lönen som också styrs av avtalen. De finns flera olika varianter av avtal, och de sammanfattas grovt enligt tabell 2:13.

TABELL 2:13 *Avtalsförsäkringar.*⁴⁶

Arbetare	Kommunalt	Privat anställd	Statligt tjänstemän	anställd
Sjukersättning dag 1 - 14	80%	80%	80%	80%
Sjukersättning dag 15 - 90	90%	90%	90%	90%
Ersättning dag 91 -	90%	90%	Ja, 65% betalas på inkomster över 7,5 och upp till 20 basbelopp och 32,5% på inkomster över 20 och upp till 30 basbelopp	80%
Ersättningstak (årslön, kr)	276 250	276 250	1 107 000	1 107 000
Sjukbidrag/Förtidspension	Ja.	Ja.	Ja, för inkomstdelar över 7,5 förhöjda prisbasbelopp.	Ja.

Vid slutet av 1999 fanns 3 100 000 kollektivavtalsgrundade sjukförsäkringar i privata försäkringsbolag, och premierna uppgick under samma år till 6 miljarder kronor.

Under senare år har det hävdats att socialförsäkringarna allt mindre lever upp till sina mål. Siffror från Tjänstemännens Centralorganisation pekar på att 36 procent av alla heltidsarbetande mellan 20 och 64 år idag

⁴⁶ Källor, AMF Försäkring, PTK, Arbetsgivarverket.

⁴⁷ 14 procent tjänar mer än 10 basbelopp.

(april 2001) tjänar mer än 23 000 kronor i månaden.⁴⁷ Försäkringsskyddet täcker inkomstbortfall upp till den nivån. Inkomster över 23 000 kronor i månaden ersätts alltså med noll kronor, men avgift för sjukförsäkringen betalas för hela inkomsten. Paradoxalt nog är en höjning av taket i sjukförsäkringen, som regeringen driver, också starkt regressiv. En stor del höginkomsttagare har redan ett försäkringsskydd över taket genom olika avtals- eller frivilliga försäkringar. Om taket höjs slipper de avgiften för detta. För sjukförsäkringen är det oftast så att kollektivavtal skyddar för inkomstbortfall även för inkomster över 23 000 kronor. Men det gäller bara tre fjärdedelar av den yrkesverksamma befolkningen. Av resterande lönearbetande och egenföretagare har en stor andel tecknat privata sjukförsäkringar.⁴⁸

I själva verket har de offentliga socialförsäkringarna (och även arbetslöshetsförsäkringen) för allt fler människor kommit att fungera som ett grundskydd. Var tredje yrkesarbetande svensk tjänar alltså mer än 23 000 kronor per månad. Av tabell 2:14 framgår det offentliga försäkringsskyddet för fyra olika tänkta inkomstnivåer.

TABELL 2:14 Offentligt försäkringsskydd för olika yrkeskategorier (belopp i kronor före skatt)

	Vårdbiträde	Lärare	Målare	IT-konsult	Statssekreterare
Månadslön	15 000	19 000	23 000	30 000	40 000
Ersättning vid sjukdom	12 000	15 200	18 400	18 400	18 400
Andel av månadslön	80%	80%	80%	61%	46%

Förekomsten av privata individuella tilläggförsäkringar har blivit allt vanligare och försäkringsbolagen erbjuder oftare försäkringstagaren en

48 Som privat sjukförsäkring räknas också sådan sjukförsäkring som tecknas och betalas av arbetsgivaren. Sådan förekommer ofta på arbetsplatser som saknar kollektivavtal.

49 Källa: Försäkringsförbundet.

översyn. I första hand handlar det om försäkringar till människor som inte via avtal har försäkringar. I vissa fall kan det dock vara aktuellt med tilläggsförsäkringar ovanför avtalsförsäkringarna, kanske på grund av att inkomsten är högre än vad avtalet definierar eller för att man vill ha ett bättre inkomstskydd än vad avtalet ger om man skulle bli långvarigt sjuk.

Även om de flesta arbetstagare har ett skydd som går längre än det offentliga inom ramen för ett kollektivavtal, så finns det arbetsgivare som inte har skrivit under ett kollektivavtal. Sådana arbetsgivare tecknar en gruppsjukförsäkring för sin personal. Den icke avtalsbundna privata marknaden för sjukförsäkringar kännetecknas alltså av:

- Privat individuell sjukförsäkring
- Privat gruppsjukförsäkring

Försäkringen kan tecknas på olika sätt och betalas enligt följande. Om den tecknas som en pensionsförsäkring så blir premien avdragsgill och eventuell ersättning beskattas som inkomst. Den kan tecknas som en kapitalförsäkring, vilket innebär att premien inte är avdragsgill men då är heller inte ersättning skattepliktig. När arbetsgivaren betalar premien tecknas försäkringen som en tjänsteförsäkring och ersättningen blir skattepliktig.

Vid slutet av 1999 fanns det 370 000 privata individuella sjukförsäkringar och 900 000 privata gruppsjukförsäkringar. Premier inbetalades med 985 miljoner kronor respektive 508 miljoner kronor.⁴⁹

2.5.3 Privata tilläggsförsäkringar ökar tryggheten

I viss mån kan en utveckling mot mer individanpassade socialförsäkringar ses som ett tidstecken. Rent tekniskt är det också lättare och billigare att tillhandahålla varierande försäkringar än tidigare. Sanningen är emellertid att flera av de stora tänkarna på socialförsäkringsområdet redan för länge sedan pläderat för större valfrihet i socialförsäkringarna. Det är till exempel enbart i kraft av en häpnadsväckande historieförfälskning som

de offentliga socialförsäkringarnas förfäktare ofta hänvisar till William Beveridge som sin intellektuelle anfader.

Sanningen är i stället att Beveridge kraftfullt förordade att socialförsäkringar skulle kanaliseras genom privata företag eller organisationer (se rutan nedan). Beveridges plädering blev dock nedröstad av det brittiska parlamentet.

William Beveridge's bortglömda slutsats

"... it is impossible to make a good society, in Britain or anywhere else, by simple combination of State action and the pursuit by the individual of his individual selfish interests, ...

a third type of action is needed. You need State action; you need the pursuit by the individual of his personal interests; and you need voluntary action for progress to improve not only your own conditions but the society in which you live. Voluntary action means action not controlled or directed by the State; it means, in effect, a private enterprise of social progress (Lord Beveridge, tal inför House of Lords, 22 Juni 1949).

"The State in organising security must not stifle incentive, opportunity, responsibility; in establishing a national minimum, it should leave room and encouragement for voluntary action by each individual to provide more than the minimum for himself and his family."
(Voluntary Action)

2.5.4 Stöd för privata försäkringar med offentlig återförsäkring

Ett viktigt skäl till William Beveridges plädering för kompletterande privata försäkringar är just att rent offentliga system inte kan erbjuda en fullgod trygghet. Under 1990-talet har många upplevt hur det politiska systemet jonglerar med förslag som påverkar alla som har en hushålls-ekonomi att ansvara för. Tidigare löften om till exempel änkepension, hög sjukpenning, a-kassa och pension har svikits. I själva verket kan

offentliga system aldrig ingå några som helst bindande avtal, alla löften utfärdas på framtida majoritetens nåder.

Rent privata försäkringar är i sig inte säkrare, eftersom de löper risk att gå i konkurs. Ett blandat system med privata försäkringsgivare och en offentlig återförsäkring ger, liksom för bankväsendet, störst säkerhet. I en krisituation finns en buffert bestående av försäkringsbolagets egna medel och fonderade kundmedel.⁵⁰

Konsumentskyddet är inte heller lika väl utbyggt för offentliga försäkringar som för privata.⁵¹ Att det uppfattas så visade redan maktutredningen i slutet på 1980-talet, och det bekräftas även av nya opinionsundersökningar.⁵² I själva verket tyder mycket på att den politiska processen och offentliga myndigheter bättre klarar av att bevaka konsumentskyddet gentemot privata än gentemot offentliga verksamheter.

Sammanlagt finns inte heller mycket stöd i den internationella forskningslitteraturen för att en större offentlig inblandning verkligen gynnar

50 Det hävdas ibland att säkerheten i socialförsäkringarna skulle öka om de bokföringsmässigt bröts ur statsbudgeten. Det är emellertid endast en from förhoppning. Om olika socialförsäkringar verkligen fick en från staten tämligen fristående styrelse skulle säkerheten mycket väl kunna minska. Även med en buffertfond skulle en fristående sjukförsäkring förmodligen genomföra kraftiga neddragningar i nuvarande läge med snabbt ökande sjukfrånvaro.

51 En jämförelse av konsumentskyddet för offentliga och privata tjänster görs i Bergman, Braunerhjelm, Fölster, Genberg och Jakobsson (1999).

52 Petersson m.fl. (1989).

53 Enligt studien är detta förhållande före 1980 likadant som efter. Någon tydlig förändring tack vare den nya ekonomin kan således inte spåras. Enligt Världsbanksstudien har globalisering en positiv effekt på tillväxt utan att påverka de fattigas relativa inkomstillväxt. Däremot gynnas de fattiga av lägre inflation (David Dollar och Aart Kray, 2000)

54 Detta resonemang tycks också gälla för Sverige. I en genomgång av svensk forskning om inkomstfördelning där det ibland hävdas att större offentliga utgifter gynnar fattiga, visas i Fölster (1998) att det systematiskt bortses från att ett ökat skattetryck leder till en jämnare registrerad inkomstfördelning som inte innebär att levnadsstandarden är jämnare fördelad. En följd av större skattefinansierade välfärdsystem är till exempel att människor sparar mindre. I ett samhälle där människor sparar mycket kan levnadsstandarden vid en viss tidpunkt vara mycket jämnare fördelad än inkomsten. De som lever av sitt sparande kan ha en hyggelig levnadsstandard även om den registrerade inkomsten är noll. Detta innebär att inkomstfördelningen, vid en viss tidpunkt, kommer att vara mer ojämn än fördelningen av levnadsstandarden. Det innebär också att en utvidgning av välfärdsstaten, som leder till en undanträngning av privat sparande, för med sig att inkomster registreras som mer jämnt fördelade även om levnadsstandarden inte jämnas ut mellan individer.

låginkomsttagare. I västvärlden som helhet finns till exempel inte något samband mellan offentliga socialpolitiska utgifter och fördelningen. Världsbanken konstaterar, på basis av en analys av 80 länder under en 20-årsperiod, att tillväxt har kommit de fattiga till del i lika hög utsträckning som övriga grupper.⁵³ Mer anmärkningsvärt är resultatet att de fattiga missgynnas av högre offentlig konsumtion. Inte heller högre offentliga sociala utgifter hade någon påtaglig fördel för fattiga. Ett exempel är Japan där inkomster och levnadsstandard är nästintill lika jämnt fördelade som i Sverige, trots att de offentliga utgifterna är hälften så stora. Enligt Världsbanken beror detta på att såväl offentlig konsumtion som andra sociala utgifter i så hög utsträckning kommer medelklassen till del.⁵⁴

Det hävdas ofta att statliga socialförsäkringar behövs för att kunna omfördela från rik till fattig. Detta är emellertid fel. En offentlig omfördelning kan lika väl kanaliseras via privata försäkringsbolag, ungefär på samma sätt som en skolpeng omfördelar utan att det krävs ett heloffentligt skolsystem. I många länder sker till exempel en omfördelning mellan privata sjukvårdsförsäkringsbolag för att utjämna mellan ”dyra” och ”billiga” försäkringskollektiv. Det finns också risker med sådana system, som dock alla kan undvikas med rätt utformning på det offentliga inslaget. En sådan risk är att vissa grupper inte får tillgång till försäkring eller får lika goda villkor. Man kan dock reglera om att alla måste tas emot.

Samtidigt skall dock poängteras att vissa individuella eller privata inslag i sig är relativt gynnsamma för låginkomsttagare. Det gäller till exempel den individualisering av pensioner som gynnat stora grupper av låginkomsttagare. Ett annat exempel är kompetenskonton som särskilt hjälper dem som inte redan tidigare fått utbildning av sina arbetsgivare. Det gäller även frivilliga sjukvårdsförsäkringar som låg-inkomsttagare i allmänhet idag måste köpa med beskattade pengar, medan närmare 100 000 höginkomsttagare räknas som nyckelpersoner i företaget och slipper inkomstskatt och arbetsgivaravgift på försäkringspremien.

3. VILKA ÄR ALTERNATIVEN?

3.1 De långa vågornas utredande.⁵⁵

Detta kapitel börjar med en kort genomgång av hur problemen är tänkta att lösas i en rad tidigare utredningar. Därefter följer en genomgång av de principer som forskningen på området betonar. Avsnitt 3.3 visar sedan på några utländska exempel som illustrerar principerna.

Forskningslitteraturen, såväl som de utländska exemplen, gör tydligt att sjukförsäkringen inte måste bedrivas av ett offentligt monopol för att bibehålla både den solidariska finansieringen och utjämning mellan riskgrupper som är önskvärt.

Det myckna utredningsarbete som kännetecknar sjukförsäkringen är därtill hörande frågor leder sällan till några resultat, och vid en sammantagen genomgång av de senaste 50 årens djupdykningar i socialförsäkringsfrågan blir intrycket snarast att perspektivet varit ”same, same but different”.

På ett övergripande plan har snart sagt allt utredningsarbete koncentrerats kring en modell, och det är svårt att hitta några rimliga förklaringar till varför problem som iaktogs för 40 år sedan inte ännu funnit en lösning. Det gäller inte minst rehabiliteringsproblematiken, där den stora

⁵⁵ En mer omfattande historisk genomgång och en sammanfattning av tidigare utredningar återfinns i appendixdelen.

rehabiliteringsutredningen i början på 1960-talet konstaterade att insatser tidigt är nödvändiga för att inte hamna i en spiral som leder till en varaktig arbetsoförmåga.

De ständiga smärre justeringar och modifieringar av modellen, i kombination med otydliga ramar för avtalsenliga tilläggsförsäkringar, har inte bara inneburit att systemet är svåröverskådligt för den enskilde arbetstagen utan även att det framstår som ogenomträngligt för en arbetsgivare som önskar vidta egna åtgärder. Man skall heller inte glömma försäkringskassans personal som hela tiden får lära nytt och lära om.

Handlingsplanen för en förnyelse av arbetsmiljöarbetet som Näringsdepartementet presenterade före sommaren är kanske det tydligaste exemplet på hur fast man sitter i dagens system. Tanken att en ökad tillsyn skulle förbättra arbetsmiljön bygger på den i grunden felaktiga synen att en tillsynsmyndighet kan åtgärda ett problem som i allt väsentligt har en annan huvudman. Riksförsäkringsverket har i sitt remissvar till de senaste statliga utredningarna pekat på att det obefintliga sektors-ansvaret leder till att ingen myndighet känner tillräckligt ansvar för inte minst rehabiliteringsfrågorna.

De ekonomiska incitamenten som handlingsplanen talar om handlar i allt väsentligt om nedsättning av avgifter för att stimulera fram ett konkret hälsoarbete. Regeringen har hänvisat till ett system som nyligen infördes i Danmark, där en arbetsmiljöcertifiering krävs av företag och verksamheter i omkring tio olika branscher. Tillsynen är förenad med en avgift som ett företag kan slippa om man vidtar åtgärder som förbättrar arbetsmiljön. I det förslag som den danska regeringen lagt fram återfinns dock vare sig hög sjukfrånvaro eller långtgående förtidspensionering med bland de kriterier som skall avgöra hur framgångsrikt ett företag arbetar för att förbättra hälsan.

I allt väsentligt handlar det om brister som finns inom ramen för dagens system och som regeringen är så angelägen att inte förändra. I grunden samlas i handlingsplanen bara en massa tomma ord om hur en ökad individualisering av arbetslivet måste åstadkommas genom tre-

partssamtal mellan staten, arbetstagarorganisationerna och arbetsgivarorganisationerna. Den tiden är förbi där problem kan åtgärdas via trepartssamtal och de arbetstillfällen där sådana åtgärder är verkningsfulla blir också allt färre.

3.2 Teoretiska principer

3.2.1 Sjukförsäkringen som socialförsäkring

Sjukförsäkringen är en socialförsäkring vilket innebär att det är en obligatorisk personförsäkring som bara tillhandahålls av den offentliga sektorn. Obligatoriet motiveras av att man vill undvika risken med gratispassagerare, det vill säga människor som avstår från att teckna en försäkring och istället förlitar sig på grundskyddet i samhället. Det statliga monopolet att erbjuda den obligatoriska försäkringen motiveras av att premien är enhetlig, det vill säga premien är lika hög för människor med olika risk (givet inkomsten). Försäkringsteoretiskt skulle inget kommersiellt försäkringsbolag kunna erbjuda en frivillig försäkring med enhetliga premier, eftersom den endast skulle locka högriskgrupperna. De med låga risker skulle inte frivilligt välja att betala en premie som i allt väsentligt täckte högriskgruppernas risker.

En vanlig missuppfattning är att en försäkring är en tjänst som erbjuder en ersättning om man råkar ut för en på förhand bestämd händelse, till exempel ohälsa. Den tjänst som försäkringen erbjuder är egentligen en trygghet – den premie som betalas erläggs just för att försäkra sig mot framtida risker. Man köper sig alltså trygghet.

Maximal trygghet brukar teoretiskt vara förknippat med samhällsekonomisk lönsamhet. En effektiv försäkring kräver dock en viss självrisk. Ju större självrisken är, ju mindre kan olika former av kontroller dimensioneras. I princip kan man hävda att ju närmare den sjuke som kontroll av till exempel hälsotillståndet sker, desto frikostigare kan försäkringen vara.

Den politiska dimensionen av sjukförsäkringen är viktig för hur systemet ser ut. Ett system som tillåter differentiering av avgifterna på olika

riskgrupper tenderar att göra försäkringen dyrare för till exempel kvinnor eller äldre medborgare. Politiskt råder relativt bred enighet om att en sådan selektering måste undvikas, även om priset samtidigt är att försäkringen därmed inte kommer att fungera effektivt.

Vårt förslag tar sikte på att lösa detta senare problem, det vill säga att öppna för möjligheten att differentiera avgiften samtidigt som riskpoolen ändå består av alla sjukförsäkrade i hela landet. Friskpengen tror vi alltså löser detta problem, och vi presenterar detta mer i detalj i kapitel 4. Nedan följer dock en djupare diskussion kring de teoretiska spörsmål som rests ovan.

3.2.2 Trygg, effektiv och enkel

Alla socialförsäkringar måste bedömas efter tre kriterier: trygghet, effektivitet och enkelhet. Bakom dessa övergripande begrepp döljer sig emellertid en rad mer konkreta kriterier. En kort påminnelse om de viktigaste krav som borde ställas på en socialförsäkring är ändå på sin plats, som upptakt inför den mer djupgående diskussionen.

Tre tabeller nedan sammanfattar de viktigaste kriterierna under de tre kategorierna trygghet, effektivitet och enkelhet. Trygghet inbegriper i vilken mån man kan lita på löften eller avtal i försäkringar. Offentliga socialförsäkringar kan aldrig ingå bindande avtal. Den som idag tror sig vara försäkrad i de offentliga systemen kan upptäcka att ersättningen är utsatt för framtida politiska majoritetens nycker. Änkepensionen är ett exempel, men också den breda nedskalningen av ersättningar till yngre och barnfamiljer under 1990-talets kris, just under en period när många drabbades av arbetslöshet.

Till trygghet hör också hur väl systemen försäkrar och underlättar uppbyggnad av reserver eller likviditet för oförutsedda händelser, samt hur socialförsäkringen slår fördelningspolitiskt. Även i det avseendet lämnar emellertid det nuvarande systemet mycket övrigt att önska. Vilken rättvisa finns i en försäkring som godtyckligt försäkrar beroende av precis när under livet man drabbas? Den som till exempel blir utslagen för resten av

livet under utbildningen får enbart socialbidrag därefter, medan den som precis hunnit börja arbeta och blir utslagen får en god ersättning resten av livet.

TRYGGHET

Säkerhet	Försäkringen borde vara pålitlig och finansiellt stabil. Ersättningen skall inte kunna skäras bort av tillfälliga majoriteter. Det skall inte finnas risk för konkurs.
Försäkring	Ersättningsnivån bör vara rimlig. Försäkringen bör vara tillgänglig för alla. Det bör vara möjligt att försäkra sig bättre för den som önskar.
Likviditet	Det är inte alltid bäst att försäkra sig för alla eventualiteter. Därför bör ett socialförsäkrings- och skattesystem också uppmuntra uppbyggnad av reserver för oförsäkrade tillfällen.
Fördelning	En rimlig fördelning bör finnas i systemet. En omfördelning bör ta hänsyn till hur livsinkomsten påverkas.

Effektivitet handlar i första hand om vilka incitament som finns i systemet, till exempel motiven för att arbeta, investera, eller rentav missbruka försäkringen? Det är på den punkten som våra nuvarande försäkringar förmodligen har sin svagaste länk.

Därtill kommer frågan om i vilken mån den försäkring som erbjuds passar olika människors behov. Andelen tillfälligt anställda ökar kraftigt. Närmare en femtedel av arbetskraften har tillfälliga eller osäkra anställningsförhållanden eller är företagare. För den som arbetar tillfälligt med avbrott fungerar inte a-kassa, eller blir en förlustaffär. Inte heller för företagare fungerar socialförsäkringar bra. Även frågan om huruvida försäkringarna passar olika människors värdering av riskerna hör hit. I vilken mån är det möjligt att välja försäkring enligt sin egen värdering av olika risker?

Slutligen hör också förvaltningskostnader till effektiviteten. Det är på den punkten som våra nuvarande försäkringar är starkast. Genom att erbjuda en obligatorisk standardlösning kan kostnader ofta pressas betydligt.

EFFEKTIVITET

Incitament	Marginaleffekter som skapar motiv att överutnyttja försäkringen bör vara låga.
Passar olika människor?	Försäkringen bör passa eller kunna anpassas till den enskildes situation.
Förvaltningskostnader	Förvaltningskostnader bör vara så låga som möjligt.

Slutligen avser kriteriet enkelhet hur lätt det är att byta arbetsgivare, land eller dylikt. Till enkelheten hör hur pass enkelt det är för den enskilde att förstå och överblicka försäkringen och att kommunicera med försäkringsgivaren.

ENKELHET

Portabilitet	Försäkringen bör lätt kunna bäras med till andra arbetsgivare och utlandet.
Lätt att hantera för den enskilde	Det skall vara lätt att förstå försäkringen, kommunicera med försäkringsgivaren och hävda sina rättigheter.

Varje inkomststöd kan sättas ihop av fyra byggstenar: bidrag, försäkringar, nominellt sparande och premiereservsparande. Principiellt kan konstateras att omfördelning mellan individer bör skötas med hjälp av bidrag, risker som individen själv inte kan påverka bör hanteras med hjälp av försäkringar, och omfördelning över livstiden bör skötas med hjälp av olika typer av sparande.

I praktiken är dessa principer emellertid svåra att använda. I alla socialförsäkringar förekommer nämligen risker såväl som behov av omfördelning mellan individer och omfördelning över livet.⁵⁶

⁵⁶ Ett till exempel på detta är arbetslöshetsförsäkringen. Förutom riskförsäkringen finns omfördelande inslag i a-kassan, exempelvis i form av ett lågt ersättningstak. Arbetslöshetsförsäkringen omfördelar också mellan livsperioder eftersom de flesta som får arbetslöshetsersättning är med och betalar a-kasseavgift under större delen av sitt liv. Närmast ett renodlat system är kanske pensionen, som i huvudsak är ett sparande. Även här finns dock betydande försäkrings- och omfördelande inslag.

Denna blandning av syften och medel i socialförsäkringarna innebär att träffsäkerheten blir låg. Ersättningen i a-kassan exempelvis är snarast för låg för den som vill försäkra sig mot genuin, långvarig arbetslöshet. Den är dock för hög för den som är arbetslös en kortare tid och kanske rentav arbetar svart i stället för att ta ett riktigt jobb. Den låga träffsäkerheten skapar också orimligheter mellan systemen. Är det till exempel försvarbart att en person som förebygger arbetslöshet genom att utbilda sig betalar själv (genom studielån), medan den som väntar in arbetslösheten får samma utbildning betald?

3.2.3 Allmän försäkringsteori

All försäkring, inte minst socialförsäkringen, medför problem och avvägningsfrågor. Den helt optimala lösningen existerar mycket sällan, en bra försäkring är en försäkring som på bästa möjliga sätt löser en rad problem utan att skapa alltför stora negativa effekter på andra områden. Vi menar att dagens sjuk- och arbetsskadeförsäkring inte är en optimal lösning. Den skapar onödigt stora problem med motiv till överutnyttjande eller missbruk (moral hazard) utan att vara bra ur ett trygghetsperspektiv. Den grundläggande tanken i denna rapport är att presentera en bättre lösning på de avvägningsproblem som finns mellan incitament för arbetstagare och arbetsgivare å ena sidan och trygghet och valfrihet å andra sidan. Vårt förslag hämtar sin näring ur modern försäkringsteori. De teoretiska utgångspunkterna presenteras i detta avsnitt.

I princip finns två skäl för offentliga ingrepp i den rena marknadsekonomi. Dels leder marknaden ibland (under vissa förutsättningar) inte till samhällsekonomiskt effektiva lösningar. Detta gäller då så kallade marknadsmislyckanden föreligger, i dessa fall finns det således pragmatiska skäl för offentliga ingripanden. Dels kan en helt oreglerad marknadsekonomi leda till en mycket ojämn fördelning av levnadsstandarden i vid bemärkelse. I detta fall finns ett mer ideologiskt motiverat fördelningspolitiskt motiv för offentliga ingripanden. Den absoluta merparten av det offentliga åtagandet i Sverige har detta motiv.⁵⁷

Försäkringsområdet är speciellt problematiskt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, vilket kommer att behandlas nedan. För det första är det oftast under inga omständigheter möjligt att skapa en optimal försäkring, varken med privata företag som konkurrerar på en marknad eller via en offentlig monopollösning.

För det andra tillkommer under vissa omständigheter problem som gör det speciellt svårt för den privata marknaden att fungera. Förenklat kan marknadsmisslyckanden i detta fall sägas handla om konkurrens. Det är alltså inte ägandeformen av själva försäkringsbolaget som är nyckelfrågan. Detta kan vara både privat och offentligt. Det som kan skapa problem är om det finns flera konkurrerande försäkringsbolag som försäkringstagare får välja mellan på en fri marknad. Mycket talar för att marknadsmisslyckanden inom försäkringsområdet framförallt förekommer på delar av socialförsäkringen. Detta innebär att offentliga ingrepp på socialförsäkringens område kan vara motiverade ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

I samhällsdebatten har detta resonemang tagits till intäkt för att det svenska socialförsäkringssystemet inte kan förändras i något avseende. I detta avsnitt kommer vi att argumentera för att detta är ett felaktigt synsätt i flera avseenden. Innan vi mer i detalj analyserar detta kan det vara motiverat att mer övergripande bemöta motståndet mot ökat inslag av marknad på socialförsäkringens område.

För det första bör inte endast extremfallen, en helt offentlig lösning inom ramen för dagens försäkringssystem respektive en fullständig marknadslösning, ställas mot varandra. Även om ett helt offentligt system i vissa fall lindrar de ovan nämnda problemen skapas andra problem som inte uppstår på en marknad.

Exempelvis har konkurrensens prispressande effekt som i fallet med försäkringar kan medföra lägre premier. Det finns även andra problem med helt offentliga lösningar. I litteraturen brukar man anta att offentlig försäkring finansieras med så kallade ”klumpsummeskatter” – det vill säga skat-

57 Se Bergström/Gidehag (2000) för en genomgång av detta.

ter som inte skapar problematiska skatteklivar. Så vet vi att verkligheten inte ser ut. Hela Västeuropa, med Sverige i spetsen, har under lång tid haft expanderande socialförsäkringssystem som finansierats med olika former av skatter, vilket lett till högt skattetryck i många länder och som i sin tur sannolikt givit lägre tillväxt.⁵⁸ Till detta kommer att ett helt obligatoriskt system, per definition, tvingar människor att teckna de försäkringar som riksdagen beslutat om. I de fall människor skulle vilja ha en mindre omfattande försäkring, sannolikt ofta i samband med olika former av extraarbeten och sidoinkomster, innebär den helt obligatoriska lösningen välfärdsförluster. Vi menar vidare att dagens utformning av sjuk- och arbetsskadeförsäkringen skapar onödiga incitamentsproblem. Eftersom arbetsgivare inte alls kan påverka sin premie blir incitamenten att skapa en god arbetsmiljö för att förebygga sjukdom och arbetsskador onödigt små.

Därför måste vinsterna av de obligatoriska systemen vägas mot nackdelarna. En optimal lösning av socialförsäkringsfrågan handlar, istället för någon av de två ovan nämnda extremfallen, om att försöka mildra de marknadsmislyckanden som finns men samtidigt dra nytta av de normala fördelar som finns med privata lösningar och konkurrens.

3.2.4 Vad är en optimal försäkring?

Som nämnts ovan kan rena marknadslösningar på socialförsäkringens område leda till icke optimala lösningar. Senare i detta avsnitt kommer vi att utveckla orsakerna till detta. Frågan om vad en optimal försäkring egentligen är blir därmed en viktig utgångspunkt för den vidare analysen.

Det första villkoret kan beskrivas på följande sätt. På en optimal försäkringsmarknad råder konkurrens varför försäkringsbolagens vinst blir noll, justerat för normal kapitalavkastning. Alternativt finns ett monopolföretag som styrs att sätta sina premier så att en sådan lösning uppnås.

Ett andra villkor för en optimal försäkring är att premierna är aktuellt korrekta. Detta innebär att den premie som försäkringstagaren beta-

⁵⁸ Se Fölster/Henreksson (2001) för ett omfattande empiriskt arbete med sambandet mellan skatter och tillväxt.

lar till försäkringsbolaget exakt skall motsvara den förväntade utbetalningen till försäkringstagaren. Om till exempel sannolikheten att bli långvarigt sjuk (ett helt år) är 1 på 2.000 varje år och kostnaden för utebliven lön är 280.000 kronor, skall premien försäkringstagaren betalar vara 140 kronor per år.⁵⁹ Detta inses lätt på följande sätt. Om 2.000 löntagare betalar in 140 kronor var i premie kommer detta att ge försäkringsbolaget 280.000 kronor – vilket till exempel räcker för att täcka kostaden för den enda av de 2.000 försäkringstagare som kan förväntas drabbas av en lång sjukfrånvaro (sannolikheten var ju 1 på 2.000).

Följande enkla modell kan illustrera tanken med optimal försäkring och fördelarna med en fungerande försäkringsmarknad.

Antag ett samhälle med endast 100 individer, de lever i en period. Dessa har endast en inkomst från samhällets enda företag. Alla tjänar 100 kronor under denna enda period av levnad. Alla löper fem procents risk att bli sjuk. Att bli sjuk kostar 50 kronor, således en stor välfärdsförlust eftersom det motsvarar halva inkomsten.

VARIANT 1, UTAN FÖRSÄKRING

I detta samhälle kommer 95 personer att ha 100 kronor. Fem personer kommer endast att ha 50 kronor eftersom dessa drabbats av sjukdom.

VARIANT 2, MED OPTIMAL FÖRSÄKRING

Under antagande om att individer är riskaverta, det vill säga gärna undviker risk, kommer samhället ovan inte att vara en optimal lösning. Det skulle därmed innebära en välfärdsförbättring om risken att bli sjuk kunde försäkras bort.

I en optimal försäkring skall premien sättas lika med det förväntade utbetalningen. $P = pf$, där P = premien, p = sannolikheten att drabbas av en olycka och f är den ersättning som försäkringsbolaget betalar om olyckan inträffar. Dessutom skall, i det optimala fallet, f vara lika med den totala kostnaden för en olycka.

I detta fall innebär det att premien som var och en av de 100 individerna skall betala är $0,05 \cdot 50$ kronor = 2,5 kronor.

Detta innebär att försäkringsbolaget får in $100 \cdot 2,5$ kronor = 250 kronor. Eftersom sannolikheten är fem procent att bli sjuk kommer fem av de hundra personerna att bli sjuka. De 250 kronorna som försäkringsbolaget förfogar över kan därmed delas jämt på dessa fem De fem sjuka får 50 kronor var av försäkringsbolaget, det vill säga full kostnadstäckning.

DÄRMED GÄLLER:

En frisk individ kommer att ha $100 - 2,5$ (premien) = 97,5 kronor att leva av.

En sjuk individ kommer att ha $100 - 2,5$ (premien) – 50 (kostnaden för att bli sjuk) + 50 (ersättningen från försäkringsbolaget) = 97,5 kronor att leva av.

Det vill säga med en optimal försäkring kommer varje individ i detta enkla modellsamhälle att ha samma inkomst oavsett om de drabbas av sjukdom eller inte.

Ett tredje kriterium för en optimal försäkring är att försäkringstagaren skall kunna försäkra sig mot hela risken. Det vill säga i fallet ovan skall öntagarna verkligen få 280.000 i det fall de blir långtidssjuka, som är den totala kostnaden för detta. Ju lägre del av kostnaden för en olycka som går att försäkra desto större välfärdsförlust.⁶⁰

3.2.5 *Moral hazard*

Den optimala försäkringslösning som skisserats ovan vilar på två viktiga antaganden som hittills inte berörts. Det ena antagandet, som skall behandlas i detta avsnitt, är att sannolikheten att drabbas av en olycka inte kan påverkas av försäkringstagaren och att dennes beteende i sin tur inte påverkas av att en försäkring tecknas.

I själva verket gäller detta antagande mycket sällan i verkligheten. Många risker är påverkbara, inte minst inom socialförsäkringens område. I dag finns exempelvis mängder av information om hur olika kost- och motionsvanor, eller rökning, påverkar vår hälsa. Det vill säga, många vet hur deras beteende påverkar hälsan. Dessutom förändras i många fall människors vilja att undvika risker när en försäkring väl tecknats. Detta benämns i den ekonomiska litteraturen som att människors incitament förändras.

Den ursprungliga teorin om moral hazard behandlar just hur människors beteende ändras när deras handlingar helt, eller delvis, bekostas av andra. Vilket är just vad en försäkring går ut på.⁶¹

I praktiken innebär detta att den helt optimala försäkringen mycket sällan existerar. Eftersom individers beteende förändras då kostnaden för ett riskfyllt beteende reduceras kommer själva inrättandet av försäkringen att påverka sannolikheten för en olycka att inträffa. Därmed ökar premien. Förenklat kan detta beskrivas som att individer kommer att öka sitt riskbeteende vilket tvingar försäkringsbolagen att höja premierna. Detta innebär i sin tur att onödigt mycket resurser kommer att förbrukas till försäkring.

59 1/2000 gånger 280.000.

60 Se Cutler/Zeckhauser (1999) för en formell genomgång av optimal försäkring.

61 Arrow (1965).

I termer av vår enkla modell innebär detta att detta läge 2 aldrig kan existera. När samhället går över från variant 1 utan försäkring till variant 2 med försäkring ändas riskbeteendet. Antag att sannolikheten att bli sjuk ökar från fem till tio procent, så att $p = 0,1$. Den nya premien kommer att baseras på den nya sannolikheten och samtliga kommer nu att betala $P = fp =$ fem kronor i premie, dvs. levnadsstandarden för individerna faller till 95 kronor.

Detta problem existerar oavsett om försäkringen ordnas privat på en marknad eller som en obligatorisk offentlig försäkring. Det existerar också oavsett tillgång på information.

I det fall det råder perfekt information händer just det ovan nämnda. Alla försäkringstagare får teckna en försäkring som ger fullt skydd med en aktuariemässigt riktig premie. Men premien blir högre eftersom sannolikheten att drabbas av en olycka nu är högre.

I det fall försäkringsbolaget inte har perfekt information om hur försäkringstagaren ändrar sitt beteende kommer försäkringskontraktet att utformas så att försäkringstagaren ändrar sitt beteende och blir mindre riskbenägen. Detta löses genom att låta försäkringstagaren teckna en försäkring som inte ger fullt skydd. Det vill säga ett av kriterierna för en optimal försäkring kan inte uppfyllas som en följd av moral hazard.⁶²

Det senare fallet, då försäkringsbolaget inte har perfekt information om hur en försäkring påverkar försäkringstagarens beteende, är det vanligaste och löses rent praktiskt genom att försäkringen förses med en självrisk. I fallet med obligatorisk offentlig socialförsäkring vet ofta försäkringsgivaren något om hur människors riskbeteende ändras. Åtminstone kvalitativt. Detta leder till att det oftast existerar en självrisk

62 Se Gravelle/Rees (1992) för en formell genomgång av detta.

63 Cutler/Zeckhauser (1999).

64 En alltmer debatterad och utredd fråga i detta sammanhang är olika former kontobaserad socialförsäkring, i den mest omfattande varianten benämnd välfärdskonton. En av huvudprinciperna med denna form av försäkring är just en effektivare lösning på ovan nämnda avvägningsproblem. Med ett välfärdskontosystem kan självriskerna göras höga, men eftersom denna kan spridas ut i tiden med hjälp av kontot kan detta ske utan att försäkringstagarna drabbas av likviditetsproblem. I själva verket kan självriskerna göras mångdubbelt större utan att människor som drabbas av olyckor upplever akuta ekonomiska problem. Se SAF (1998) för en omfattande utredning av denna fråga samt Fölster/Trofimov (1999) för en teoretisk genomgång av hur moral hazard kan reduceras med välfärdskonton.

för att minska välfärdsförlusterna av alltför höga premier som en fullskyddsförsäkring skulle innebära.

Förekomsten av moral hazard skapar således ett avvägningsproblem mellan människors vilja och behov av ett bra skydd vid olycka å ena sidan – och behov av att skapa goda incitament för att reducera välfärdsförluster av för höga premier å andra sidan.^{63,64}

Det så kallade moral hazard-problemet är särskilt påtagligt eftersom redan begreppet sjukdom förblir något nebulös i lagstiftningen.

3.2.6 *Adverse selection*

Ett ytterligare viktigt antagande bakom den samhällsekonomiskt optimala försäkringen är att försäkringsbolaget känner till sannolikheten för olika grupper att drabbas av en olycka och därmed kan sätta rätt nivå på premien. På vissa försäkringsmarknader gäller inte detta. Istället föreligger så kallad asymmetrisk information. Försäkringstagarna vet mer om sin risksituation än försäkringsbolaget. Ofta har detta antagits gälla på socialförsäkringens område, inte minst inom sjukförsäkring och sjukvårdsförsäkring. Problemet går under benämningen *adverse selection* i försäkringslitteraturen.

Om en grupp försäkringstagare består av flera undergrupper med sinsemellan olika risk att drabbas av en olycka måste försäkringsbolaget försöka upprätta separata kontrakt med respektive grupp. I detta fall kommer konkurrerande försäkringsbolag på en marknad i bästa fall att kunna erbjuda en försäkring som inte är optimal. I sämsta fall kommer marknaden inte att kunna erbjuda en försäkring överhuvud taget. För att beskriva dessa båda scenarier arbetar vi nedan med ett enkelt fall där försäkringstagare går att dela in i två undergrupper, en högriskgrupp och en lågriskgrupp.

Om försäkringsbolaget erbjuder en försäkring som baseras på den genomsnittliga risken kommer detta kontrakt att framstå som mycket gynnsamt för högriskgruppen eftersom denna får betala en premie som är lägre än den förväntade utbetalningen. Men för lågriskgruppen kom-

mer kontraktet att framstå som ogynnsamt eftersom premien på motsvarande sätt blir högre än den förväntade utbetalningen. På en fri marknad kommer därför endast högriskgruppen att teckna försäkringen vilket driver försäkringsbolaget i konkurs då premien är för lågt satt.

Av denna anledning måste en lösning i fallet med adverse selection innefatta någon form av separata kontrakt med respektive grupp – om försäkringen löses på en marknad.

I fallet med vår tidigare modell kan adverse selection och omöjligheten i poolade kontrakt enkelt beskrivas på följande sätt. Antag att 50 av de 100 personerna liksom tidigare löper 5 procents risken att bli sjuka. Kalla denna grupp för lågriskgruppen. För de övriga 50 gäller istället att risken att bli sjuk är 10 procent, kalla denna grupp för högriskgruppen.

För högriskgruppen blir en korrekt premie $P = 0,1 \cdot 50 \text{ kronor} = 5 \text{ kronor}$.

För lågriskgruppen blir premien $P = 0,05 \cdot 50 = 2,5 \text{ kronor}$.

Eftersom försäkringsbolaget inte vet vilka individer som tillhör resp. grupp kommer de att sätta en genomsnittspremie om 3,75 kronor. Men eftersom detta blir en för hög premie för lågriskgruppen kommer endast högriskgruppen att teckna detta kontrakt.

Detta innebär att försäkringsbolaget får in $50 \cdot 3,75 = 187,5 \text{ kronor}$. Men kostnaden för utbetalningar kommer att bli $5 \cdot 50 = 250 \text{ kronor}$. (10 procent av de 50 i högriskgruppen kommer att drabbas av sjukdom, vilket kostar 50 kronor per styck). Försäkringsbolaget kommer därmed att gå i konkurs. Under adverse selection fungerar inte poolade kontrakt på en marknad.

Vidare gäller att på en fri marknad kommer kontrakt med de två grupperna var för sig (separata kontrakt) endast under vissa förutsättningar att fungera. Detta beror i sin tur på proportionerna mellan hög- och lågriskpersoner.

I de fall den privata marknaden lyckas skapa stabila och separerade kontrakt gäller att försäkringen inte blir optimal. Detta beror på att kontraktet för lågriskgruppen måste göras icke attraktivt för högriskgruppen. Annars kommer ju högriskgruppen, som beskrivits ovan, att välja kontraktet för lågriskgruppen vilket driver försäkringsbolagen i konkurs. Högriskgruppen kan självselekteras från lågriskgruppens kontrakt genom att införa en självrisk för lågriskgruppen. Detta innebär i sin tur att denna

inte kommer att kunna försäkra sig mot hela förlusten varför lösningen inte blir optimal. Vidare måste självriskerna vara tillräckligt stora för att

I Här skall vi illustrera tanken med separerade men ej optimala kontrakt. Utgå från förhållandena i rutan ovan. På en fri marknad skulle försäkringsbolag kunna testa sig fram till ett separerat kontrakt. I själva verket måste de testa sig fram eftersom de inte har information om vilka som tillhör låg- respektive högriskgruppen.

Den förväntade nyttan för högriskgruppen av lågriskgruppens kontrakt kan skrivas:

$$0,9(100 - 2,5) + 0,1(100 - 2,5 - 50 + 50) = 97,5 \text{ kronor.}$$

Den förväntade nyttan för högriskgruppen att teckna sitt eget kontrakt blir istället:

$$0,9(100 - 5) + 0,1(100 - 5 - 50 + 50) = 95 \text{ kronor.}$$

Frågan är nu hur mycket lågriskgruppens kontrakt måste modifieras för att inte attrahera högriskgruppen.

Lösningen fås via följande ekvation:

$$0,9(100 - 2,5) + 0,1(100 - 2,5 - 50 + X) \leftarrow 0,9(100 - 5) + 0,1(100 - 5 - 50 + 50).$$

högriskgruppen inte skall tjäna på att välja lågriskgruppens kontrakt. Sammantaget innebär detta att förekomsten av adverse selection medför att det på en fri marknad inte kan skapas samhällsekonomiskt optimala försäkringar. Poolade kontrakt kommer inte att fungera. I de fall separata kontrakt med respektive grupp kan förekomma blir lösningen inte samhällsekonomiskt optimal eftersom lågriskgruppen måste subventionera högriskgruppen via ett sämre försäkringsskydd.

3.2.7 Hur ser det teoretiska problemet ut i praktiken?

En allt vanligare uppfattning i litteraturen är att problemet med adverse selection trots allt inte är så vanligt. Samt att då det förekommer är problemet av mindre natur.⁶⁵

På de flesta områden inom socialförsäkringen råder förhållandevis bra information. Det gäller socialförsäkringen i allmänhet och sjukförsäkringen i synnerhet. Trots allt är det i många fall enkelt för försäkringsbolag att bilda sig en uppfattning med hjälp av historiska utfall om hur stor risk olika grupper löper att bli sjuka, eller arbetslösa. Dessutom kommer

⁶⁵ Se tex Pestieau (2001) eller Cutler/Zechhauser (2000).

informationen på framför allt hälsoområdet att bli allt bättre med hjälp av DNA-teknik. I detta, inte alltför avlägsna, scenario kan försäkringsbolag få bättre information om sjukdomsrisker än försäkringstagarna själva. Sannolikt kommer informationen på sjukvårdsförsäkringens område att vara betydligt bättre än till exempel för traditionell trafikförsäkring.

Ofta fungerar privat sjukförsäkring dessutom (både för vård och ersättning för inkomstbortfall) som en årlig försäkring. Detta innebär att man försäkras sig för den riskgrupp man tillhör i en aktuell tidpunkt. Vid sjukdom stiger premien kommande år.

Det är således ofta möjligt att försäkra sig givet den riskgrupp man faktiskt tillhör. Men självklart vill sjuka människor försäkra sig mot att hamna i en högriskgrupp. Något som en helt privat lösning oftast inte kan erbjuda.⁶⁶

Detta innebär att marknaden många gånger skulle kunna erbjuda separata kontrakt med olika riskgrupper. Men detta skulle ske till mycket varierande premier. För vissa grupper skulle premierna bli så höga att det knappast skulle kunna beskrivas som en försäkring.

I princip finns två fördelningsproblem i detta sammanhang. För det första uppstår i ett helt marknadsbaserat system, som ovan nämnts, mycket olika premier. På detta område löser en offentlig inblandning ett problem med riskutjämning. Risker mellan olika grupper kan jämnas ut och premierna sätts mer lika oberoende av vilken riskgrupp en individ tillhör. För det andra finns ett fördelningsproblem i och med att vissa grupper, eller individer, har så låga inkomster att de inte har råd att betala ens en låg premie. Ett offentligt försäkringssystem löser även detta fördelningsproblem eftersom premierna betalas via skattemedel.

Detta skapar ett motiv av fördelningspolitisk natur för det offentliga att ingripa för att ge grupper med hög risk rimliga försäkringar.

På ett mer filosofiskt plan kan detta beskrivas inom ramen för Rawls rättviseteori. Bakom okunnighetens slöja, när individer inte vet om de kommer att tillhöra de sjuka eller friska, är det rimligt att anta att alla

⁶⁶ Se Cutler/Zeckhauser (200).

skulle vilja ha ett bra skydd mot risken att till exempel bli långvarigt och svårt sjuk. Dessutom att de, oavsett inkomst, skulle ha möjlighet att erhålla en sådan försäkring.

Vi anser således att det finns ett starkt motiv för det offentliga att erbjuda en lösning på detta fördelningsproblem genom att agera riskutjämnare inom de flesta av socialförsäkringens områden i allmänhet och för sjukförsäkringen (både vård och inkomstbortfall) i synnerhet.⁶⁷

Detta innebär i själva verket att väsentliga delar av den offentliga inblandningen i socialförsäkringar har ett fördelningspolitiskt motiv. Offentliga försäkringar kan erbjuda en betydande riskutjämning mellan grupper i samhället med väsentligt olika risk att till exempel bli sjuka.

Sammanfattningsvis menar vi att detta, inte problemet med adverse selection, är den avgörande frågan för huruvida sjukförsäkringen bör var helt privat eller innefatta betydande inslag av offentlig inblandning. Vi anser vidare, som nämnts ovan, att det finns ett viktigt fördelningspolitiskt motiv för staten att vara riskutjämnare. Men detta innebär inte att social- och sjukförsäkringen måste lösas på exakt det sätt som sker idag.

3.2.8 Teorins implikationer för vårt förslag

Det problem av mer teoretisk natur vi har att hantera inom ramen för vårt förslag kan sammanfattningsvis sägas vara moral hazard och ett fördelningsproblem som bottnar i att människor löper väsentligt olika risk att bli sjuka eller arbetsskadade. Problemet med moral hazard uppstår för både arbetsgivare och arbetstagare. Arbetstagare har små incitament att påverka sin sjukdomsrisk. Incitamenten för arbetsgivare att skapa en god och hälsobefrämjande arbetsmiljö skulle också kunna förbättras med ett system där premien gick att påverka.

I viss mån kan det även existera inslag av adverse selection – men vi bedömer dessa problem vara av mindre betydelse. Framförallt i ett längre tidsperspektiv.

⁶⁷ Se Gidehag (2000) för en resonemang om Rawls och en liberal rättvisesyn

⁶⁸ Se Cutler/Zeckhauser (2000).

En annan viktig utgångspunkt för vårt reformförslag är att samtidigt som de ovan nämnda problemen måste lösas bör fördelarna med konkurrens, valfrihet och marknad utnyttjas så mycket som möjligt.

Som ett viktig exempel kan nämnas en reform som genomfördes för de anställda på Harvard-universitetet. Ledningen beslutade att gå över från ett gemensamt och kollektiv system där alla anställda knöts till samma sjukförsäkring till ett system med konkurrerande sjukförsäkringslösningar. När reformen i efterhand utvärderades av ekonomer visade det sig att välfärdsvinsterna av pressade premier övervägde förlusterna av ett ökat inslag av adverse selection.⁶⁸

En allmän och schematisk lösning skulle kunna vara en privat marknad med konkurrerande försäkringsbolag som erbjuder olika sjukförsäkringslösningar. Detta garanterar valfrihet och konkurrens. Parallellt med detta organiserar staten en obligatorisk riskutjämning definierat enligt fördelningspolitiska målsättningar, griper det offentliga in och betalar hela eller delar av premien.

Mer i detalj har vi i vårt förslag löst den offentliga premieförsäkringen genom att staten, via försäkringskassan, sätter villkoren för försäkringen. Det vill säga de konkurrerande försäkringsbolagen kan endast erbjuda lösningar inom vissa ramar. I princip innebär dessa ramar att arbetstagarer måste garanteras samma sjukdomsskydd som i det offentliga systemet.

Det normala sättet att hantera moral hazard är som tidigare behandlats att införa en självrisk i försäkringen. Detta förhållande ändras inte med vårt förslag – en självrisk kommer att finnas även med vår reform. Men till självriskan tillfogas en kompletterande komponent för att minska problemen med moral hazard. Arbetsgivare vars personal är mindre sjuka och arbetsskadade än andra kommer att erbjudas mer attraktiva försäkringar.

Detta sker i vårt förslag – som senare kommer att behandlas – genom att arbetsgivare kan teckna privata försäkringar istället för den vanliga offentliga. I gengäld betalas en friskpeng. Friskpengen beräknas på basis av den riskgrupp som arbetar på den aktuella arbetsplatsen. En arbetsgi-

vare med förhållandevis stor risk för sjukfrånvaro kommer att få en större friskpeng än en arbetsgivare med mindre genomsnittlig risk. Hur stor friskpeng som medges beräknas av Riksförsäkringsverket med hjälp av en försäkringsnyckel som bygger på försäkringsmässiga principer. Detta innebär i sin tur att friskpengen i samtliga fall blir tillräckligt stor för att betala den premie som det privata bolaget erbjuder.

Efter en tid kan nedsättningen av arbetsgivaravgiften bli större än den premie företaget erlägger till det privata försäkringsbolaget. Detta kommer att inträffa om arbetsgivaren och de anställda lyckas minska sin sjukdomsrisk genom diverse förebyggande åtgärder. Eftersom detta kan bli en lönsam affär för de arbetsgivare som skapar en bra arbetsmiljö och som därigenom minskar sjukfrånvaro och arbetsskador minskar problemen med moral hazard. Incitamenten att förebygga sjukdom förstärks. Sammantaget innebär också de offentligt givna ramarna med styrning av försäkringsvillkor och nyckeln för att beräkning av arbetsgivaravgiftens storlek att fördelningsproblematiken helt löses. Detta gäller både problemet med riskutjämning och möjlighet att betala premier med låga inkomster.

Mot bakgrund av teorin ovan vill vi peka på ytterligare välfärdsförbättringar med vår reform. Det nya sjukförsäkringssystemet som vi föreslår innebär ökad flexibilitet för den enskilde att välja sjukförsäkringsgrad. Den som så önskar behöver endast försäkra sig upp till 70 procent av inkomsten. Detta innebär en viss ökad möjlighet för de grupper som exempelvis har extrainkomster att undanta dessa från sjukförsäkringen. De grupper som väljer denna, något lägre försäkringsgrad, kommer vidare att få starkare incitament att förbättra sin hälsa. Även detta element av vår reform kommer att bidra till att reducera problemen med moral hazard.

3.3 Exempel från andra länder.⁶⁹

3.3.1 Olika modeller

De senaste offentliga utredningarna har studerat olika modeller för hur sjukförsäkringen och rehabiliteringen ser ut i olika länder. I SOU 2000:78

delas försäkringssystemen upp i tre olika modeller, även om utredaren inte finner att man kan dra några slutsatser om vilken modell som är att föredra:

- Arbetsgivarmodellen (Nederländerna, New South Wales i Australien och Kalifornien).
- Avtalsmodellen (Frankrike, Spanien och Tyskland).
- Offentliga modellen (Danmark, Finland, Norge och Storbritannien).

Under 1990-talet har modellerna varit föremål för omprövning och debatt i många av dessa länder. Hur de politiska systemen i samspel med institutioner och särintressen i olika länder hanterat en omvandling av socialförsäkringsmodeller och resulterat i förändringsprocesser har beskrivits av Tommy Möller i *Att lyckas med välfärdsreformer* (Reforminstitutet 2001).

Kortfattat kan sägas att arbetsgivarmodellen har valts i länder där reformbehovet varit starkt och där förändringen också vunnit gehör. Avtalsmodellen har varit svårare att förändra, vilket inte minst utvecklingen i Italien, men också den i Frankrike, pekar på. Slutligen har den offentliga modellen i första hand kännetecknats av en vilja att förändra för att bevara.

I arbetsgivarmodellen har arbetsgivarna det finansiella och organisatoriska ansvaret för försäkringarna. I Kalifornien finns en möjlighet för arbetsgivaren att välja en frivillig privatiserad försäkring (voluntary plan) på arbetsplatsen som ersätter den statliga försäkringen. Inrättandet av den frivilliga planen skall ske i samförstånd mellan arbetsgivaren och en majoritet av anställda. Den frivilliga försäkringen får inte innebära högre avgifter för de anställda och måste vara minst lika förmånlig som den statliga försäkringen. Anställda på en arbetsplats som har inrättat en fri-

69 En mer omfattande genomgång av försäkringsmodeller i andra länder återfinns i Rehabilitering till arbete – En reform med individen i centrum (SOU 2000:78) samt i Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121).

villig ersättningsplan har fortfarande möjlighet att välja den statliga försäkringen. Nederländerna har valt en modell som genom lagstiftning kräver att arbetsgivaren erbjuder en försäkring på en viss nivå, men också tillhandahållande av bl.a. företagshälsovård.

Arbetsmarknadens parter hanterar försäkringsfrågor i avtalsmodellen. I det tyska systemet kopplas ersättningar, kvalifikationsvillkor och sådant till branscher. Systemen administreras huvudsakligen av facken och arbetsgivarna, och rätten till ersättning kopplas vanligtvis till arbete och inbetalda avgifter. I stort sett alla är obligatoriskt försäkrade. Valet av sjukförsäkring är fritt, och efter valet så binds den försäkrade till den kassan i minst ett år. Det finns ingen automatisk rätt till rehabilitering i Tyskland. I normalfallet är rätten till rehabilitering kopplad till pensionsorganen, och för att en arbetstagare skall ha rätt till rehabilitering krävs att kvalifikationstid⁷⁰ är uppfylld. Pensionsorganen kan kräva att den som söker pension måste genomgå rehabilitering, och en rehabiliteringsutredning är det lägsta kravet för att komma ifråga för pensionsbedömning. Den som inte medverkar i rehabilitering får inte rätt till förtidspension.

Den offentliga modellen känner vi igen från Sverige. Modellvalet är dock skiljaktigt mellan de olika länderna; man skiljer mellan grundskyddsmodellen och standardskyddsmodellen. Det är i Storbritannien som det offentliga systemet ersätter försäkringstagare enligt grundskydd, det vill säga lika belopp för alla. I de nordiska länderna är ersättningen kopplad till inkomsten. Standardskyddet benämns ofta i Sverige som inkomstbortfallsprincipen.

I Danmark är arbetsgivarperioden 2 veckor, och efter det träder det

70 En mer omfattande genomgång av försäkringsmodeller i andra länder återfinns i Rehabilitering till arbete – En reform med individen i centrum (SOU 2000:78) samt i Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121).

71 Staten tar delvis ett finansieringsansvar för de utgifter som kommunerna har för sjukpenning och förtidspension m.m. För längre sjukfall har dock kommunen ensamt det största finansieringsansvaret. Finansiering sker via kommunalskatten.

72 I Danmark finns en officiell lista över de arbetssjukdomar som försäkringen omfattar

offentliga in och betalar sjukpenning. Ersättningen uppgår maximalt till motsvarande 169 000 svenska kronor i årsinkomst (drygt 14 000 kronor i månaden) och betalas med 100 procent upp till denna inkomst. Någon karenstid förekommer ej. Kommunerna⁷¹ hanterar sjukförsäkringen i det danska systemet, och det är på denna nivå som ansvaret för att driva rehabiliteringsarbetet återfinns. Offentliga arbetsgivare betalar till 100 procent sjukfrånvaron, och ingår således inte i det kommunala sjukförsäkringssystemet. Förtidspensionen utbetalas också av kommunen, och man har möjlighet att bli förtidspensionerad på medicinska eller sociala grunder efter uppnådda 18 års ålder. Förtidspension betalas inte till den som råkat ut för arbetsolycka eller arbetssjukdom.⁷² Ersättning för sådana skador regleras i en fristående obligatorisk försäkring som arbetsgivarna betalar premien för. En kampanj startades 1994 för att öka arbetsgivarnas ansvar för förebyggande av ohälsa, och till detta kopplades vissa subventioner för att öka samarbetet mellan läkare, kommuner och arbetsgivare.

I sin finansplan lade man fram förslag om höjda arbetsmiljöavgifter som samtidigt kopplades till ett certifieringssystem som kombinerades med en avgiftsnedläggning för företag som arbetar aktivt med arbetsmiljön och därmed certifieras. Debatten om hur träffsäker och framgångsrik metoden är pågår för närvarande.

3.3.2 Aktiv konkurrenspolitik krävs för framgång med privata försäkringar

Trots de starka argumenten för mer individanpassade socialförsäkringar finns emellertid ett behov av noga utformade spelregler. Detta är i sig inget anmärkningsvärt. Även kapitalmarknader och börser lyder till exempel under ett välutvecklat regelverk som går långt utöver den allmänna konkurrenslagstiftningen, men som ändå uppfattas vara konkurrensfrämjande snarare än konkurrenshämmande.

CAT STANDARDS – FÖRSÖK TILL KONSUMENTHJÄLP

Tony Blairs försök att skapa frivilliga gruppförsäkringar heter ”stakeholders pensions” och är en central del av den brittiska regeringens pensionspolitik. Regeringen bestämmer ett antal kriterier – viktigast av dem att de samlade avgifterna inte får överstiga en procent av tillgångsvärdet per år. De försäkringsbolag som vill får sedan använda sig av kvalitetsstämpeln.

Detta är ett försök att mer allmänt utveckla så kallade CAT standarder (Charge, Access, Terms) som en slags kvalitetsstämpel eller allmän tillgänglig gruppförsäkring för finansiella tjänster. En liknande standard utvecklas också för exempelvis huslån.

Bland de aspekter som måste beaktas är att valfrihet bland försäkringar ibland leder till individuell rådgivning och då har också förvaltningskostnaden en tendens att öka kraftigt. På privata försäkringsmarknader har det ibland funnits en tendens till för litet utbud av standardiserade produkter med låga förvaltningskostnader (till exempel indexfonder). Detta är emellertid inget skäl till att använda sig av offentliga socialförsäkringar. Det är inte svårt att påverka marknaden för att säkerställa ett gott utbud. Ett exempel är de allmänt tillgängliga gruppförsäkringar som Tony Blairs regering förhandlat fram (se rutan ovan).

Även andra aktörer erbjuder naturligtvis den typen av gruppförsäkring. Ett exempel är SACO:s arbetslöshetsförsäkring.

4. VÅRA FÖRSLAG

4.1 Inledning

En trygg sjukförsäkring åstadkommer mycket mer än att enbart ersätta ett inkomstbortfall orsakad av sjukdom. En trygg sjukförsäkring skapar förutsättningar för att förebygga och rehabilitera onödig sjukfrånvaro. En omfattande forskning som redovisats i tidigare kapitel visar att mycket sjukfrånvaro och mänskligt lidande kan förebyggas med målinriktade insatser. Dessa insatser lyser idag allt för ofta med sin frånvaro.

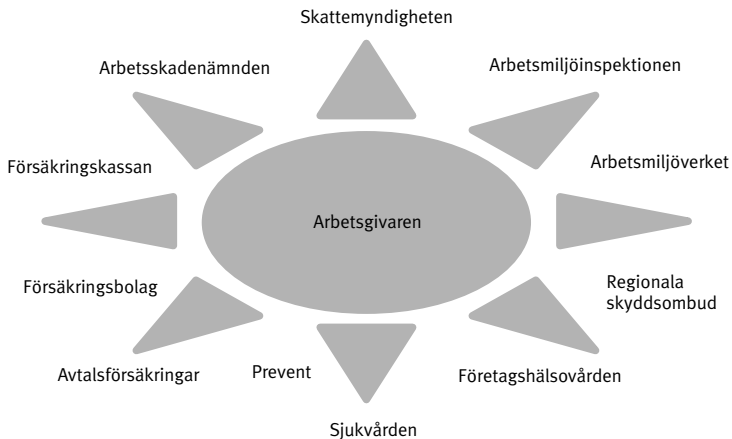
Man skulle kunna hävda att de offentligt styrda och finansierade rehabiliteringsinsatserna kan byggas ut och spridas även till privat verksamhet. Hittills finns dock föga tecken på att ett offentligt ansvar framgångsrikt kan klara en sådan uppgift. I kapitel 2 visades att försöken att reformera den offentligt styrda rehabiliteringen pågått i flera decennier, men ändå inte lett till framgång. Mest talande är kanske att missnöje med arbetsplatsen, som ofta föregår sjukskrivning, är högst inom offentliga verksamheter. Redan detta indikerar att politiskt uttalade ambitioner att minska sjukdom inte lätt översätts i en fungerande offentlig verksamhet som uppnår målet.

4.2 Förslagets grund

Den anställda själv och arbetsgivaren spelar nyckelroller i ett framgångsrikt förebyggande- och rehabiliteringsarbete. En anledning till detta är att dessa två parter vet vilka förutsättningar den enskilda människan har för att klara olika arbetsuppgifter samt vilka behov av förebyggande eller rehabiliteringsinsatser individen har och hur de kan passas in i en fungerande vardag.⁷³ Detta innebär självfallet inte att arbetsgivaren skall kunna tvinga en anställd att vara kvar på jobbet trots sjukdom.

Därför är det osannolikt att en bättre myndighetsutövning i sig bär tillräckligt långt. Det finns argument för en starkare och mer handlingskraftig sjukförsäkring av det slag som framförts i Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (SOU 2000:78). Men i slutändan har även en sådan myndighet ett mycket begränsat handlingsutrymme om inte individen själv och arbetsgivaren får större motiv och utrymme. En viktig och avgörande utgångspunkt för reform är att åstadkomma nödvändig samordning av alla de insatser som kan vara aktuella i förebyggande av sjukfrånvaro och i rehabiliteringsarbetet. Figuren nedan illustrerar de problem som arbetsgivaren och därmed även arbetstagaren möter idag.

FIGUR 1 *Många inblandade i dagens sjukförsäkring.*



På flera områden, som legat inom de offentliga domäner, har motsvarande problem under senare tid lett till krav att låta privat verksamhet konkurrera med offentlig. Friskolor har tillåtits med hjälp av skolpengen och studier har visat att friskolereformen har haft en positiv effekt på kringliggande kommunala skolor, och att friskolor är kraftigt överrepresenterade bland skolor där elever lär sig mest. I flera länder, nu allt mer också i Sverige, används en s.k. äldreomsorgspeng.

I dessa system utgår en skattefinansierad peng till den aktör som utför en tjänst. Den aktuella frågeställningen är hantering av sjukfrånvaro – att ersätta inkomstbortfall och att rehabilitera – enbart en del av tjänsten. Det viktigaste kanske är att det är arbetsgivaren som kan skapa förutsättningar för att förebygga eller rehabilitera sjukdom.⁷⁴ Även vid sjukdom som har sin orsak utanför arbetsplatsen har den anställde och arbetsgivaren bättre förutsättningar att hitta passande arbetsuppgifter än någon annan aktör. Den viktigaste tjänsten som skall utföras är således att behålla friska medarbetare friska. Av den anledningen bär det pengsystem som vi utvecklar benämningen friskpeng.

Införandet av en friskpeng väcker ungefär samma frågor som införandet av andra pengsystem, som till exempel skolpengen, och en friskpeng kräver ungefär samma typ av regelverk som övriga pengsystem för att garantera alla lika möjligheter – i detta fall – att kunna bli försäkrad. En friskpeng är inte ett oprövat kort, utan system med denna inriktning finns i en rad länder, vilket beskrivits tidigare.

I grova drag ger en friskpeng en aktör möjlighet att ta ansvar för samtliga sjukdomsrelaterade kostnader. Aktören kan vara arbetsgivare, försäkringsbolag, hälsoföretag eller arbetsgivaren tillsammans med de anställda.⁷⁵ I gengäld får aktören en friskpeng. Beskrivningen nedan fokuserar på det

73 Gerhard Larsson skriver i Rehabiliteringsutredningen (SOU 2000:78): "En bättre och mer förebyggande ordning hade varit att låta avgiften variera per arbetsgivare enligt modell 3 i diskussionspromemorian. Jag fick dock inte tillräckligt stöd för detta i remissvaren."

74 Professor Juhani Ilmarinen har till exempel i olika studier visat betydelsen av arbetsgivarens insatser för att hindra att människor hamnar i den onda spiral som till slut leder till förtidspension.

75 I det fortsatta utgår vi från att aktören är en arbetsgivare. Principiellt uppstår dock inga skillnader mellan de olika aktörerna, men för att underlätta har vi valt att exemplifiera aktören med en arbetsgivare.

fall där arbetsgivaren väljer att själv vara mottagare av friskpengen. Vi vill dock understryka att vi ser en utveckling framför oss där det blir lika vanligt att de anställda väljer att vara delaktiga som mottagare av friskpengen, och därmed delar på de ekonomiska vinsterna och riskerna med arbetsgivaren. Små arbetsgivare kommer troligen ofta att låta ett försäkringsbolag eller hälsoföretag vara mottagare av friskpengen för att helt kunna koncentrera sig på företaget och affärsidén.

Pengens storlek beräknas ungefär på samma sätt som en kommun bestämmer skolpengen eller äldreomsorgspengen. Enligt vårt förslag fastställer Riksförsäkringsverket en beräkningsnyckel för pengens storlek. Ett krav är dock att den genomsnittliga pengan – beräknad för alla invånare – måste vara lika med de genomsnittliga nuvarande offentliga utgifterna för sjukförsäkringen.

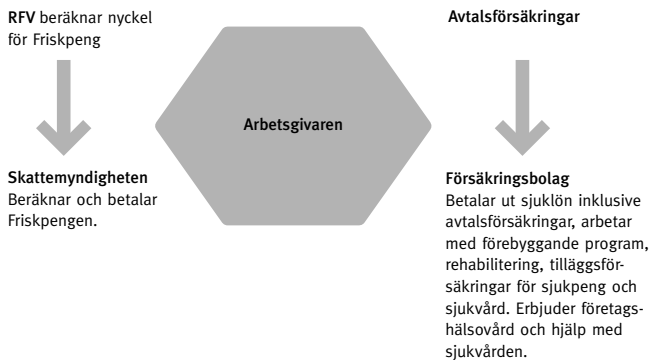
Följande tabell visar schematiskt på några av de viktiga likheterna mellan en friskpeng och andra pengsystem där dessa aspekter utvecklas mer ingående och följande avsnitt.

TABELL 4:1 *Likheter mellan friskpengen och andra pengsystem.*

	Friskpeng	Skolpeng	Äldrepeng
Alla har rätt till tjänsten	Försäkringskassan finns kvar och försäkrar alla som inte försäkras genom en friskpeng.	Kommunala skolor finns kvar, kommunen har ansvar för skolutbudet.	Kommunen har ansvar för utbudet av äldreomsorg.
Rättvisa avgifter	Individen kan alltid välja samma ersättning och avgifter för tilläggsförsäkringar som Försäkringskassan erbjuder.	Skolor får ta ut avgifter enbart för vissa tilläggstjänster.	Individen betalar samma avgifter under äldreomsorgssystemet som utan.
Risk för "Cream skimming"	Riksförsäkringsverket bestämmer en beräkningsnyckel för pengan så att den speglar väntade kostnader.	Kommunen anpassar pengan till sin egen kostnad per elev, och viss hänsyn till kostnader förknippade med specifika elever.	Kommunen beräknar pengan baserad på väntad vårdbehov.

Samtidigt är det viktigt att inte öka den administrativa eller ekonomiska bördan som arbetsgivare bär för sjuka. Då ökar risken att arbetsgivare undviker att anställa personer som löper större risk att bli sjuka. Därutöver är det särskilt för mindre företag vanskligt att tvinga företagen till alltför många uppgifter vid sidan om affärsverksamheten. Figur 2 nedan ger en överblick över hur vi tror att friskpengen kommer att se ut. Som framgår vid jämförelse med figur 1 blir det enklare.

FIGUR 2 *Friskpengen tydliggör och samlar ansvaret.*



4.3 Mer detaljerat om friskpengen

En arbetsgivare kan försäkra samtliga sjukdomsrelaterade risker hos någon försäkringsgivare, inklusive de anställdas sjukpenning. I gengäld erhåller arbetsgivaren en friskpeng. Storleken på pengens beräknas individuellt för varje arbetsgivare. Syftet är att bibehålla en riskutjämning avseende till exempel kön, ålder, kronisk sjukdom, geografiskt läge eller andra relevanta faktorer.

Enligt vårt förslag fastställer Riksförsäkringsverket en beräkningsnyckel för pengens storlek. Ett krav är dock att den genomsnittliga pengens – beräknad för alla invånare – måste vara lika med genomsnittliga nuvarande offentliga utgifter för sjukförsäkringen.

1. **Omfattning av friskpengen.** Friskpengen kan antingen enbart erbjudas de arbetsgivare som vill försäkra sjukdomsrelaterade

kostnader hos en annan försäkringsgivare. Detta benämner vi frivillig friskpeng. Alternativt kan friskpengen beräknas för alla arbetsgivare - allmän friskpeng. De arbetsgivare som önskar vara kvar hos Försäkringskassan betalar sedan en försäkringspremie. I praktiken innebär detta att arbetsgivare som har lägre sjukfrånvaro än väntad utifrån kön, ålder och lön hos de anställda får en rabatt i sjukförsäkringsavgiften. Hur stor denna rabatt kan bli behandlas mer utförligt nedan.

2. **Beräkning av friskpengen.** Det enda kravet på Riksförsäkringsverket i framställning av beräkningsnyckeln är följande. Om pengen skulle användas för alla försäkringstagare så måste summan av de försäkrades friskpeng motsvara totalkostnaden med nuvarande system. Detta krav påminner starkt om motsvarande bestämmelse för skolpengen, som sätts i proportion till kommunens genomsnittskostnad per elev. Friskpengen beräknas på nytt varje år baserad på föregående års utfall av hälsosituationen i landet. Det är då en beräknad friskpeng för helåret bestäms. Definitiv friskpeng bestäms kvartalsvis.
3. **Arbetsgivaren med Friskpeng.** För en arbetsgivare som väljer friskpeng ersätts kontakten med upp till sju olika myndigheter och därtill försäkringsbolag och företagshälsovård med en kontakt med ett försäkringsbolag. Därmed minskar administrationen och möjligheterna att tillsammans med försäkringsbolaget ta ett sammanhållet initiativ ökar. Den direkta risken förknippad med svängningar i sjukfrånvaron minskar, vilket är särskilt betydelsefullt för småföretag. Däremot ökar de ekonomiska incitamenten att på sikt minska sjukfrånvaron, eftersom försäkringsbolagen kommer att justera premien enligt den långsiktiga, eller förväntade, sjukfrånvaron.
4. **De anställda med friskpeng.** Den anställd som vill ha samma villkor från en arbetsgivare som använder sig av friskpengen som Försäkringskassan erbjuder skall ha rätt att få det. Men arbetsgivaren har också möjlighet att erbjuda andra varianter. I första hand kan det avse olika incitament till bättre friskvård. Anställda som är

med i förebyggande program kan till exempel erbjudas lägre premier för olika tilläggsförsäkringar. I princip kan en arbetsgivare också erbjuda möjlighet att välja lägre sjukersättning för den som i stället vill ha högre lön. Denna rätt bör dock begränsas så att ersättningen aldrig understiger 70 procent av lönen (för inkomster över taket gäller ej denna begränsning).

Många har redan idag kompletterande sjukförsäkringar. I många avtal ingår till exempel en höjd ersättning till 90 procent under de första 90 dagarna. En mindre grupp har också tecknat tilläggsförsäkring för inkomstbortfall över taket. Samtidigt finns nu förslag om att höja taket i den offentliga försäkringen till tio basbelopp att gälla från och med 2003. Riksdagen har ännu inte fattat ett sådant beslut.

Ökad trygghet är ett viktigt skäl som talar för ökad valfrihet i sjukförsäkringen. En offentlig sjukförsäkring kan alltid dra ned ersättningsgraden när de offentliga finanserna försvagas. Om en del av försäkringsskyddet finns hos andra försäkringsgivare - garanterad av civilrättsligt bindande avtal - är den enskildes trygghet större.

Ett annat skäl är att risken för sjukdom påverkas av vårt beteende. Att röka, bo i ett radonhus som inte sanerats och brist på fysisk aktivitet ökar risken att bli sjuk. En valfri försäkringsgrad gör det möjligt för dem som har goda möjligheter att påverka sin hälsa att välja högre ekonomiska incitament till det.

När en arbetsgivare väljer en friskpeng övertar arbetsgivaren därmed också ansvar för utbetalning av sjukpengen. Detta reser ett antal frågor som vi adresserar med följande förslag.

5. **Solvensregler.** Så länge friskpengen används av ett begränsat antal företag torde dagens regler för försäkringsbolagens solvens vara tillräckliga. Om användningen av friskpeng skulle öka kraftigt kan solvensreglerna behöva ses över.⁷⁶ De gällande solvensreglerna innebär att det sker en viss fondering i försäkringsbolagen till följd av den frivilliga friskpengen. Eftersom dessa fonder sker gradvis så är den samhällsekonomiska effekten snarast positiv.

6. **Val av försäkringsbolag.** En arbetsgivare som väljer friskpeng måste gå genom ett försäkringsbolag. Alternativet att arbetsgivare själva står för försäkringen ställer för höga administrativa krav på att arbetsgivaren uppfyller de solvens- och andra krav som bör ställas på en försäkringsgivare.
7. **Twister.** Twister om friskpens storlek bör hanteras av domstol.

Vilka konsekvenser en Friskpeng kan tänkas få är belyst i mer detalj i de följande kapitlen. Några konsekvenser – och tänkbara problem – bör dock nämnas redan här.

Den frivilliga friskpengen torde ge det försäkringsbolag som en arbetsgivare väljer stora ekonomiska motiv att hjälpa en arbetsgivare att minska sjukfrånvaron. Ett försäkringsbolag sänker på sikt försäkringspremien för de arbetsgivare som framgångsrikt sänker frånvaro. Arbetsgivaren och försäkringsbolaget får därmed en stark intressegemenskap för sänkt sjukfrånvaro. En arbetsgivares ekonomi påverkas däremot inte på kort sikt av ökad eller minskad sjukfrånvaro. Hos större arbetsgivare är det sannolikt arbetsgivaren själv som utformar en strategi för minskad frånvaro. Hos mindre arbetsgivare kan försäkringsbolaget komma att ta på sig mer av det praktiska ansvaret.

Detta kan till exempel leda till att arbetsgivaren erbjuder förmåner till dem som deltar i friskvårdsprogram och förebyggande åtgärder. Det kommer också att leda till att låg sjukfrånvaro kommer att användas som resultatmått för arbetsgivares resultatenheter.

Exempel på åtgärder är att arbetsgivaren snabbt omplacerar personer som riskerar utbrändhet. Att försäkringsbolaget aktivt hjälper till att hitta mer lämpliga arbeten hos andra arbetsgivare åt personer som inte kan

76 Ett alternativ vore en konkursförsäkring för de privata försäkringsbolag som försäkrar de arbetsgivare som väljer friskpeng. Detta skulle påminna om insättarskyddet som staten har tagit på sig gentemot bankerna. Försäkringsbolag skulle i så fall betala en försäkringspremie för detta. En sådan försäkring har emellertid också nackdelar. Risker, och premien, måste bedömas med hänsyn till hela koncernens risktagande vilket är en diger administrativ uppgift. Till skillnad från bankerna har försäkringsbolag dessutom inga stora risktaganden på utlåningssidan. Därför torde solvensregler ge tillräcklig säkerhet.

utföra sitt ordinära arbete. Att arbetsplatser som oftare leder till sjukfrånvaro organiseras om eller rationaliseras bort. Och att arbetsgivare och försäkringsbolag satsar på företagshälsövård med läkare som är särskilt utbildad för att hjälpa dem som riskerar längre sjukskrivning tillbaks till arbetet.

Den allmänna friskpengen skapar inte samma intressegemenskap mellan en försäkringsgivare och arbetsgivaren. En arbetsgivare som är kvar hos Försäkringskassan får visserligen ökade ekonomiska incitament att minska sjukfrånvaron. Men de olika offentliga myndigheterna behåller fortfarande ansvar för sina respektive insatser.

Det finns också tänkbara problem med ett friskpengssystem. Dessa har vi undersökt särskilt och försökt att lösa med den konstruktion vi har valt.

En fråga som uppstår är om en arbetsgivare kan tjäna pengar på att anställa ”rätt sorts” personer? Det motivet finns ju redan i dagens system, och det kan kanske befaras bli större om arbetsgivaren får större ekonomisk belöning för lägre sjukskrivning. Till stor del hindras ett sådant beteende av friskpengens differentiering. Det går till exempel inte att tjäna pengar genom att anställa yngre, eftersom friskpengen för yngre också är mycket lägre. I viss mån kanske en arbetsgivare kan selektera bland friskare och mindre friska personer inom en åldersgrupp. Det ger dock lägre incitament att diskriminera än till exempel en förlängning av arbetsgivarinträdet. Detta beläggs närmare i kapitel 6.

En annan fråga har att göra med den frivilliga friskpengen. Den kommer att vara attraktiv framförallt för de arbetsgivare som tror att de kan minska frånvaron. Medan de som ser framför sig att sjukfrånvaron ökar kanske väljer att inte gå med. Det skulle kunna föra med sig en teoretisk risk att kostnader för statskassan på kort sikt blir högre. Det torde visserligen vara ett övergående problem i och med att sjukfrånvaron faktiskt minskar och friskpengen därmed också justeras ned. Om det skulle visa sig vara ett reellt problem så kan det motverkas av att friskpengen i genomsnitt sätts något lägre, ungefär så som skolpengen är satt något lägre än den genomsnittliga kostnaden per elev i en kommun.

En tredje fråga gäller övergången. Den som har valt friskpeng och sedan upplever skenande friskpeng kan naturligtvis inte omedelbart byta tillbaks. Utan försäkringsbolaget behåller då betalningsansvaret. Frågor om övergången behandlas närmare i kapitel 8.

4.4 Övriga förslag

4.4.1 Trygghet vid arbetsskador

I dag råder en ganska stor rättsosäkerhet runt begreppet arbetskada. Man skall inte kunna dömas ut som sjukskriven av en försäkringsläkare som aldrig undersökt den sjukskrivne. Vi föreslår att arbetskada utgår som särskilt begrepp. All sjukdom skall vara lika väl försäkrad oavsett om den orsakats av bakterier, förslitningsskada i hemmet, bristande träning, tidigare arbetsgivare eller nuvarande arbetsgivare.

I den mån den enskilde inte anser att den normala sjukförsäkringen täcker behoven, så skall eventuella tilläggsförsäkringar gälla all sjukdom, även arbetsskador som inte är arbetsolyckor (för dessa skall, enligt nedan, arbetsgivaren teckna en försäkring). En sådan tilläggsförsäkring bör vara begränsad till högst 90 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, vilket överensstämmer med dagens regler. Detta för att förhindra överförsäkring.

Mycket omfattande genomgångar av forskningslitteraturen tyder på att skador sällan kan knytas till specifika förhållanden på en arbetsplats. Däremot tycks den enskildes upplevelse av arbetssituationen spela en stor roll.⁷⁷

Arbetskadeförsäkringen bör ersättas av en frivillig tilläggsförsäkring även för anställda vars arbetsgivare inte använder sig av friskpeng. Därför

⁷⁷ Westerholm och Hansson, Arbete och Hälsa 2001:12, Arbetslivsinstitutet.

⁷⁸ Gerhard Larsson skriver i Rehabiliteringsutredningen (SOU 2000:78): "Jag har ändå stannat för att vid detta första steg mot en ny rehabiliteringsförsäkring inte föreslå en total integrering av arbetskadeförsäkringen. I ett andra steg bör detta dock över övervägas".

bör Försäkringskassan tillhandahålla en sådan frivillig försäkring. Den statliga sjukförsäkringen skall hantera utbetalningar av sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förtidspension. Även arbetsskada ersätts, men enligt förslaget ovan upphör arbetsskada som begrepp.⁷⁸ I stället utgår vanlig sjukpeng. Dessutom tillhandahåller den statliga sjukförsäkringen möjlighet att teckna tilläggsförsäkring.

4.4.2 Arbetsolyckor och principen om rätt kostnadsföring

Förslaget att särskilja och privatisera arbetsolyckorna är inte nytt. En sådan åtgärd skulle förenkla och tydliggöra försäkringen menar vi, vilket också är det främsta skälet till en separering. Eftersom vi inte definierar ett arbetsskadebegrepp underlättas gränsdragningen mellan en frivillig arbetsskadeförsäkring och den obligatoriska försäkringen vid arbetsolyckor.

Arbetsgivaren tecknar alltid en försäkring för arbetsolyckor. Om denna försäkring tecknas hos Försäkringskassan skall avgiften beräknas aktuellt. Arbetsgivaravgiften sänks i motsvarande grad. Försäkringen täcker den anställdes livränta, behandlingskostnader och eventuellt skadestånd.

Principen om rätt kostnadsföring innebär också att andra samhällssektorer, till exempel trafikförsäkringen, i större utsträckning bör täcka kostnader för sjukfrånvaro som orsakas i den aktuella sektorn. Det innebär att trafikförsäkringen bör omfatta även utgifter för att täcka inkomstbortfall vid trafikolycksrelaterad sjukfrånvaro. En sådan åtgärd innebär en höjd premie i den obligatoriska trafikförsäkringen.

För att tydliggöra att sjukdom ofta orsakas av andra än arbetsgivaren vill vi också att sjukförsäkringsavgiften ersätts av en egenavgift med undantag för premien som avser arbetsolyckor som även framgent skall bekostas av arbetsgivaren.

4.4.3 Sjukdomsbegreppet och sjukskrivningsprocessen

Det finns ingen tydlig definition av sjukdom i svensk lagtext. I tillämpningen av de olika systemen finns en omfattande gråzon, som tillåter att

definitionen av begreppet sjukdom ändras över tiden. Även om vår ambition har varit att förtydliga begreppet, så har vi funnit att det inte kan göras på ett enkelt sätt. Orsaken är – precis som vi redan nämnt ovan – att sjukdomar och sjukdomsförlopp förändras över tiden. Nya sjukdomstillstånd tillstöter vilka ökar sjukligheten samtidigt som mer moderna behandlingsmetoder och terapier har stora effekter på sjukskrivningarna. Det finns dock några förslag som har stor effekt på sjukskrivningen och som kan vidtas utan att sjukdomsbegreppet behöver förtydligas i lagtexten.

Sjukskrivning skall till exempel inte ske med hänsynstagande till arbetslöshet, vilket fortfarande är praxis. Det skall inte heller vara möjligt att sjukskriva sig lika lätt medan man är arbetslös eller föräldraledig. Ett förslag är att motsvarigheten till arbetsgivarperioden införs i andra socialförsäkringar. Dels bör läkarintyg krävas. Dels bör under de första två veckorna av sjukdom inte sjukförsäkringen träda in utan i stället bör föräldraförsäkringen eller a-kassorna svara för den ekonomiska tryggheten på samma sätt som arbetsgivaren gör idag.

Det förekommer också en ganska omfattande diskussion om utbildning i försäkringsmedicin för att förbättra läkarens möjligheter att göra en korrekt bedömning av behovet av sjukskrivning. Som vi pekat på tidigare drivs bland annat ett experiment i Eskilstuna av bland andra Bo Mikaelsson som haft stora effekter. Vi tror att friskpengen kommer att ge tydliga incitament till företagen och försäkringsbolagen att fortbilda och informera läkare om de effekter som en förbättrad sjukskrivningsprocess kan ha för i första hand patienten, men också för utgiften.

4.4.4 Trygghet för dem som står utanför

Tryggheten i dagens sjukförsäkring omfattar egentligen bara dem som har en inkomst att försäkra. Eftersom sjukförsäkringen skall ge trygghet vid inkomstbortfall på grund av ohälsa är det inte särskilt märkligt, men effekten blir dock att många står utan ett grundläggande ekonomiskt skydd vid sjukdom.

I det nya pensionssystemet finns inslag som även kan övervägas för sjukförsäkringen som avhjälpes en del av dagens problem. Det nya pensionssystemet ger extra pension till den som har barn, studerar eller gör värnplikt. På liknande sätt kan tryggheten förstärkas för dessa grupper i sjukförsäkringen.

Rätt till ersättning från sjukförsäkringen har redan idag den som har a-kassa eller ersättning från föräldraförsäkringen. Förslag har nu väckts att en sjuklöneperiod bör införas i a-kassan. Vi delar denna uppfattning och menar att detta också bör utsträckas att omfatta föräldraförsäkringen.

Även efter dessa förändringar kvarstår en del problem där ersättningen på grund av systemets utformning riskerar att bli väldigt låg i vissa fall. I princip tar till exempel försäkringskassan bara hänsyn till inkomster som kommer från en anställning som varar i minst 6 månader. Denna kvalifikationstid skapar ofta problem, särskilt på en arbetsmarknad som kännetecknas av allt fler korta arbeten. Svårigheterna att förändra kvalifikationstiden är dock betydliga eftersom en kort kvalifikationstid riskerar att öppna för ett missbruk av försäkringen.

Förslag som innebär att den lägsta dag ersättningen höjs från 60 kronor till 120 kronor finns. Innebörden av höjningen av den lägsta ersättningen är att fler kommer att få ett bättre skydd vid sjukdom vilket åtminstone lindrar effekten av en del av de problem som vi idag ser bland dem som har låga inkomster och som drabbas av sjukdom.

Införandet av en friskpeng kommer att öka utbudet av olika försäkringslösningar på detta område. Vi tror till exempel att den frivilliga försäkring som Försäkringskassan i dag erbjuder den som saknar inkomst eller har en låg obligatorisk sjukpenning har ett dåligt genomslag eftersom den i grunden är relativt statisk. Den frivilliga försäkringen löser inte de problem som många säsongarbetare upplever med sin inkomsttrygghet vid ohälsa, och där den obligatoriska sjukförsäkringen på grund av bland annat karenstider inte erbjuder något skydd.

5. FRISKPENGEN I PRAKTIKEN

5.1 Några utgångspunkter

Syftet med detta avsnitt är dels att beräkna storleken friskpengen för olika individer – dels att konkretisera vad systemet skulle få för effekter i praktiken.

Vårt syfte är inte att här leverera en färdig nyckel till Riksförsäkringsverket. Denna uppgift skulle kräva en större utredning i samband med att reformen faktiskt genomförs. Våra beräkningar skall ses som indikativa och i viss mån preliminära. Som framgår nedan har vi till exempel inte inom ramen för denna studie haft möjlighet att ta hänsyn till alla relevanta faktorer som påverkar individens risk.

5.2 Beräkning av friskpengen

5.2.1 Beräkningsgrunder

Grundtanken med friskpengen är, som tidigare nämnts, att det initialt blir kostnadsneutralt att gå ur det offentliga systemet och istället teckna en privat försäkring. Detta givet villkoret att det privata bolaget uppfyller

vissa kriterier gällande ersättningsnivåer och andra villkor som lagstiftningsvägen fastslagits av riksdagen. Dessa kriterier är i princip att företagen måste försäkra sina anställda enligt de ersättningsvillkor som gäller i dagens system.

Initialt innebär detta således att friskpengen skall vara lika stor som den marknadsmässiga premien arbetsgivaren måste betala för att privat försäkra sina anställda med dagens villkor.

Matematiskt kan friskpengen därmed beräknas enligt följande enkla formel.

Ekvation 5.1 $P = \pi\phi$, där P är premien, eller friskpengen, π är risken att bli sjuk och ϕ är den förväntade ersättningen om sjukdom inträffar.

Notera att den marknadsmässiga premien även innefattar administration och normal kapitalavkastning (vinst) i de privata bolagen. Vi väljer att bortse från detta i våra beräkningar av flera skäl. För det första är dessa komponenter små i förhållande till den komponent som enligt ovan utgörs av en aktuarisk premie. För det andra menar vi att en reform med en friskpeng kommer att öppna upp nya och mycket stora marknader för försäkringsbolagen vilket kommer att skärpa konkurrensen jämfört med idag – vilket ytterligare minskar dessa komponenters betydelse. För det tredje är syftet med detta avsnitt främst att beräkna hur den aktuariska premien skiljer sig mellan olika grupper. Det är lätt att exempelvis lägga på 10 procent på varje premie för vinst i bolagen – men det ändrar egentligen inte resultaten på ett intressant sätt. För det fjärde har vi helt enkelt inga bra data för att beräkna detta.

Friskpengen är tänkt att ersätta inkomstbortfall vid sjukdom, kostnader för arbetsskada, rehabilitering samt förtidspension. Därmed beräknar vi risken (π) samt den förväntade utbetalningen (ϕ) för dessa händelser. Vi använder data från Riksförsäkringsverket.

I princip sker beräkningen i två steg. Först beräknar vi en allmän friskpeng – lika för alla. Detta sker med data från Riksförsäkringsverket.

Sedan justeras denna allmänna friskpeng för olika åldersgrupper uppdelat på kön och inkomst. Detta sker med data från SEB Trygg Liv.

Möjligen är detta (minst) en skärning för litet. Det är fullt möjligt att de privata bolagen till viss del skulle väga in även bransch i sin riskbedömning. Exempelvis har en lågavlönad man i verkstadsindustrin sannolikt något större risk att bli sjuk än motsvarande man på ett kontor. Vi har emellertid inom ramen för denna studie inte haft möjlighet att utreda detta på ett relevant sätt. Vi har, som tidigare nämnts, inte som avsikt att här leverera en färdig nyckel för friskpengen – utan att konstruera relevanta räkneexempel. Det skulle sannolikt vid ett genomförande vara förhållandevis lätt för Riksförsäkringsverket att konstruera en nyckel med hänsyn till alla relevanta faktorer. Vi tror dock att våra beräkningar ger en god uppfattning om hur friskpengen skulle se ut för olika grupper.

5.2.2 Beräkning av en allmän friskpeng

I detta avsnitt beräkningar vi hur friskpengen, eller den marknadsmässiga premien, ser ut för en genomsnittsperson. I nästa avsnitt sker sedan det andra steget i beräkningen då den allmänna friskpengen justeras för olika grupper.

Vi ser det som naturligt att utföra beräkningen i steg ett på basis av data från RFV. Detta torde vara de data som bäst speglar risken i hela befolkningen. Urvalet är också mycket stort – samtliga inskrivna, i relevant ålder, vid försäkringskassorna. Data från försäkringsbolag utgör sannolikt ett något skevt urval eftersom det dels innefattar endast långtidsfrånvaro, dels endast personer med hög inkomst. Däremot menar vi att sådana data är möjlig att använda för att fördela en genomsnittlig risk på kön och ålder. Något som sker i steg två i avsnitt 5.2.1.

De system som ingår i beräkningarna är sjukförsäkringen, rehabilitering, arbetsskadeförsäkring och förtidspension. Det första steget för att beräkna den allmänna friskpengen – eller den genomsnittliga om man så vill – är att beräkna risken för en genomsnittlig försäkringstagare att behöva utnyttja någon av dessa försäkringar. Vi har valt att beräkna detta

utifrån antalet hela dagar som utnyttjas under ett år i förhållande till totala antalet dagar som försäkringstagarna är inskrivna i försäkringskassan under detta år.

TABELL 5:1 Antalet hela dagar som det totala antalet inskrivna, i åldern 16 – 64 år, i försäkringskassan är inskrivna och/eller utnyttjar försäkring för sjukfrånvaro, förtidspension, rehabilitering eller arbetskada, 1997-2000.

Antal dagar						
	alla inskrivna	sjukförs	rehab	arbskada	förtidspens	totalt utnyttjare
1997	2 016 722 090	48 258 584	2 769 114	418 541	123 768 872	175 215 111
1998	2 021 867 495	58 181 753	2 666 009	219 607	123 768 872	184 836 241
1999	2 027 576 825	72 184 346	3 166 394	153 737	123 768 872	199 273 349
2000	2 035 761 585	88 308 667	3 814 144	63 319	123 768 872	215 955 002

Tabellen säger exempelvis att det totala antalet inskrivna personer, i relevant åldersgrupp (åldern 16 – 64 år), totalt varit inskrivna i försäkringskassan 2,04 miljarder dagar under 2000 och att samma grupp utnyttjat totalt 88,3 miljoner hela dagar för sjukförsäkring. Av tabellen framgår också att utnyttjandet av dagar för sjukförsäkring och rehabiliteringsförsäkring ökat markant de senaste åren.

Vad gäller förtidspension är det värt att notera att vi tagit hänsyn till all förtidspension, det vill säga även de som har förtidspension på olika former av deltid. Det vi gjort i tabellen ovan är att räkna om denna till hela dagar.

Detta innebär att vi också kan beräkna en sannolikhet, risk, för hur många dagar på ett år som en genomsnittsperson utnyttjar någon av de fyra försäkringarna. Denna beräkning har vi genomfört i tabell 5:2 på nästa sida.

TABELL 5:2 *Andelen dagar på ett år som en genomsnittsindivid utnyttjar försäkringen för sjukfrånvaro, förtidspension, rehabilitering eller arbetskada 1997 – 2000.*

	sjukförs	rehab	arbskada	förtidspens	totalt utnyttjare
1997	0,023929	0,001373	0,000208	0,061371	0,086881
1998	0,028776	0,001319	0,000109	0,061215	0,091419
1999	0,035601	0,001562	0,000076	0,061043	0,098282
2000	0,043379	0,001874	0,000031	0,060797	0,106081
medel	0,032921	0,001532	0,000106	0,061107	0,095665

I raden längst ned har vi även beräknat ett medelvärde för de fyra åren. Som framgår av tabellen är risken för förtidspension klart störst. En genomsnittlig löntagare utnyttjar faktiskt cirka 6,1 procent av årets dagar för förtidspension (medelvärde åren 1997 – 2000). Denna siffra innefattar således all förtidspension som tas ut, även halv eller fjärdedels, men omräknad till hela dagar. I kolumnen längst till höger har vi beräknat totala andelen dagar som utnyttjas för något av systemen. I genomsnitt utnyttjar en försäkringstagare således (medelvärde under åren 1997-2000) cirka 9,6 procent av årets dagar för någon av de fyra typerna av försäkring.

Notera att det inte spelar någon roll för riskberäkningen om några individer står för all frånvaro eller om frånvaron är jämnt utspridd. Det tabellen säger är hur den genomsnittliga risken fördelar sig och således hur många dagar på ett år som en genomsnittsperson utnyttjar respektive försäkring.

Den andra komponenten i en marknadsmässig premie är den förväntade utbetalningen, se Ekvation 5.1. Den förväntade ersättningen är helt enkelt en andel av årsinkomsten. Därmed kan marknadspremien beräknas som risken, mätt som antal dagar på ett år en individ förväntas vara frånvarande, ovan i tabell 5:2 multiplicerat med den ersättning som blir fallet (80 procent av den aktuella lönen). I nedanstående tabell har vi genomfört en sådan beräkning.

TABELL 5:3 Aktuariska premier för en genomsnittsindivid försäkringen för sjukfrånvaro, förtidspension, rehabilitering eller arbetsskada per år brutto i kronor, 1997-2000.

Årsinkomst	Premie				
	sjukförs	rehab	arbskada	förtidspens	totalt utnyttjare
50 000	1 317	61	4	2 444	3 827
100 000	2 634	123	8	4 889	7 653
150 000	3 951	184	13	7 333	11 480
200 000	5 267	245	17	9 777	15 306
250 000	6 584	306	21	12 221	19 133
300 000	7 901	368	25	14 666	22 960

Beräkningen baseras på den genomsnittliga risken för åren 1997 – 2000 (som redovisas på raden längst ned i tabell 5:2). I spalten längst ut har den totala premien beräknats. Detta är helt enkelt summan av premierna för varje enskilt försäkringsslag. Beroende på inkomst kommer således friskpengen, när hänsyn inte tas till andra kriterier än årslön, att variera mellan knappt 4.000 per år och knappt 23.000 kronor. Som vi skall se i nästa avsnitt kommer denna friskpeng att högst väsentligt variera mellan olika individer.

Här finns ytterligare ett potentiellt problem då risken är baserad på ett genomsnitt under åren 1997 – 2000. Som framgår av tabell 5.2 har den genomsnittliga risken varierat väsentligt under denna förhållandevis korta period. Detta utgör självklart ett problem när friskpengen i praktiken skall fastställas. Det är främst i sjukförsäkringen risken har ökat över tiden.

En annan fråga i detta sammanhang är hur denna genomsnittliga marknadspremie förhåller sig till de arbetsgivaravgifter som individen i dagens system betalar i skatt. Idag (2001) består den obligatoriska arbetsgivaravgiften av ett antal olika komponenter.

TABELL 5:4 Den obligatoriska arbetsgivaravgiftens komponenter 2001.

Ålderspensionsavgift	10,21
Efterlevandepensionsavgift	1,70
Sjukförsäkringsavgift	8,80
Föräldraförsäkringsavgift	2,20
Arbetsmarknadsavgift	5,84
Arbetskkadeavgift	1,38
Allmän löneavgift	2,69
Summa	32,82

Om sjukförsäkringsavgiften och arbetskkadeavgiften summeras och multipliceras med genomsnittslönen, 187. 700 per år, erhålles ett belopp om cirka 19.000 kronor.⁷⁹ Således finns en förhållandevis god överensstämmelse mellan vår beräknade marknadspremie i tabell 5:3 och de arbetsgivaravgifter som formellt betalas för de försäkringssystem som är aktuella för vårt reformförslag. Det finns emellertid som bekant inga ”öronmärkta” pengar i statens budget.

Per definition är vår reform statsfinansiellt neutral i inledningsskedet. Förenklat kan systemet med friskpeng sägas ha två motverkande effekter på de offentliga finanserna. Staten (och därmed hela den konsoliderade offentliga sektorn) får ökade kostnader som en följd av den friskpeng som betalas ut. Samtidigt sparas pengar genom att de privata försäkringsbolagen betalar ut ersättning för sjukfrånvaro, rehabilitering, arbetsskada och förtidspension - som tidigare helt gick över den offentliga budgeten. Statens transfereringsutgifter faller. På en väl fungerande marknad bör de aktuariska premierna – och därmed friskpengen – exakt balansera statens minskade transfereringsutgifter. Om reformen på längre sikt skapar bättre incitament så att försäkringsbolagens utbetalningar – och därmed premier – minskar kommer också friskpengen att minska varför den offentliga sektorns finanser förbättras av reformen.

⁷⁹ Se fakta för Skattebetalare 2001. Tabell 8 och sidan 40.

Ytterligare en fråga som kan vara intressant att belysa är hur hög den genomsnittliga ersättningen per person som utnyttjar respektive system är. I tabellen nedan har vi helt enkelt relaterat de totalt utbetalda beloppen för respektive försäkring till antalet individer som utnyttjar försäkringen i fråga.

TABELL 5:5 *Genomsnittlig ersättning i försäkringen för sjukfrånvaro, förtidspension, rehabilitering eller arbetsskada per år brutto i kronor, 1997-2000.*

	sjukförs	rehab	arbskada	förtidspens	totalt utnyttjare
1997	89 792	96 397	676 396	7 842	34 802
1998	100505	103 883	365 743	7 842	41 644
1999	106 937	131 548	256 502	7 842	48 807
2000	113 893	166 064	120 171	7 842	56 430
medel	102 782	124 473	354 703	7 842	45 421

Liksom tidigare beräknas medelvärdet för de fyra åren på raden längst ned. Vi ser att den i särklass dyraste försäkringen per utnyttjare är arbetsskadeförsäkringen. Det kan konstateras att utbetalningen per person för sjukförsäkring och rehabilitering ökat åren 1997 – 2000. Detta innebär att både antalet ersatta dagar och den genomsnittliga utbetalningen per person för dessa båda försäkringar ökat den studerade perioden. Allmänt tyder statistiken på att de är förhållandevis vanligt med långa ersättningsperioder i sjukförsäkringen, den genomsnittliga ersättningen framstår som hög.

Notera att kolumnen längst ut till höger inte är summan av den genomsnittliga ersättningen i systemen var för sig. I stället är det den genomsnittliga årliga ersättningen till en individ som utnyttjar något av de fyra systemen.

5.2.3 Beräkning av friskpengen för olika individer

I detta avsnitt utgår vi från den allmänna riskberäkningen i föregående avsnitt. Som tidigare nämnts utgör detta en bra uppskattning av hela befolkningen. Den genomsnittliga risken justeras emellertid nedan med hänsyn till ålder och kön. Beräkningarna bygger på data från SEB Trygg Livs försäkringsmatematiska avdelning.

Den nya, med avseende på ålder och lön modifierade, risken multipliceras liksom tidigare (tabell 5:3) med 80 procent av inkomstnivån. På detta sätt erhålles en uppskattning av hur hög den marknadsmässiga premien – och därmed friskpengen – skulle vara för olika inkomstkategori-er uppdelat på kön och ålder. I denna beräkning förutsätter vi vidare att det offentliga systemet med friskpeng liksom idag endast uppgår till 7,5 basbelopp. Därför redovisas lönenivåer endast upp till 300.000 – eftersom att försäkra sig för inkomster högre än så ligger utanför systemet med friskpengen.

Beräkningarna utgår för sjukförsäkring, rehabiliteringsförsäkring och arbetsskadeförsäkring utifrån den genomsnittliga risk för respektive försäkring som beräknats i avsnitt 5.2.2 ovan. Notera att dessa risker är beräknade för en genomsnittsperson. Dessa risker, i tabell 5:2, justeras med hjälp av data från SEB Trygg Liv, enligt följande.⁸⁰

- Män och kvinnor har som grupp tillsammans den genomsnittliga risken som beräknats för respektive försäkring i avsnitt 5.2.1.
- Kvinnor står för totalt 63 procent av den totala risksumman, männen för 37 procent.
- Den yngre åldersgruppen har 50 procent av risken i medelgruppen, den äldre har 150 högre risk än medelgruppen.

Denna, för varje grupp justerade risk, multipliceras sedan med 80 procent av inkomsten för att erhålla en aktuarisk premie i enlighet med ekvation 5.1.

⁸⁰ Justeringen sker genom lösning av ett ekvationssystem.

För försäkringen för förtidspension gäller istället att:

- Män och kvinnor har som grupp tillsammans den genomsnittliga risken som beräknats för respektive försäkring i avsnitt 5.2.2.
- Kvinnor står för totalt 57 procent av den totala risksumman, män för 43 procent.
- Den yngre åldersgruppen har 30 procents lägre risk än medelgruppen, den äldre har 440 procent högre risk än medelgruppen.

När dessa justeringar av riskerna i tabell 5.2 genomförs har vi beräknat risken, π i ekvation 5.1, för olika kön och åldersgrupper. Den förväntade utbetalningen, ϕ i ekvation 5.1, är helt enkelt 80 procent av den aktuella årsinkomsten. Sammantaget ger dessa beräkningar följande premier:

TABELL 5:6 *Friskpengen i kronor per år för olika kön, ålders- och inkomstgrupper uppdelat på de fyra försäkringslagen.*

Sjukförsäkring	Män			Kvinnor		
	16-29	30-49	50-59	16-29	30-49	50-59
Inkomst						
50000	480	960	1440	840	1680	2520
100000	960	1920	2880	1680	3360	5040
150000	1440	2880	4320	2520	5040	7560
200000	1920	3840	5760	3360	6720	10080
250000	2400	4800	7200	4200	8400	12600
300000	2880	5760	8640	5040	10080	15120

Rehabilitering

Inkomst	Män			Kvinnor		
	16-29	30-49	50-59	16-29	30-49	50-59
50000	22	44	66	37,8	75,6	113,4
100000	44	88	132	75,6	151,2	226,8
150000	66	132	198	113,4	226,8	340,2
200000	88	176	264	151,2	302,4	453,6
250000	110	220	330	189	378	567
300000	132	264	396	226,8	453,6	680,4

Arbetskada

Inkomst	Män			Kvinnor		
	16-29	30-49	50-59	16-29	30-49	50-59
50000	23,68	47,36	71,04	40,32	80,64	120,96
100000	47,36	94,72	142,08	80,64	161,28	241,92
150000	71,04	142,08	213,12	120,96	241,92	362,88
200000	94,72	189,44	284,16	161,28	322,56	483,84
250000	118,4	236,8	355,2	201,6	403,2	604,8
300000	142,08	284,16	426,24	241,92	483,84	725,76

Förtidspension

Inkomst	Män			Kvinnor		
	16-29	30-49	50-59	16-29	30-49	50-59
50000	619,2	2064	9081,6	820,8	2736	12038,4
100000	1238,4	4128	18163,2	1641,6	5472	24076,8
150000	1857,6	6192	27244,8	2462,4	8208	36115,2
200000	2476,8	8256	36326,4	3283,2	10944	48153,6
250000	3096	10320	45408	4104	13680	60192
300000	3715,2	12384	54489,6	4924,8	16416	72230,4

Samtliga						
	Män			Kvinnor		
	16-29	30-49	50-59	16-29	30-49	50-59
Inkomst						
50000	1144,88	3115,36	10658,64	1738,92	4572,24	14792,76
100000	2289,76	6230,72	21317,28	3477,84	9144,48	29585,52
150000	3434,64	9346,08	31975,92	5216,76	13716,72	44378,28
200000	4579,52	12461,44	42634,56	6955,68	18288,96	59171,04
250000	5724,4	15576,8	53293,2	8694,6	22861,2	73963,8
300000	6869,28	18692,16	63951,84	10433,52	27433,44	88756,56

Friskpengen tenderar således att variera kraftigt mellan olika individer. En man i åldern 16 – 29 år med en inkomst kring 50.000 per år skulle enligt denna beräkning behöva en dryg tusenlapp för att försäkra sig på en marknad. En kvinna i åldern 50-59 som vill försäkra en inkomst om 300.000 kronor får istället betala cirka 89.000 kronor i årlig premie.

Återigen bör påpekas att vi inom ramen för detta uppdrag inte haft möjlighet att göra en mycket djupgående analys av hur Riksförsäkringsverkets nyckel för friskpengen exakt kommer att se ut. Ovanstående tabell skall ses som en illustration av hur en sådan nyckel skulle kunna utformas.

5.3 Friskpengen i praktiken – några räkneexempel

Syftet med detta avsnitt är att presentera några konkreta räkneexempel på hur enskilda företag kommer att kunna spara pengar på att ändra sina risker för arbetsskador, sjukdom och annan sjukfrånvaro. Som tidigare behandlats är ett av friskpengssystemets viktigaste funktioner att skapa incitament för företag att förbättra sin friskvård och sina förebyggande åtgärder.

I princip fungerar detta genom att friskpengens storlek baseras på den initiala riskbilden företaget har och därmed den premie företaget från början måste betala till det privata försäkringsbolaget. Privata försäkringsbolag i konkurrens kommer emellertid att tvingas se över premierna med jämna mellanrum. Om ett enskilt företag lyckas minska risken

genom aktiva åtgärder och friskvård kommer premien att falla. Detta sparar pengar eftersom nedsättningen av arbetsgivaravgiften en gång för alla är given.

I nedanstående räkneexempel gör vi för att illustrera detta ett antal tankeexperiment. Liksom tidigare arbetar vi med två riskdimensioner, ålder och kön.

Det första tankeexperimentet går ut på att företaget har en jämn könsfördelning, lika många män som kvinnor. Företaget lyckas i detta fall anpassa sin riskbild från en viss åldersstruktur som faktiskt gäller till en riskbild som normalt gäller i en lägre åldersgrupp.

I det andra experimentet antar vi ett företag med en åldersstruktur som fördelar sig jämnt i hela intervallet, 16 till 64 år. Företaget är istället perfekt ojämnt könsfördelat. Alla som arbetar på företaget är kvinnor. Frågan är sedan hur mycket företaget skulle tjäna på att anpassa riskbilden till den som normalt gäller för män.

I samtliga fall antas att den genomsnittliga lönen i företaget är 150.000 kronor (brutto) om året. Vi varierar sedan företagets storlek mätt som antalet anställda. Resultaten sammanfattas i nedanstående tabell.

TABELL 5:7 *Besparingar i kronor per år av att anpassa riskbilden för företag av olika storlek. Medellön i samtliga företag: 150.000 kronor per år.*

Reducerad risk map	Antal anställda				
	10	20	50	100	1000
Ålder från 50-59 till 30-49	266457	532914	1332285	2664570	26645700
Ålder från 30-49 till 16-29	72057	144114	360285	720570	7205700
Kön	61850,4	123700,8	309252	618504	6185040

De två översta raderna visar det första experimentet ovan. I det första fallet har företagen en åldersstruktur som innebär en genomsnittsålder i intervallet 50 – 59. Företagen lyckas anpassa riskbilden till en genomsnittsålder motsvarande 30 – 49. I det andra fallet sker anpassningen från den faktiska åldersstrukturen 30 – 49 till den lägsta ålderskategorin 16 – 29.

Den tredje raden visar det andra tankeexperimentet ovan – ett kvinnodominerat företag med jämn åldersstruktur som anpassar riskbilden till männens genomsnittliga risk.

Mest att vinna har företag med äldre åldersstruktur som lyckas anpassa riskbilden med avseende på ålder nedåt. För de anställda i ett företag med tio anställda innebär besparingen till exempel ett möjligt löneyft om 27.000 per anställd och år. Detta innebär en löneökning med hela 18 procent (genomsnittslönen är 150.000 kronor). Det är således ett kraftigt incitament som skapas för företagen och deras anställda att anpassa sin riskbild.

Tabellen ovan visar att det finns stora vinster i att anpassa sin riskbild för alla typer av företag som väljer att gå med i friskpengssystemet. Vinstpotentialen är störst för företag med hög riskbild.

6. DEN FÖRSÄKRADES PERSPEKTIV

6.1 Försäkringar

För den enskilde medborgaren är dagens system för försäkring vid sjukdom - långvarig eller kortvarig - ganska komplicerade. Som vi visat tidigare består skyddet för den enskilde av tre olika delar:

1. Den offentliga och obligatoriska sjukförsäkringen (hit räknar vi också arbetsskadeförsäkringen, förtidspensioner och offentliga rehabiliteringsinsatser).
2. De avtalsbundna försäkringarna som ligger ovanpå den statliga försäkringen.
3. Privata försäkringar som den enskilde väljer att teckna själv för att erhålla ett bättre skydd.

De sista åren på 1990-talet växte de privata försäkringarna snabbt i antal. Förmodligen berodde det delvis på att många av de jobb som skapades

inte var reglerade genom kollektivavtal, och därför uppstod ett behov att via individuell förhandling med sin arbetsgivare eller på annat sätt uppnå ett bättre skydd än 80 procent av inkomsten upp till 7,5 basbelopp (ungefär 23 000 kronor i månadslön) – det så kallade taket. En annan förklaring kan vara att allt fler fick inkomster över taket och därmed kände behov av att skaffa ett bättre försäkringsskydd. En tredje förklaring kan vara att människor förlorade i tilltro till de offentliga systemen under krisåren på 1990-talet med osäkerhet för sin egen trygghet som följd. Genom att ta en privat försäkring förbättrar man sitt skydd, i första hand om man skulle drabbas av ohälsa en längre tid.

6.2 Mer överskådliga försäkringar

Av de försäkringar som vi nämnt ovan brukar vanligtvis arbetsgivaren betala för den avtalsmässiga, och vanligtvis också för den privata. De avtalsmässiga försäkringarna bestäms långt bort från den enskilde, men den privata försäkringen sluts i ett avtal mellan arbetsgivaren och arbetstagaren direkt.

Vårt förslag med en friskpeng innebär att man för samman i princip samtliga tre försäkringar till en försäkring. För den enskilde arbetstagaren blir det då mycket lättare att förstå vilken typ av skydd man har. I stället för att läsa tre olika försäkringsbrev och bestämmelser kring dessa, kan man läsa ett försäkringsbrev. Vill man förbättra sitt skydd så har man möjlighet till det genom en enda kontakt.

Det är lite märkligt att sjukförsäkringen idag är uppdelad på tre olika delar – det är lite som att försäkra sin lägenhet eller villa hos olika försäkringsbolag; källaren hos SEB Trygg Liv, entréplanet hos If och övervåningen på Länsförsäkringar.

Även om friskpengen och därmed sjukförsäkringen skall skötas av arbetsgivaren och betalas av arbetsgivaren, så kan man jämföra den med trafikförsäkringen. Alla måste vara försäkrade till minst de belopp och gränser som riksdagen har beslutat, men den som vill kan teckna vilka tilläggsförsäkringar man önskar som ligger inom lagens ram. Få personer

skulle välja att trafikförsäkra sin bil hos ett bolag för att sedan vagnskade-försäkra den hos ett annat.

6.3 Det är den försäkrade som bestämmer

Den frivilliga friskpengen vilar på frivillighetens grund även för den anställda. Den skall utgöra ett alternativ till dagens system för dem som anser att dagens system inte fungerar. Frivilligheten manifesteras genom att varje anställd kan kräva samma villkor som hos Försäkringskassan.

Motivet för arbetsgivaren att införa friskpengen är i första hand att aktiva insatser som kan påverka hälsoläget hos personalen betalar sig eftersom premien då blir lägre. Det kan till exempel innebära att en arbetsgivare erbjuder sina anställda ett bättre skydd än det obligatoriska om personalen samtidigt förklarar att man kommer att göra egna insatser för att förbättra sin hälsa. Det kan handla om regelbunden motion eller bättre kosthållning.⁸¹

Ett sådant erbjudande kan dock, men får inte, bli obligatoriskt för personalen. Därför skall det finnas en rättighet för varje anställd att välja ett försäkringsskydd som är likvärdigt det som Försäkringskassan erbjuder och som riksdagen fattat beslut om.

Ytterligare en frågeställning är om en enskild försäkrad själv kan välja försäkringsbolag. En annan är vad som händer med premien för en anställd som byter från en arbetsgivare till en annan. Försäkringen skall kunna tecknas på samma villkor i olika försäkringsbolag – detta för att garantera konkurrensen men också för att göra det möjligt för en enskild individ att ta del av de bonussystem och rabatter som försäkringsbolag brukar erbjuda lojala kunder. I princip bör alltså en rättighet till portabilitet finnas i lagstiftningen som garanterar den enskildes möjligheter att välja ett eget försäkringsbolag eller behålla det försäkringsbolag man haft via en tidigare arbetsgivare. I bägge fallen gäller dock att den enskilde då

81 Regelbunden motion kan mycket väl vara en promenad till jobbet och bättre kosthållning kan vara sådant som att äta fisk oftare eller byta smörgäsmargarin. Med relativt små insatser kan resultaten bli ganska stora.

inte kan ställa andra krav på försäkringsskydd på sin arbetsgivare än de som den offentligt beslutade försäkringen erbjuder.

För att garantera denna möjlighet utan att samtidigt riskera individens integritet krävs en lagstiftning som förhindrar försäkringsbolag från att sprida sjukdomshistorik för en enskild individ till någon annan. Samtidigt krävs regler som ger den enskilde möjlighet att flytta sina privata försäkringar från ett bolag till ett annat, till exempel när man byter arbetsgivare. Försäkringsbolagen arbetar redan med frågeställningar som dessa när det gäller den obligatoriska trafikförsäkringen.

Tryggheten för den enskilde är helt central. Dagens system innebär att det offentliga skyddet alltid betalas ut till den enskilde – och det gäller egentligen oavsett om premien (det vill säga skatten) har betalats eller inte. En liknande ordning måste gälla även när försäkringar i privata bolag tecknas. Arbetsgivaren skall inte genom uteblivna betalningar kunna ställa sin personal utan skydd. En särskild reglering krävs för detta.

6.4 Kroniskt sjuka

Friskpengen syftar till att arbetsgivaren tillsammans med de anställda skall få bättre verktyg och större anledning att aktivt arbeta med hälsofrågor på arbetsplatsen. Det handlar om att var och en efter sina förutsättningar skall kunna påverka sin hälsosituation på ett positivt sätt. Detta gäller oavsett om man är frisk eller om man är sjuk.

En annan fråga har att göra med den frivilliga friskpengen. Den kommer att vara attraktiv framförallt för de arbetsgivare som tror att de kan minska frånvaron. Medan de som ser framför sig att sjukfrånvaron ökar kanske väljer att inte gå med. Det skulle kunna föra med sig en teoretisk risk att kostnader för statskassan på kort sikt blir högre. Det torde visserligen vara ett övergående problem i och med att sjukfrånvaron faktiskt minskar och friskpengen därmed också justeras ned. Om det skulle visa sig vara ett reellt problem så kan det motverkas av att friskpengen i genomsnitt sätts något lägre, ungefär så som skolpengen är satt något lägre än den genomsnittliga kostnaden per elev i en kommun.

En tredje fråga gäller övergången. Den som har valt friskpeng och sedan upplever skenande friskpeng kan naturligtvis inte omedelbart byta tillbaks. Försäkringsbolaget behåller då betalningsansvaret. Frågor om övergången behandlas närmare i kapitel 8.

Problemet kan lösas på två olika sätt, var för sig eller tillsammans. Friskpengen skall beräknas genom en nyckel som fastställs av Riksförsäkringsverket. Nyckeln kan utformas så att den återspeglar att vissa grupper i samhället, till exempel handikappade, bör föranleda en avsevärt större friskpeng. Den beräknas då som det förväntade hälsoutfallet för en person med ett visst handikapp i genomsnitt, och på det viset kan en friskpeng bestämmas.

Fördelen med att göra på detta vis är att arbetsgivarens motiv för att skapa en så god arbetsmiljö för den enskilde är starkt även för en person som lider av ett handikapp. Det är också angeläget att människor som lider av ett handikapp får möjlighet att leva sina liv på så lika villkor som möjligt som andra människor som haft större tur i livet.

Denna metod kan också kompletteras med mer direkta subventioner eller andra insatser som förstärker de handikappades ställning på arbetsmarknaden. Ett problem för en arbetsgivare att anställa en handikappad kan ibland vara att en sådan anställning kräver en betydande initial investering – man kanske måste bygga om delar av ett kontor. Stöd som lämnas för att undanröja eventuella hinder för en handikappad att vara aktuell för anställning, tillsammans med en beräkning av en friskpeng som tar hänsyn till handikappet, kommer förmodligen att förstärka positionen på arbetsmarknaden för den som har ett svårare hälsoläge.

6.5 Kvinnors ställning stärks

Friskpengen är ett förslag som faktiskt tenderar att förstärka kvinnors ställning på arbetsmarknaden. När en arbetsgivare idag väljer mellan två sökande till en tjänst – en man och en kvinna – måste arbetsgivaren ta hänsyn till att kvinnor generellt sett har ett högre sjuktal än män. Arbetsgivaren kan dock inte kompensera sig för den risken på något sätt,

eftersom försäkringspremien betalas med lika stort belopp oavsett kön.

Friskpengen kommer att vara större för en 30-årig kvinna än vad den är för en 30-årig man, och arbetsgivaren får därmed en större anledning att särskilt uppmärksamma arbetsmiljön och hälsoläget för kvinnor.

Ett exempel är när kvinnor är gravida. Det blir allt vanligare med sjukskrivningar när cirka en månad av graviditeten återstår, och allt oftare är det alltså sjukskrivna kvinnor som föder barn. Den bedömning som läkare och försäkringskassa gör är att kvinnans och barnets hälsa riskeras av att den blivande mamman fortsätter att arbeta. Tillsammans med sin arbetsgivare kan kvinnan redan på ett tidigt stadium förändra arbetsuppgifterna så att hon kan fortsätta sitt arbete längre i graviditeten. Hennes möjligheter att påverka ökar när arbetsgivarens incitament också är starkare än vad de är idag.

Eftersom kvinnor har högre sjuktal än män, och eftersom kvinnor är mycket överrepresenterade bland dem som har varit sjuka under en längre tid så innebär friskpengen en kraftfull förstärkning av kvinnors position för att få en bättre arbetsmiljö.

Friskpengen gör det som mest lönsamt för arbetsgivaren att påverka hälsosituationen där hälsoläget i dag är som sämst eftersom det är där som skillnaden mellan försäkringspremien och nedsättningen av arbetsgivaravgiften också kan bli som störst. Hur friskpengen påverkar arbetsgivaren diskuteras mer i detalj nedan.

7. ARBETSGIVARENS PERSPEKTIV

7.1 Dagens sjukförsäkring

Finansieringen av sjukförsäkringen sker idag genom arbetsgivaravgifter. Knappt en tredjedel, eller 10 procentenheter, av de omkring 33 procent som arbetsgivaren betalar i form av arbetsgivaravgifter finansierar sjukdomsrelaterad ersättning vid arbetsoförmåga.

Avgiften är densamma oavsett vilka åtgärder som arbetsgivaren vidtar för att påverka hälsosituationen för de anställda. Det starkaste motivet som arbetsgivaren har för att göra insatser som håller nere sjukfrånvaron är därför kopplat till det produktionsbortfall som en frånvaro leder till. Som ett led i ett personalpolitiskt program kan dessutom olika former av subventioner⁸² eller möjligheter till fysisk träning erbjudas personalen. Motivet för sådana insatser är dock vanligtvis personalpolitiska i första

82 Vissa av dessa insatser betraktas av skattemyndigheterna som en löneförmån och beläggs med arbetsgivaravgifter och skall räknas in i den anställdes lön så att hon eller han måste betala skatt. Det är dock skillnad om arbetsgivaren erbjuder en träningslokal. Sveriges Riksdag har till exempel omfattande träningsutrymmen för sin personal som kan utnyttjas av personalen när som helst. Denna möjlighet förmänsbeskattas inte, det skulle däremot ett träningskort till ett gym på Sveavägen göra.

hand och tenderar dessutom att vara ganska konjunkturberoende.

Låt oss ta ett konkret exempel. Företaget Axelssons mekaniska har 100 personer anställda som tjänar i genomsnitt 18 000 kronor i månaden. Av de med kollektivavtal tjänar ingen över 23 000 kronor i månaden. Tre personer i företagsledande ställning tjänar i genomsnitt 35 000 kronor i månaden. I genomsnitt är sju personer frånvarande varje arbetsdag på Axelssons mekaniska. Det betyder att sjuktalet i genomsnitt är ungefär 15 dagar per anställd och år. De anställda är en blandning av män och kvinnor i olika åldrar. Männerna dominerar i de tyngre yrkesgrupperna och kvinnorna är klart överrepresenterade på kontoret. Samtliga chefer är män.

Axelssons mekaniska omsätter 60 miljoner kronor varje år, och i genomsnitt producerar varje anställd ett värde som uppgår till 600 000 kronor per år. Produktionsbortfallet som denna frånvaro leder till motsvarar för Axelssons mekaniska 4 200 000 kronor i omsättning varje år. Axelssons mekaniska betalar i sjuklön (inklusive sociala avgifter) ut cirka 1 miljon kronor årligen. Av de i genomsnitt 7 personer som är sjuka varje dag så är 1,5 långtidssjuka. Statens utgifter för detta uppgår till cirka 260 000 kronor.

Axelssons har fyra anställda som uppvisar en ovanligt hög sjukfrånvaro. Deras sjuktal är mellan 70 och 90 dagar per år, men det mesta av denna sjukfrånvaron överstiger sällan 7 dagar och bara någon enstaka gång 14 dagar.

Redan dagens system med sjuklön leder till att Axelssons har goda skäl att förbättra hälsoläget för de anställda. Ju sämre arbetsmiljö, desto högre sjukfrånvaro. Särskilt den korta sjukfrånvaron har visat sig tendera att öka om en avdelning blir överbelastad med arbete. Av den anledningen har Axelssons mekaniska förbättrat planeringen så att personalen i god tid innan vet när och hur omfattande eventuell övertid kan komma att bli. De anställda får också ta ut kompensation före det att planerad övertid kommer att inträffa. Axelssons menar att sådan flexibilitet gör det enklare för de anställda att planera för sina liv på bästa sätt.

Det största dilemma för Axelssons mekaniska är de fyra medarbetare

som har en ovanligt hög sjukfrånvaro. Det är medarbetare som dels har problem med ett knä och dels har problem med övervikt. Två personer lider av ryggproblem. En eventuell rehabilitering av dessa personer skulle kosta relativt mycket, och en förändring av deras arbete kräver särskilda investeringar. Eftersom företaget arbetar på en marknad med hård prispress och konkurrens är utrymmet för sådana investeringar litet. Det är också svårt för Axelssons att medvetet vidta och bekosta rehabiliteringsåtgärder eftersom utfallet är osäkert och bara till viss del kommer Axelssons till del.

Kontakter med försäkringskassan har också visat att Axelssons mekaniska måste lägga stora administrativa resurser på ett samarbete för att man skall kunna komma ifråga för förebyggande sjukpenning eller rehabiliteringspeng. Axelssons får inte den kalkylen att gå ihop, och problemen är inte så stora för företaget att den investeringen kan motiveras på företagsekonomiska grunder. Man har istället lärt sig leva med att några procent av arbetsstyrkan har problem att utföra ett normalt jobb, och man menar att det är något som varje arbetsplats brottas med.

En insats från Axelssons mekaniska som skulle förbättra hälsoläget för de anställda skulle heller inte påverka den avgift som man idag betalar via arbetsgivaravgifterna. Varje krona som Axelssons satsar för att sänka sjuktalet måste komma ur företagets ordinarie verksamhet, och det gör att kalkylerna oftast inte går ihop. Ibland skulle det dock vara så att en insats skulle vara lönsam om den också skulle kunna räknas hem mot en lägre utgift för försäkringsskyddet för de anställda. Någon sådan nedsättning kan dock inte lämnas inom ramen för dagens system.

Trots att Axelssons har en redan väsentligt bättre hälsosituation bland sina anställda så betalar man samma avgift som ett annat företag – Lindströms – i grannkommunen. Lindströms är verksamt i samma bransch och personalstyrkan påminner i sin sammansättning om den man har på Axelssons. Planeringssystem och personalpolitik har dock en mycket underordnad ställning på Lindströms jämfört med Axelssons. Hälsobilden ser också mycket annorlunda ut. En mycket tydlig skillnad

mellan arbetsplatserna är att den långa frånvaron är avsevärt större på Lindströms. Tabellen nedan sammanfattar skillnaden:

TABELL 7:1 Skillnader mellan Axelssons och Lindströms.

	Axelssons	Lindströms
Antal anställda	100	115
Genomsnittslön	18 000	18 000
Sjukdagar	15,75	49,5
Utbetalad sjuklön per år	1 200 000	1 500 000
Omsättning (potentiell)	60 000 000	68 800 000
Produktionsbortfall	4 200 000	15 100 000
Omsättning (verklig)	55 800 000	53 700 000
Långtidssjukskrivna	1,5	15
Statens utgifter	300 000	3 000 000
Sjukförsäkringsavgift	2 100 000	2 400 000
Sjukförsäkringsavgift per anställd	21 000	21 000
"Statens" saldo	+ 1 800 000	-600 000

Som framgår av tabellen är skillnaden mycket stor mellan Axelssons och Lindströms, trots det omsätter företagen ungefär lika mycket pengar. Lindströms har en större långtidsfrånvaro, vilket man kompenserat för genom att ha fler anställda än Axelssons. I och med att Lindströms har så många långtidssjukskrivna så är det staten som betalar den större andelen av vad inkomstbortfallet vid sjukdom kostar. Av de totala kostnaderna så betalar Axelssons 80 procent av de direkta kostnaderna, därutöver bidrar man med 1,8 miljoner till det allmänna för att betala hög sjukfrånvaro på andra arbetsplatser. För Lindströms gäller det omvända. Man betalar mindre än 30 procent av de direkta kostnaderna samtidigt som man kostar det allmänna omkring 600 000 kronor.

7.2 Andra försäkringar

Avtalsförsäkringar omfattar cirka 90 procent av de svenska löntagarna. För de resterande har det blivit allt vanligare med privata sjukförsäkringar.

Avtalsförsäkringar betalas alltid av arbetsgivaren, och det är vanligt att en arbetstagare som står utanför kollektivavtalen begär en privat sjukförsäkring – särskilt om lönen överstiger 7,5 basbelopp.

För arbetsgivaren innebär dagens ordning att man måste hålla reda på tre olika försäkringslösningar för ett och samma skydd för de anställda. Arbetsgivaren har också små möjligheter att påverka villkoren för såväl det obligatoriska statliga skyddet som de avtalsbundna överenskommelserna.

Betalning för skyddet sker också till tre olika institutioner. Eftersom betalningen för det statliga skyddet är en skatt så är en sådan skuld högre prioriterad än andra skulder. De tilläggförsäkringar som arbetsgivaren tecknar för den anställde kan alltså förfalla om arbetsgivaren underlåter att betala dem.

Om vi återgår till Axelssons mekaniska så innebär dessa avtalsmässiga och privata tilläggförsäkringar att man utöver sjukförsäkringsavgiften i arbetsgivaravgiften betalar en premie för den avtalsbundna försäkringen. Axelssons betalar också privata tilläggförsäkringar för dem som arbetar i företagsledande ställning. Eftersom det handlar om tre olika försäkringslösningar så upptar dessa delar en relativt stor del av de administrativa resurser som finns på Axelssons.

7.3 Friskpengen varierar med ålder, kön och lön

Vad kommer friskpengen att innebära för företagen? Friskpengen beräknas utifrån den förväntade kostnad som en försäkringspremie är för individer givet ålder och kön.

Det är alltså personalstyrkans ålders- och könsmässiga sammansättning som bestämmer hur stor nedsättningen blir. I avsnitt 5 har vi redovisat och beräknat hur premien kommer att variera med beroende på ålder och kön. Av tabell 7:2 nedan framgår premiens storlek beroende på kön, ålder och försäkringsbeloppet (som är detsamma som inkomsten).

TABELL 7:2 *Friskpengens storlek för olika kön, ålder och försäkringsbelopp.*

Ålder/Inkomst	Män			Kvinnor		
	16-29	30-49	50-59	16-29	30-49	50-59
50 000	820	2 241	7 711	1 275	3 390	11 175
100 000	1 641	4 481	15 422	2 550	6 780	22 350
150 000	2 461	6 722	23 133	3 825	10 170	33 525
200 000	3 281	8 963	30 844	5 100	13 560	44 700
250 000	4 102	11 203	38 555	6 375	16 950	55 875
300 000	4 922	13 444	46 266	7 650	20 340	67 050

En 34-årig kvinna som tjänar 200 000 kronor leder alltså till en friskpeng på 13 560 kronor per år. För en 52-årig man som tjänar 250 000 kronor blir friskpengen 38 555 kronor per år. Ett företag med 10 män och 10 kvinnor anställda i åldrarna 40 – 49 år och med en inkomst mellan 175 000 och 225 000 kronor skulle få en friskpeng uppgående till 225 230 kronor per år. Ett företag med 20 kvinnor över 50 år gamla som tjänar cirka 200 000 kronor per år skulle få en friskpeng motsvarande 894 000 kronor.

Friskpengens konstruktion leder till att det är kvinnodominerade arbetsplatser där åldern i genomsnitt är relativt hög som har störst potential att förbättra hälsoläget och därmed också åstadkomma stora ekonomiska effekter. Av tabell 7:3 nedan framgår skillnaderna för en arbetsplats med 40 anställda med en genomsnittsinkomst på 200 000 kronor.

TABELL 7:3 *Friskpengen för några olika typföretag.*

Kvinnor	Ålder	Män	Ålder	Friskpeng
40	50-59			1 788 000
		40	50-59	1 233 760
20	30-49	20	30-49	450 460
40	16-29			204 000
		40	16-29	131 240

Som framgår av tabellen är det i företag med många kvinnor i högre ålder som potentialen till stora förbättringar är som störst. Nedsättningen av friskpengen blir här så stor att ett aktivt arbete med hälsosituationen inte bara blir möjligt utan dessutom kan ge ett rejält tillskott till företaget som helhet.

Skillnaden i kostnad för att anställa en kvinna över 50 år jämfört med en man mellan 20 och 30 år framgår av tabellen nedan. Jämförelsen är gjord mellan dagens system med 14 dagars sjuklön, förslaget på 60 dagars sjuklön och friskpengen som presenteras i denna utredning.

TABELL 7:4 Högre kostnad för arbetsgivaren med olika lösningar.

	i % av lönen
Sjuklön 14 dagar	1
Sjuklön 60 dagar	5
Friskpeng	0

7.4 Friskpengen i praktiken

Låt oss återvända till Axelssons mekaniska och Lindströms mekaniska för att konkretisera vad förslaget med friskpeng kan innebära och vilka positiva effekter som förslaget kan skapa.

Axelssons hade ju – som vi tidigare påpekat – problem med i huvudsak fyra anställda. Dessa personer hade olika problem med i första hand leder och rygg. För Axelssons skulle en anslutning till friskpengssystemet vara lönsamt om en insats genomförs som minskar risken för personalen att bli sjuk. De fyra personer som är sjuka är samtliga män, tjänar cirka 200 000 kronor per år. En är 37 år gammal och tre är över 50 år gamla. Den friskpeng som Axelssons får blir 110 458 kronor, vilket överstiger det man betalat i arbetsgivaravgift med drygt 30 000 kronor. På marginalen spelar detta tillskott mycket stor roll.

Lindströms hade helt andra och större problem med sjukfrånvaron.

Med ett genomsnittligt sjuktal på 49,5 dagar och 15 personer av arbetsstyrkan långtidssjukskriven så finns mycket att göra. Friskpengen har här stor betydelse för Lindströms möjligheter att påverka hälsosituationen.

Först kan vi konstatera att om Lindströms inget gör så kan friskpengen innebära att den faktiska premien som man måste betala för de anställdas sjukförsäkringsskydd kommer att överstiga den friskpeng som man får. Det beror lite på hur framför allt de långa sjukfallen ser ut. Antar vi att det ser ut som i tabell 7:5 nedan, så kommer Lindströms att via friskpengen kunna investera och förbättra för motsvarande drygt 100 000 kronor för att förbättra hälsoläget. Det vill säga skillnaden mellan den avgift som man betalar till staten för sjukförsäkringen och den friskpeng man erhåller. Motiven är för Lindströms alltså egentligen avsevärt större än de motiv som Axelssons har.

TABELL 7:5 *Friskpengen på Lindströms.*

Kön	Ålder	Antal	Friskpeng
Män	30-49 år	4	35 852
	50-59 år	3	61 688
Kvinnor	30-49 år	2	40 680
	50-59 år	6	268 200
SUMMA			406 420

Men som vi redan konstaterat arbetar man redan på Axelssons aktivt med hälsan, och förslaget är ju i första hand inriktat på att förbättra incitamenten för de arbetsgivare som idag har för dåliga motiv att aktivt arbeta med hälsoläget. Även om incitamenten är större för Lindströms än för Axelssons så leder ändå friskpengen till att Lindströms kan motivera ytterligare investeringar som förbättrar arbetsmiljön eftersom kalkylerna förbättras på marginalen.

7.5 Friskpengen i offentlig sektor

På det kommunalt ägda lilla äldreboendet ”Ättestupan”, som är en fristående resultatenheter arbetar fem undersköterskor i åldern 50 – 59 år samt en sjuksköterska som är 35 år. Undersköterskorna tjänar 200.000 om året vardera. Sjuksköterskan 240.000 kronor om året. Totalt betalar denna resultatenheter in cirka 397.000 om året i arbetsgivaravgifter. Arbetet är tungt och personalen är en typisk riskgrupp, äldre lågavlönade kvinnor. Sjukfrånvaro är mycket vanlig – en av undersköterskorna arbetar deltid på grund av en arbetsskada som hon ådrog sig då en av de boende för sin son, som är medlem i Hells Angels, beklagade sig över servicen.

Detta innebär stora kostnader. Dels därför att personalen ofta är inhyrd från olika uthyrningsföretag vilket blir dyrt, dels blir effektiviteten lägre då det är stor omsättning på dem som arbetar på Ättestupan. Den kommunala budgeten är, trots hög kommunalskatt, svår att få att gå ihop och personalen har inga större utsikter till varken högre löner eller personaltutveckling.

När systemet med friskpeng införs ändras emellertid förutsättningarna. Enligt Riksförsäkringsverkets nyckel kan resultatenheter permanent få 319.000 kronor per år i lägre arbetsgivaravgifter om försäkringen för sjukfrånvaro, rehabilitering, arbetsskada och förtidspension köps på marknaden och sköts av en privat aktör.

Eftersom friskpengen är beräknad för att täcka en privat försäkring med givna villkor går den företagsekonomiska kalkylen jämnt upp i början. Nedsättningen av arbetsgivaravgiften täcker precis de privata premier som Ättestupan betalar för de anställda. Men en stor skillnad finns – det finns nu möjlighet för personalen och företaget att påverka premiens storlek.

Undersköterskan som är arbetsskadad rehabiliteras med ett effektivt program som erbjuds av det privata försäkringsbolaget. Chefen för Ättestupan ser över arbetsvillkoren på flera sätt. Personalen erbjuds friskvård på arbetstid, scheman ses över, ny utrustning underlättar tunga lyft. Hela företaget andas en ny positivitet. Efter en tid börjar problemen med sjuk-

frånvaro att minska. Detta leder i sin tur till att premien som Ättestupan betalar börjar falla. Eftersom friskpengen är konstant blir det plötsligt mer pengar över i verksamheten. Detta leder till satsningar på personalutveckling och även till löneökningar. Friskpengen har på detta sätt skapat en god cirkel där premien efter en tid faller ytterligare efter att man beslutar att vara med i ett speciellt hälsoprogram som erbjuds av försäkringsbolaget.

REFERENSER

Aants L.J.M. de Jong P.R.; *Privatisation of Social Insurance and Welfare State Efficiency. Evidence from the Netherlands and United States; Session Public vs. Private Provision;* Jerusalem 25-28 January, 1998

AFA Trygghetsförsäkrings Medicinska Råd; *Arbete och besvär i rörelseorganen;* AFA 2001

Arbetsmiljöverket och SCB, *Information om utbildning och arbetsmarknad 2001:2, Negativ stress och ohälsa – Inverkan av höga krav, låg egenkontroll och bristande socialt stöd i arbetet*

Arrow K: *Aspects of the Theory of risk bearing,* Helsinki: Yrjo Jahnssoonin Saatio 1965.

Bergström, B. Gidehag, R: *Utjämningspolitiken och dess effekter på inkomstutjämnningen och inkomströrligheten?* SAF 2000

Bloch, F. S. Prins, R (red); *Who Returns to Work and why?;* International Social Security Series Vloume 5; Transaction Publishers; New Jersey 2001

Bäckman, O. Palme, J; *Social bakgrund and sickness absence: A study of a Stockholm cohort.* Acta Sociologica, vol 41., pp. 349-362, 1998

Cutler D. M. Zeckhauser R.J; *The anatomy of health insurance;* Working Paper 7176 NBER, 1999

Ds 1994:81; *En Social Försäkring;* Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO)

Edebalk P.G. Ståhlberg A-C. Wadesjö E; *Socialförsäkringarna;* SNS 1998

Ekonomistyrningsverket; *Budgetprognos 2001:1*

Elmér Å; *Från fattigsverige till välfärdsstaten;* Aldus 1965

Englund, L. Tibblin, G. Svärdsudd K; *Attityders betydelse för sjukskrivningslängd;* ISORAK 1997

Esping H. & Filippa A; *Privatisera arbetsskadeförsäkringen?;* SNS 1990

Fröhlich, M., Heshmati, A., Lechner, M; *A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden;* 1999

Fölster S. Trofimov G.; *Social insurance based on personal savings accounts: A theoretical analysis, Working Paper,* The Swedish Research Institute of Trade 1999

Fölster, S. Henrekson M; *Growth effects of government spending and taxation in rich countries;* European Economic Review, kommande nummer.

Försäkringsförbundet; *Yttrande över sjukförsäkringsutredningens delbetänkande* SOU 2000:72

Försäkringskassan; *Sjukförsäkring*; Försäkringskassan informerar
2001-01-01

Gidehag R. Tarras-Wahlberg B; *Tryggad välfärd och halverat skattetryck med personliga välfärdskonton*; Skattebetalarnas förening 1996

Gidehag R; *Här är inte fattig eller rik*; Svd Samtider 2000-02-13

Gladstone D. (editor); *Before Beveridge. Welfare Before the Welfare State*; IEA Health and Welfare Unit 1999

Gravelle H. Rees R; *Microeconomics*, Longman Group 1992

Gründemann, R.W.M. de Winter C.R. Smulders P.G.W; *Absenteeism in the European Union*; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Working Paper No.: WP/94/29/EN;

Henrekson M. Lantto K. Persson M; *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen*; SNS 1992

Henrekson M. Persson M; *The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System*; JEL 2001

Höjer K.J; *Svensk socialpolitisk historia*; Norstedts 1952

Ilmarinen, J. Rantanen, J; *Promotion of work Ability during Ageing*. American Journal of Industrial Medicine Supplement 1:21-23, 1999

Karlsson N. (red); *Sveriges framtida socialförsäkringssystem*; City University Press 1995

Kristersson U; *Det socialpolitiska arvet*; City University Press 1994

Lindbeck A. m.fl; *Politisk makt med oklart ansvar*; SNS 2000

Mikaelsson B. Ekholm J. Svärdsudd K; *Sjukskrvningar skadar hälsan*;
DN debatt 2001-09-19

Molander P; *En effektivare välfärdspolitik*; SNS 1999

Olsson S.E; *Social Policy and Welfare State in Sweden*; Arkiv 1993

Pestieau P; *Social protection and redistributive taxation - A survey*,
kommande SNS

Regeringens proposition 2000/01:1; *Budgetpropositionen för 2001*

Regeringens proposition 2001/02:1; *Budgetpropositionen för 2002*

Regeringens proposition 2001/02:9; *Vissa socialförsäkringsfrågor*

Riksförsäkringsverket; *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Riks-
försäkringsverkets ansvarsområde budgetåren 2001 – 2004*; RFV 2001-05-11

Riksförsäkringsverket; *Antalet förtidspensionärer ökar kraftigt kommande
år*; Pressmeddelande 2001-11-05

Riksförsäkringsverket; *Drygt 100.000 har varit sjukskrivna i mer än ett
år*; Pressmeddelande 2001-08-20

Riksförsäkringsverket; *Ekonomiska drivkrafter eller selektion i sjukfrån-
varon?*; RFV Redovisar 2001:10

Riksförsäkringsverket; *Korta sjukfrånvaron år 2000*; RFV Statistisk
rapport Is-R 2001-1

Riksförsäkringsverket; *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång till arbete*; RFV Utvärderingsavdelningen 2001-10-29

Riksförsäkringsverket; *Oförändrad hög nivå för sjukskrivningarna*; Pressmeddelande 2001-10-16

Riksförsäkringsverket; *Riksförsäkringsverkets budgetunderlag för åren 2002-2004*; RFV Dnr 1735/2001

Riksförsäkringsverket; *Riksrapport tillsyn 2000*; RFV Anser 2001:5

Riksförsäkringsverket; *Sjukpenningutbetalningarna fortsätter att öka – men i lägre takt än tidigare*; Pressmeddelande 2001-06-15

Riksförsäkringsverket; *Socialförsäkringen – Årsredovisning budgetåret 2000*

Riksförsäkringsverket; *Socialförsäkringens omfattning 1998-2001*; RFV Redovisar 2000:4

Riksförsäkringsverket; *Utgiften för sjukpenning 20 procent högre i år*; Pressmeddelande 2001-09-19

Riksförsäkringsverket; *Yttrande över Sjukförsäkringen (SOU 2000:72) och Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78)*

Riksförsäkringsverket; *Yttrande över slutbetänkande Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121)*

Riksförsäkringsverket; *Arbetsgivares attityder till äldre yrkesverksamma*; RFV Analyserar 2001:9

S 2000:7; *Punkter i en handlingsplan – Delrapport från utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*

SACO; *Remissvar Sjukfrånvaro och sjukskrivning – Fakta och förslag (SOU 2000:121)*

SAF (1998): *SAF: ”Proportionell skatt med trygghetskonton”*, SAF 1998

Selander J; *Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation*; 1999

SOU 1944:15; *Socialvårdskommitténs betänkande VII: Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring*

SOU 1952:39; *Sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring*

SOU 1972:60; *Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m.m.*

SOU 1981:22; *Sjukersättningsfrågor*

SOU 1993:16; *Nya villkor för ekonomi och politik*

SOU 2000:121; *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag*

SOU 2000:7; *Långtidsutredningen 2000:7*

SOU 2000:72; *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter*

SOU 2000:78; *Rehabilitering till arbete – En reform med individen i centrum*

SOU 2001:52; *Med välfärdsstaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet*

Svenska Arbetsgivareföreningen; Social försäkring; Svenska Arbetsgivareföreningen 1988

Svenska Kommunförbundet; Hälsoutvecklingen för anställda – ett diskussionsunderlag

Söderström L. m.fl; Från dagis till servicehus. Vårdförpolitiken i livets olika skeden; SNS 2000

Söderström L. m.fl; Privatiseringens gränser Perspektiv på välfärdspolitiken; SNS 2000

TCO; Ohälsan ökar i arbetslivet – en rapport om ohälsan i kommun för kommun; TCO 29 maj 2001

APPENDIXDEL

- I. En mer oberoende sjukförsäkring**
- II. Sjukförsäkringens historia**
- III. Tidigare utredningar**
- IV. Sjukskrivning och förtidspension**

I. En mer oberoende sjukförsäkring?

För att samla och samordna förebyggande insatser och rehabilitering har från olika håll en mer sammanhållen sjukförsäkring förordats. Enligt Rehabiliteringsutredningen (SOU 2000:78) bör den även ha ett oberoende i den mening att intäkter från sjukförsäkringsavgiften fonderas och användas för att finansiera perioder där utgifter överstiger intäkter. I en motion har också folkpartiet föreslagit en liknande lösning.

Även RFV menar att sjukpenningen, förtidspensionen och arbetsskadeförsäkringen skulle kunna bli föremål för en buffertfondfinansiering. Enligt vår mening finns emellertid fem tunga problem med en alltför oberoende offentlig sjukförsäkring.

- A) Sjukfrånvaro är utsatt för stora svängningar och långvariga trender. Det är oerhört svårt att ens veta vad en rimlig initial finansieringsnivå är för en oberoende sjukförsäkring.
- B) Det finns en risk att den blir utgiftsdrivande. När den går med överskott kan den sänka avgifterna eller höja ersättningen. När den går med underskott kommer det att finnas stort politiskt tryck på regeringen att förhindra neddragen ersättning.

- C) Bristande trygghet. Om en oberoende sjukförsäkring ändå skär ned ersättningen under en period av underskott kan detta ske samtidigt som statsbudgeten i övrigt går med stort överskott. Alternativt kan sjukförsäkringen gå med stort överskott samtidigt som staten har underskott och tvingas skära ned kraftigt på andra områden. Det finns risk för större volatilitet och otrygghet än vad som är befogat.
- D) Fördelning. En sjukförsäkring berör i hög grad fördelningspolitiken. Det är en stor skillnad mot till exempel en oberoende riksbank och är också principiellt tveksamt om viktiga fördelningspolitiska beslut bör fattas vid sidan av den demokratiska processen.
- E) Gränsdragning mot andra socialförsäkringar försvåras. Det finns grupper som kan hamna inom sjukförsäkringen likaväl som inom a-kassan. Det finns risk för ökat revirtänkande i det avseende.

Med tanke på dessa problem menar vi att oberoendet måste avgränsas. En möjlighet vore att, på samma sätt som nu, låta sjukförsäkringen finansieras av staten upp till en ersättning motsvarande 70 procent av tidigare lön. Ersättningen över 70 procent skulle kunna ersättas av ett helt försäkringsmässigt system som ligger vid sidan av de offentliga försäkringarna och är frivilligt.

II. Sjukförsäkringens historia

Inledning

Socialpolitik blev ett begrepp under 1800-talet som ett resultat av den industriella och politiska revolutionen. Den sena upplysningen bidrog också starkt till framväxten av en mer sammanhållen socialpolitik bedriven på nationalstatsnivå. Givet dessa ursprung, tillsammans med Bismarcks auktoritära styrelseskick, är det inte konstigt att det var Tyskland som gick i bräschen för socialpolitiska innovationer.

Historiskt har Sverige i varierande grad varit antingen föregångsland eller eftersläntrare när det gäller social försäkring. År 1884, bara tre år efter Bismarcks initiativ i Tyskland, väckte den liberale riksdagsmannen Adolf Hedin en motion i Sveriges riksdag. Efter en omfattande genomgång av den sociala lagstiftningen i en rad olika europeiska länder kom Hedin till slutsatsen att den tyska lagstiftningen var klart överlägsen all annan lagstiftning i andra länder. Även om Hedin inte omfamnade de auktoritära drag som kännetecknade Bismarcks socialpolitik, så vägrade fördelarna över. Adolf Hedins motion skulle dock behöva decennier för att förverkligas i sina delar.

Trots att den första arbetsskadeförsäkringen antogs 1901 var den i internationell jämförelse inte särskilt förmånlig. Dessutom tillhörde Sverige de sista länderna att införa ett ersättningssystem på de sociala försäkringarnas område. Bara tolv år senare – 1913 – beslutade dock riksdagen att införa världens första universella försäkring när den allmänna pensionsförsäkringen infördes. Frågan hade aktualiserats av Adolf Hedin i sin motion till andra kammaren 1884.

På många sätt var 1913 års beslut vägledande för framväxten av den svenska socialförsäkringsmodellen. Den starka svenska bondeklassen fick genom reformen rätt till pension, vilket bröt mot mönstret från andra länder där de sociala försäkringarna egentligen endast avsåg arbetarklassen. Utformningen blev därmed också socialistisk – universell och jämlik. Med 1916 års beslut om ersättning vid arbetsolyckor stadfästes en i grun-

den konservativ princip om kompensation som bestäms av inkomstbortfallet. Med reformerna 1913 och 1916 hade den svenska socialförsäkringen fått sina grunder.

Adolf Hedin är den svenska socialpolitikens urfader. Han hade tagit mycket starkt intryck av radikalismen i den franska revolutionen och blandat med en svensk syn på demokratisk liberalism och skandinavisk kulturnationalism. Man skulle kunna säga att Hedin därmed var en kommittär; han såg socialpolitikens och socialförsäkringarnas uppgift att trygga det svenska folket. Våra socialförsäkringar har alltså sina rötter i en syn på Sverige som – sedd med dagens ögon – är ganska begränsad. Samtidigt har socialförsäkringarna en ideologisk rot som i högsta grad är aktuell än idag.

Slutsatsen av detta skulle möjligen kunna vara att Hedin ändå var etatist. Så var emellertid inte fallet, och hans syn på just sjukförsäkringen är kanske det tydligaste tecknet på detta. I den omtalade motionen från 1884 menar Hedin att det inte var nödvändigt med en statlig intervention på sjukförsäkringens område eftersom det då redan fanns aktiva sjukkasor som framgångsrikt värvade nya medlemmar. En ödets ironi är kanske att hans motion bidrog till beslutet att ge statligt stöd till sjukkasor redan från 1891.

Den tyska formuleringen av Sozialpolitik dominerade fram till det att William Beveridge presenterat sin plan på 1940-talet. En blandning av Beveridge och Keynes har sedan influerat stora delar av socialpolitiken i hela Europa, inte minst i Sverige. Som det skulle visa sig fungerar keynesianismen väl ihop med de socialförsäkringar som uppkom i spåren av Bismarcks socialpolitik. Med socialförsäkringar får staten en palett med ekonomisk-politiska verktyg som kan fungera som stabilisatorer under sämre konjunkturer.

Återkomsten av den klassiskt liberala nationalekonomin under 1970-talet, genom inte minst Milton Friedman, utmanade dem som förespråkade Keynes och ledde till mer eller mindre omfattande politiska förändringar i Europa och USA från 1980. Någon ny socialpolitisk teori kan inte

sägas ha fått fotfäste i den politiska debatten, däremot har förändringen i den övergripande nationalekonomiska debatten fått konsekvenser för bland annat hur William Beveridge bör tolkas.

Tiden före 1910

När den industriella revolutionen nådde ett nytt land framkallade den en allt snabbare urbanisering som ledde till att bondesamhällets strukturer bröts sönder vilket ledde till ett ökat behov av nya institutioner.

Den enklaste formen av skydd vid sjukdom fanns i bondesamhället. Varje jordbruk fungerade som en egen produktionsenhet och de som var fast knutna till ett jordbruk hade också en form av skydd. Försörjningen var ändå inte tryggad med detta, och denna form av stöd nådde inte alla dem som hade en lös koppling till olika jordbruk som säsongarbetare eller tillfälliga hjälpredor.

Människor som inte hade någon trygghet genom en fast koppling till ett jordbruk fick klara sig själva för kortare sjukdomsfall. För längre sjukfall fick många vända sig till fattigstugan i sin kommun. Det sociala ansvaret ålåg alltså kommunen, och vid denna tidpunkten fanns det omkring 2 000 kommuner i Sverige.

I städerna fanns ett behov av stödsystem för människor som kom i nöd på grund av till exempel sjukdom. Ståndssamhället var dock utgångspunkten för allt sådant stöd, och inom olika grupper – ofta skrän – förekom inbördes hjälp. Hjälpens var begränsad, och hade förmodligen störst betydelse vid sjukdom eller dödsfall. Människor hjälpte varandra där det fanns ett naturligt samband – samma yrke, samma religionstillhörighet – och hjälp på detta sätt över ståndsgrensarna bör ha varit mycket begränsad. De som inte hade sådant stöd blev hänvisade till den kommunala fattighjälpen. Som framgår nedan av hur mer konservativa kretsar resonerade i slutet av 1800-talet, så hade hjälpsökande människor i detta samhälle mycket låg social status. Det svenska samhället under 1700- och 1800-talen var mycket individualistiskt ur denna synvinkel, samtidigt som människor grupperade sig i olika grupper, till exempel stånd eller skrän.

Nationalstaten var vid denna tidpunkt också ett luddigt begrepp, och först revolutionsåret 1848 formerades Europa till mer homogena nationalstater där människor började få en nationell identitet, till exempel som svensk i stället för som hallänning.

Slutenhet och skråtänkande kännetecknade alltså sjukkasserörelsen från början, men 1761 bildades den första sjukkassan som var öppen för alla. Tillväxten av sjukkassor var till en början blygsam, men tilltog alltmer i takt med att industrialismen och urbaniseringen fortskred. Från 1870-talet var sjukkasserörelsen i stark tillväxt och allt fler anslöt sig, då de kände behov att trygga sin försörjning vid sjukdom.

Villkoren för medlemskap bestämdes ofta av geografisk eller yrkesmässig hemvist. Avgiften var från en början enhetlig och stödet också enhetligt. Uttaxering förekom endast då kassorna var i ekonomiskt trångmål.

Som redan påpekats var Tyskland det land som först införde försäkringar som skulle ge arbetarna en ökad trygghet. Försäkringarna kallades arbetarförsäkringar, och hade likheter med det som vi idag kallar socialförsäkringarna. Bismarcks motiv för införandet var dock inte i huvudsak att förbättra livet för de enskilda arbetarna, utan snarare att skapa social stabilitet i Tyskland. Man kan säga att försäkringarna var socialpacifistiska.

I Sverige antogs 1891 den första sjukkasselagen. Där utformades ett statsbidrag till sjukkassor som enligt särskilda bestämmelser erkändes av staten. Orsaken till att staten valde att stödja sjukkassorna med statsbidrag istället för att förstatliga försäkringen, var att man såg den snabba tillväxten av antalet medlemmar och kassor som att staten inte behövde fylla ett sådant trygghetsbehov eftersom människorna själva sörjde för det.

Lagen om ersättningsplikt för vissa arbetsgivare i vissa yrken till skadade arbetare antogs av riksdagen 1901 och nådde inte särdeles långt. Ändå gick debattens vågor höga. Den konservative ledamoten Benedicks menade att lagen var av socialistisk natur som skulle leda till att ordspråket ”hjälp dig själv så hjälper dig Gud” skulle frångås. Benedicks hävdade att ”Det är väl hvars och ens pligt att i första rummet sjelv sörja för sig, men icke att överferlema den omsorgen åt andra”. Kritiken var också besk från

vänsterhåll, och då inte minst från Branting som kände sig nödsakad att rösta emot lagen eftersom han menade att den var sämre än inget alls. Ersättningarna betecknade Branting som ”fattighusbelopp”.

Lagen antogs emellertid, och därmed hade riksdagen erkänt arbetsgivarens ansvar för de anställdas säkerhet och trygghet från olyckor på arbetsplatsen. Den banade också vägen för en mer utbyggd olycksfallsförsäkring.⁸³

En rad problem som var förenade med det frivilliga sjukkaessystemet hade börjat bli allt tydligare efter sekelskiftet. Eftersom kassorna var ganska många så var de också relativt små, vilket innebar svårigheter att följa sina åtaganden. Trots den snabba tillväxten var bara drygt var tionde vuxen medborgare medlem av en kassa. De flesta förlitade sig alltså fortfarande på den kommunala fattigvården vid sjukdom. Det förekom också ofta att kassorna vägrade medlemskap till äldre personer för att minska riskerna. Slutligen var det också möjligt att tillhöra mer än en kassa, vilket skapade utrymme för överkompensation och en sned fördelning av det statsunderstöd som ändå gavs.

Sverige följer omvärlden – och tar ledningen

Riksdagen antog 1910 en ny sjukkasselag av regeringen Lindman. Det kan möjligen förefalla som märkligt att en högerregering antog en mer progressiv sjukkasselag, men det har sin förklaring. För det första hade allt fler konservativa röster höjts för att åtgärda de problem som blev alltmer uppenbara, inte minst kommunernas fattigvårdsutgifter. För det andra hade rösträttsreformen 1907⁸⁴ inneburit att riksdagen i allt högre grad speglade folkgenomsnittet och kraven på bättre socialt skydd hade alltså vunnit i styrka i landets andra kammare.

Ett viktigt syfte med lagens tillkomst var att avlasta kommunerna utgifter via fattigvården som orsakades av sjukdom, samtidigt som en del av de

83 Arbetarskyddslagar hade riksdagen beslutat om tidigare. Sedan 1889 gällde yrkesfararlagen och sedan 1900 en lag om minderårigas och kvinnors arbete. 1912 ersattes dessa lagar av en arbetarskyddslag.

84 Vid valen 1911 gav denna reform genomslag i andra kammarens sammansättning. En viss politisk effekt bör dock ha uppstått redan innan.

problem som sjukkasseorganisationen hade uppvisat kunde avhjälpas. Lagen föreskrev därvid att flermedlemskap inte längre skulle vara tillåtet. Sjukkasseystemet skulle dock förbli frivilligt, både avseende medlemskap som bildande. En kassa som uppfyllde vissa villkor om medlemsamtal kunde registreras och få rättskapacitet. Medlemmars ställning gentemot kassan reglerades och vissa minimiprestationer som en kassa måste erbjuda sina medlemmar föreskrevs.

Sedan tidigare hade Kommerskollegium ansvar för tillsynen av sjuk-kassorna. I samband med att Kungl. Socialstyrelsen bildades 1912 övertog den tillsynsansvaret för de sjukkassor som fick statsbidrag.

I takt med att riksdagen i allt högre utsträckning speglade samhället stärkte socialpolitiken sin ställning. Det hade dock liten effekt på sjukförsäkringsfrågan. Såväl arbetarskyddslagstiftning, trygghet vid ålderdom och fattigvårdspolitiken påverkades av detta, men sjukförsäkringen förblev frivillig.

En viktig anledning till detta var de problem som finansieringen av en sådan försäkring medförde för statsbudgeten, alldeles särskilt eftersom stora delar av tiden mellan 1910 och 1950 kännetecknades av svåra lågkonjunkturer eller av krig som då krävde resurser.

Samtidigt var de socialpolitiska behoven många. Sjukförsäkring fanns redan, och var dessutom statsunderstödd. Andra åtgärder var därmed mer angelägna att satsa resurser på, det handlade till exempel om försörjningsstöd vid arbetslöshet. Pensioner och annan socialpolitik var, som ovan nämnts, också angelägna områden.

1916 fattades beslut om en olycksfallsförsäkring vid olycksfall i arbetet. Försäkringen byggde på ett tvång för arbetsgivaren att försäkra sina anställda och härrörde från ett betänkande 1915 av ålderdomsförsäkringskommittén. Bland de viktigare inslagen återfanns dels inkomstbortfallsprincipen och valet av försäkringslösning snarare än ersättningsplikt för arbetsgivaren vid olycksfall. En ersättningsplikt kunde särskilt för små företag leda till stora ekonomiska problem om en olycka var framme. Ett annat viktigt inslag, som saknar motsvarighet i dagens socialförsäkringar, var att premien var riskdifferentierad.

För sjukförsäkringens vidkommande var resonemangen om karens viktig. Eftersom det inte fanns någon enhetlig sjukförsäkring i Sverige hade kommittén förespråkade att det inte skulle finnas någon karenstid i olycksfallsförsäkringen. Riksdagen beslutade dock om 35 dagars karens, men ålade samtidigt arbetsgivare att under den perioden uppfylla ersättningsplikt för den som drabbats av olycksfall i arbetet.

Utredningsarbetet på sjukförsäkringens område fortsatte dock under hela perioden från 1910 fram till 1937 då Socialvårdskommittén tillsattes. Förslag fanns bland annat 1920 om att inrätta en obligatorisk sjukförsäkring, men det avslogs mot bakgrund av det statsfinansiella läget. Det var socialförsäkringskommittén som 1919 hade lämnat ett betänkande där förslag att inrätta en obligatorisk sjukförsäkring för hela den arbetsföra befolkningen över 16 år. Enligt förslaget ingick i försäkringen sjukpenning, läkarvård, läkemedel och moderskapshjälp.⁸⁵

I princip genomfördes under tiden från första världskrigets början till andra världskrigets slut egentligen bara en reform på sjukförsäkringens område. 1931 försökte man återigen lösa de problem – bland annat låg anslutning, dålig finansiell ställning och därmed trygghet för medlemmarna – som sjukförsäkringen även efter 1910 brottades med. Våra försäkringskassor såg då dagens ljus när lokala monopolkassor inrättades. Samtidigt höjdes statsbidragen. Några förändringar utöver dessa genomfördes inte.

Som tidigare påpekats fungerade Tyskland som ett föregångsland. Runt 1910 hade också Storbritannien genomfört stora reformer som gav eko inte minst i Sverige. Det dröjde dock innan Sverige hade hunnit ifatt, men när förslag framlades och beslutades på socialförsäkringens område så var det system som var mer omfattande än motsvarande system i andra länder. Nationalekonomisk debatt genomgår under denna period viktiga för-

85 Som en konsekvens av att en obligatorisk sjukförsäkring dröjde löstes aldrig frågan om havandeskapspenning på ett tillfredsställande sätt förrän den obligatoriska sjukförsäkringen infördes 1955. Detta trots att förslag fanns redan i början av 1900-talet. Sverige var relativt progressivt när det gäller kvinnors trygghet i arbetslivet, men beslut hejdades av en eller annan anledning. Således åtnjöt män ett relativt gott skydd, medan kvinnorna länge stod utan ett godtagbart skydd.

ändringar och Keynesianismen vinner gehör hos inte minst politiker. Detta förändrar i grunden synen på bland annat statsbudgeten. Lite förenklat så var det av stor betydelse att statsbudgeten var i balans; således försvårades utgiftskrävande reformer. Med Keynes och hans analys var det långt ifrån självklart att balans i statsbudgeten var önskvärt, annat än som ett mål för en hel konjunkturcykel. Med hjälp av den ekonomiska politiken kunde också staten mildra effekterna av djupa ekonomiska kriser. En nationalekonomisk teoriram hade därmed skapats som motiverade statligt ingripande och som möjliggjorde en expansiv finanspolitik där underskott i statsbudgeten kunde tolereras under förutsättning att det var balans över en konjunkturcykel.

Dagens socialförsäkringar finner sin form

Den 1937 tillsatta Socialvårdskommittén hade i april 1944 lämnat över sitt sjunde betänkande till kungen. Betänkandet innehöll utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring och visade slående likheter med det förslag som sjukförsäkringskommittén hade avlämnat 1919, men som då inte förverkligats på grund av de ekonomiska förutsättningarna.

Socialvårdskommitténs förslag innefattade försäkring mot inkomstbortfall vid sjukdom jämte sjukvård. Inkomstbortfallsprincipen gällde, och finansiering skulle ske med egenavgifter och skatter. En samordning mellan yrkesskadeförsäkringen och sjukförsäkringen föreslogs också.

Gustav Möller, som då var socialminister, lämnade dock ett helt annat förslag till riksdagen att fatta beslut om. Han hade tagit intryck av William Beveridges rapport till det engelska underhuset, och som stämde väl överens med Möllers egna socialpolitiska uppfattning. Enligt synsättet var grundtrygghet en rättighet för varje medborgare, men tryggheten utöver denna grundtrygghet var en angelägenhet för den enskilde själv. Möller och Beveridge förespråkade alltså ett offentligt system på grundtrygghetsnivå som kompletterades av de enskilda medborgarna med privata försäkringslösningar.

Riksdagen ställde sig 1946 bakom Möllers förslag, innehållande en grund-

trygghet i högre grad skattefinansierad än det förslag som Socialvårdskommittén lämnat. Försäkringen skulle inte heller täcka sjukvården, som i stället skulle särskiljas och skattefinansieras i särskild ordning. Beslutet kom dock aldrig att förverkligas. Oppositionen mot förslaget blev för stark; människor ville ha ett inkomstrelaterat skydd enligt inkomstbortfallsprincipen. Det ekonomiska uppsving som följde efter det andra världskriget ledde till ett allmänt reformstopp eftersom rädslan för överhettning var påtaglig. Till dessa båda motgångar kan också föras att det var svårt att samordna en sjukförsäkring utformad enligt minimistandard med en arbetsskadeförsäkring som var uppbyggd enligt inkomstbortfallsprincipen.

Drygt 70 år efter det att riksdagen hade börjat debattera och diskutera social försäkring trädde den allmänna sjukförsäkringen i kraft 1955. Möller avgick som socialminister 1951 och efter det var det fritt fram att följa Socialvårdskommitténs förslag. Den sjukförsäkring som infördes hade inkomstbortfall och samordnades med arbetsskadeförsäkringen. Karenstiden var tre dagar.

Genom beslutet att inrätta en allmän och obligatorisk sjukförsäkring och en allmän tjänstepension (ATP)⁸⁶ så hade Sverige fått inte bara en fullgod uppsättning av offentligt försäkrad trygghet utan också en i princip världsledande omfattning på sitt socialförsäkringssystem. På en rad områden krävdes dock avtalsmässiga justeringar för att inte utfallet skulle leda till att vissa yrkesgrupper – trots de nya förmånerna – skulle få ett sämre utfall. Dagens avtalsförsäkringar hade därmed sett dagens ljus.

Den fackliga principen bakom de förhandlingar som startade efter införandet av den allmänna sjukförsäkringen 1955 var att ingen skulle få en försämring efter reformen. Det fordrades därmed avtalsmässiga överenskommelser för att nå detta. Eftersom till exempel privatanställda tjänstemän hade sjuklön från arbetsgivaren redan före reformen, så slutade förhandlingarna i att de tre karensdagarna ersattes av arbetsgivaren med

86 1946 hade en ny folkpension inrättats som utgick med enhetsbelopp till alla som fyllt 67 år. Vissa tillägg fanns. ATP-reformen beslutades 1959 och följde den nu fastlagda principen om inkomstbortfall.

sjuklön. Därtill kom ytterligare skydd. Genomgående anpassades avtalsförsäkringarna att omfatta minst samma trygghet som en arbetstagarhaft tidigare. Reformen – införandet av allmän sjukförsäkring – kan därmed sägas ha gynnat i första hand privat anställda arbetare och sådana som inte hade försäkring vid sjukdom.

1960-talet kännetecknades av att arbetsgivare och arbetstagar på den nya grunden som sjukförsäkringen lagt förhandla fram nya lösningar. Samtidigt förekom ett ganska omfattande utredningsarbete. Mot slutet av 1960-talet fick regeringen tillgripa lagstiftning för att samordna antalet karensdagar till en, eftersom tjänstemän och arbetare haft olika lång karenstid då arbetsgivaren betalat för inkomstförluster på grund av karenstid till tjänstemän.

Det sista steget i formeringen av den sjukförsäkring vi har idag togs 1974 när det gamla klassindelningssystemet försvann och ersattes av ett direkt inkomstrelaterat försäkringsbelopp. En sjukpenninggrundande inkomst skapades, vilken gjordes beskattningsbar. Reformen var således omfattande.

Klasssystemet hade avgörande nackdelar; bland annat innebar det att kompensationsgraden varierade inom samma sjukpenningklass. Ersättningen som andel av den förlorade inkomsten var högre i klassbotten än i klasstoppen. Vid förflyttning från en klass till en annan kunde ersättningen öka med uppemot 30 procent.

Finansieringen av den dåvarande sjukförsäkringen bestreds till 56 procent av arbetsgivarna, till 33 procent av de försäkrade och till 11 procent av staten. Statsbidraget var så utformat att det utgavs med 55 procent av utgifterna för grundsjukpenningen⁸⁷ samt barntillägget. Den avgift som arbetsgivare och försäkrade betalade bestämdes av den sjukförsäkringsklass man tillhörde och var således kopplad till ersättningen.

⁸⁷ Grundsjukpenningen var de första 6 kronorna per dag av ersättningen.

Konsensus utmanas

Reformerna under 1950- och 1960-talen hade skett under relativt stort konsensus. Förändringen 1974 var också sådan att någon större oenighet inte fanns. Delvis skedde detta mot bakgrund av den mycket snabba tillväxt som kännetecknade svensk ekonomi, inte minst under 1960-talet.

Ekonomisk-politisk debatt skiftade dock fokus under 1970-talet och de stora, generella välfärdslösningar som de flesta västeuropeiska länder hade valt utmanades. Oljekrisen och de ganska svåra lågkonjunkturerna under 1970-talet och början av 1980-talet ställde också krav på en mer restriktiv utgiftspolitik. Några omfattande reformer eller utbyggnader av den offentliga välfärden skedde heller inte. Å andra sidan hade system inrättats som hade en tendens att växa av egen kraft.

I Storbritannien, som hade ett mer utsatt ekonomiskt läge med en föråldrad industri, ledde kriserna till en markant omsvängning av den politik som förts. Under Margret Thatchers ledning genomfördes relativt stora förändringar i det statliga skyddsnätet. Exemplet följdes av andra länder, och 1980-talet kom att kännetecknas av politiska strider mellan dem som ville bibehålla den politik som vuxit fram under 1900-talet och dem som ville förändra den. Även i Sverige var denna debatt levande och valet 1985 blev ett stort systemskiftesval som vanns av dem som ville bibehålla välfärdsstaten.

Rehabiliteringsreformen 1992 står ut som den största förändringen av sjukförsäkringen sedan 1974. Även om sjukförsäkringen blev föremål för en del justeringar så har den bestått som den såg ut efter beslutet 1974, och som måste ses som slutpunkten på formeringen av sjukförsäkringen. De justeringar som skett har i allt väsentligt haft karaktären av besparingsåtgärder, snarare än att komma till rätta med problem som sjukförsäkringen skapar.

Detta gäller också i allt väsentligt karensdagen. En eller flera dagars karens är som historiken visat inte av avgörande betydelse för hur sjukförsäkringen utformats. Snarare har förekomsten av karens förstärkt intrycket av sjukförsäkringen som en riktig försäkring.

Konsensus råder i hög utsträckning fortfarande kring socialförsäkrings-

systemet. Reformförslag som tar sikte på att i grunden försöka förändra incitamenten i sjukförsäkringen och förstärka försäkringsinslaget förekommer, men de är inte särdeles många. Under 1990-talet var det vanligt att sjukförsäkringen föreslogs reformeras som en del av större reformer av välfärdspolitiken.

Referenser

Backhouse, Roger (1985): *A History of Modern Economic Analysis*, Basil Blackwell, Oxford.

Edebalk, Per Gunnar, Ståhlberg, Ann-Charlotte och Wadensjö, Eskil (1998): *Socialförsäkringarna*, SNS Förlag, Stockholm.

Elmér, Åke (1965): *Från Fattigsverige till välfärdsstaten*, Bokförlaget Aldus/Bonniers, Stockholm.

Henrekson, Magnus, Lantto, Kari och Persson, Mats (1992): *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen*, SNS Förlag, Stockholm.

Höjer, Karl J. (1952): *Svensk socialpolitisk historia*, Norstedts förlag, Stockholm.

Karlson, Nils (red) (1995): *Sveriges framtida socialförsäkringssystem*, City University Press, Stockholm.

Magnusson, Lars (1996): *Sveriges Ekonomiska Historia*, Rabén Prisma Tiden Athena, Stockholm.

Olsson, Sven E (1993): *Social Policy and Welfare State in Sweden*, Arkiv Studentlitteratur, Lund.

Sandelin, Bo, Trautwein, Hans-Michael och Wundrak, Richard (2001): *Det ekonomiska tänkandets historia*, SNS Förlag, Stockholm.

Schön, Lennart (2000): *En modern svensk ekonomisk historia*, SNS Förlag, Stockholm.

SOU 1944:15: *Lag om allmän sjukförsäkring.*

SOU 1981:22: *Sjukersättningsfrågor.*

SOU 1972:60: *Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m.m.*

III. Tidigare utredningar

Inledning

Framväxten av den socialförsäkring vi idag har kan studeras på nära håll i det omfattande utredningsarbete som finns på området. Det kännetecknas av en blandning mellan stort och smått och speglar inte sällan den tid som då rådde; utredning eller tillbakaträngning av försäkringens förmåner och omfattning.

Följande genomgång av tidigare utredningsarbete är inte fullständig, men innehåller de mer betydelsefulla utredningarna på sjukförsäkringens område det senaste halvseket. Tonvikten ligger dock på de utredningar som presenterats på senare tid, eftersom detta avsnitt främst skall belysa vilka alternativ som just nu diskuteras.

Vid sidan av Statens Offentliga Utredningar så har förekommit, och förekommer, utredningar utförda av andra. En statlig utredning begränsas ofta genom sina direktiv avseende vad som skall utredas. Inte minst mot den bakgrunden kan många nya idéer och tankar återfinnas hos institutioner och organisationer som kan arbeta något friare. En statlig utredning har dock avsevärt större resurser och när det gäller kartläggning och beskrivning av ett problem så är det ofta här som mycket information står att finna.

*Formering och justering.*⁸⁸

Som grundläggande principer för den svenska socialförsäkringen hade begreppen generell och inkomstbortfall fungerat sedan de första åren på 1900-talet. Dessa principer var också grundläggande för det utredningsarbete som påbörjades 1937 och som gällde sjukpenningförsäkring. Först 18 år efter det att utredningsarbetet påbörjades, infördes 1955 den allmänna sjukpenningförsäkringen.

I betänkandet Utredning och förslag angående Lag om allmän sjukför-

⁸⁸ Avsnittet bygger i hög grad på redogörelsen i SOU 2000:72, bilaga 2.

säkring (SOU 1944:15) får dagens sjukförsäkring sin grundläggande form. Här återfinns bl.a. principiella ställningstaganden om hur försäkringen bör utformas, resonemang om sjukdomsbegreppet samt den grundläggande organisationen av socialförsäkringsadministrationen. Dessa grundläggande principer har över tiden utvecklats genom praxis och förtydliganden, men grundstrukturen ligger alltså fast.

En samordning av de olika försäkringssystemen inom socialförsäkringen har länge varit aktuell. I utredningen Folkpensionering och sjukförsäkring (SOU 1954:33) och Lag om allmän försäkring m.m. (SOU 1961:39), föreslogs förändringar som skulle samordna sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna samt sjukförsäkringen och folkpensionssystemet. I Folkpensionering och sjukförsäkring föreslogs också ökade möjligheter för vissa folkpensionärer att erhålla sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa.

Rehabiliteringens betydelse för en rationell socialförsäkring stod i fokus redan 1958. I SOU 1958:17 skriver utredningen:

Rehabilitering av sjuka och skadade innebär för socialförsäkringen stora möjligheter till kostnadsbesparingar.

Sex år senare lämnades Samordnad rehabilitering (SOU 1964:50, 1964:51 och 1965:57) del 1 - 3, vars uppdrag var att pröva hur rehabiliteringsverksamheten kunde organiseras och samordnas. I del 3 återfinns de kanske viktigaste slutsatserna. Där lämnas förslag till rehabiliteringsinsatser på företagen och en samordning av företagens rehabiliteringsåtgärder och den statliga och kommunala rehabiliteringsverksamheten. Förslagen fokuserar inte minst på behovet av en fungerande företagshälsovård för att samordningen skall kunna fungera, men också för att kunna ta upp eventuella svårigheter på ett tidigt stadium som kan åtgärdas på arbetsplatsen samt för att kunna nå ett gott resultat. Man konstaterar att onödig försening av rehabiliteringsaktiviteter kan leda till att kontakten med arbetslivet förloras.

Efter samordning och fokus på rehabilitering kom 1970-talet att innebära en successiv justering av beräkningsunderlag för sjukersättning, undvikande av sjukförsäkringsmissbruk och förenklingar av ett system som uppfattats som krångligt.

I utredningen Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m.m. (SOU 1972:60) föreslogs att sjukpenningen skulle bestämmas av årsinkomst som fanns registrerad hos försäkringskassan. Den enskilde hade att uppge förändrad inkomst när sådan var aktuell. I samband med denna omläggning försvann klassplaceringssystemet. Sjukpenningrätten begränsades till maximalt 7,5 basbelopp och lägsta ersättningsgrundande inkomst var 4 500 kronor.⁸⁹ Man föreslog att ersättning skulle betalas med 90 procent av den registrerade inkomsten inom intervallen. Under övervägande var också om arbetsgivaren skulle kunna stå för de kortare sjukfallen genom att betala sjuklön.

När vi kommit fram till 1975 kretsade socialförsäkringsdebatten kring förenklingsbehovet. En utredning tillsattes med namnet Socialpolitiska samordningsutredningen, som lämnade sitt betänkande En allmän socialförsäkring, modell och riktlinjer 1979 (SOU 1979:94). Här föreslogs bland annat en allmän socialförsäkring dit gällande bidragssystem skulle överföras. För sjukförsäkringen innebar förslaget en sammanslagning av sjukpenning, havandeskapspenning och ersättning för smittbärare till en enhetlig sjukpenning. Man ville också förändra beräkningen av ersättningen genom att inkomsten skulle beräknas på samma sätt för olika ersättningar.

I den samlade bedömningen skriver Sjukpenningkommittén (SOU 1981:22) att man försökt hitta lösningar på följande:

- att rätta till vissa ogynnsamma effekter av de nuvarande reglerna för sjukpenningens beräkning avseende främst de korta sjukfallen men även de deltids- och delårsarbetande,
- att pröva möjligheterna till förenklingar i sjukersättningssystemet med beaktande av erfarenheterna i andra länder av ett sjuklönesystem samt
- att åstadkomma med hänsyn till kostnadsutvecklingen inom sjukförsäkringen och det samhällsekonomiska läget erforderliga kostnadsbesparingar genom införande av ökad självrisk.

⁸⁹ I 1972 års penningvärde

Kommittén föreslog bland annat införande av en sjuklöneperiod på 14 dagar. Som skäl till varför man valt 14 dagar anförde utredningen dels att med den tiden var antalet fall som gick till sjukpenning begränsat samtidigt som – det andra skälet – sjuklönekostnaderna ej blev för stora för arbetsgivarna. Man föreslog också att SGI skulle förändras så att man inte längre delade inkomsten med 365 utan i stället med 260.⁹⁰ Delningstalet fick aldrig överstiga 260. Med denna förändring hoppades man komma närmare det faktiska inkomstbortfallet som sjukdomen innebar. I samband med denna förändring föreslogs att insjuknandedagen och fridagen skulle tas bort. Dessa förändringar skulle uppfylla de första två punkterna ovan, men de innebar samtidigt ökade kostnader.

Till den tredje punkten lades därför förslag om ökad självrisk genom återinförd karenstid, sänkt ersättningsnivå eller en kombination av de bägge. För att effekterna av förslagen skulle slå lika för alla i samhället resonerade Sjukpenningkommittén om beskuren avtalsfrihet för att förhindra arbetsmarknadens parter att kringgå karensreglerna.

Rehabiliteringsberedningen, som lämnade sitt slutbetänkande 1988 (SOU 1988:41), hade som uppdrag att lämna förslag till förbättringar av de förebyggande insatserna och rehabiliteringen av arbetsskadade eller sjuka arbetstagare. Utredningen föreslog bland annat ett långtgående ansvar för arbetsgivarna genom ett ansvar att klarlägga rehabiliteringsbehov genom arbetsplatsutredning. Vidare skulle för rehabiliteringen en särskild plan upprättas för varje åtgärd, och försäkringskassan skulle få samordningsansvaret, en rehabiliteringspeng införas och förebyggande sjukpenning. Utredningsarbetet var mycket omfattande och resulterade i en rehabiliteringsreform från 1 januari 1992.

Arbetsgivarperioden utreddes i SOU 1991:35 och karensdagar vid sju-

90 Den sjukpenninggrundande inkomsten baserades på den inkomst som arbetstagaren rapporterat in till försäkringskassan. För att få fram ersättningen per dag så togs årsinkomsten gånger 90 procent (ersättningsnivån). Denna produkt dividerades med årets dagar (365) varvid ersättningen per sjukdag blev slutresultatet. Eftersom de flesta arbetar 5 dagar i veckan under årets 52 veckor så var ersättningen beräknad på ovanstående vis lägre än inkomstbortfallet per arbetsdag. Förslaget innebar en bättre anpassning till det faktiska inkomstbortfallet, men ledde samtidigt till ökade kostnader.

kersättning i Ds 1992:49. I SOU 1994:71 ses bestämmelserna om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal över. Den senare utredningen har bland annat föranlett debatt kring försäkringsmedicinens ställning i grundutbildningen av läkare.

Den stigande förtidspensioneringen diskuteras i departementsstencilen Rätten till förtidspension och sjukpenning (Ds 1994:91), där åtgärder som ökade träffsäkerheten tidigt i sjukfallen bedömdes som särskilt viktiga för att få bukt med förtidspensioneringsfrågan. Åtgärder som syftade till att förbättra det medicinska underlaget och förtydliga regelverket återfanns också här. Sjukskrivning på grund av arbetsmarknadsskäl, ekonomiska eller sociala orsaker skulle inte ge sjukpenningrätt. En fördjupad bedömning av rätten till sjukpenning skulle göras efter fyra veckor, och försäkringskassan skulle ges möjligheten att remittera en försäkrad för kompletterande undersökning.

Sjuk- och arbetsskadekommittén lämnade flera SOU. I en rapport från 1994 (SOU 1994:72) beskriver kommittén olika socialpolitiska modeller och jämför Sverige med fyra andra länder. I delbetänkandet Försäkringsskydd vid sjukdom (SOU 1995:149) redovisas idéer till en ny och allmän ohälsöförsäkring. Förslagen från Ds 1994:91 i delarna som berör rätten till ersättning återkommer i delbetänkandet. Vissa förändringar av den sjukpenninggrundande inkomsten föreslogs också. I sitt slutbetänkande (SOU 1996:113) En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering föreslogs att arbetsgivaren efter sjuklöneperiodens slut skulle redovisa insatser som vidtagits och att arbetsgivaren skulle genomföra de åtgärder som krävs för att den anställde skall kunna återgå till arbetet. Arbetsgivaren fick även ett ekonomiskt ansvar. För rehabiliteringsbedömningen och åtgärdsplanen skulle försäkringskassan svara, och för tillsynen av även enskilda individers rehabilitering fick Yrkesinspektionen (numera Arbetsmiljöverket) ett ansvar. Arbetsför-medlingen skulle ta samma ansvar för de arbetslösa som en arbetsgivare tar för sina anställda. En finansiell samverkan mellan arbetsförmedlingen, kommunen och försäkringskassan föreslogs (I SOU 1996:85 Egon Jönsson – en karläggning av lokala samver-

kansprojekt inom rehabiliteringsområdet, återfinns en beskrivning av samverkan mellan olika huvudmän inom sjukförsäkringens område). Sjuk- och arbetsskadekommittén lämnade också förslag rörande utbetalning av ersättning, möjligheten att tilläggförsäkra sig genom avtal även efter den 90:e dagen, vissa förändringar av den sjukpenninggrundande inkomsten och beräkningsunderlaget för densamma.

I Ohälsförsäkringen – trygghet och aktivitet (SOU 1997:166) lämnas förslag till ett nytt system för dem som har långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Förtidspension och sjukbidrag föreslogs ersättas med en långtidssjukpenning som skulle utgå efter ett års sjukskrivning med vanlig sjukpenning. Nivån skulle sättas till 80 procent av ett genomsnitt av de två årens bästa inkomster av de tre senaste åren. Långtidssjukpenningen skulle sedan räknas upp med den allmänna prisnivån i samhället. Förtidspensionen föreslogs kvarstå, men frikopplas från ålderspensionssystemet och i stället ingå i en sammanhållen ohälsförsäkring. Utredningen lämnade också förslag om en utfyllnad av lönen om det var så att det nya arbetet innebär en lägre lön än förtidspension. Utfyllnaden skulle ske med mellanskillnaden, så att lönen aldrig blev lägre än förtidspensionen. Utredaren föreslog också att en förtidspensionär skulle kunna uppbära viss inkomst av förvärvsarbete utan att det skulle påverka förtidspensionen.

Arbetsgivarens ansvar för vid rehabiliteringen stod i fokus för AGRA-utredningen (SOU 1998:104). I betänkandet föreslogs åtgärder som tydliggjorde arbetsgivarens kostnadsansvar och utökade arbetsgivarens åtgärdsansvar vid rehabilitering med syftet att uppmärksamma ohälsoproblem innan ett sjukfall uppstått. Reglerna skulle vara lika oavsett typ eller storlek av arbetsgivare, och ansvaret föreslogs gälla från anställningens första dag till den sista oavsett anställningsform.

Andra modeller

Den statliga utredningsverksamheten har i allt väsentligt koncentrerats på justeringar av det befintliga sjukförsäkringssystemet. Det finns dock två ofta använda undantag till detta, dels K.G. Schermans bilaga till

Ekonomikommisionen (SOU 1993:16, bilaga 21) och dels ESO rapporten En Social Försäkring (Ds 1994:81) av Jan Bröms m.fl.

I K.G. Schermans bilaga till Lindbeckkommissionens betänkande återfinns delvis liknande förslag. Han pekar på att det är i övergången från förhandlingsekonomi till normbaserad ekonomi som problemen uppstår, alldeles särskilt eftersom socialförsäkringarna under lång tid ingått som ett verktyg i den ekonomisk-politiska verktygslådan. Scherman föreslår dock inte en sammanslagning av arbetsskadeförsäkringen med sjukförsäkringen, vilket gör att Scherman kan föreslå en privatisering av arbetsskadeförsäkringen – åtminstone vad avser de renodlade arbetsolyckorna. I betänkandet återfinns också förslag om en maximal försäkringslängd på 60 veckor, en huvudman och ett starkt ifrågasättande av tilläggförsäkringar genom avtal. Här återfinns också förslag om buffertfonder för sjukpenning- och förtidspensionsförsäkringen, en allmän arbetslöshetsförsäkring och en gemensam finansiell ram för sjukpenning- och förtidspensionsförsäkringarna.

K.G. Scherman argumenterar för ett statligt basskydd med försäkringar ovanför den nivån som frivilliga och privata tillägg. En ny, enhetlig socialförsäkring skulle kännetecknas av följande principer:

- ett av inkomsten oberoende garantiskydd skall finnas för de individer som på grund av sjukdomar eller skador inte kan arbeta och för de äldre som inte har andra försörjningsmöjligheter,
- att en inkomstrelaterad försäkring skall finnas och vara utformad så att det finns ett nära samband för individen mellan avgifter och förväntat utfall,
- att individen betalar en egen avgift i samtliga system, med undantag av arbetsskadeförsäkringen som i sin helhet betalas av arbetsgivare,
- att arbetsgivarens utgifter till sjukpenning- och förtidspensionsförsäkringen differentieras så långt möjligt i syfte att ge incitament för arbetsgivaren att göra insatser i rehabiliterande och förebyggande arbete,

- att incitamentsstrukturen blir effektiv,
- att systemen bör stabiliseras med hänsyn till ekonomisk tillväxt – försäkringssystemen bör innehålla inbyggda mekanismer som gör att de automatiskt anpassar sig till de totala resurserna i ekonomin,
- att fasta och synliga ramar skapas för försäkringssystemen såväl när det gäller deras finansiella omfattning som när det gäller former för beslut om förändringar av systemen,
- man måste också överväga var det är rimligt med utrymme för avtalstillägg till en offentlig försäkring. Slutsatsen är, att den som har huvudansvaret för ett försäkringssystem inte bör tvingas acceptera, att en annan part gör tillägg som på ett icke avsett sätt påverkar utnyttjandet. Eventuellt utrymme för avtalsförsäkringar bör därför regleras.

Mot bakgrund dessa principer landar utredningen, såvitt avser ersättning vid arbetsoförmåga på grund av ohälsa, en delning av finansieringsansvaret på den enskilde och arbetstagaren, där arbetstagarens avgift tillåts variera med hälsoutfallet för de anställda. Systemet skulle ges buffertfonder för att hantera svängningar i utbetalningar och inbetalningar över femårsperioder. Den nya sjukförsäkringen skulle omfatta sjukpenningförsäkringen, förtidspensionering, tillfällig föräldrapenning för vård av sjukt barn och medel för aktiva åtgärder för att minska behovet av kontantutbetalningar. Att avtalsvägen påverka det offentligt beslutade självrisksystemet skulle stängas. En samordning av ersättningsnivåerna föreslogs också.

I en bred mening anslöt sig författarna till ESO studien En Social Försäkring till idéerna i Schermans bilaga till Ekonomikommisionen. Här drivs idén att samordna socialförsäkringarna till en försäkring. Den huvudmodell som väljs är i princip densamma som vi har idag. Dock finns ganska långtgående förslag till förändringar i studien, som en sänkning av socialbidragsnormen. Här föreslås bland annat:

- att arbetsgivaravgifterna skall förvandlas till egenavgifter,⁹¹
- justeringar av hur den försäkrade inkomsten beräknas,⁹²
- en avtrappning av ersättningens storlek i takt med att den faller,
- ökat arbetsgivaransvar genom förlängd sjuklöneperiod,
- slopande av förtidspensionen som ersätts med en minimigaranti i inkomstbortfallsförsäkringen jämte en invaliditetsförsäkring,
- en högre grundnivå för nytillträdande, med en något högre nivå för dem som hunnit etablera sig på arbetsmarknaden,
- minigarantin upphör från 61 års ålder då ålderspensionen, genom förtida uttag, skall träda in,
- en ny invaliditetsförsäkring som särskiljs och som endast beviljar ersättning till medicinskt verifierbara fall,
- genom dialog med arbetsmarknadens parter begränsa tilläggsförsäkringar,
- sortering av myndigheternas uppgifter,
- inrätta försäkringsombud med en enda uppgift – att hitta den effektivaste vägen tillbaka till jobbet.

Rapporten rör sig inte bara över traditionella socialförsäkringar, utan inbegriper också socialbidrag och arbetslöshetsunderstöd. Alla dessa försäkringar⁹³ skall ersättas av en och samma försäkring. Denna försäkring skall finansieras via skatter och handhas av myndigheter, som dock föreslås få en mycket tydligare lokal prägel. Författarna föreslår därmed att varje beslut skall fattas närmare individen samtidigt som individen är försäkrad för en rad olika händelser på ett och samma ställe.

I Kommuner Kan! Kanske! förs diskussionen om socialförsäkrings-

91 Denna tanke är helt avförd från dagordningen i senare utredningar, till exempel Rydh.

92 Här har justeringar genomförts i linje med förslaget.

93 Författarna använder ordet inkomstbortfallsförsäkring och exemplifierar med den norska folketryggen. Pensionsförmåner ligger utanför försäkringen. Förtidspensionering kvarstår, men finansieras till sin helhet av arbetsmarknadens parter om det handlar om tidigarelagda pensionsavgångar. En invaliditetsförsäkring läggs på toppen av inkomstbortfallsförsäkringen som därmed ersätter arbetsskadeförsäkringens roll och delvis blir mer omfattande.

systemets snedvridande effekter ett steg längre. I kombination med det inomkommunala utjämningsystemet innebär konstruktionen av socialförsäkringarna – ersättningsarna är skattepliktiga – att det är lönsamt för en kommun att föra en individ från socialbidrag till någon form av skattepliktigt stöd inom socialförsäkringarnas område, må det vara sjukförsäkringen, arbetskadeförsäkringen eller förtidspension. A-kassan ingår inte i socialförsäkringsområdet, men effekten blir densamma eftersom a-kasseersättning är skattepliktig.

Debatten kring välfärdskonton är ett annat spår som också har inkluderat sjukförsäkringen. Tanken bakom en kontolösning är att varje individ själv ombesörjer fördelningen av konsumtionen över livscykeln, men att staten fortfarande tar ansvar för inkomstutjämnningen mellan individer. Kontotanken går ut på att ett individuellt konto bildas för varje individ som har en obligatorisk skyldighet att sätta in ett belopp som är inkomstrelaterat. Kontot kan sedan användas för uttag till olika välfärdsändamål, till exempel vid sjukdom eller för att bekosta en föräldraledighet.

De senaste förslagen

I Jan Rydhs slutbetänkande Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121) är han mycket noggrann med att påpeka att ”ett försäkringsföretag hade långt tidigare genomfört flera av de åtgärder utredningen föreslår”. Han understryker att det i ”varje annan försäkringskalkyl skulle (...) framtida vinster vara det viktigaste incitamentet för förebyggande och kostnadssänkande åtgärder”.

Det är möjligtvis något anmärkningsvärt att en statlig utredare är så tydlig med att i texten peka på lösningar han varit förhindrad att föreslå. Efter det att slutbetänkandet avlämnades i december 2000 (SOU 2000:121), fick Jan Rydh ett nytt uppdrag – att arbeta fram ett nytt sjukförsäkringssystem. I det första delbetänkandet, som kom i februari 2001, markerar han att regeringen måste fatta en rad principbeslut för att utredningsarbetet skall kunna fortgå. Det handlar bland annat om hur sjukförsäkringen skall organiseras. Det är uppenbart att den statliga utre-

daren inte känner att han inom ramen för direktiven, kan föreslå ett system som åtgärdar dagens problem.

Bland de förslag som Jan Rydh lämnar i SOU 2000:121 återfinns bland annat:

- I försäkringen skall ingå resurser för förebyggande och rehabiliterande insatser. Försäkringen skall utformas och praktiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.
- Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar till åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.
- Partiell ersättning från sjukförsäkringen skall kunna utgå efter individuell prövning, dock lägst med 20 procent.
- Arbetsgivaren har ett förstahandsansvar i samband med anställdas ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering. Detta förstahandsansvar avser såväl förebyggande åtgärder som rehabiliteringsinsatser för den anställda samt åtgärder för att anpassa arbetsinnehåll, arbetsorganisation och arbetsförhållanden till de anställdas förutsättningar.
- Arbetsmarknadsmyndigheten och arbetslöshetskassorna skall ha ett ansvar, motsvarande arbetsgivarens, för arbetslösa sjukskrivna.
- Ersättningsnivåerna i arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen skall samordnas.
- Sjuklöneperioden skall förlängas till 60 dagar. Förändringen skall genomföras i två steg. I ett första steg, som föreslås genomföras snarast, skall sjuklöneperioden förlängas till 28 dagar. Sjukförsäkringsavgiften skall sänkas med det belopp som motsvarar kostnadsökningen för sjuklön.
- Sjuklönens storlek skall fastställas till 90 procent av anställningsför månen fr.o.m. dag 15 och de därpå följande dagarna inom sjuklöneperioden.

- Beräkningsunderlaget för sjukförsäkringsavgiften skall begränsas till att avse lönesumman för anställda under 55 år.
- Sjukskrivningsperioden skall tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov hos den försäkrade.
- I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning /bedömning om hur sjukpenningperioden skall avslutas.
- Efter sjukskrivningsperioden kan fortsatt ersättning endast utgå vid planerad medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Rehabiliteringsersättning skall även kunna användas som direkt lönebidrag till arbetsgivare.
- I de fall arbetsoförmågan bedöms varaktigt nedsatt skall förtidspension utgå.
- Ett högkostnadsskydd för mindre företag skall integreras i sjukförsäkringen.
- Sjukförsäkringen skall öka kvaliteten i det preventiva och rehabiliterande arbetet. Försäkringskassan skall regelmässigt för sjukfall längre än sextio dagar begära och bekosta en samlad utredning där företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas.
- Företagshälsovårdens roll skall förstärkas.
- Försäkringsmedicin skall ingå som ett mål i all läkarutbildning på alla nivåer.
- Sjukförsäkringens framtida organisation skall utformas som en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation.

Gerhard Larsson har i betänkandet Rehabilitering till arbete - en reform med individen i centrum lämnat förslag till förändringar av rehabiliteringen. Reformen har sju hörnstenar.

Individen i centrum. Individen skall ges ett reellt inflytande genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer. En offentlig huvudaktör. En samordning krävs där endast

en offentlig huvudaktör skall finnas, inte minst för att stärka den enskildes ställning. En sammanhållen rehabiliteringsförsäkring. För att insatserna skall komma tidigt och vara aktiva så krävs en rehabiliteringsförsäkring. Rehabiliteringsförsäkringen ersätter dagens sjukförsäkring och förtidspensionsförsäkring och innehåller rätt till rehabiliteringsstöd, kraftfullare medel för aktiva insatser och en mer fristående ställning i förhållande till statsbudgeten. Stärkta förebyggande insatser. Reformen skall stimulera framväxten av förebyggande insatser, bland annat genom att försäkringsgivaren skall arbeta med uppsökande verksamhet till arbetsplatser som avviker med hög sjukfrånvaro. Ökat utbud av resurser och ökad kunskap. Utbudet av behandlingar mot sjukdomar varierar i landet och mellan olika ohälsotillstånd samtidigt så är kunskapsläget på vissa områden dåligt. Reformen siktar på att öka utbudet av tillgängliga åtgärder och sprida kunskaper. Lika möjligheter över hela landet och mellan olika grupper. Eftersom samma avgifter betalas för sjukersättning och rehabilitering oavsett var man bor i landet, men att tillgången till hjälp varierar, så blir utfallet orättvist menar utredaren. Tillskapandet av en etisk ordning med prioritetsgrunder som är lika för hela landet skall avhjälpa problemet. Tydligare drivkrafter. Genom skärpt lagstiftning som förtydligar arbetsgivaransvaret, ekonomiska stimulansmedel och ökad uppmärksamhet vid negativt hälsoutfall förbättras incitamenten för att aktivt arbeta med hälsoläget på en arbetsplats.

En arbetsgrupp tillsatt av biträdande näringsminister Mona Sahlin presenterade i maj 2001 en handlingsplan för att förnya arbetsmiljöarbetet.⁹⁴ Arbetsgruppen hade tillsatts för att analysera den stora ökningen av den arbetsrelaterade ohälsa som har samband med stress och andra organisatoriska och sociala faktorer. Uppdraget koncentrerades kring att formulera en strategi för att komma till rätta med den arbetsbetingade ohälsan och en förnyelse av arbetsmiljöarbetet. Handlingsplanen lägger fram förslag som berör:

94 Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv Ds 2001:28.

- förstärkt tillsynsarbete
- inrättande av regionala kompetenscentra
- skyddsombud
- upprustning av företagshälsovården
- en översyn av arbetsrättslagar och jämställdhetslagar
- personalekonomisk redovisning
- ökad kunskapspridning och forskning
- ekonomiska styrmedel.

IV Sjukskrivningar och förtidspension

Ohälsotalet har utvecklats ogynnsamt under senare år, som tidigare konstaterats. Det gäller i alla sjukfall och i alla sjuklängder. Fortfarande är det de klassiska sjukdomarna – rygg och leder – som dominerar som sjukskrivningsorsak, men diagnosen psykiskt sjuk ökar också. Den på senare tid av media framhävda utbrändheten har inte satt några djupa spår bland de diagnoser som används för sjukskrivning.

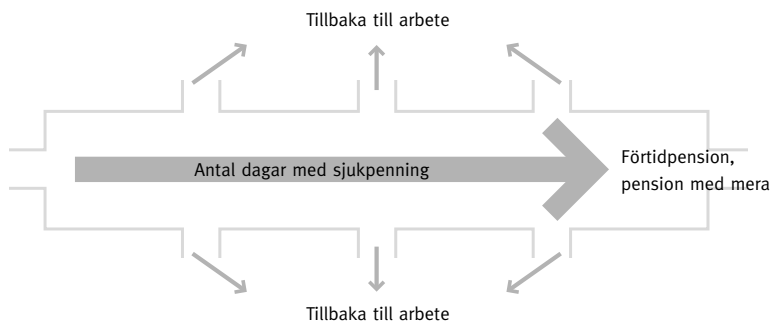
Falllängden kan också vara intressant att studera. Eftersom den visar hur fördelningen är mellan olika längder i sjukskrivningen. Utgiften fördelar sig på fall enligt nedan:

TABELL A1 *Utgiftens andel för olika sjukfallslängder*

dag 1-28	29-89	90-179	180-364	365-730	730-
6,8 %	23,6 %	18,1 %	21,3 %	19,6 %	10,6 %

Ohälsotalet beskriver antalet ersatta dagar per försäkrad och innefattar ersättning med sjukpenning, förtidspension, sjukbidrag eller dagar ersatta med rehabiliteringspeng. Sjukpenningtalet beskriver hur flödet mellan sjukskrivning, arbete och förtidspensionering, pension eller sjukbidrag kan översiktligt beskrivas enligt figur 1.⁹⁵

⁹⁵ Källa: Ekonomistyrningsverket.

FIGUR 3 Flöden till och från sjukpenning.⁹⁶

Sambandet mellan antalet ersatta sjukdagar och antalet sysselsatta är positivt. Det följer delvis av att fler sysselsatta också innebär fler med rätt till ersättning till sjukpenning.⁹⁷ Man bör dock inte utesluta möjligheten att en arbetsmarknad som kännetecknas av brist på arbetskraft, för med sig att människor känner sig tryggare på sina jobb och att man då vågar vara sjukskriven längre.

Långa sjukskrivningstider är i sig själv ett problem. På detta område finns det all anledning att uppmärksamma försäkringskassornas arbetsbörda. Det har under senare år blivit allt svårare för försäkringskassorna att behandla alla de ärenden som skall behandlas så att lagstiftarens intentioner uppnås.

I december 2000 hade drygt 420 000 personer ersättning med förtidspension eller sjukbidrag. Av dessa har 88 procent förtidspension och drygt 70 procent är över 50 år. Övergången från sjukpenning till förtidspension de senaste åren ser ut enligt nedan:

⁹⁶ Källa: Ekonomistyrningsverket.

⁹⁷ Notera dock att ohälsotalet också styrs av antalet försäkrade. Om ohälsotalet ökar, samtidigt som fler får jobb och därmed blir försäkrade, så kan det betyda att de som kommer in på arbetsmarknaden då har en högre sjukfrekvens än genomsnittet för de försäkrade.

TABELL A2 Personer som övergår från sjukpenning till förtidspension eller sjukbidrag

	1998	1999	2000
Samtliga	27 715	32 510	38 994

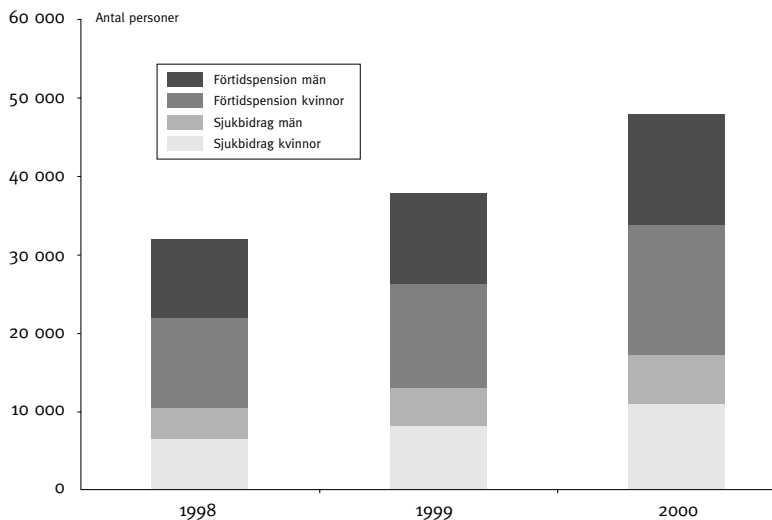
Ett sätt att beskriva utvecklingen för förtidspensionerna och sjukbidragen är att beräkna utgiften för den återstående pensionstiden under antagandet att man förblir förtidspensionerad. Detta framgår av tabell 25.

TABELL A3 Återstående beräknad kostnad (mkr) fram till 65 år

	1998	1999	2000
Kostnad	441 183	450 756	468 779

Som en omedelbar konsekvens av detta ökar tillströmningen nu också från sjukförsäkringen till förtidspensionssystemet. Orsaken är att långa sjukskrivningar nästan regelmässigt leder till förtidspensionering i någon form. Under våren 2001 gav RFV försäkringskassorna i uppdrag att avsluta sjukärenden som är äldre än två år. För att nå målet att kassorna får ha högst tre sjukpenningfall per tusen invånare som behandlats i mer än två år, så måste alltså år av tidigare försyndelser nu städas bort.

DIAGRAM 7 Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag



1998 nybeviljades 20 000 förtidspensioner eller helt sjukbidrag. Det hade ökat till 32 706 under 2000. Fördelningen av antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag framgår av diagrammet ovan.

Det förefaller alltså i denna del som att Riksförsäkringsverket inte till fullo klarar sitt uppdrag. Detta konstaterar också RFV i sin årsredovisning. Gerhard Larsson har också pekat på detta i sitt slutbetänkande.

