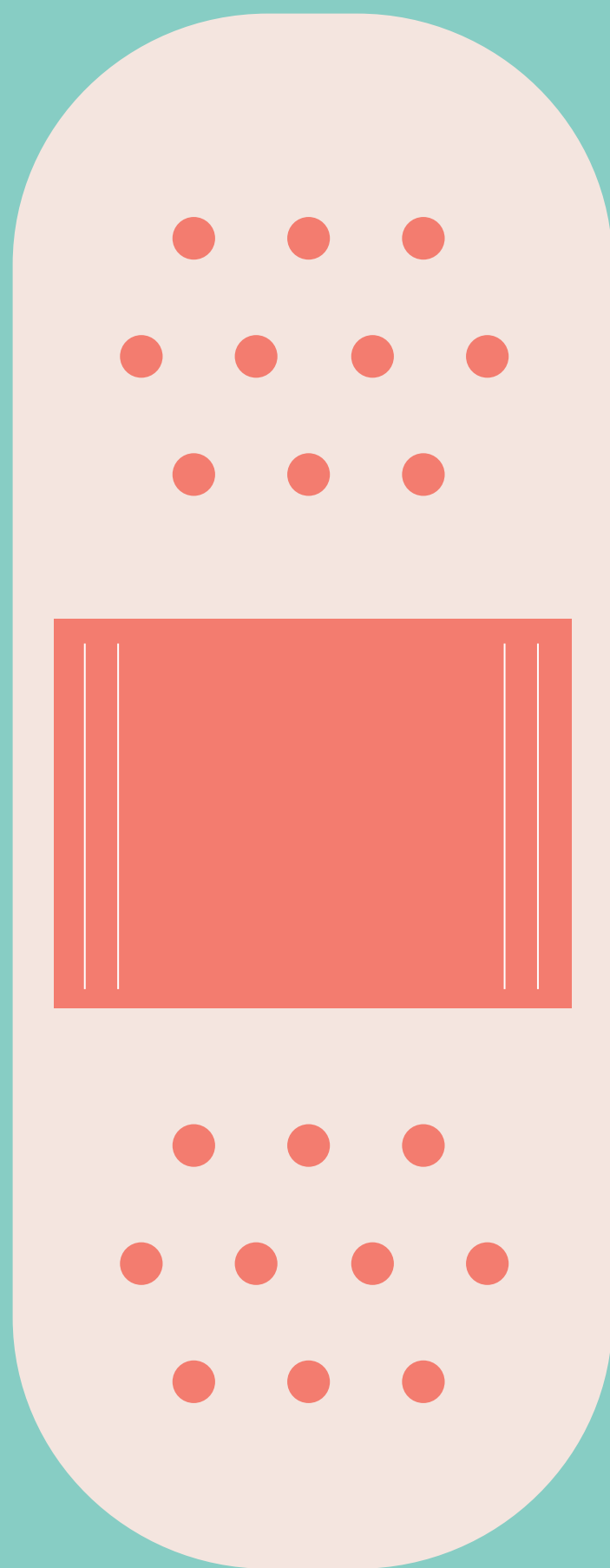


FORENA

SJUKFÖRSÄKRING

Forenas stora sjukförsäkringsrapport



INNEHÅLL

Förord	
Den svenska sjukfrånvaron svänger kraftigt	4
Kraftig minskning av antalet nybeviljade sjukersättningar	6
Vem är sjuk?	9
Diagnoserna bakom sjukfrånvaron	10
Varför allmän sjukförsäkring och kollektivavtalade sjukförmåner?	12
Pandemin och riksdagsval driver fram förändringar i sjukförsäkringen	14
Sveriges yrkesverksamma har lågt förtroende för Försäkringskassan	14
Kollektivavtal gör skillnad vid sjukdom	16
Risk för fattigdom vid stadigvarande sjukdom	18
Otillräckliga ersättningsnivåer skapar oro och rädsla	20
Fyra av tio löntagare har en privat sjukförsäkring	24
Sjukfrånvarons försäkringskostnader och dess finansiering	28
Slutnotan för den svenska sjukfrånvaron – 143 miljarder kronor	30
Hög betalningsvilja för en tryggare sjukförsäkring	31
Sjukfrånvaron och dess orsaker	32
Kontakten med Försäkringskassan väcker starka känslor	36
Många upplever att det förebyggande arbetet och rehabiliteringen brister	38
Nästan alla vill ha EU:s bästa sjukförsäkring	40
Facket och riksdagspartierna är oengagerade i sjukförsäkringsfrågan	42
Sammanfattning	44
Slutsatser och reformförslag	47
Reformförslag 1: En sjukpenningförsäkring	48
Reformförslag 2: En obligatorisk rehabiliteringsförsäkring	50

FÖRORD

Våren 2018 beslutade Forenas förbundsstyrelse att ta fram ett välfärdspolitiskt program där fokus skulle ligga på att öka tryggheten genom en bredare användning av försäkringslösningar för att möta framtidens utmaningar. Förbundets samhällspolitiska chef, Håkan Svärdman, har varit ansvarig för programarbetet. Hittills har 17 rapporter publicerats. Dessa har analyserat och föreslagit förbättringar inom både det offentliga och privat försäkringssystemen i syfte att öka den ekonomiska tryggheten vid ålderdom, arbetsskada, och arbetslöshet, samt barns ekonomiska trygghet under uppväxten. I den här rapporten – Forenas stora sjukförsäkringsrapport – som blir den sista i programarbetet vill Forena peka ut färdriktningen för framtidens sjukförsäkringssystem. Där trygghet och rättssäkerhet vilar på en robust offentlig sjukpenning, medan flexibiliteten och branschanpassningen av försäkrings- och rehabiliteringsbehovet garanteras och utvecklas av fack och arbetsgivare genom kollektivavtal.

Anders Johansson
Förbundsordförande Forena

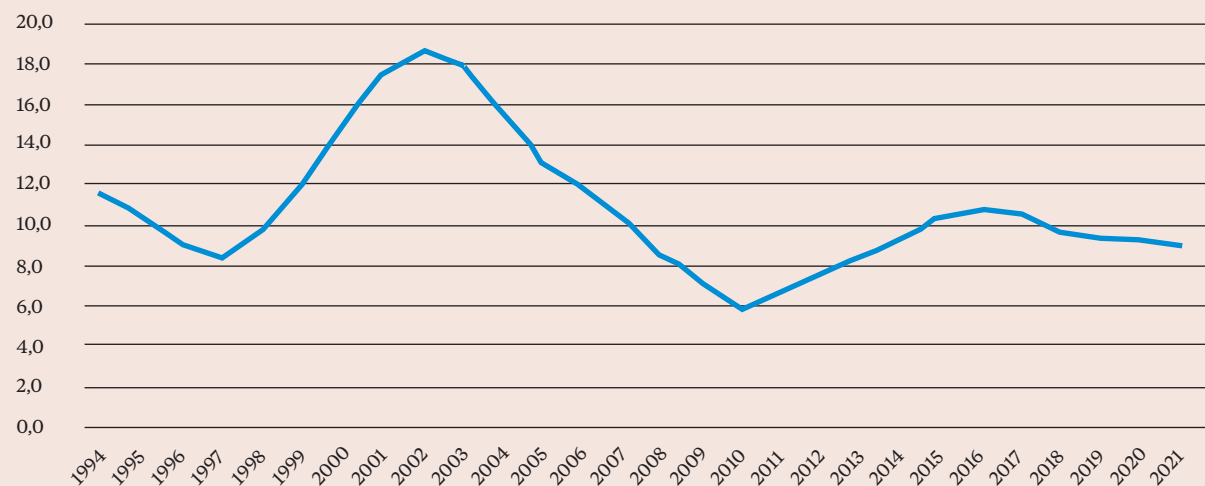


DEN SVENSKA SJUKFRÅNVARON SVÄNGER KRAFTIGT

Sedan den allmänna sjukförsäkringen infördes i Sverige år 1955 har sjukfrånvaron varierat kraftigt. Den historiskt högsta nivån nåddes år 1988 då sjukpenningtalet noterade 25,3 dagar per försäkrad.¹ Därefter sjönk sjukfrånvaron under de efterföljande tio åren för att nå en ny topp år 2002 på 18,6 sjukpenningdagar per försäkrad. Sedan skedde den hittills kraftigaste och snabbaste minskningen av sjukpenningtalet fram till år 2010 när 6 sjukpenningdagar noterades. Fallet förklaras huvudsakligen av införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan som skärpte villkoren i sjukpenningförsäkringen. Ersättningsnivån sänktes och antalet ersättningsdagar begränsades. Från och med år 2010 steg sjukpenningtalet oavbrutet och noterade 10,7 dagar under i slutet av 2016 för att under våren 2017 vända nedåt igen. Inte ens coronapandemin fick sjukpenningtalet att vända upp igen, utan minskade till 9,4 dagar. I början av hösten 2021 hade antalet dagar sjunkit till 9,0 dagar.

Ur ett historiskt perspektiv är dagens nivå på sjukfrånvaron låg. Det genomsnittliga sjukpenningtalet under perioden 1994–2020 uppgick till 10,9 dagar. Låg är också kostnaden i relation till bruttonationalprodukten (BNP). År 2020 uppgick kostnaden för sjukpenning till 41,1 miljarder kronor vilket motsvarar 0,83 procent av BNP. Den lägsta kostnadsnivån i sjukpenningens historia uppmättes 2010 då andelen uppgick till 0,48 procent av BNP. Högst var andelen år 1988 med 2,88 procent.

DIAGRAM 1 SJUKPENNINGTALET MELLAN ÅREN 1994–2021, ANTAL DAGAR PER FÖRSÄKRAD



Källa: Försäkringskassan, sjukpenningtalet i december månad för respektive år samt för augusti 2021.

¹ Sedan 1994 tillämpas ett nytt sjukpenningtal som inte är helt jämförbart med det äldre.

KRAFTIG MINSKNING AV ANTALET NYBEVILJADE SJUKERSÄTTNINGAR

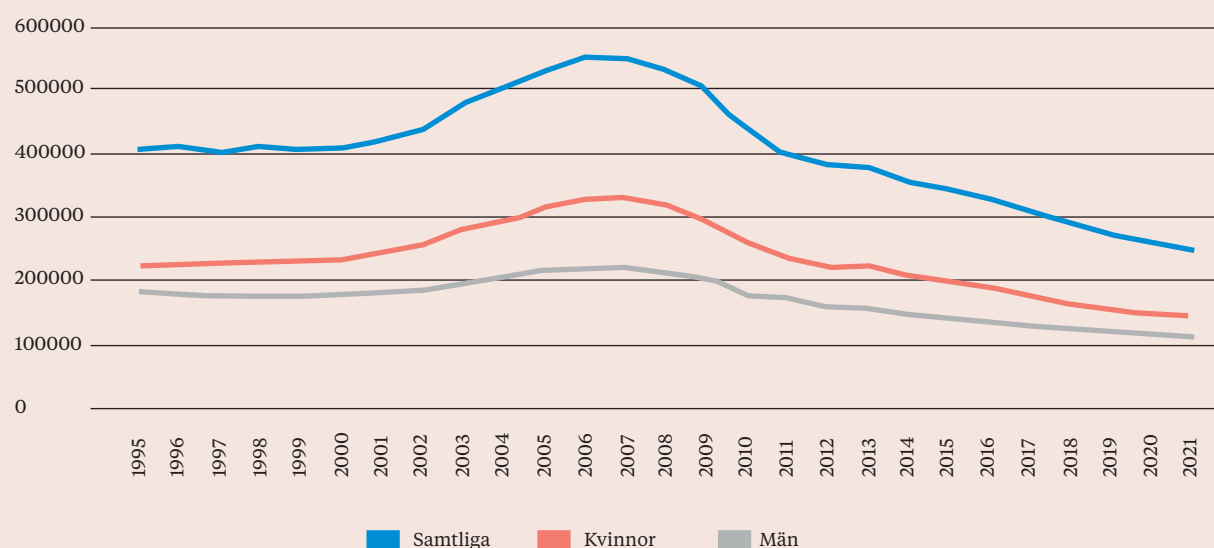
Trots att sjukfrånvaron ökade mellan åren 2010 – 2017 ökade inte antalet personer med sjukersättning (tidigare förtidspension). Orsaken är striktare villkor. Enligt tidigare villkor räckte det med en varaktig nedsättning av arbetsförmågan (längre än ett år) för att bevilja sjukersättning. Men sedan år 2008 krävs en stadigvarande nedsättning för att beviljas ersättning, det vill säga att arbetsförmågan ska vara nedsatt under överskådlig framtid. För att beviljas sjukersättning ska arbetsförmågan vara nedsatt med minst en fjärdedel i alla arbeten på arbetsmarknaden. I begreppet alla ”arbeten på arbetsmarknaden” ingår även så kallade särskilt anpassade arbeten och subventionerade anställningar, oavsett om de är tillgängliga eller inte. Effekten av villkorsförändringen blev kraftig. Antalet nybeviljade ersättningar har sedan år 2007 minskat från 41 003 till 5 769 år 2020. Det totala antalet personer med sjukersättning minskade med drygt 296 000 stycken under dessa år. Andelen avslagna ansökningar om sjukersättning ökade mellan åren 2015 – 2017 från 60 till 80 procent, men har sedan dess minskat till 66 procent. Regeringen bedömer att antalet nybeviljade sjukersättningar fortsätter att minska de närmaste åren.

Regeringens särskilda utredare Samuel Engblom visar i sitt slutbetänkande En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69) att omkring 3,6 procent av befolkningen 16–64 år var förtidspensionerade år 1970 för att därefter snabbt stiga till 5,5 procent fem år senare. Som mest var nästan 10 procent av befolkningen 16–64 år förtidspensionerade år 2005, en andel som var större än andel öppet arbetslösa detta år.



Till skillnad från sjukersättningen har villkoren för aktivitetsersättningen, som kan beviljas till personer under 30 år, inte nämntvärt förändrats sedan förmånen infördes år 2003.² Antalet personer med aktivitetsersättning har ökat kraftigt sedan dess. Det årliga antalet nybeviljade ersättningar har nästintill fyrdubblats mellan åren 2003 och 2015, från 2 276 personer till 8 122 beviljade ersättningar. De efterföljande tre åren minskade antalet nybeviljade ersättningar för att återigen börja öka igen. Antalet nybeviljade ersättningar uppgick till 6 860 stycken år 2020. I dag är det drygt 29 264 personer som har aktivitetsersättning. I takt med att antalet personer med aktivitets- och sjukersättning minskar har också kostnaden för förmånerna minskat kraftigt. År 2020 utbetalades 37,6 miljarder kronor i ersättning, vilket motsvarar 0,75 procent av BNP. De kommande två åren förväntas kostnaden minska, men öka med drygt 2 miljarder kronor under 2024 på grund av att åldersgränsen för sjukersättning höjs från 64 till 65 år med anledning av att garantipensionsåldern höjs.³

DIAGRAM 2 | ANTAL MED AKTIVITETS- OCH SJUKERSÄTTNING MELLAN 1995–2021



Källa: Försäkringskassan, antal med ersättning i december månad för respektive år samt för augusti 2021.

² Sedan 2017 kan hel sjukersättning beviljas person under 30 år ifall arbetsförmågan anses stadigvarande nedsatt.

³ Sedan 1990 har de samlade socialförsäkringsutgifterna som andel av BNP, exklusive det allmänna pensionssystemet och arbetslöshetsförsäkringen, nästintill halverats och uppgick till 5 procent 2020, vilket motsvarar 246 miljarder kronor.

VEM ÄR SJUK?

Under år 2020 fick drygt 680 000 personer, eller 12 procent av arbetskraften, sjukpenning någon gång under perioden. Flertalet var kvinnor, 62 procent.

Sjukfrånvaron skiftar kraftigt mellan olika yrkesgrupper och sektorer. Högst är sjukfrånvaron inom välfärdsyrken där den ökade kraftigt under 2020 när coronapandemin grasserade som värst. Särskilt bland vård- och omsorgspersonal i särskilda boendeformer där antalet sjukfall per 1000 anställda ökade från 173 till 274 mellan åren 2019–2020. Sjukfallen ökade även kraftigt bland förskolans personal där antalet sjukfall per 1000 anställda under samma period ökade från 156 till 215. Genomsnittet för samtliga yrkesgrupper uppgick till 120 sjukfall per 1000 anställda år 2020, vilket är en ökning med 28 sjukfall jämfört med 2019. Yrkesgrupper som låg under genomsnittet för 2020 var bland annat träindustriarbetare, (sjukfall 115) byggarbetare (106 sjukfall), stålarbetare (98 sjukfall) och försäkringstjänstemän (73 sjukfall). Lägst är sjukfrånvaron bland dataprogrammerare, endast 40 sjukfall per 1000 anställda. Den kommunala sektorn hade 80 procent högre sjukfrånvaro än den privata sektorn 2020, 182 respektive 100 sjukfall per 1000 anställda. Året innan var skillnaden till 69 procent, en skillnad som har varit nästintill oförändrad sedan 2010.

TABELL 1 | ANTAL SJUKFALL PER 1000 ANSTÄLLDA PÅ SVENSK ARBETSMARKNAD.

SEKTOR	ANTAL SJUKFALL PER 1000 ANSTÄLLDA			
	2020	2019	2018	2017
KOMMUNAL	182	132	138	139
REGIONAL	170	120	125	128
STATLIG	110	89	94	98
PRIVAT	100	79	82	83

Källa: Försäkringskassan

DIAGNOSERNA BAKOM SJUKFRÅNVARON

I dag är det snarare värk i själen än i kroppen som orsakar sjukfrånvaro. Sjukdomar i rörelseorganen har tidigare varit den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro, men under de senaste 15 åren har de psykiatriska sjukdomarna ökat kraftigt. Andelen med psykiatriska diagnoser har ökat från 30,4 till 44,8 procent för samtliga sjukskrivna mellan åren 2005 och 2020, medan andelen med sjukdomar i muskler och skelett nästan halverades, från 30,4 till 16 procent under samma tid (se tabell 2). Av de som varit sjukskrivna i mer än ett år har hälften en psykiatrisk diagnos.

TABELL 2.
ANDEL SJUKSKRIVNA PERSONER EFTER DIAGNOS I DECEMBER RESPEKTIVE ÅR.

DIAGNOS	2005	2010	2015	2020
Psykiiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)	30,4 %	32,5 %	44,2 %	44,8 %
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M00-M99)	30,4 %	24,8 %	21,2 %	16 %

Källa: Försäkringskassan

De psykiatriska sjukdomarna utgörs huvudsakligen av stressreaktioner och ångestsyndrom och depressioner. Sjukfall i psykiatriska diagnoser är vanligare i åldrarna 30 – 49 år med tyngdpunkten när individerna är mellan 30 – 39 år där andelen uppgår till drygt 60 procent för båda könen.

De psykiatriska diagnoserna dominerar även hos personer som nybeviljades aktivitets- och sjukersättning. Andelen med någon sådan diagnos uppgick till 55 procent för män och 56 procent för kvinnor. Andelen med psykiatriska diagnoser uppgick till 63 procent hos de som fick en aktivitetsersättning beviljad under förra året.⁵

Försäkringskassan visar i en rapport att andelen psykiatriska diagnoser är högre hos både kvinnor och män som har fyra eller fler barn.⁶ Det finns även en tendens till högre sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser i pendlingskommuner runt storstadsområdena, främst då Stockholm och Göteborg. Rapporten visar vidare att sjukfrånvaro är generellt högre inom bygg, transport, offentlig förvaltning, utbildning samt vård och omsorg. Men för psykiatriska diagnoser gäller det enbart inom offentlig förvaltning, utbildning samt vård och omsorg.

Det framgår även av rapporten att förstämningssyndrom eller depressioner står för en stor del av sjukfallen och ökade mellan åren 2005 och 2010 men har därefter minskat. Andelen med depressioner har minskat mellan åren 2010 och 2019 från 42 till 24 procent bland kvinnor och från 44 till 31 procent bland män. Övriga ångestsyndrom har ökat något över tid men det som främst har ökat sedan 2010 är den stressrelaterade psykiska ohälsan. Denna förändring i diagnoser kan förklaras, enligt rapporten, av en så kallad diagnosglidning inom hälso- och sjukvården. Rapporten konstaterar slutligen att för män hade hög ansträngning störst betydelse för den psykiska ohälsan, medan den största problematiken för kvinnor var bristande belöning i offentlig sektor och otrygg anställning i privat sektor.

Den höga andelen psykiatriska sjukdomar bland de sjukskrivna indikerar brister i försäkrings- och vårdkedjan. Enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd rekommenderas nämligen att sjukskrivning helst bör undvikas vid lindriga psykiatriska sjukdomar som stressreaktioner, ångestsyndrom och depressioner. Vid medelsvåra fall rekommenderas en kortare sjukskrivning på ett par veckor och vid svårare varianter en till tre månader. I den tidigare refererade rapporten från Försäkringskassan framhålls att vägen tillbaka från sjukskrivning ofta är lång och mödosam vid psykiatrisk diagnos. Det beror, enligt Försäkringskassan, bland annat på att hälso- och sjukvårdens förmåga att behandla psykiatriska diagnoser är otillräcklig, trots att det finns verksam behandling såsom psykofarmaka eller kognitiv beteendeterapi för depressioner och ångesttillstånd. Försäkringskassan framhåller vidare att forskning visar att den sociala och organisatoriska arbetsmiljön har stor betydelse för psykisk ohälsa och stressrelaterade sjukskrivningar. Arbetsgivarna har därmed en nyckelroll i det förebyggande arbetet och för att vända utvecklingen i rätt riktning.

⁵ Försäkringskassans statistikdatabas, sjukområdet. med psykiatriska diagnos menas så kallade F00-F99 diagnoser, det vill säga psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar

⁶ Socialförsäkringsrapport 2020:8, Försäkringskassan.

VARFÖR ALLMÄN SJUKFÖRSÄKRING OCH KOLLEKTIVAVTALADE SJUKFÖRMÅNER?

Huvudsyftet med den statliga sjukförsäkringen är att den ska ge oss ett skydd mot det inkomstbortfall som uppstår när vi blir arbetsoförmögna på grund av sjukdom eller skada. Grundvillkoret är alltså att vi har en inkomst av arbete och eller eget företagande som vi helt eller delvis förlorar på grund av arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada. Om inkomst saknas eller arbetsoförmågan beror på något annat tillstånd som inte har en medicinsk förklaring ska inte ersättning beviljas. Kravet på inkomstbortfall gäller dock inte om vi drabbas av en långvarig eller stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan. Då finns det möjlighet att bli beviljad aktivitetsersättning eller sjukersättning på grundtrygghetsnivå, som utbetalas som så kallad garantiersättning.

Nivån på inkomstbortfallsskyddet har varierat under sjukförsäkringens 66-åriga historia. Fram till mitten av 1960-talet var det tre karensdagar och sjukpenningen motsvarade drygt 65 procent av inkomsten. På 1980-talet slopades den sista karensdagen och sjukpenningen höjdes till 90 procent av inkomsten. När Sverige hamnade i statsfinansiell kris i början 1990-talet återinfördes karensdagen, sjukpenningen sänktes och en arbetsgivarbetald sjuklöneperiod infördes. Idag har vi fortfarande en sjuklöneperiod och karensdag, eller karensavdrag som det kallas sedan 2019, men sjukpenningen har delvis höjts. Nytt sedan år 2008 är den så kallade rehabiliteringskedjan. Kedjan har inneburit förändringar av ersättningen och arbetsförmågeprövningen. Under de första 364 dagarna i ett sjukfall utbetalas sjukpenning på normalnivå som uppgår till 80 procent av inkomsten som understiger 7,5 prisbasbelopp (29 750 kr/månaden), det så kallade ersättningstaket. Därefter sänks ersättningen till fortsättningsnivå på 75 procent. Undantag från ersättningsänkningen kan göras för personer med allvarlig sjukdom. Till och med år 2016 fanns det även en borte tidsgräns för sjukpenningen på totalt 914 ersättningsdagar. Det betyder att sjukpenning på fortsättningsnivå nu kan utbetalas under obegränsad tid, även om arbetsoförmågan består i mer än ett år. Rätten till sjukpenning på normalnivå återfås efter att den försäkrade har varit utan sjukpenning på fortsättningsnivå i 90 dagar. Återinsjuknar den försäkrade innan dess utbetalas sjukpenning på fortsättningsnivå återigen. Sommaren 2018 höjdes ersättningstaket från 7,5 till 8,0 prisbasbelopp, vilket förbättrar inkomstskydd för löntagare som år 2021 hade en månadsinkomst upptill 31 733 kronor. Från och den 1 januari höjs ersättningstaket till 10 prisbasbelopp, vilket motsvarar en månadsinkomst på 40 250 kronor.

När det gäller bedömningen av arbetsförmågan prövas den vid fasta tidpunkter. Under de första 90 dagarna i ett sjukfall bedöms arbetsförmågan mot ordinarie arbete. Från och med dag 91 till dag 180 ska Försäkringskassan och arbetsgivaren försöka hitta en möjlighet till omplacering för den försäkrade. Efter dag 180 ska arbetsförmågan prövas mot ett normalt förekommande arbete på hela arbetsmarknaden. Undantag från att göra prövningen av arbetsförmågan om det kan antas föreligga så kallade övervägande skäl vilket kan vara rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga hos arbetsgivaren eller om det kan anses som oskäligt att göra denna prövning på grund av att den försäkrade har en allvarlig sjukdom.

⁷ Ersättningstaket i aktivitets- och sjukersättningen, tillfällig föräldrapenning och arbetsskadeförsäkringen ligger kvar på en oförändrad nivå, 7,5 prisbasbelopp.

⁸ Se Kollektivavtalens täckningsgrad samt organisationsgraden hos arbetsgivarförbund och fackförbund, Kjellberg, Anders. REV 2021, s.62. https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/107720627/Kollektivavtalst_ckning_och_organisering_REV_2021_Kjellberg.pdf

Arbetsförmågebegreppet för aktivitet och sjukersättning är snarlikt det arbetsförmågebegrepp som tillämpas vid sjukpenning, men med den skillnaden att arbetsförmågan även kan prövas mot ett så kallat skyddat arbete. Ett sådant arbete måste emellertid inte vara tillgängligt för den sökande för att avslå ansökan.

Vid aktivitets- och sjukersättning är kompensationsgraden väsentligt lägre än vid sjukpenning, högst 64,7 procent av inkomsten som understiger 7,5 prisbasbelopp, eller högst 19 248 kr/månad.

Att ersättningsnivån för sjukpenning är begränsad till högst 80 procent av en årsinkomst på 8 prisbasbelopp (380 800 kr i år) är den främsta anledningen till att fackföreningarna och arbetsgivarna har utvecklat kollektivavtalade sjukförmåner. Tillsammans med sjukpenning, aktivitets- eller sjukersättning förstärker dessa kollektivavtalade förmåner löntagarens standardtrygghet vid arbetsoförmåga högst väsentligt. Uppskattningsvis omfattas 89 procent av löntagarna av kollektivavtal. Det betyder att minst 515 400 anställda inom den privata sektorn saknar kollektivavtal. Vi kan på goda grunder anta att merparten av dessa människor saknar individuella försäkringslösningar. Andra grupper som ofta saknar ett kompletterande sjukförsäkringsskydd är företagare och arbetslösa. Det betyder att uppskattningsvis 20 till 25 procent av arbetskraften saknar motsvarande skydd vid sjukdom. Andelar som motsvarar mellan 1 till 1,26 miljoner personer.

Sammanlagt finns i dag tio olika former av ersättningar som kan bli aktuella vid sjukdom som ger upphov till arbetsförmåga och inkomstbortfall eller avsaknad av försörjning. Ersättningsnivåerna varierar emellertid beroende på den försäkrades ålder, diagnos, antal tidigare ersättningsdagar, inkomstnivå samt om hen är anställd eller arbetssökande. Lägst blir ersättningen ifall den försäkrade endast har rätt till sjukpenning i särskilda fall som högst ger 160 kronor per dag eller 4 800 kronor per månad. Den högsta bruttoersättningen blir aktuell ifall den försäkrade har en försäkringsbar månadsinkomst på 40 250 kronor vilket ger en sjukpenning på 30 750 kronor per månad vilket motsvarar 77 procent av inkomsten.

TABELL 3 | DEN ALLMÄNNA SJUKFÖRSÄKRINGENS OLIKA ERSÄTTNINGAR UNDER ÅR 2022

ERSÄTTNING	HÖGSTA FÖRSÄKRINGS- BARA INKOMST (INKOMST- TAK), KRONOR PER MÅNAD	HÖGSTA ERSÄTTNING PER DAG ELLER MÅNAD, BELOPP INOM PARANTS GÄLLER ARBETSSÖKANDE
Sjukpenning på normalnivå	40 250 kr	1 027 kr/dag (543 kr/dag)
Sjukpenning på fortsättningsnivå	40 250 kr	963 kr/dag (543 kr/dag)
Förebyggande sjukpenning	40 250 kr	1 027 kr/dag (543 kr/dag)
Rehabiliteringspenning på normalnivå	40 250 kr	1 027 kr/dag (543 kr/dag)
Rehabiliteringspenning på fortsättningsnivå	40 250 kr	963 kr/dag (543 kr/dag)
Sjukersättning	30 188 kr	19 531 kr/månad
Aktivitetsersättning	30 188 kr	19 531 kr/månad
Hel sjukersättning för personer under 30 år	30 188 kr	19 531 kr/månad
Sjukpenning i särskilda fall		Högst 160 kronor per dag
Rehabiliteringspenning i särskilda fall		Högst 160 kronor per dag

PANDEMIN OCH RIKSDAGSVAL DRIVER FRAM FÖRÄNDRINGAR I SJUKFÖRSÄKRINGEN

I samband med att coronapandemin bröt ut i början av 2020 införde riksdagen på regeringens initiativ snabbt tillfälliga lagförändringar i sjukförsäkringen för att minska riskerna för ökad smittspridning av coronaviruset. Bland annat infördes en schablonersättning för karensavdraget, kravet på läkarintyg senarelades från 8:e till den 14:e sjukdagen och arbetsgivarnas kostnader för sjuklön under de första 14 sjukdagarna ersattes av Försäkringskassan. Lättnaderna upphörde den 1 oktober i år (2021) Statistik från Försäkringskassan visar att drygt 58 procent av ersättningen för karensen gick till kvinnor. Kostnaden för ersättningen uppgick till 3,3 miljarder kronor under 2020. Den hittills dyraste insatsen under pandemin var ersättningen för arbetsgivarnas sjuklönekostnader som slutade på 18,4 miljarder kronor för 2020.⁹

I regeringens statsbudget för 2022 som presenterades i höstas, ett år innan nästa riksdagsval, återfinns flera förslag till förbättringar av sjukförsäkringen däribland genom bland annat höjt ersättningstak, nya villkor för prövning av arbetsförmågan, höjd grundersättning, sänkt skatt och höjt bostadstillägg för personer med sjuk- och aktivitetsersättning. Skattesänkningen gäller emellertid inte privata försäkringsersättningar som kompletterar sjuk- och aktivitetsersättningen. Dessutom föreslås nya villkor för sjukpenning för personer som har fyllt 62 år. (Riksdagen beslutande enligt regeringens förslag i december 2021.)

SVERIGES YRKESVERKSAMMA HAR LÅGT FÖRTROENDE FÖR FÖRSÄKRINGSKASSAN

Ständiga förändringar och försämringar i sjukförsäkringen har på ett avgörande sätt påverkat de yrkesverksammas förtroende för Försäkringskassan. I vår intervjuundersökning uppger endast 42 procent att de hade mycket eller ganska stort förtroende för Försäkringskassan, medan hela 46 procent framhöll att de hade ganska litet eller mycket litet förtroende myndigheten. Lägst är förtroendet hos personer som är medlemmar i LO-förbund samt personer mellan 45–64 år. Och på den raka frågan ”Rent allmänt, litar du på Försäkringskassan var det endast 55 procent av de yrkesverksamma som svarade ja, medan 25 procent svarade nej och 19 procent svarande vet ej. Endast en tredjedel uppger att de tycker att försäkringskassan har ambitionen att hjälpa de försäkrade när de blir sjuka

DIAGRAM 3 | VILKET FÖRTROENDE HAR DU FÖR FÖRSÄKRINGSKASSAN? (PROCENT)

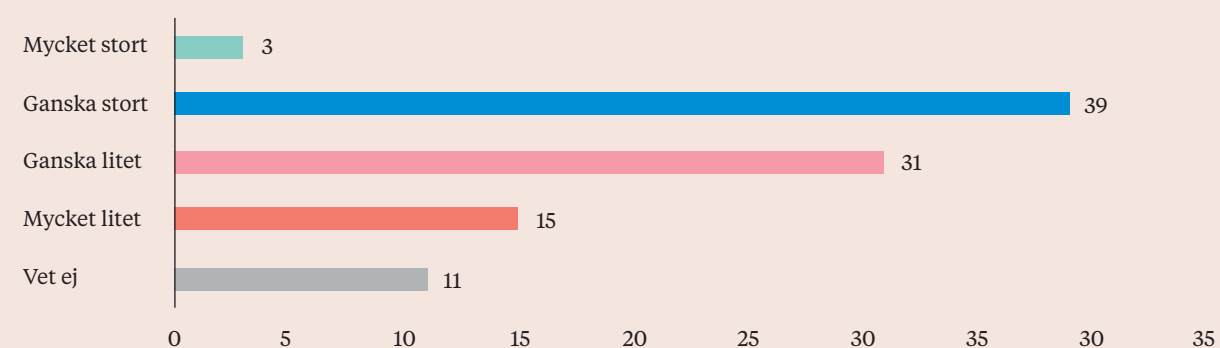


DIAGRAM 4 | RENT ALLMÄNT, LITAR DU PÅ FÖRSÄKRINGSKASSAN? (PROCENT)

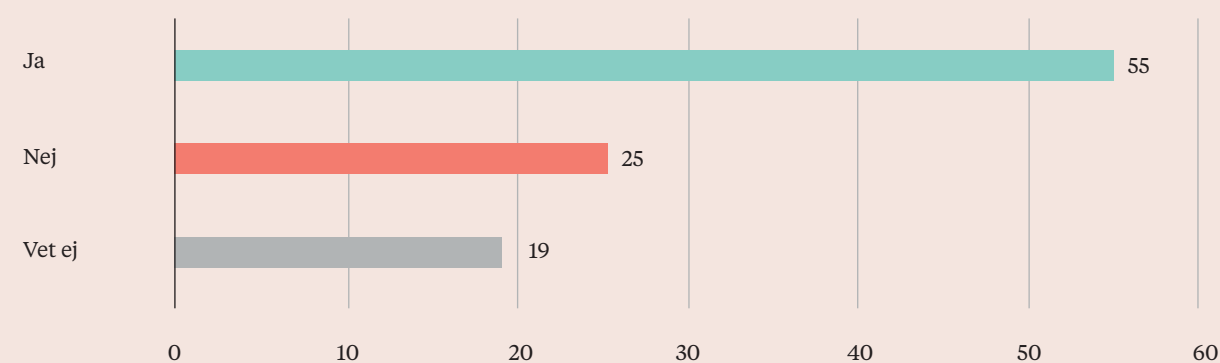
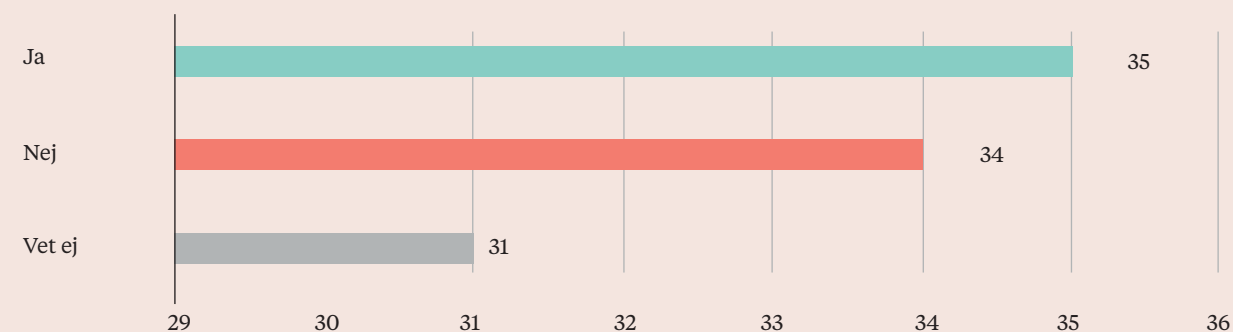


DIAGRAM 5 | TYCKER DU ATT FÖRSÄKRINGSKASSAN HAR AMBITIONEN ATT HJÄLPA DIG OM DU BLIR SJUK? (PROCENT)



⁹ Försäkringskassans årsredovisning. Se även tidningen Arbetet den 4 oktober 2021. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/2d6c2965-ebef-45aa-ba4f-ec5ad7806792/forsakringskassans-arsredovisning-2020.pdf?MOD=AJPERES&CVID=s.17>.

¹⁰ Novus genomfördes intervjuundersökningen på Forenas uppdrag under perioden 24 september till den 6 oktober 2021. Antalet intervjuade uppgick till 1 034 bland yrkesverksamma personer i åldrarna 18–79 år. Svarefrekvensen uppgick till 53,4 procent.

KOLLEKTIVAVTAL GÖR SKILLNAD VID SJUKDOM

För att få en uppfattning om kollektivavtalets värde ska vi här jämföra inkomstskyddet vid sjukdom dels för personer som saknar kollektivavtalade försäkringsförmåner, dels för personer som omfattas av arbetsmarknadens fyra största kollektivavtal; privatanställda arbetare, privatanställda tjänstemän, statsanställda och anställda i kommuner och regioner.

Jämförelsen visar att anställda med kollektivavtal får minst 1 779 kronor mer per månad när de är sjuka jämfört med anställda med samma lön på företag som saknar kollektivavtal (se tabellerna 4–8). Ersättningsgapet ökar med stigande inkomst. Vid en månadsinkomst på 40 000 kronor vidgas gapet till 9 845 kronor per månad (enligt villkoren som gällde under år 2021). Första sjukmånaden ligger den sammanlagda bruttoersättningsnivån på 83 procent för flertalet anställda med kollektivavtal. Anställda utan avtal har 78 procent.

Andra sjukmånaden stiger ersättningsnivån för anställda med kollektivavtal till 86 procent, medan avtalslösa och privatanställda arbetare med lön över ersättningstaket får sänkt ersättning. Exempelvis får en privatanställd arbetare med en månadslön på 40 000 kronor 7 432 kronor mindre i ersättning än en privatanställd tjänsteman med samma lön. Ungefär hälften av samtliga manliga löntagare och en tredjedel av de kvinnliga löntagare har idag en inkomst som ligger över ersättningstaket på 8 prisbasbelopp.¹¹ Uppskattningsvis har var tredje privatanställd arbetare en inkomst som ligger över ersättningstaket, men det finns branscher där andelen är väsentligt högre, exempelvis bland byggnads- och industriarbetare där andelen ligger på 65 respektive 55 procent.

Efter 364 sjukdagar sänks sjukpenningen, från 80 till 75 procent, och den kollektivavtalade ersättningen upphör helt för anställda med en lön under ersättningstaket. Men på grund av beräkningsreglerna för sjukpenningen sänks kompensationsgraden till 72 procent av bruttolönen. Nettoersättningen vid sjukdom är emellertid ännu lägre, i genomsnitt 66 procent av nettolönen. Orsaken är att försäkringsersättningar inte omfattas av det så kallade jobbskatteavdraget vid beskattning. Anställda som blir långtidssjuka riskerar förlora mer än en tredjedel av sin inkomst om företaget saknar kollektivavtalad sjukförsäkring eller motsvarande försäkringsförmåner. Utan kompletterande försäkring blir ersättningen från Försäkringskassan i bästa fall 64–65 procent av tidigare bruttolön (se tabell 9). Om ett kollektivavtal finns stiger ersättningsnivån vanligtvis till mellan 75–80 procent av bruttolönen.

TABELL 4
ANSTÄLLD UTAN KOLLEKTIVAVTAL OCH ERSÄTTNING VID TILLFÄLLIG OCH LÅNGVARIG SJUKDOM, ERSÄTTNINGSNIVÅ I KRONOR/ MÅNAD OCH ANDEL (%), BRUTTOERSÄTTNING.

ANSTÄLLD UTAN KOLLEKTIVAVTAL, BRUTTOLÖN I KR/ MÅNAD	Bruttoersättning, kronor/ månad samt som andel av månadslön (procent).		
	Ersättning första sjukmånaden	Ersättning andra sjukmånaden	Ersättning efter 364 sjukdagar
20 000	14 790 (74 %)	15 300 (77 %)	14 351 (72 %)
30 000	22 185 (78 %)	22 950 (77 %)	21 526 (72 %)
40 000	23 461 (59 %)	24 270 (61 %)	22 770 (57 %)

¹¹ Försäkringskassan Korta analyser 2020:2 <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/b68f3137-695f-4140-bb74-788e12211083/forsakrad-inkomst-i-socialforsakringen-korta-analyser-2020-2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

TABELL 5
PRIVATANSTÄLLDA ARBETARE OCH ERSÄTTNING VID TILLFÄLLIG OCH LÅNGVARIG SJUKDOM, ERSÄTTNINGSNIVÅ I KRONOR/ MÅNAD OCH ANDEL (%), BRUTTOERSÄTTNING.

PRIVATANSTÄLLD ARBETARE, BRUTTOLÖN I KR/ MÅNAD	Bruttoersättning, kronor/ månad samt som andel av månadslön (procent).		
	Ersättning första sjukmånaden	Ersättning andra sjukmånaden	Ersättning efter 364 sjukdagar
20 000	16 569 (83 %)	17 220 (86 %)	14 351 (72 %)
30 000	24 854 (83 %)	25 831 (86 %)	21 526 (72 %)
40 000	29 342 (73 %)	27 324 (68 %)	22 770 (57 %)

Från och med 1 januari 2022 höjdes ersättningstaket till 10 prisbasbelopp vilket höjde månadsersättningen till 30 600 kr/mån vilket motsvarar 77 % av lön. Efter dag 364 sänks ersättningen till 28 890 kr/mån.

TABELL 6
PRIVATANSTÄLLDA TJÄNSTEMÄN OCH ERSÄTTNING VID TILLFÄLLIG OCH LÅNGVARIG SJUKDOM, ERSÄTTNINGSNIVÅ I KR PER MÅNAD OCH ANDEL (%), BRUTTOERSÄTTNING.

PRIVATANSTÄLLD TJÄNSTEMAN, BRUTTOLÖN I KR/ MÅNAD	Bruttoersättning, kronor/ månad samt som andel av månadslön (procent).		
	Ersättning första sjukmånaden	Ersättning andra sjukmånaden	Ersättning efter 364 sjukdagar
20 000	16 601 (83 %)	17 280 (86 %)	14 351 (72 %)
30 000	24 900 (83 %)	25 920 (86 %)	21 526 (72 %)
40 000	33 306 (83 %)	34 756 (87 %)	28 069 (70 %)

TABELL 7
STATSANSTÄLLD OCH ERSÄTTNING VID TILLFÄLLIG OCH LÅNGVARIG SJUKDOM, ERSÄTTNINGSNIVÅ I KRONOR/ MÅNAD OCH ANDEL (%), BRUTTOERSÄTTNING.

STATSANSTÄLLD, BRUTTOLÖN I KR/ MÅNAD	Bruttoersättning, kronor/ månad samt som andel av månadslön (procent).		
	Ersättning första sjukmånaden	Ersättning andra sjukmånaden	Ersättning efter 364 sjukdagar
20 000	16 601 (83 %)	17 280 (86 %)	14 351 (72 %)
30 000	24 901 (83 %)	25 920 (86 %)	21 526 (72 %)
40 000	33 201 (83 %)	34 364 (86 %)	28 661 (72 %)

TABELL 8
KOMMUN- OCH REGIONANSTÄLLD OCH ERSÄTTNING VID TILLFÄLLIG OCH LÅNGVARIG SJUKDOM, ERSÄTTNINGSNIVÅ I KRONOR/ MÅNAD OCH ANDEL (%), BRUTTOERSÄTTNING.

KOMMUN- OCH LANDSTINGSANSTÄLLD, BRUTTOLÖN I KR/ MÅNAD	Bruttoersättning, kronor/ månad samt som andel av månadslön (procent).		
	Ersättning första sjukmånaden	Ersättning andra sjukmånaden	Ersättning efter 364 sjukdagar
20 000	16 601 (83 %)	17 280 (86 %)	14 351 (72 %)
30 000	24 901 (83 %)	25 920 (86 %)	21 526 (72 %)
40 000	33 306 (83 %)	34 756 (88 %)	29 292 (73 %)

TABELL 9
ERSÄTTNING VID STADIGVARANDE SJUKDOM, ERSÄTTNINGSNIVÅ I KRONOR/MÅNAD OCH ANDEL (%) AV BRUTTOLÖN FÖR ANSTÄLLDA MED RESPEKTIVE UTAN KOLLEKTIVAVTAL.

BRUTTOLÖN KR/MÅNAD	Sammanlagd ersättning, kr/månad samt som andel av bruttolön				
	Anställd utan kollektivavtal	Privatanställd tjänsteman	Privatanställd arbetare	Kommun- och regionanställd	Stats- anställd
20 000	12 940 kr (65%)	15 940 kr (80%)	15 940 kr (80%)	15 940 kr (80%)	15 940 kr (80%)
30 000	19 248 kr (64%)	23 873 kr (80%)	23 424 kr (78%)	23 561 kr (79%)	23 898 kr (80%)
40 000	19 248 kr (48%)	30 373 kr (76%)	29 924 kr (75%)	30 061 kr (75%)	31 398 kr (78%)

OTILLRÄCKLIGA ERSÄTTNINGSNIVÅER SKAPAR ORO OCH RÄDSLOR

Forenas intervjuundersökning visar att varannan yrkesverksam i Sverige inte tycker att dagens ersättningsnivå i sjukförsäkringen är tillräcklig för att de ska känna sig trygga. En ännu högre andel, sex av tio, är inte trygga i att Försäkringskassan och sjukförsäkringen kommer att fungera och ge en tillräcklig försörjning ifall de skulle bli sjuka (se diagram 7). Denna upplevelse av otrygghet gör att hälften av de förvärvsaktiva är rädda för att bli sjuka i mer än fjorton dagar, en rädsla som främst grundas på att de inte ska kunna klara sig på ersättningen (se diagram 8). Nästan var femte förvärvsaktiv bedömer att de inte skulle ha råd att bo kvar ifall de blir sjuka i minst sex månader (se diagram 10). En något mindre andel, 12 procent av uppger att de under det senaste året undvikit att sjukskriva sig på grund av oro för att inte klara sin försörjning eller att Försäkringskassan inte beviljar deras ansökan (se diagram 11). Det skulle kunna betyda att omkring 600 000 yrkesverksamma gick till jobbet det senaste året trots att de var sjuka. Det sker dessutom mitt under coronapandemin då schablonersättningen för karensavdraget gällde. Även om yrkesverksamma uttrycker missnöje med sjukförsäkringen tror fler (36 procent) att Sverige har mer generösa villkor i sjukförsäkringen jämfört med de som tror att Sverige har hårdare regler än övriga nordiska länder (32 procent). Nästan lika många, 31 procent tror att det inte är någon skillnad (se diagram 12). Det faktiska samlaget är att Sverige har lägre ersättningsnivåer än både Norge och Danmark, vilka även saknar karensdag eller karensavdrag.

DIAGRAM 6
SJUKPENNINGEN FRÅN FÖRSÄKRINGSKASSAN VID SJUKDOM ÄR VANLIGVIS 70 PROCENT AV DIN MÅNADSLÖN EFTER SKATT. VID EXEMPELVIS EN MÅNADSLÖN PÅ 30 000 BLIR ALLTSÅ ERSÄTTNINGEN EFTER SKATT 16 150 KR PER MÅNAD. TYCKER DU ATT DENNA ERSÄTTNINGSNIVÅ ÄR TILLRÄCKLIG?

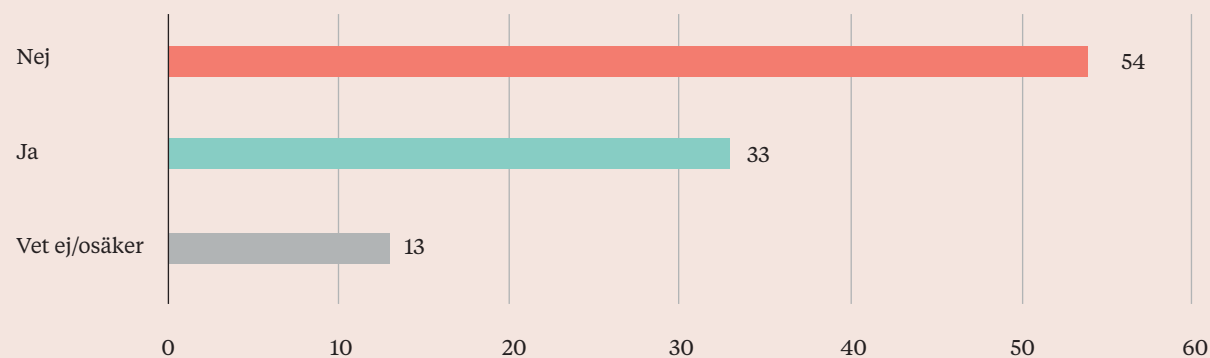


DIAGRAM 7
ÄR DU TRYGG I ATT FÖRSÄKRINGSKASSAN OCH SJUKFÖRSÄKRINGEN KOMMER ATT FUNGERA OCH GE DIG EN TILLRÄCKLIG FÖRSÖRJNING IFALL DU SKULLE BLI SJUK? (PROCENT)

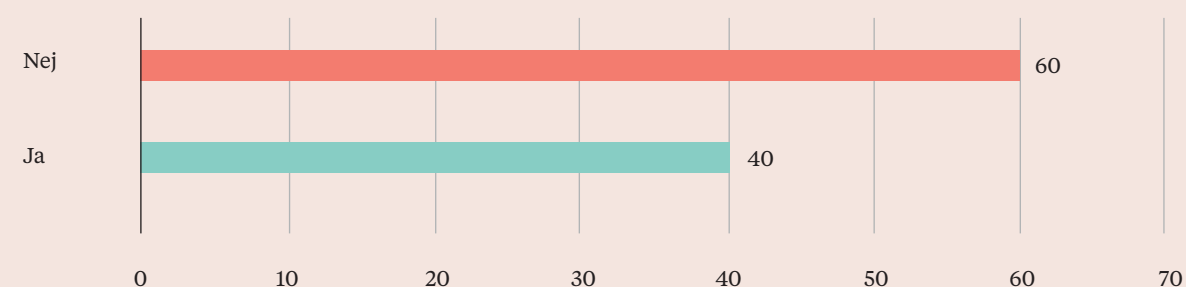


DIAGRAM 8
ÄR DU RÄDD FÖR ATT BLI SJUK LÄNGRE ÄN 14 DAGAR? (PROCENT)

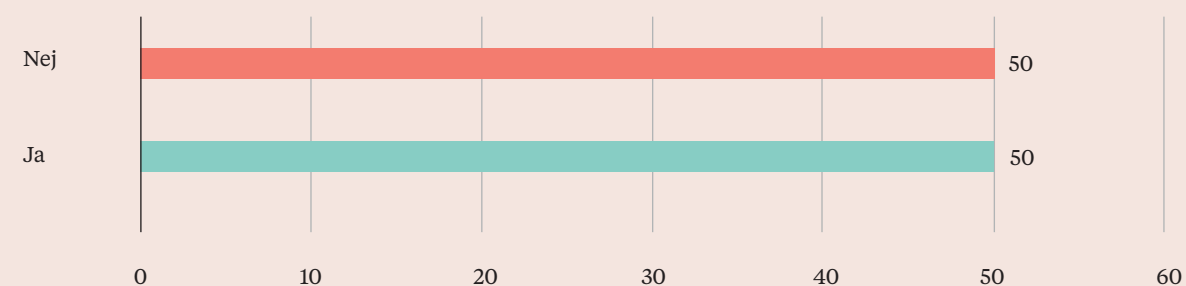


DIAGRAM 9
VARFÖR ÄR DU RÄDD FÖR ATT BLI SJUK LÄNGRE ÄN 14 DAGAR? (PROCENT)

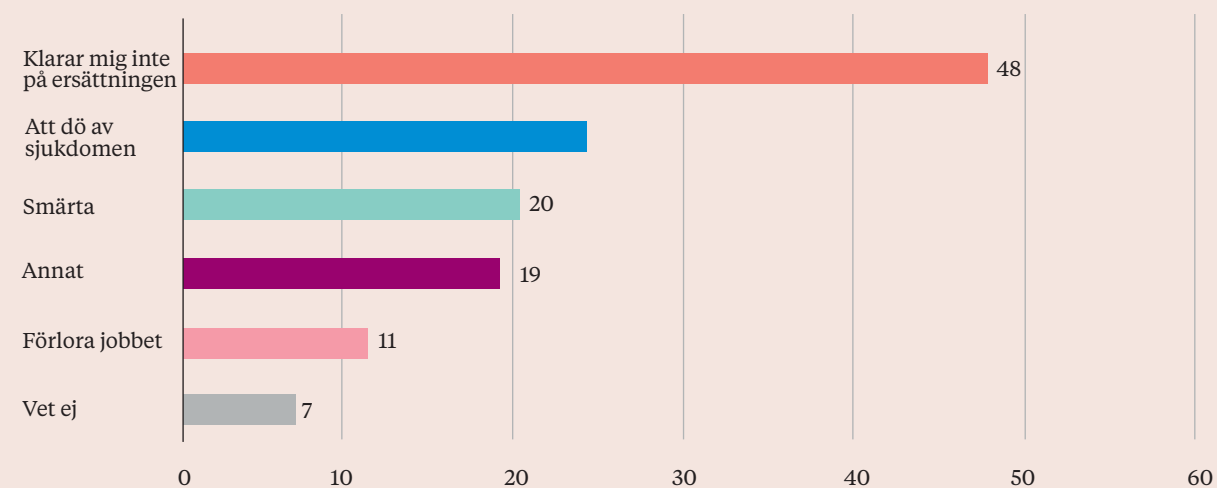


DIAGRAM 10
KOMMER DU HA RÅD ATT BO KVAR OM DU SKULLE BLI SJUK I MINST SEX MÅNADER?
(PROCENT)

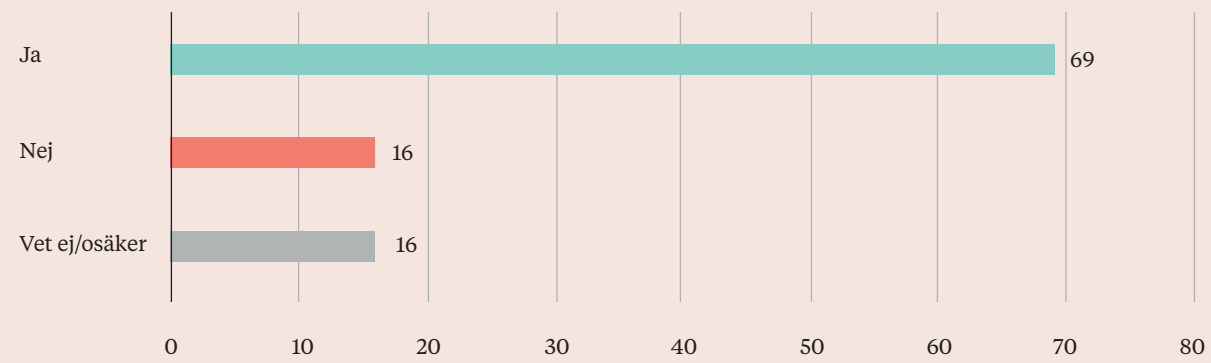


DIAGRAM 11
HAR DU UNDER SENASTE ÅRET UNDVIKIT ATT SJUKSKRIVA DIG PÅ GURND AV ORO FÖR ATT KLARA DIN FÖRSÖRJNING ELLER ATT FÖRSÄKRINGSKASSAN INTE SKULLE BEVILJA DIN ANSÖKAN? (PROCENT)

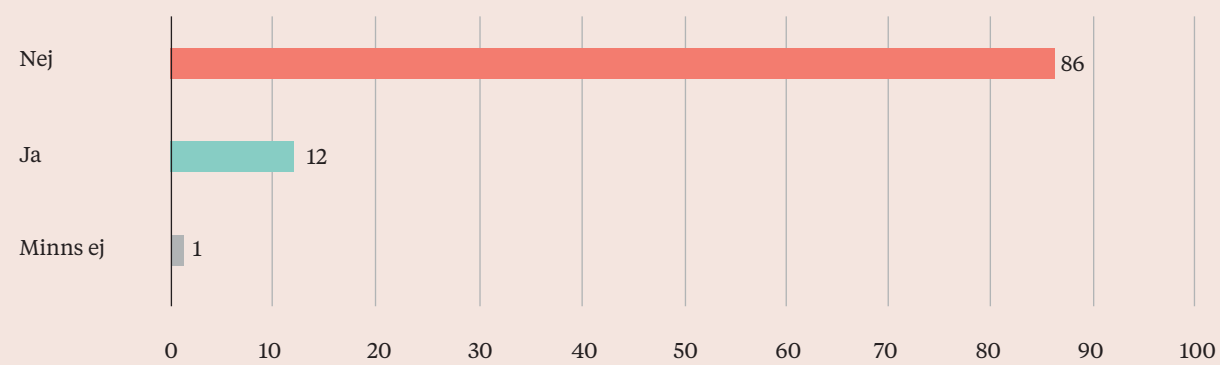
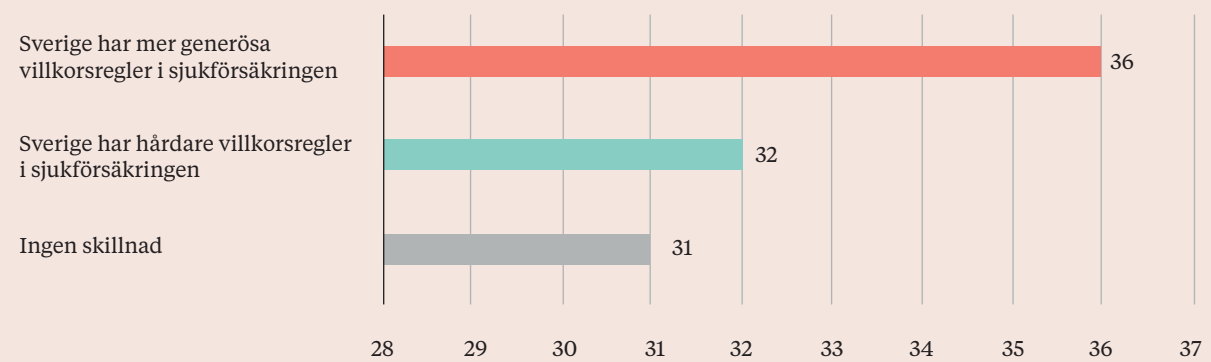


DIAGRAM 12
TROR DU ATT SVERIGE, I JÄMFÖRELSE MED ÖVRIGA NORDISKA LÄNDER, HAR MER GENERÖS ELLER HÅRDARE VILLKORSREGLER I SJUKFÖRSÄKRINGEN? (PROCENT)



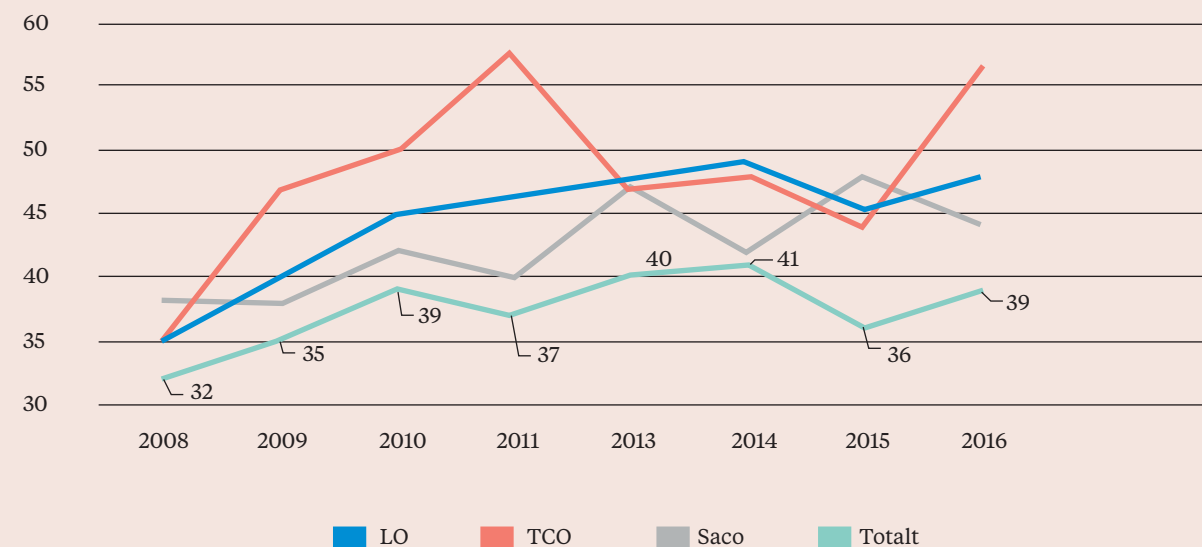
FYRA AV TIO LÖNTAGARNA HAR EN PRIVAT SJUKFÖRSÄKRING

Oron och bristande tillit till sjukförsäkringen kommer även till uttryck i efterfrågan av privata sjukförsäkringar som kompletterar sjukpenningen från Försäkringskassan.¹² Efterfrågan har ökat starkt under det senaste decenniet och oftast tecknas försäkringarna i form av gruppförsäkringar som erbjuds av fackförbunden. Siffror från försäkringsbolaget Folksam visar att under åren 2008–2014 ökade andelen löntagare med en egen privat sjukförsäkring trendmässigt och ligger i dag runt 40 procent (se diagram 13). Trenden kan troligen kopplas till att villkoren skärptes och ersättningen sänktes i den allmänna sjukförsäkringen i början av den aktuella perioden. Fackligt anslutna löntagare har i regel skaffat sig privat sjukförsäkring i större omfattning än övriga grupper. Uppskattningsvis har 1,6 miljoner av fackförbundens medlemmar en sjukförsäkring.

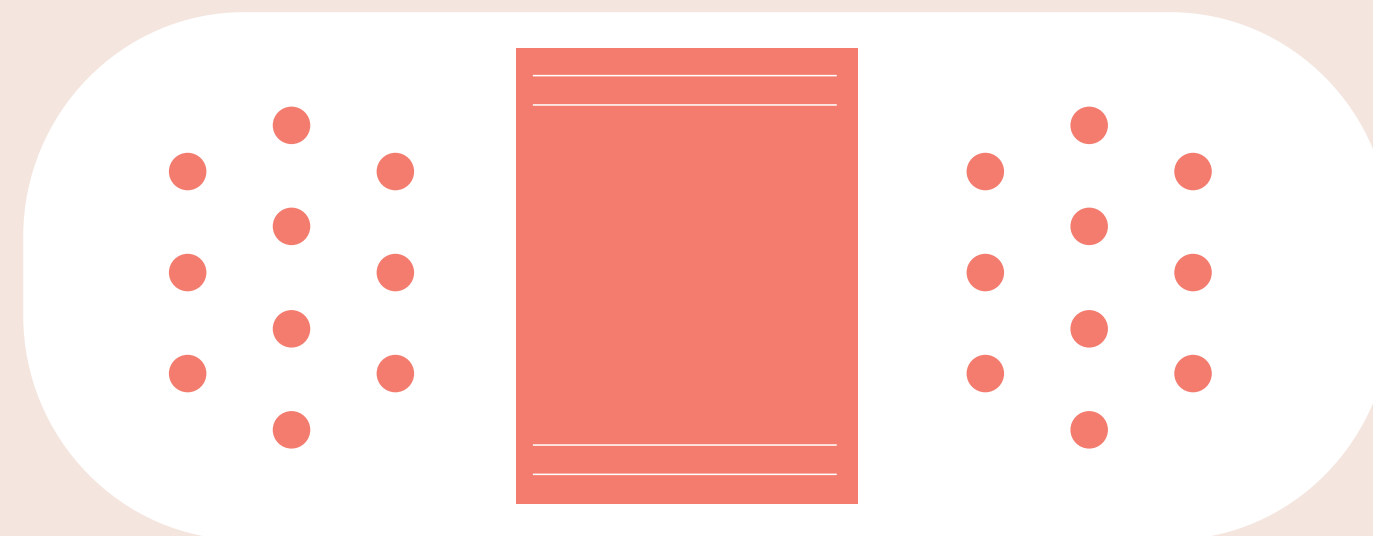
LO-förbunden erbjuder sina medlemmar en standardiserad sjukförsäkring som består av tre ersättningsmoment (se tabell 10). Dels ett månadsbelopp på mellan 476–2 380 kr vid arbetsförmåga under högst 18 månader. Dels ett engångsbelopp i form av ett diagnoskapital vid allvarlig sjukdom på 50 000 kronor och ett dödsfallsbelopp på minst 150 000 kronor. Sjukförsäkringarna hos förbunden inom TCO och Saco uppvisar större variation jämfört med LO-förbunden (se tabellerna 11 och 12). Medlemmarna kan vanligtvis välja månadsbelopp och komplettera med diagnos- och dödsfallskapital. Hos TCO- och Saco-förbunden varierar diagnoskapitalet mellan 44 400 till 100 000 kronor. Vanligtvis används inte hälsoprövning för medlemmar som tecknar sjukförsäkringen i anslutning till att de erbjuds försäkringen för första gången av försäkringsbolaget. Att allt fler fortsätter att arbeta efter 65 år börjar nu slå igenom i villkoren på fackens sjukförsäkringar.

Hos ett antal Saco-förbund ingår ett särskilt stöd om ett så kallat förstärkt medicinskt underlag som kunden kan använda ifall Försäkringskassan har nekat sjukpenning eller sjukersättning på grund bristfälligt underlag från läkaren. Då hjälper försäkringsbolaget till med att gå igenom materialet och rådgivning. Motsvarande tjänst erbjuds i så kallade juristförsäkringar som många fackförbunden erbjuder medlemmarna. Dessa försäkringsprodukter hade inte varit lika vanligt förekommande ifall medlemmarna hade ett stort förtroende för sjukförsäkringen och Försäkringskassans handläggning.

DIAGRAM 13
ANDEL SOM HAR TECKNAT EN PRIVAT SJUKFÖRSÄKRING, SAMTLIGA (PROCENT)



Källa: Välfärdstendens 2016, Folksam



¹² Sjukförsäkring ska ej förväxlas med sjukvårdsförsäkring som ersätter sjukvård och omsorg

TABELL 10. FACKFÖRBUNDENS SJUKFÖRSÄKRINGAR SOM ERBJUDS MEDLEMMARNA, MÅNADSBELOPP, KARENS- OCH ERSÄTTNINGSPERIOD.

LO-FÖRBUND	Sjukförsäkring för medlemmar		
	Månadsbelopp kr/mån.	Karensperiod, dagar.	Ersättningsperiod, månader.
Byggnads	1500	90	18
Elektrikerna	1400	90	18
Fastighet	1700	90	18
GS	1400	90	18
Handels	1500	90	18
Hotell och restau-rang	1000	90	18
IF Metall	1800	90	18
Kommunal	1700	90	18
Livs	1400	90	18
Musikerna	Saknas		
Målarna	1500	90	18
Pappers	476 – 2380	90	18
SEKO	1600	90	18
Transport	2200	90	18

TABELL 11. TCO-FÖRBUNDENS SJUKFÖRSÄKRINGAR.

TCO-FÖRBUND	Sjukförsäkring för medlemmar		
	Månadsbelopp kr/mån.	Karensperiod, dagar.	Ersättningsperiod, månader.
Finansförbundet	1000-5000	90	36
Forena	1500-4200	90	36
Försvarsförbundet	2000	90	18
Journalistförbundet	1500-3500	90	36
Läraryrket	3600	90	36
Polisförbundet	1500-5500	90	36
ST	2100-4200	90/365	42
Sv. Yrkesmusikerförbundet	1000-2500	90	36
Scen och Film	1200-4200	90	36
Tull-Kust	1800	90	18
Unionen	1600-5000	90	42
Vision	1200-3300	90	60
Vårdförbundet	700-2 800	90	36

TABELL 12. SACO-FÖRBUNDENS SJUKFÖRSÄKRINGAR.

SACO-FÖRBUND	Sjukförsäkring för medlemmar		
	Månadsbelopp kr/mån.	Karensperiod, dagar.	Ersättningsperiod, månader.
Akademikerförbundet SSR	1400-4900	90	60
Akavia	Högst 90% av lön	90	60
Civilekonomerna	1400-4900	90	60
DIK	1400-4900	90	60
Arbetsterapeuter	1400-4900	90	60
Kyrkans akademikerförbund	90 % av lön	90	Till 67 år
Fysioterapeuterna	Högst 90 % av lön	90	36
Lärarnas riksförbund	1600-2700	90	36
Naturvetarna	1400-4900	90	60
Officersförbundet	1500-3500	90	36
Reservofficerarna	Saknas		
SRAT	Högst 90% av lön	90/365	9
Sveriges Arkitekter	700-4 200	90	48
Sveriges Farmaceutförbund	1400-4900	90	60
Sveriges Ingenjörförbund	1400-4900	90	60
Sveriges läkarförbund	Högst 90% av lön	90	36
Sveriges Psykologförbund	Högst 90% av lön	90	60
Sveriges skolläraförbund	1400-3500	90	60
Tjänstetandläkarna	Högst 90% av lön	90	36
SULF	Högst 90% av lön	90	36
Veterinärförbundet	1000-3500	90	36

SJUKFRÅNVARONS FÖRSÄKRINGS- KOSTNADER OCH DESS FINANSIERING

Sjukförsäkringen där sjukpenning och sjukersättning utgör de största kostnadsposterna finansieras via sjukförsäkringsavgiften som är en av sex så kallade socialavgifter som ingår i arbetsgivaravgifterna. Trots namnet arbetsgivaravgifter så är det avgifter som tas ut från löntagarnas löneutrymme och betalas in av arbetsgivarna. Sjukförsäkringen har under det senaste decenniet gått med betydande underskott på mellan 9 till 24 miljarder kronor per år (se tabell 13). Orsaken till underskotten är att staten inte anpassar sjukförsäkringsavgiften till försäkringens kostnader. Ett agerande som sker i strid med socialavgiftslagen och lagen om fördelning av socialavgifter. Intentionen i dessa lagar är att sjukförsäkringsavgiften ska finansiera kostnaderna för försäkringsersättningarna. Detta gäller även övriga socialavgifter förutom ålderspensionsavgiften där avgiftsuttaget som gäller inkomstdelar som överstiger intjänandetaket för allmän pension ”ska föras till staten”.¹³ Arbetsgivaravgifterna ger emellertid mer än tillräckligt med inkomster för staten för att täcka underskottet i sjukförsäkringen. Sedan 2012 har socialförsäkringarna årligen gått med överskott bortsett från 2020 då extraordinära åtgärder sjösattes för att möta coronapandemin. Överskotten åstadkoms genom att staten fastställer avgiftsnivåer som mer än väl överstiger kostnaderna för flertalet andra socialförsäkringsförmåner, särskilt arbetsmarknadsavgiften som huvudsakligen ska finansiera arbetslöshetsförsäkringen.

Därutöver ingår även den så kallade allmänna löneavgiften i arbetsgivaravgifterna, en avgift som infördes 1995 med motiveringen att finansiera Sveriges EU-medlemskap. Då uppgick avgiften till 1,5 procent, men har sedan dess återkommande höjts och uppgår i dag till 11,62 procent. Löneavgiften är följaktligen inte en socialavgift, utan både i rättslig och ekonomisk mening en skatt. Av tabell 13 framgår att löneavgiften används som en regulator för att hålla arbetsgivaravgifterna på en oförändrad nivå mellan åren. Statens intäkter från arbetsgivaravgifterna överstiger följaktligen med råge kostnaderna för socialförsäkringarna, vilket inte kan betraktas som något annat än en dold beskattning utan lagligt stöd av löntagare och personer som bedriver enskild firma.

TABELL 13
SJUKFÖRSÄKRINGENS INTÄKTER OCH UTGIFTER SAMT ÖVRIGA ARBETSGIVAR-
AVGIFTER INTÄKTER I FÖRHÅLLANDE TILL SAMTLIGA SOCIALFÖRSÄKRINGAR.

SOCIALAVGIFTER	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sjukförsäkringens kostnader	82,2	79,4	80,2	83,0	87,2	89,1	85,4	85,7	80,9	91,7
Sjukförsäkringsavgift	63,3	65,4	58,4	60,3	64,3	78,5	74,4	77	65,9	67,5
Skillnad	-18,9	-14	-21,8	-22,7	-22,9	-10,6	-11	-8,7	-15	-24,2
Socialförsäkringens avgifter och kostnader	-1,1	7,9	1,3	2,2	5,6	29	27,4	34,5	28,5	-6,2
Inklusive allmän löneavgift	114,3	127,3	132,9	139	155,6	185,2	210,6	221,3	244,1	214,7
Inkomst från arbetsgivaravgifterna	427	442	454	471	492	516	541	582	607	622
Andel som inte används för socialförsäkringarna	27%	29%	29%	30%	32%	36%	39%	38%	40%	35%

TABELL 14
ARBETSGIVARAVGIFTERNA MELLAN ÅREN 2011 OCH 2020 I PROCENT.

ARBETSGIVARAVGIFTERNA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sjukförsäkringsavgift	5,02	5,02	4,35	4,35	4,35	4,85	4,35	4,35	3,55	3,55
Föräldraförsäkringsavgift	2,20	2,20	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60
Ålderspensionsavgift	10,21	10,21	10,21	10,21	10,21	10,21	10,21	10,21	10,21	10,21
Efterlevandepensionsavgift	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17	1,17	0,7	0,7	0,6	0,6
Arbetsmarknadsavgift	2,91	2,91	2,91	2,91	2,64	2,64	2,64	2,64	2,64	2,64
Arbetssskadeavgift	0,68	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Allmän löneavgift	9,23	9,21	9,88	9,88	10,15	9,65	10,72	10,72	11,62	11,62
Summa/arbetsgivaravgifterna	31,42	31,42	31,42	31,42	31,42	31,42	31,42	31,42	31,42	31,42

Om staten efterlevde gällande lagstiftning för socialavgifterna och återställde den allmänna löneavgiften till sin ursprungliga nivå skulle arbetsgivaravgifterna kunna sänkas från 31,42 till 22,31 procent (se tabell 15). På 2020 års totala lönesumma motsvarar en sådan sänkning cirka 180 miljarder kronor. För en genomsnittslöntagare skulle sänkningen kunna innebära en höjning av månadslönen före skatt med drygt 2 700 kronor. Utmaningen för staten är att hitta en alternativ finansiering för sina åtaganden som bekostas genom dagens dolda beskattning.

¹³ Se lagen om fördelning av socialavgifter (2000:981) om ålderspensionsavgiften (6§).

TABELL 15
**ARBETSGIVARAVGIFTER SOM MOTSVARAR KOSTNADERNA FÖR SOCIAL-
 FÖRSÄKRINGARNA OCH DEN URSPRUNGLIGA ALLMÄNNA LÖNEAVGIFTEN FÖR 2020.**

ARBETSGIVARAVGIFTERNA	2020
Sjukförsäkringsavgift	4,62 %
Föräldraförsäkringsavgift	2,48 %
Ålderspensionsavgift	10,21 %
Efterlevandepensionsavgift	0,54 %
Arbetsmarknadsavgift	2,83 %
Arbetsskadeavgift	0,13 %
Allmän löneavgift	1,5 %
Summa	22,31 %

Källa: Forenas egen beräkning¹⁴

SLUTNOTAN FÖR DEN SVENSKA SJUKFRÅNVARON – 143 MILJARDER KRONOR

Utöver ersättningarna som utbetalas från den allmänna sjukförsäkringen sker också betydande utbetalningar från försäkringar som har till syfte att komplettera den allmänna försäkringen. Merparten av ersättningsbeloppen utbetalas från de kollektivavtalade sjukförsäkringsförmånerna eller motsvarande försäkringar som har tecknats av arbetsgivarna för de anställda. Därutöver tillkommer de sjukförsäkringar som anställda och företagare har tecknat hos privata försäkringsbolag, antingen i form av grupp- eller individuell försäkring. Dessutom utbetalas också betydande belopp från de så kallade premiefrielseförsäkringarna som betalar tjänstepensionspremien när anställda är sjuka. Sammantaget uppskattar vi att utbetalningarna från de kollektivavtalade och individuellt tecknade försäkringarna till minst 16 miljarder kronor under 2020.¹⁵ Tillsammans med den allmänna sjukförsäkringen uppgår den totala försäkringsersättningen till 103 miljarder kronor. Tillfogar vi även arbetsgivarnas kostnader för sjuklöneperioden under de första 14 sjukdagarna, som uppgick till drygt 35 miljarder kronor under 2020, uppgick slutnotan för ersättningen till löntagare vid sjukdom till 143 miljarder kronor.¹⁶ Det betyder att knappt två tredjedelar av sjukfrånvarons ersättningskostnader är försäkrade via det offentliga systemet och en fjärdedel är helt oförsäkrad.

¹⁴ Beräkningen baseras på lönesumman för 2020 som uppgick till 1 980 miljarder kronor. Intäkterna från arbetsgivaravgifterna uppgick till 622,1 miljarder kronor 2020 och arbetsgivaravgiften var 31,42% (622,1/0,3142=1 980)

¹⁵ Uppskattningen görs på basis av uppgifter från Svensk försäkring.

¹⁶ Försäkringskassan.

HÖG BETALNINGSVILJA FÖR EN TRYGGARE SJUKFÖRSÄKRING

Kännedomen om hur sjukförsäkringen finansieras är mycket låg hos den yrkesverksamma befolkningen. I vår intervjuundersökning var det endast sex procent som kände till att finansieringen sker via arbetsgivaravgifterna. En klar majoritet tror att finansieringen sker via både avgifter och skatter, 64 procent, medan 29 procent tror att det sker via skatter. Två tredjedelar av de yrkesverksamma underskattar hur mycket en genomsnittslöntagare betalar för sjukförsäkringen per år. Hälften av dessa tror att genomsnittslöntagare betalar upp till 10 000 kronor per år, medan den faktiska avgiftskostnaden uppgår till drygt 16 200 kronor per år (se diagram 16). Ett pris som två av tre yrkesverksamma tycker är rimligt med tanke på sjukförsäkringens ersättningsnivåer och villkor. En av fyra tycker däremot att avgiften ska sänkas och knappt en av tio tycker att den ska höjas (se diagram 16)

DIAGRAM 14
FÖRSÄKRINGSKASSAN ANSVARAR FÖR DEN ALLMÄNNA SJUKFÖRSÄKRINGEN. HUR TROR DU ATT DEN FINANSIERAS, VIA SKATTER ELLER AVGIFTER SOM DU SOM ANSTÄLLD BETALAR VIA DE SÅ KALLADE ARBETSGIVARAVGIFTERNA? (PROCENT)

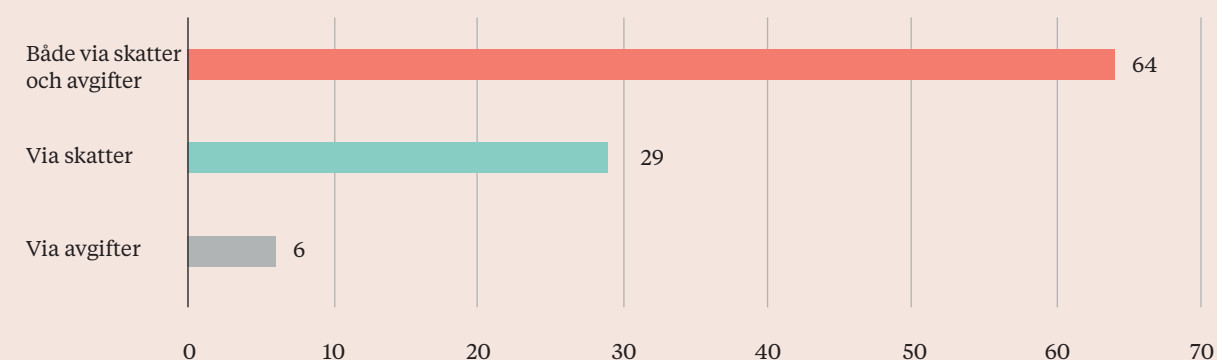


DIAGRAM 15
HUR MYCKET UPPSKATTAR DU ATT GENOMSNIITSLÖNTAGAREN BETALAR FÖR SJUKFÖRSÄKRINGEN PER ÅR? (PROCENT)

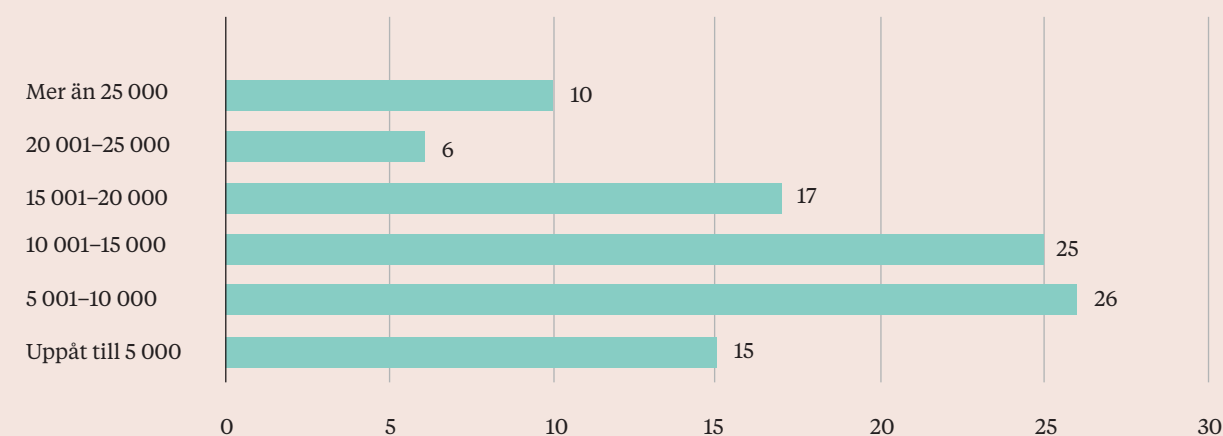
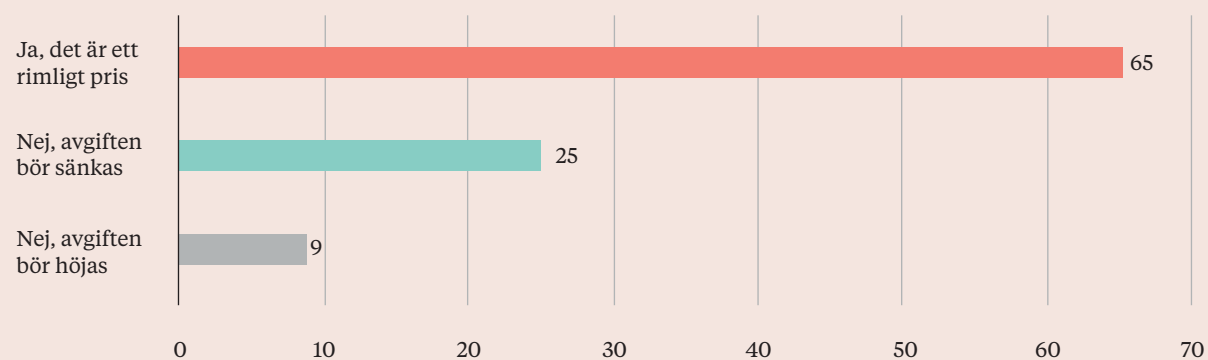


DIAGRAM 14
GENOMSNITTSLÖNTAGAREN BETALAR IDAG DRYGT 16 200 KR/ÅR TILL SJUKFÖRSÄKRINGEN. TYCKER DU ATT DET ÄR ETT RIMLIGT PRIS FÖR SJUKFÖRSÄKRINGEN MED TANKE PÅ ERSÄTTNINGSNIVÅN OCH VILLKOREN? (PROCENT)



SJUKFRÅNVARON OCH DESS ORSAKER

Vad är orsaken till att sjukfrånvaron varierar kraftigt i Sverige? Starka förklaringsfaktorer i sammanhanget är sjukförsäkringens villkor, Försäkringskassans handläggning och människors hälsa. I flera undersökningar tillskriver löntagarna den ökade stressen som svar på varför sjukfrånvaron ökade särskilt under åren 2010 till 2017.

Ökad stress och kvinnors dubbelarbete fanns tidigt med i Försäkringskassans analys kring möjliga förklaringar till varför sjukfrånvaron ökade kraftigt sedan år 2010. De menade att ökningen orsakades av samverkande och överlappade faktorer. Bland annat den psykosociala arbetsmiljön, bristerna i rehabiliteringen, samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och sjukvården.¹⁷

Under 2015 visade Försäkringskassans prognoser att regeringens målsättning om att sänka sjukpenningtalet till 9 dagar senast år 2020 var utom räckhåll. Regeringen tog då initiativ till ett program där sju områden identifierats för insatser under mandatperioden för att öka hälsan och bryta den negativa utvecklingen och stabiliseras sjukfrånvaron.¹⁸

Det var följande områden:

- Ökad jämställdhet.
- Bättre arbetsmiljö.
- Bättre möjligheter för rehabilitering, anpassning och omställning.
- Anpassa primärvården för personer med psykisk ohälsa och långvarig smärta.
- Ökad kunskap om sjukskrivningspraxis och sjukskrivningsprocessen.
- Bättre förutsättningar för unga med funktionsnedsättning eller sjukdom att komma i arbete.

I åtgärdsprogrammet aviserade regeringen att de skulle vidta ytterligare åtgärder under mandatperioden, vilket levererades redan i april år 2016 under titeln Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning (Ds 2016:8). Förslaget var en modifierad version av medfinansieringsmodellen som användes under åren 2005–2006. Utöver kostnadsansvaret för de första 14 sjuklönedagarna i en sjukperiod föreslog regeringen att arbetsgivaren även skulle betala 25 procent av löntagarens sjukpenning från och med dag 91 i ett sjukfall. För att kompensera arbetsgivarna föreslogs en sänkning arbetsgivaravgiften och för att skydda småföretagare skulle ett fribelopp tillämpas.

När förslaget till medfinansiering offentliggjordes bifogade regeringen ett oväntat medskick till arbetsmarknadens parter. Nämligen att regeringen var beredd att dra tillbaka förslaget ifall parterna före mitten av augusti 2016 undertecknade avsiktsförklaringar för partslösningar som skulle kunna förväntas minska sjukfrånvaron och öka hälsan i arbetslivet.

Reaktionen och aktiviteten som förslaget väckte blev omedelbar och kraftig. Både facken och arbetsgivarna varnade för ökad utslagning av människor med hälsoproblem. Arbetsgivarna menade dessutom att förslaget skulle hämma småföretagandet och jobbtillväxten i landet. Parallellt med omfattande opinionsarbete inledde parterna ett intensivt arbete med att ta fram avsiktsförklaringar. Tre avsiktsförklaringar undertecknas vid utsatt tidpunkt och regeringen gjorde bedömningen att avsiktsförklaringarna hade tillräckligt med substans för att minska sjukfrånvaron och verkställde därför sitt löfte om att dra tillbaka medfinansieringsförslaget.

Samtidigt som Hälsoväxlingen lanserades våren 2016 reviderade Försäkringskassan sin analys om orsakssambanden till varför sjukfrånvaron ökade. De började i allt högre grad än tidigare betona att ökningen snarare berodde på brister i deras egen handläggning och villkorstillämpning. Deras förklaring till den kraftiga dämpningen av antalet nystartade sjukfall och dess varaktighet som ägde rum under åren 2008–2010 kunde huvudsakligen förklaras av en mer ändamålsenlig tillämpning av rehabiliteringskedjans villkor.¹⁹ Under åren 2011–2014 minskade emellertid Försäkringskassans bedömningar av arbetsförmågan enligt gällande villkor gradvis och ökar under 2014. Våren 2015 inledde därför Försäkringskassan ett arbete med att förstärka handläggningen genom att sätta fokus på kvalitén vid bedömning av arbetsförmågan. Antalet nybeviljade sjukfall med sjukpenning och sjukersättning har sedan dess minskat.

Intressant i sammanhanget är att ytterst få delar av regeringens sju punktsprogram för ökad hälsa eller parternas avsiktsförklaringar dittills hade sjösatts eller nått sin fulla kapacitet när sjukfrånvaron började minska. Inte heller har villkoren i sjukförsäkringen blivit striktare under den här perioden. Snarare har det skett förändringar i handläggningen. Att praxis och handläggning skiftar trots oförändrad lagstiftning har vi sett tidigare i socialförsäkringens historia. Exempelvis minskade antalet nybeviljade arbetsskadelivräntor påtagligt flera år innan villkoren förändrades år 1992. Även minskningen av sjukfrånvaron som inleddes under år 2003 är svår att förklara med mindre än att snegla på en förändrad handläggning. Sedan år 2014 kan vi notera att andelen avslagna sjukpenningansökningarna har ökat från 1 till drygt 3,5 procent. Det betyder att antalet avslag har mer än fyrdubblats från 5 900 till 23 400 stycken under dessa år. Även andelen fall där sjukpenningen dras in har ökat från 2 till 4 procent under dessa år.

¹⁷ Socialförsäkringsrapport 2016:7, se även Ann-Marie Beglers och Lars-Åke Brattlund, DN-debatt 2015-11-27

¹⁸ Se åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, Socialdepartementet 2015-09-24.

¹⁹ Försäkringskassans utgiftsprognos från 2016-08-01 Dnr 1375-2016, se även Försäkringskassans plan för att minska sjukfrånvaron från 2016-04-29

Enligt Försäkringskassan beror ökningen på deras förstärkta utrednings- och bedömningsarbete. Allt fler försäkrade får också sin sjukpenning indragen genom avslag mellan dag 180 och dag 364 då den försäkrades arbetsförmåga bedöms mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Mellan åren 2015 till 2020 ökade andelen från 10 till 40 procent. Flertalet av avslagen gäller försäkrade som har återupptagit sitt arbete på deltid och därmed bedömer Försäkringskassan att de skulle kunna arbeta heltid, åtminstone i ett annat arbete. Däremot finns det en grupp som avviker och det är försäkrade som är i åldrarna 61–64 år där 31 procent tar ut allmän pension 12 månader efter avslagsbeslutet. Att avslagsbesluten ökar förklarar Försäkringskassan med att de har infört nya rutiner i mars 2020 där arbetsförmågan bedöms mot normalt förekommande arbete vid dag 180 i rehabiliteringskedjan. Det innebär att en specialist granskar ärendet innan försäkringsutredaren fattar beslut om att bevilja sjukpenning.

Många indikationer pekar mot att människors hälsa har förbättrats det senaste decenniet, särskilt i de äldre åldersgrupperna. Regeringens särskilda utredare Samuel Engblom visar i sitt slutbetänkande En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69), bland annat att under perioden 2004–2018 har andelen som uppger en dålig eller mycket dålig hälsa minskat för både kvinnor och män. Omkring 6 procent av befolkningen 16–84 år uppgav 2018 att de hade en dålig eller mycket dålig hälsa. Även om hälsan på ett generellt plan har förbättrats konstaterar Engblom att det psykiska välbefinnandet har försämrats sedan 2006. Av alla i befolkningen mellan 16 och 84 år uppgav 17 procent att de upplevde ett nedsatt psykiskt välbefinnande under år 2018. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, och högre bland yngre än bland äldre.

Engblom visar vidare att dödligheten, den så kallade mortaliteten, under de senaste tjugo åren haft en svagt nedåtgående trend sett till befolkningen som helhet. Undantaget är dock 2020 då dödligheten steg till följd av coronapandemin och uppnådde samma nivå som i början av 2000-talet. Störst minskning har skett bland de äldre, men även i de yngre åldersgrupperna syns en svag minskning under den aktuella perioden.

Förebyggande arbete och rehabilitering kan vara effektiva metoder för att minska sjukfrånvaron. Frågor som fick stor uppmärksamhet i början av 1990-talet bland annat inom ramen för den så kallade rehabiliteringsreformen 1992. Som en del av reformen infördes två nya förmåner, dels förebyggande sjukpenning, dels rehabiliteringsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering. Reformen hade två syften: att ge arbetsgivarna ett tydligare ansvar för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering och att ge Försäkringskassan ett uttalat ansvar för att samordna frågor om rehabilitering, både på strukturell nivå och i enskilda ärenden. Parallellt med reformen gjordes omfattande ändringar i arbetsmiljölagstiftningen.

Av dagens socialförsäkringsbalk framgår att Försäkringskassans uppdrag i rehabiliteringsprocessen är:

- att ta ett övergripande tillsyns- och samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten.
- att i samråd med den försäkrade se till att behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.
- att samverka med och verka för att aktörer, så som arbetsgivare, arbetstagarorganisationer, socialtjänst, sjukvård och Arbetsförmedling, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Detta fastställs i den så kallades rehabiliteringsplanen.
- att följa upp och utvärdera rehabiliteringsverksamheten.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar följer av arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, socialförsäkringsbalken samt indirekt genom reglerna om saklig grund för uppsägning i lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis. I AML finns regler om arbetsgivarens skyldighet att organisera och ha rutiner för förebyggande arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning

och rehabilitering. De föreskrifter som Arbetsmiljöverket tar fram förtydligar de regler som finns i AML och Arbetsmiljöverket utövar endast tillsyn över de regler som finns i AML. Sedan den 1 juli 2018 finns en skyldighet för arbetsgivaren att upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar för en anställd som kan antas ha helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar. En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete

I socialförsäkringsbalken framgår att individen själv också har ett ansvar för sin egen rehabilitering, t.ex. genom att medverka i utredningen av behovet av rehabilitering och i att lämna uppgifter.

Trots lagens höga ambitioner och tydliga skyldigheter för myndigheter och andra aktörer är rehabiliteringsverksamheten i Sverige mycket eftersatt. Samuel Engbloms visar i sitt slutbetänkande att under perioden 2000 till 2019 har andelen som fått rehabiliteringspenning i relation till sjukfall som varat i mer än 90 dagar minskat från 27 till 6,5 procent, i relation till sjukfall som varade längre än 180 dagar har andelen minskat från 43 till 12 procent och i relation till sjukfall som varat längre än 1 år har andelen minskat från 80 till 29 procent. De vanligaste diagnoserna hos dem som har rehabiliteringspenning är psykiatriska diagnoser. Över tid har denna diagnosgrupp ökat markant och utgjorde 2019 omkring 70 procent av alla rehabiliteringsärenden. I tidigare utredningar har konstaterats att Försäkringskassan sällan tar ställning till försäkrades rehabiliteringsbehov. Även förmånen förebyggande sjukpenning har haft svårt att etableras i relation till det förväntade behovet. Under 2013 noterades en topp i antalet beviljade ersättningar för förebyggande sjukpenning på omkring 12 700 personer. Därefter har utvecklingen vänt neråt och 2019 var det omkring 11 500 personer som beviljades ersättningen. Skyldighetskatalogen för Försäkringskassan, arbetsgivare, arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården samt kommunerna är omfattande, men trots detta har den samstämmiga slutsatserna från utredningar under de senaste decennierna varit att rehabiliteringsverksamheten för individen inte fungerar.

Utöver att betydande förändringar har gjorts i sjukförsäkringen under 2000-talet kan vi även konstatera att Försäkringskassans handläggning och villkorstillämpning har varierat kraftigt under den här tiden. Vi ser en rad samverkande faktorer som även framför kan förväntas påverka kvalitén i handläggningen. För det första lämnar försäkringsvillkor alltid utrymme för olika tolkningar som manifesteras både i centralt framtagna vägledningar och hos den enskilda handläggaren. För det andra påverkas handläggningen av administrationens möjligheter att bedriva ett stimulerande, effektivt och tydligt ledarskap som prioriterar och förmår att bibehålla och nyrekrytera hög kompetens, låg personalomsättning och sjukfrånvaro hos medarbetarna. På dessa punkter kan Försäkringskassan fortfarande ha mycket att göra.

KONTAKTEN MED FÖRSÄKRINGSKASSAN VÄCKER STARKA KÄNSLOR

Forenas intervjuundersökning visar att kontakten med Försäkringskassan väcker starka känslor hos de yrkesverksamma.

En majoritet av de sjukskrivna tycker att Försäkringskassan har ett trevligt bemötande, har bra tillgänglighet och utbetalar ersättningen snabbt. Samtidigt upplever varannan sjukskriven att det var krångligt att få sin sjukskrivning godkänd och endast fyra av tio tycker Försäkringskassans har engagerade medarbetare (se diagram 17). Ängslan och oro är också förknippad med kontakten med Försäkringskassan. Varannan sjukskriven uppger att de var ängslig eller orolig i kontakten med Försäkringskassan (se diagram 18). En mindre av de, 15 procent, var till och med rädda när de kontaktade Försäkringskassan (se diagram 19). Och ungefär lika många, 16 procent, har gråtit efter kontakten med myndigheten (se diagram 20). Även om en majoritet tycker att utbetalningen från Försäkringskassan gick snabbt uppger var tredje att de har legat sömlös av oro över att få sin ersättning (se diagram 21). Fyra av tio yrkesverksamma känner någon som de tycker har blivit orättvist behandlad av Försäkringskassan under det senaste året. Andelen är störst hos kvinnor där varannan känner någon (se diagram 22).

DIAGRAM 17
I VILKEN GRAD INSTÄMMER DU I FÖLJANDE NÄR DET GÄLLER KONTAKTEN MED FÖRSÄKRINGSKASSAN. (PROCENT)

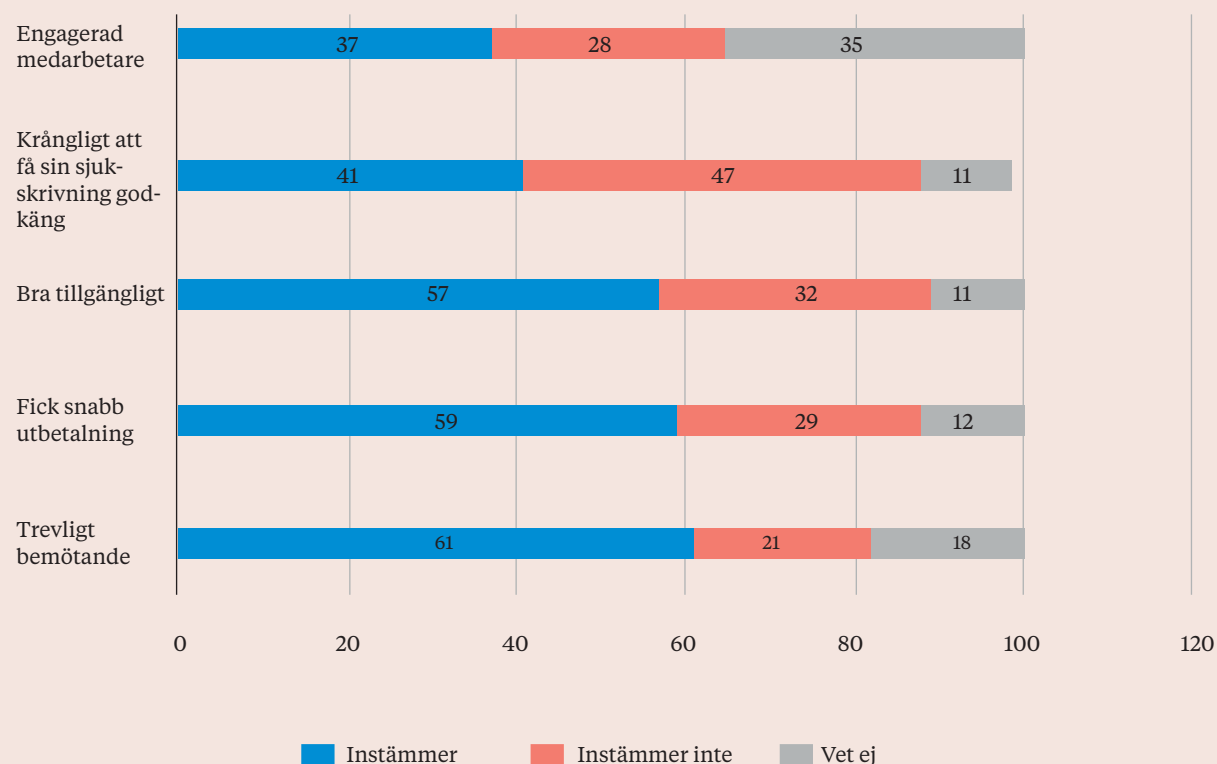


DIAGRAM 18
VAR DU ÄNGSLIG ELLER OROLIG I KONSTAKEN MED FÖRSÄKRINGSKASSAN? (PROCENT)

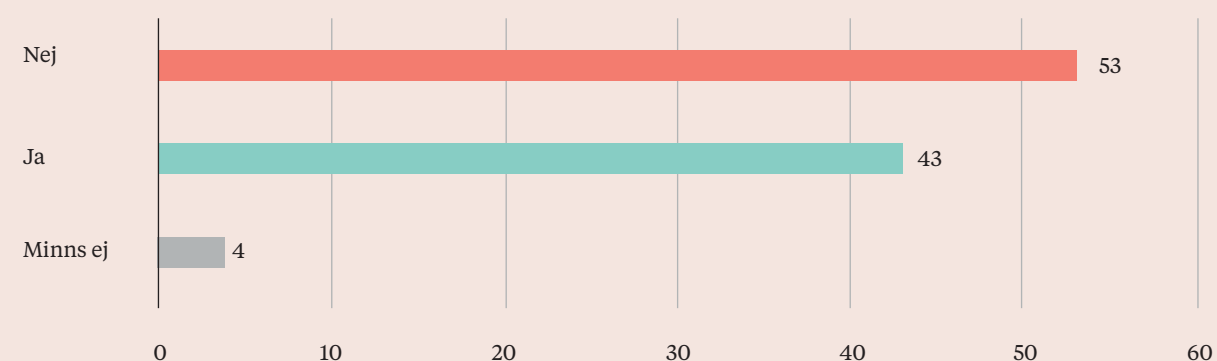


DIAGRAM 19
ÄR DU RÄDD ATT TA KONTAKT MED FÖRSÄKRINGSKASSAN? (PROCENT)

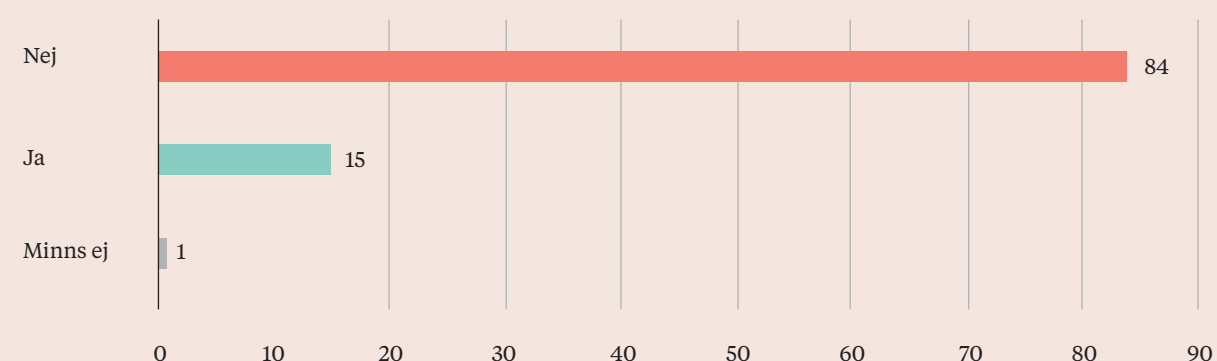


DIAGRAM 20
HAR DU LEGAT SÖMLÖS AV ORO ÖVER ATT FÅ DIN ERSÄTTNING FRÅN FÖRSÄKRINGSKASSAN? (PROCENT)

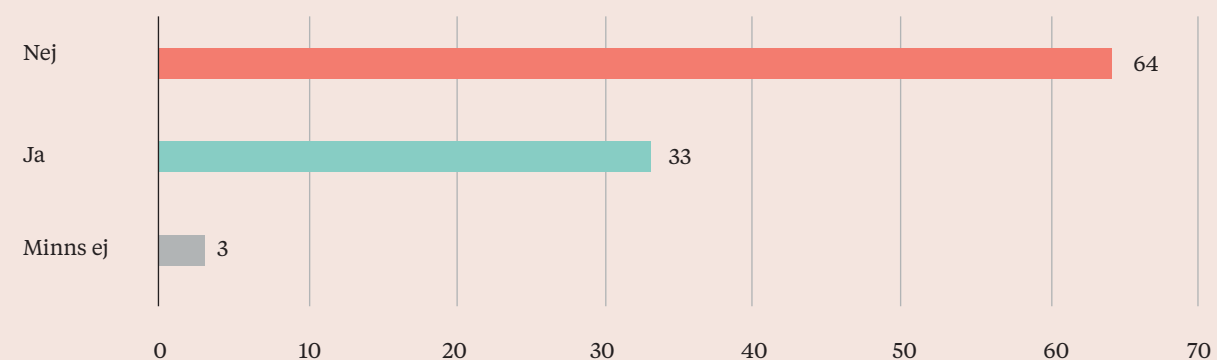


DIAGRAM 21
HAR DU NÅGON GÅNG GRÅTIT EFTER EN KONTAKT MED FÖRSÄKRINGSKASSAN? (PROCENT)

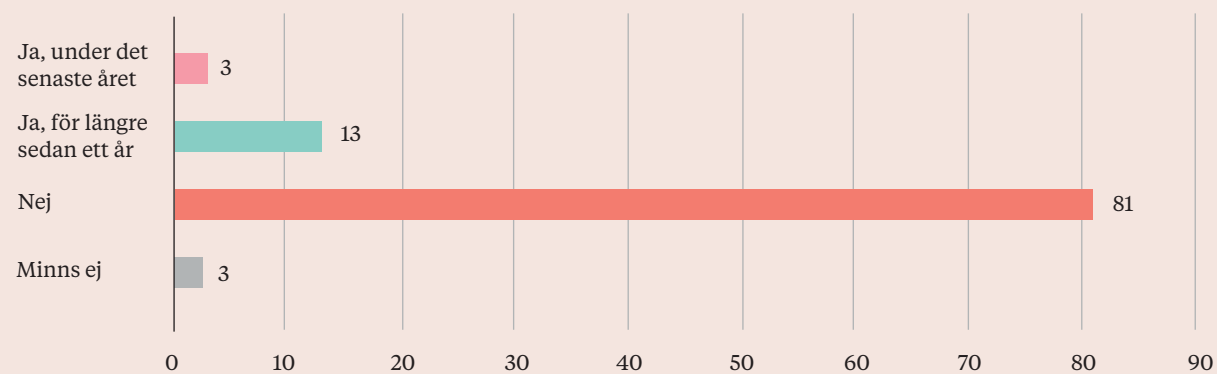


DIAGRAM 23
FICK DU NÅGON REHABILITERING NÄR DU VAR SJUKSKRIVEN? (PROCENT)

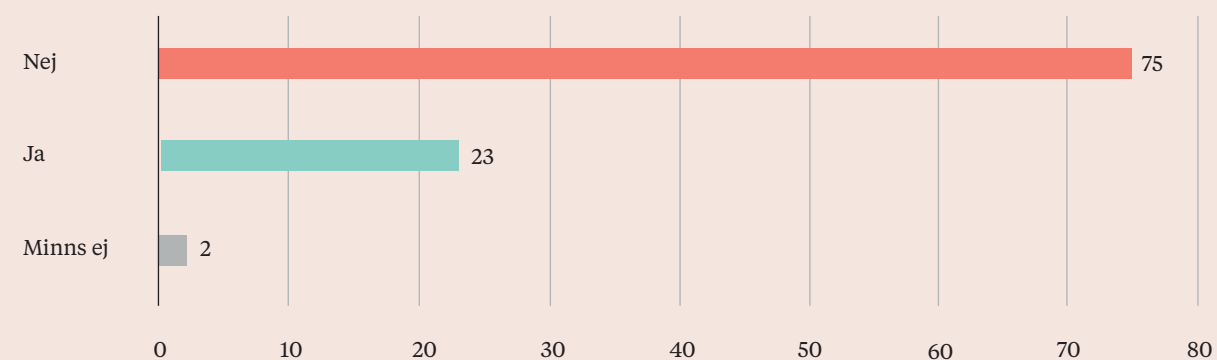


DIAGRAM 22
KÄNNER DU NÅGON SOM DU TYCKER BLIVIT ORÄTTVIS BEHANDLAD AV FÖRSÄKRINGSKASSAN UNDER DET SENASTE ÅRET? (PROCENT)

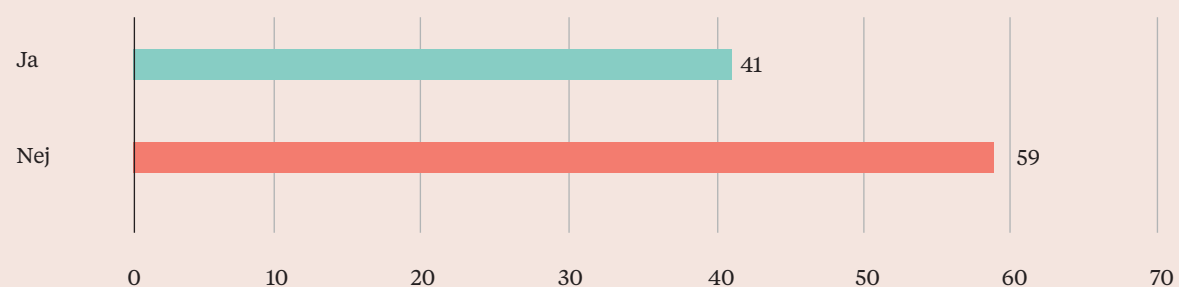
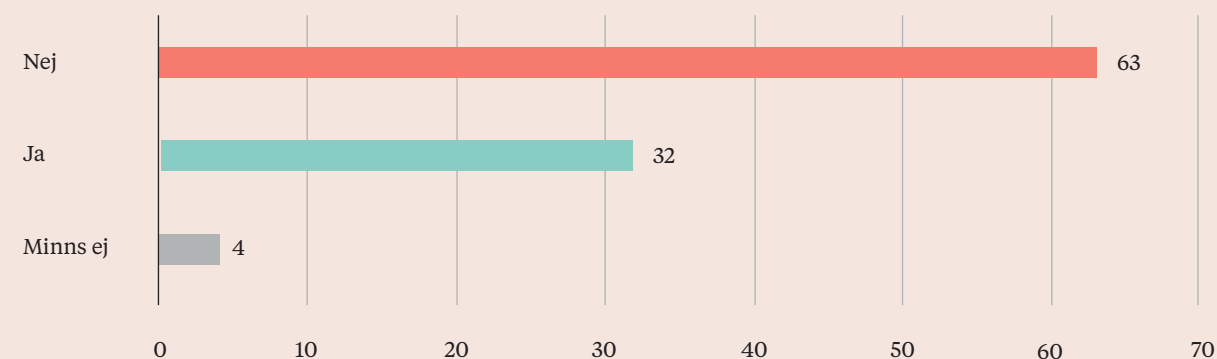


DIAGRAM 24
ANSER DU ATT DU HADE BEHÖVT REHABILITERING? (PROCENT)



MÅNGA UPPLIVER ATT DET FÖREBYGGANDE ARBETET OCH REHABILITERINGEN BRISTER

Som vi tidigare visade har förebyggande insatser och rehabilitering stor betydelse för att förhindra och snabbt komma tillbaka från sjukskrivning. Många yrkesverksamma som har varit sjukskrivna vittnar om betydande brister på dessa två områden. Hela tre fjärdedelar uppger att de inte har fått någon rehabilitering när de var sjukskrivna och var tredje som anser att de hade behövt detta. (se diagram 23 och 24). Av samtliga yrkesverksamma är det var tredje som inte tycker att deras arbetsgivare har ett bra förebyggande arbete för att förhindra sjukskrivningar. En av fem (19 procent) tycker inte att deras arbetsgivare har bra upparbetade rutiner för att snabbt sätta in rehabiliteringsinsatser ifall en kollega skulle bli långtidssjuk. Nästan en tredjedel uppger samtidigt svarsalternativet "vet ej" (se diagram 26). En tydlig indikation på brister både vad gäller faktiska insatser och information om vad som gäller.

DIAGRAM 25
TYCKER DU ATT DIN ARBETSGIVARE HAR ETT BRA FÖREBYGGANDE ARBETE PÅ DIN ARBETSPLATS FÖR ATT FÖRHINDRA SJUKSKRIVNINGAR? (PROCENT)

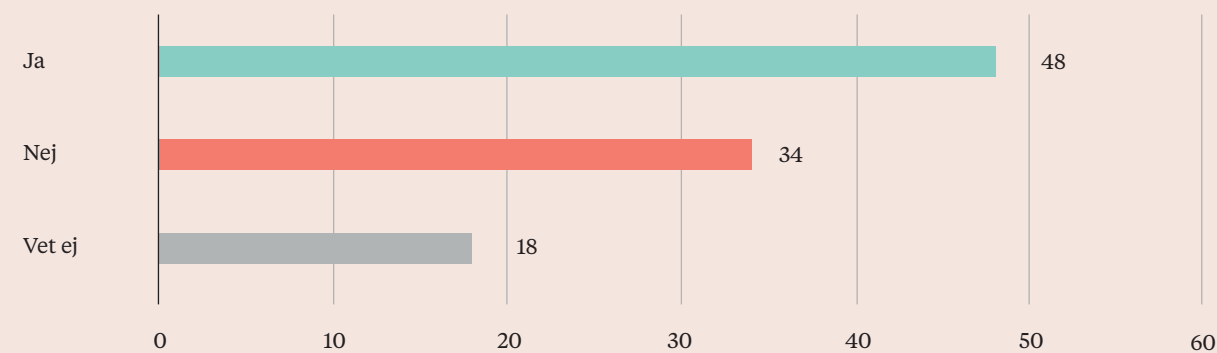
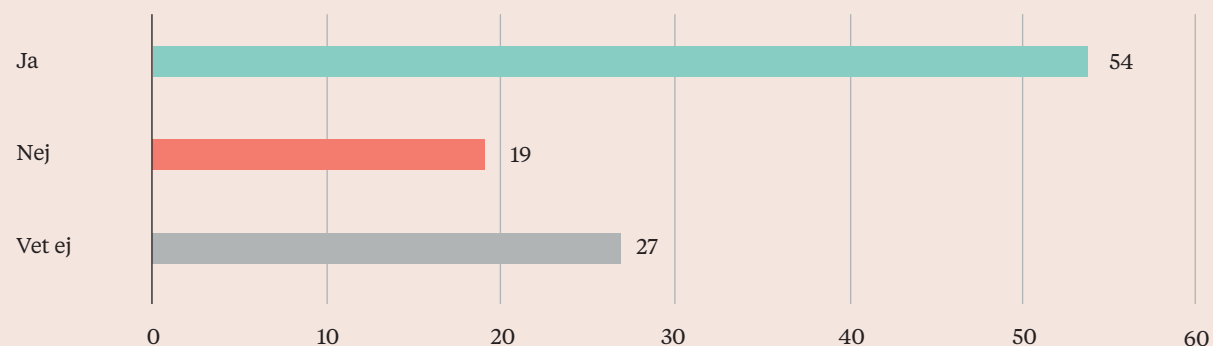


DIAGRAM 26 TYCKER DU ATT DIN ARBETSGIVARE SKULLE HAR BRA UPPARBETADE RUTINER FÖR ATT SNABBT SÄTTA IN REHABILITERINGSINSATSER IFALL DU ELLER DINA KOLLEKGOR SKULLE RISKERA LÅNGTIDSSJUKSKRIVNING? (PROCENT)



NÄSTAN ALLA VILL HA EUs BÄSTA SJUKFÖRSÄKRING

Det stora missnöjet och låga förtroendet för den allmänna sjukförsäkringen bör ses i ljuset av de höga förväntningar och den stora betydelse som de svenska yrkesverksamma tillskriver försäkringen. Hela nio av tio yrkesverksamma tycker det är viktigt att Sverige har en av EU:s bästa sjukförsäkring (se diagram 28). För att nå dit kan sex av tio tänka sig betala mer till sjukförsäkringen om de visste att det gick till en trygg sjukförsäkring (se diagram 30). De yrkesverksamma vill även se en utveckling av sjukförsäkringen. Ett definitivt avskaffande av karensavdraget efterlyser hälften av de yrkesverksamma. Och något fler, 56 procent, tycker att förslag om att arbetsgivarna ska vara skyldiga att teckna en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring bör införas (se diagram 29).

DIAGRAM 27 HUR VIKTIGT TYCKER DU DET ÄR ATT SVERIGE HAR EN AV EUs BÄSTA SJUKFÖRSÄKRING? (PROCENT)

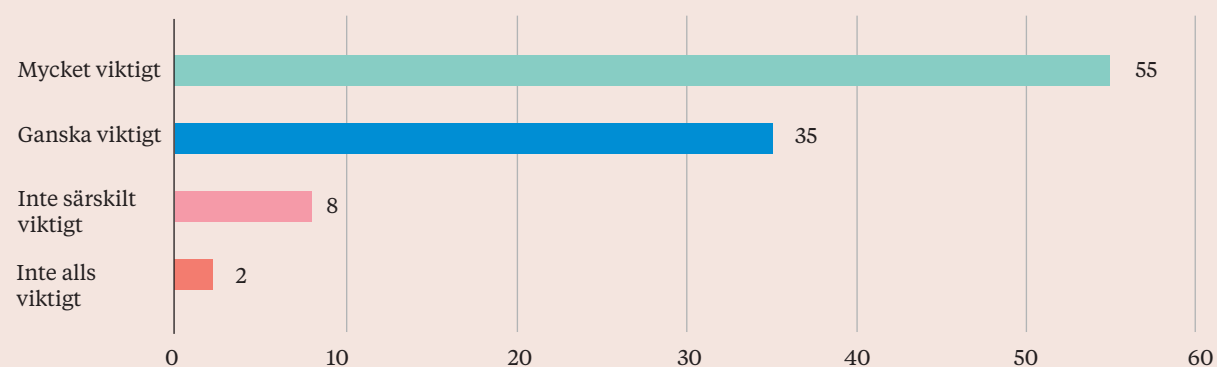


DIAGRAM 28 TYCKER DU DET ÄR RÄTT ATT ÅTERINFÖRA KARENSAVDRAGET ELLER BORDE AVSKAFFAS DEFINITIVT? (PROCENT)

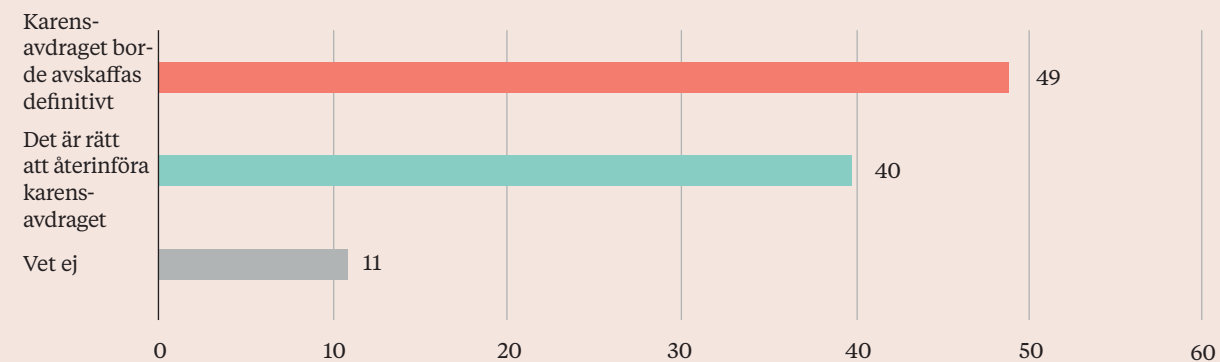


DIAGRAM 29 BÖR ARBETSGIVARNA VARA SKYLDIGA ATT TECKNA EN OBLIGATORISK REHABILITERINGSFÖRSÄKRING? (PROCENT)

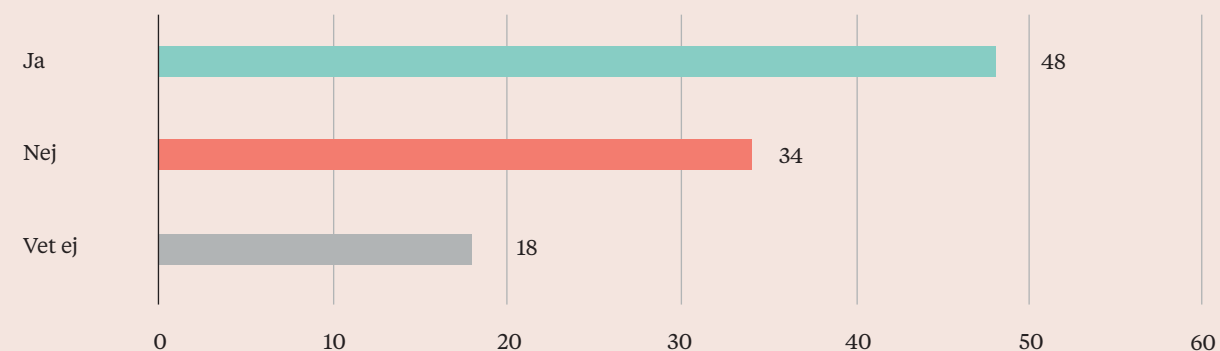
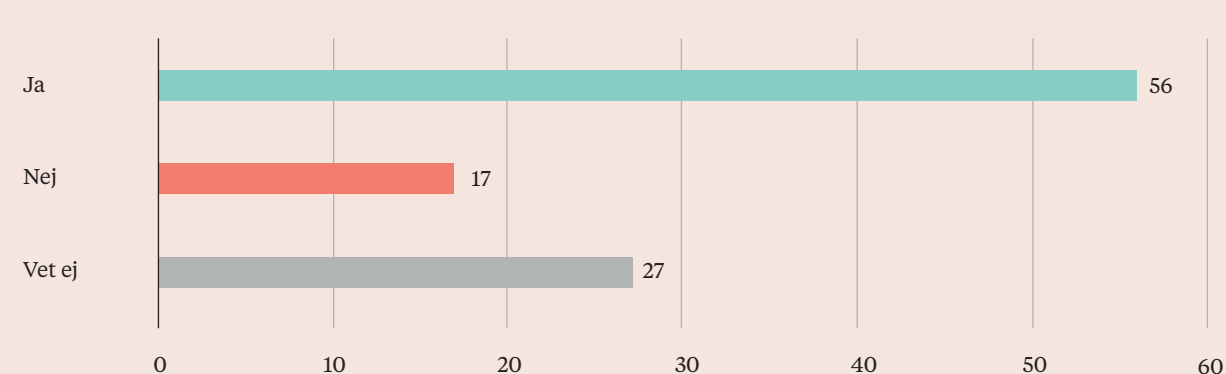


DIAGRAM 30 SKULLE DU KUNNA TÄNKA DIG BETALA MER TILL SJUKFÖRSÄKRINGEN OM DU VISSTE ATT DET GICK TILL EN MER TRYGG SJUKFÖRSÄKRING? (PROCENT)



FACKET OCH RIKSDAGSPARTIerna ÄR OENGAGERADE I SJUKFÖRSÄKRINGSFRÅGAN

Även om de yrkesverksamma vill se förändring i sjukförsäkringen är de inte säkra på om fackföreningar och riksdagspartier har det engagemang som krävs för att få tillstånd förbättringar. En majoritet (53 procent) är osäkra om facket tar bristerna i sjukförsäkringen på allvar och aktivt hjälper medlemmarna på sin arbetsplats. Tre av tio tycker inte att de tar bristerna på allvar, medan två av tio tycker att de gör det. Endast två av tio tycker att facket tar brister på allvar (se diagram 31). Varannan yrkesverksam tycker inte att politikerna engagerar sig tillräckligt i sjukförsäkringsfrågan och sex av tio tycker inte att politikerna tar bristerna i sjukförsäkringen på tillräckligt stort allvar (se diagram 32 och 33). På frågan vilket politiskt parti anser du har den bästa politiken för en tryggare sjukförsäkring svarar hela 35 procent "vet ej". Vänsterpartiet är det parti som flest tycker har den bästa sjukförsäkringspolitiken (18 procent) (se diagram 34). Särskilt anmärkningsvärt är att endast 21 procent av de yrkesverksamma som är medlemmar i något av LO-förbunden anser att Socialdemokraterna har den bästa sjukförsäkringspolitiken. Sämst ut kommer Liberalerna och Miljöpartiet som vardera får 1 procent. Även på frågan vilket parti som har den sämsta politiken när det handlar om synen på sjukförsäkringen får svarsalternativet "vet ej" högst andel svar, 41 procent. Därefter kommer Moderaterna med 20 procent (se diagram 35). Lägst andel återfinns även här hos Liberalerna (1 procent).

DIAGRAM 31 TYCKTE DU ATT FACKET TAR BRISTERNA I SJUKFÖRSÄKRINGEN PÅ ALLVAR OCH AKTIVT HJÄLPER MEDLEMMARNA PÅ DIN ARBETSPLATS? (PROCENT)

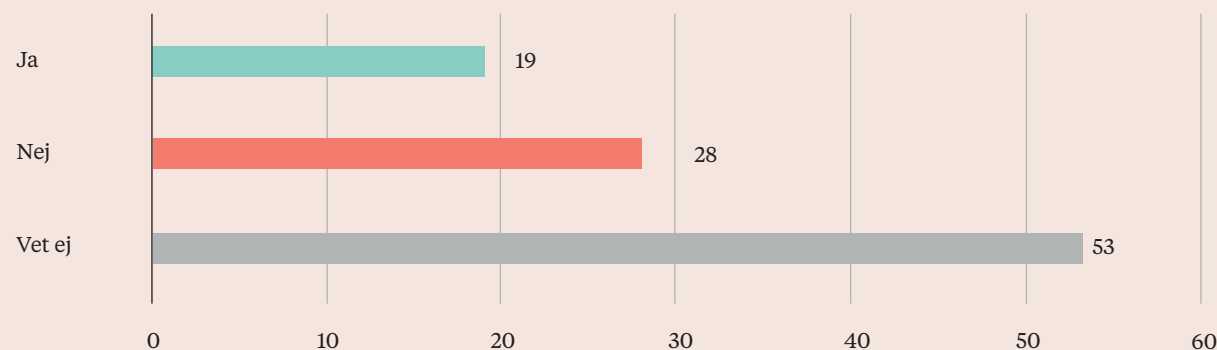


DIAGRAM 32 TYCKER DU ATT POLITIKERNA ENGAGERAR SIG TILLÄCKLIGT I SJUKFÖRSÄKRINGSFRÅGAN? (PROCENT)

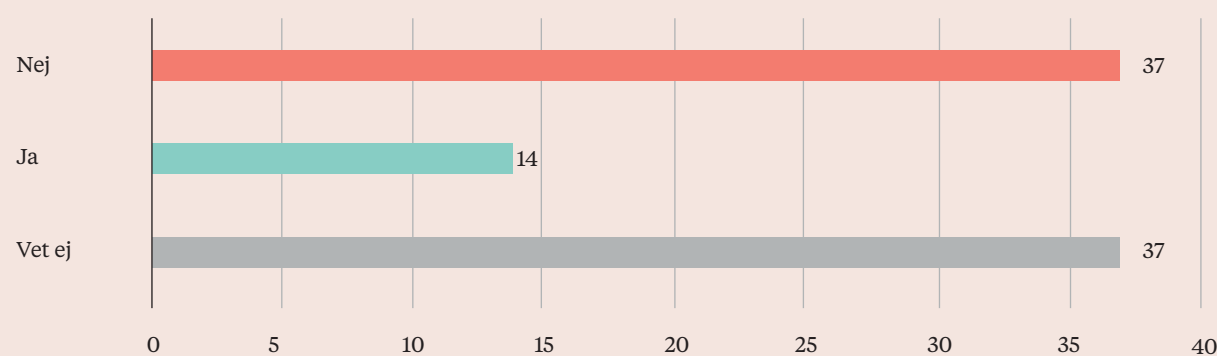


DIAGRAM 33 TYCKER DU ATT POLITIKERNA TAR BRISTERNA I SJUKFÖRSÄKRINGEN PÅ TILLRÄCKLIGT STORT ALLVAR? (PROCENT)

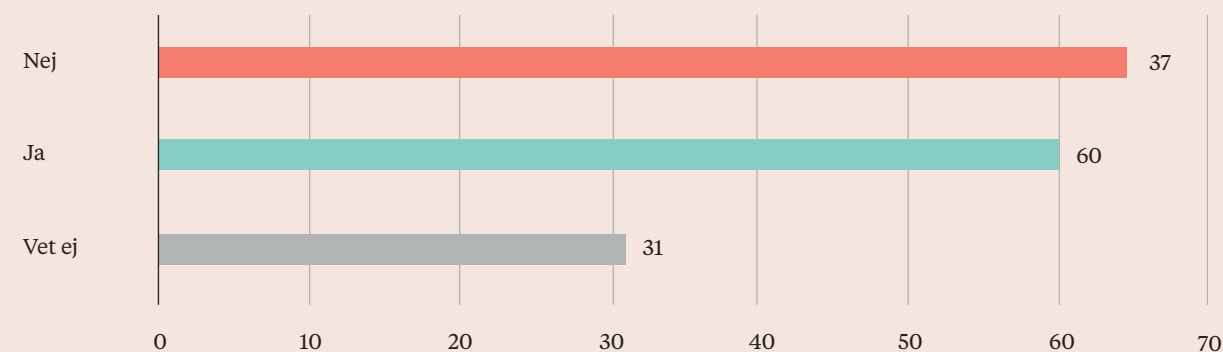


DIAGRAM 34 VILKET POLITISKT PARTI ANSER DU HAR DEN BÄSTA POLITIKEN FÖR EN TRYGG SJUKFÖRSÄKRING? (PROCENT)

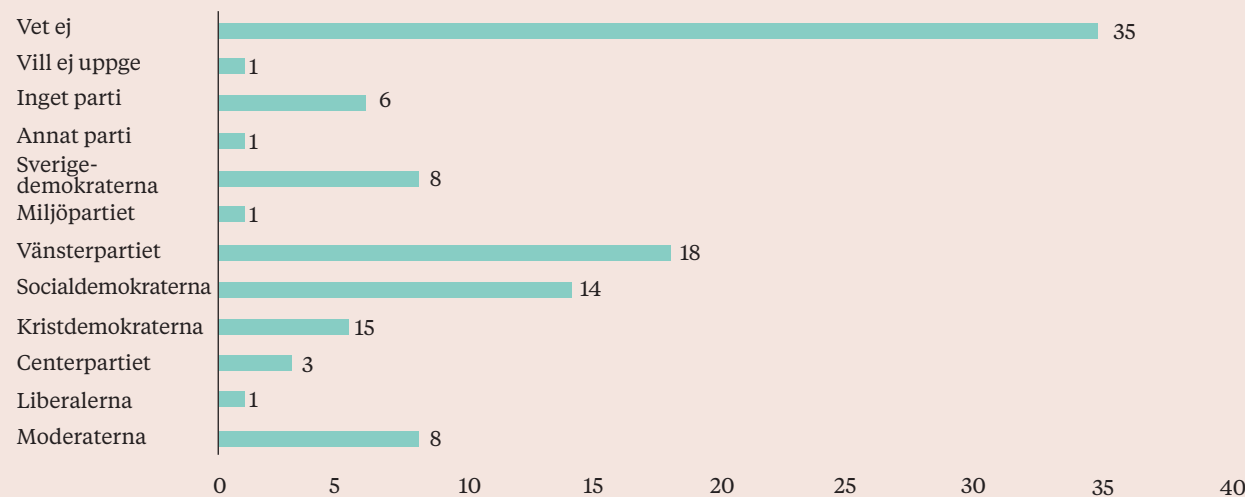
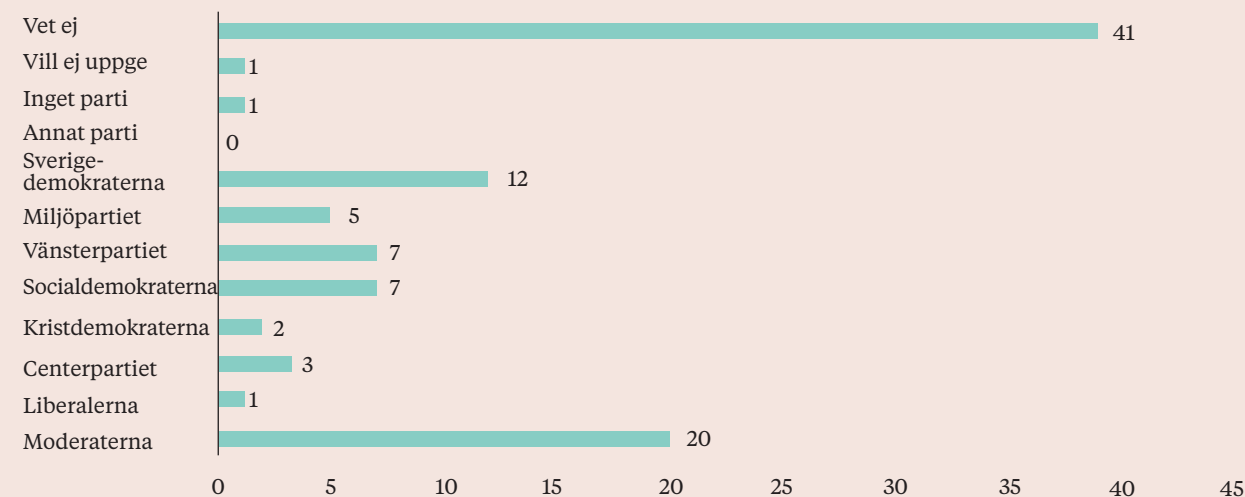


DIAGRAM 35 VILKET POLITISKT PARTI HAR DEN SÄMSTA POLITIKEN NÄR DE HANDLAR OM SYNEN PÅ SJUKFÖRSÄKRINGEN? (PROCENT)



SAMMANFATTNING

- Sjukfrånvaron i Sverige har varierat kraftigt de senaste 40 åren och är idag på en låg nivå. Trots coronapandemin minskade antalet sjukpenningdagar mellan 2019 och hösten 2021 från 9,4 till 9,0 dagar. Det genomsnittliga sjukpenningtalet under perioden 1994 - 2020 uppgick till 10,9 dagar. Sjukpenningkostnaden uppgick till 41,1 miljarder kronor under 2020, vilket motsvarar 0,83 procent av bruttonationalprodukten (BNP).
- Antalet personer med sjukersättning har mer än halverats under perioden 2007–2020, från 529 502 till 233 869 personer. Antalet nybeviljade ersättningar har under denna period minskat från 41 003 till 5 769 år 2020. Andelen avslagna ansökningar om sjukersättning ökade mellan åren 2015–2017 från 60 till 80 procent, men har sedan dess minskat till 66 procent. Avslagsvariationen kan inte kopplas till striktare försäkringsvillkor. År 2020 utbetalades 37,6 miljarder kronor i sjukersättning, vilket motsvarar 0,75 procent av BNP.
- Sjukfrånvaron är som högst inom den kommunala och regionala sektorn och lägst inom den privata sektorn. Den kommunala sektorn hade 80 procent högre sjukfrånvaro än den privata sektorn under år 2020, 182 respektive 100 sjukfall per 1000 anställda.
- I dag är det oftare själen än i kroppen som värker och orsakar sjukfrånvaro. Andelen med psykiatriska diagnoser har ökat från 30,4 till 44,8 procent för samtliga sjukskrivna mellan åren 2005 och 2020, medan andelen med sjukdomar i muskler och skelett nästan halverades, från 30,4 till 16 procent under samma tid.
- Även om sjukfrånvaron har varierat kraftigt under 2000-talet pekar de flesta indikationerna på att människors hälsa har förbättrats under samma tid.
- Försäkringskassan har lågt förtroende hos Sveriges yrkesverksamma. Nästan varannan uppger att de har ganska litet eller mycket lite förtroende för myndigheten, medan 42 procent har mycket eller ganska stort förtroende. På frågan ”Rent allmänt, litar du på Försäkringskassan var det endast 55 procent av de yrkesverksamma som svarade ja, medan 25 procent svarade nej och 19 procent svarande vet ej
- Den allmänna sjukförsäkringens ersättning vid sjukfrånvaro har urholkats sedan början av 1990-talet. Ersättningsnivåerna varierar dessutom beroende på den försäkrades ålder, diagnos, antal tidigare ersättningsdagar, inkomstnivå samt om hen är anställd eller arbetssökande. Lägst blir ersättningen ifall den försäkrade endast har rätt till sjukpenning i särskilda fall, som högst ger 160 kronor per dag eller 4 800 kronor per månad. Den högsta bruttoersättningen blir aktuell ifall den försäkrade har en försäkringsbar månadsinkomst på 40 250 kronor vilket ger en sjukpenning på 30 780 kronor per månad vilket motsvarar 77 procent av inkomsten. Tillsammans med kollektivavtalade sjukförsäkringsförmåner kan bruttoersättningen som högst bli 86 procent. Sjukfall som pågår i mer än ett år uppgår den sammanlagda ersättningen efter skatt till 66 procent av tidigare lön.

- Fyra av tio löntagare har en privat sjukförsäkring. De flesta tecknas hos fackförbunden.
- Var tredje krona som löntagare avsätter till socialförsäkringar via arbetsgivaravgifterna används av staten till annat än trygghet vid sjukdom, arbetslöshet, arbetsskada och pension, som de är avsedda för. De senaste fyra åren har avgiftsoverskottet överstigit 200 miljarder kronor per år. Merparten av denna dolda beskattning sker utan lagligt stöd.
- Om staten efterlevde gällande lagstiftning för socialavgifterna och återställde den allmänna löneavgiften till sin ursprungliga nivå skulle arbetsgivaravgifterna kunna sänkas från 31,42 till 22,31 procent. På 2020 års totala lönesumma motsvarar en sådan sänkning cirka 180 miljarder kronor. För en genomsnittslöntagare skulle sänkningen kunna innebära en höjning av månadslönen före skatt med drygt 2 700 kronor.
- Den totala kostnaden för samtliga försäkringsersättningar, offentliga såväl som privata, som utbetalas på grund av sjukdom uppgick till 103 miljarder kronor. Inkluderas även arbetsgivarnas sjuklönekostnader uppgick slutnotan för sjukfrånvaron till 143 miljarder kronor år 2020.
- Trots goda forskningsresultat och lagens tydliga skyldigheter för myndigheter och andra aktörer är rehabiliteringsverksamheten i Sverige mycket eftersatt. Exempelvis har andelen som beviljats rehabiliteringspenning minskat under hela 2000-talet och uppgick till knappt 7 procent av sjukfallen som hade varit i mer än 90 dagar under år 2019. Även antalet beviljade sjukpenningärenden i förebyggande syften har varit lågt sedan förmånen infördes för snart 30 år sedan, knappt 10 000 till 12 700 personer årligen under dessa år.
- Bristerna i rehabiliteringsverksamheten vittnar även de yrkesverksamma som har varit sjukskrivna. Hela tre fjärdedelar uppger att de inte har fått någon rehabilitering när de var sjukskrivna och var tredje som anser att de hade behövt detta. Många upplever också brister i arbetsgivarnas förebyggande arbete där många bland annat upparbetade rutiner för att snabbt sätta in rehabiliteringsinsatser ifall en kollega skulle bli långtidssjuk.
- Sveriges yrkesverksamma har höga förväntningar på sjukförsäkringen. Hela nio av tio tycker det är viktigt att Sverige har en av EU:s bästa sjukförsäkring. För att nå dit kan sex av tio tänka sig betala mer till sjukförsäkringen om de visste att det gick till en trygg sjukförsäkring och nästan lika stor andel, 56 procent, tycker att arbetsgivarna borde vara skyldiga att teckna en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring.
- De yrkesverksamma är osäkra på om fackföreningar och riksdagspartier har det engagemang som krävs för att få tillstånd förändringar i sjukförsäkringen. Endast två av tio tycker att facket tar brister på allvar. Varannan tycker inte att politikerna engagerar sig tillräckligt i sjukförsäkringsfrågan och sex av tio tycker inte att politikerna tar bristerna i sjukförsäkringen på tillräckligt stort allvar. På frågan vilket politiskt parti anser du har den bästa politiken för en tryggare sjukförsäkring svarar hela 35 procent ”vet ej”. Vänsterpartiet är det parti som flest tycker har den bästa sjukförsäkringspolitiken (18 procent).



SLUTSATSER OCH REFORMFÖRSLAG

Att sjukfrånvaron i Sverige har pendlat kraftigt under merparten av 2000-talet kan inte kopplas till motsvarande svängningar i människors hälsa. Snarare pekar de flesta indikatorer på att befolkningen på ett generellt plan mår allt bättre. Ett undantag är det psykiska välbefinnandet som förvisso har minskat, men inte i en sådan omfattning att det skulle påverka sjukfrånvaron och dess variation över tid.

Orsaken till sjukfrånvarons pendlingar ska snarare sökas i förändringar i sjukförsäkringens villkor samt i Försäkringskassans handläggning och insatser för att förebygga och rehabilitera ohälsa. Villkoren i sjukförsäkringen skärptes och nya ersättningsformer med lägre ersättningsnivåer infördes i samband med att den så kallade rehabiliteringskedjan trädde ikraft 2008. Namnet till trots utvidgades inte rehabiliteringsverksamheten utan snarare påbörjades en nedrustning. Samtidigt inleddes en period där Försäkringskassan initierade en rad nya handlägningsrutiner och definitioner av begreppet arbetsförmåga som har haft avgörande betydelse för vilka ansökningar om ersättning från sjukförsäkringen som skulle bifallas eller avslås under det senaste decenniet. Vid bifall kan någon av sjukförsäkringens tio olika ersättningsformer på mellan 160 till 1 027 kronor om dagen bli aktuell beroende på löntagarens ålder, diagnos, tidigare antal ersättningsdagar och inkomstnivå. Sjukförsäkringen brister följaktligen både i likvärdighet och i kapacitet att garantera löntagarna ett inkomstbortfallsskydd vid sjukdom.

Även rättssäkerheten kan förväntas påverkas negativt när sjukförsäkringssystemet har blivit allt mer komplicerat och oöverskådligt, både för Försäkringskassans handläggare och löntagarna. Försämringarna och de ständiga förändringarna i sjukförsäkringen har sänkt löntagarnas förtroende och tillit till försäkringen i allmänhet och till Försäkringskassan i synnerhet. Löntagarnas reaktion är inte ett isolerat fenomen gentemot sjukförsäkringen, utan bör ses mot bakgrund av en större rörelse i Sverige. SOM-institutet vid Göteborgs universitet visar att andelen som tycker att Sverige är på väg åt fel håll och är missnöjda med utvecklingen har ökat från 39 till 61 procent mellan åren 2012 och 2019. Institutet visar även att den mellanmänniska tilliten tenderar att minska i Sverige, särskilt hos vad de kallar för välfärdspolitiskt utsatta grupper, det vill säga personer som är arbetslösa eller långtidssjukskrivna.²⁰

Missnöjet med sjukförsäkringen bör även ses mot löntagarnas förväntningar. Nio av tio vill att Sverige ska ha en av EU:s bästa sjukförsäkringar. En förväntan som både är möjlig och önskvärd, enligt Forena. Vi vill se en reformering av sjukförsäkringen som stärker likvärdigheten, rättssäkerheten, inkomstbortfallsskyddet vid långvarig sjukdom och ger rätt till rehabilitering. Samt säkerställer en försäkringsmässig finansiering av sjukförsäkringen och övriga inkomstbaserade socialförsäkringar. Ett sätt att åstadkomma detta är att slopa dagens tio olika ersättningsformer vid sjukdom med en enda ersättning - sjukpenning. Det vill säga en sjukpenningförsäkring. Samt inför en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring för arbetsgivarna.

²⁰ Se Det svenska missnöjet, Johanna Lindell och Lisa Pelling, Atlas.

REFORMFÖRSLAG 1 EN SJUKPENNINGFÖRSÄKRING

En sjukpenningförsäkring skulle kunna ge rätt till ersättning oavsett ålder, diagnos och långvarigheten i arbetsförmågan, ifall den försäkrade individen på grund av sjukdom eller skada har fått sin arbetsförmåga nedsatt till minst 25 procent och drabbats av en inkomstförlust. Karensavdrag gäller under första sjukdagen, om det inte föreligger risk för samhällsfarliga smittspridning av något slag. Sjukpenningen utbetalas tills arbetsförmågan är återställd eller att den försäkrade uppnått riktåldern för pension. Bedömningen av arbetsförmågan prövas vid fasta tidpunkter och parallellt sänks sjukpenningnivån från högst 80 till lägst 65 procent av 10 inkomstbasbelopp (44 375 kr/mån). Ersättningen bör kunna beviljas steglöst mot den försäkrades inkomstförlust. Den sjukpenninggrundande inkomsten bör vara pensionsgrundande, inte utbetald sjukpenning. Till försäkrade som blir arbetsoförmögna under överskådlig tid och har låg eller ingen sjukpenninggrundade inkomsten låg utbetalas istället ett fast belopp på högst 1,84 inkomstbasbelopp per år eller 10 890 kronor per månad, som inte är pensionsgrundande.

Under de första 364 ersättningsdagarna motsvarar sjukpenningen 80 procent av den sjukpenninggrundade inkomsten (ingen korrigeringsfaktor tillämpas) och arbetsförmågan prövas mot den försäkrades yrke eller mot ett normalt förekommande arbete vid arbetslöshet. Under den här perioden är det av avgörande betydelse att rehabiliteringsåtgärder sätts in för att individen ska återkomma till sitt arbete eller kunna uppnå en arbetsförmåga som ger möjlighet till ett normalt förekommande arbete. För att säkerställa rehabiliteringen behövs en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring, se nedan. Från och med dag 365 till dag 730 prövas arbetsförmågan mot ett normalt förekommande arbete och sjukpenningen motsvarar högst 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Från och med dag 731 prövas arbetsförmågan mot allt förvärvsarbete, även subventionerat sådant som är tillgängligt. Samt att sjukpenningen sänks till 65 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Ersättningsrätten omprövas årligen. Rätten till sjukpenning för personer som uppnått tidigast uttagsålder för allmän pension bör arbetsförmågan bedömas till dennes ordinarie arbete eller annat lämpligt arbete hos arbetsgivaren. Personer som saknar arbetsgivare bör arbetsförmågan bedömas med hänsyn till dennes senaste arbete, tillgängliga subventionerade arbeten, utbildning och bosättningsförhållanden. Därutöver bör sjuklöneperioden reduceras från 14 till 7 dagar för att kompensera arbetsgivarna för ökade kostnader i samband med införandet av en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring. Finansieringen av sjukpenningförsäkringen bör uteslutande ske genom sjukpenningsavgift som ingår i arbetsgivaravgifterna. Avgiftsnivån ska fastställas utifrån försäkringens förväntade kostnad för att därigenom undvika större differenser vad gäller övers- och underskott. Alltså i enlighet med socialavgiftslagets intention.

En sjukpenningförsäkring:

- stärker inkomstbortfallsskyddet för flertalet inkomsttagare på arbetsmarknaden i och med att taket höjs från 40 250 till 44 375 kronor per månad (motsvarar taket i pensionssystemet). Tillsammans med de kollektivavtalade eller motsvarande försäkringar blir den sammantagna ersättningen bättre än i dagens system.
- ökar likvärdigheten i rätten till ersättning oberoende av ålder, diagnos, arbetstider, inkomst eller ersättningstid. Lika inkomstförlust och arbetsförmåga ger lika ersättning vilket inte är fallet idag.
- minskar komplexiteten i försäkringssystemet vilket underlättar Försäkringskassans handläggning samt stärker rättssäkerhet.

²¹ Forena anser att karensavdraget bör utvärderas grundligt, särskilt utifrån dess effekt på den försäkrades behov, smittspridning, sjuknärvaro samt funktion som försäkringsteknisk självrisk.

REFORMFÖRSLAG 21 EN OBLIGATORISK REHABILITERINGSFÖRSÄKRING

Enligt socialförsäkringsbalken, arbetsmiljölagen och lagen om anställningsskydd har arbetsgivaren skyldighet att vidta omfattande åtgärder för att rehabilitera anställda som förlorat arbetsförmågan på grund av sjukdom, men lagstiftningens goda intentioner har haft svårt att realiseras ute på de enskilda arbetsplatserna. Det beror bland annat på att arbetsgivare inte har direkta kostnader för långtidssjukfrånvaro och därmed svaga drivkrafter att agera för att hålla nere sjukfrånvaron via exempelvis förebyggande insatser och rehabilitering i syfte att möjliggöra en återgång för redan sjukskrivna.

För att få fart på rehabiliteringsverksamheten bör de ekonomiska drivkrafterna stärkas för att arbetsgivarna ska fullfölja sitt ansvar. Ett effektivt sätt att ordna detta är att införa en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring för arbetsgivarna, som tecknas på den privata försäkringsmarknaden. För företag med kollektivavtal är det sannolikt mer rationellt att låta rehabiliteringsförsäkringen vara en del av avtalets försäkringsförmåner. Bedömning av den anställdas rehabiliteringsbehov kan skötas av Försäkringskassan även i fortsättningen. Givetvis bör det ske i samverkan med den anställde och dennes arbetsgivare. Med en rehabiliteringsförsäkring minskar risken att dyrbar tid går förlorad när det är oklart vem som ska ta ansvar för rehabiliteringen. Risken att den anställde lider ekonomisk skada på grund av detta försvinner också. Samtidigt minimeras arbetsgivarens risk att drabbas av betydande och oförutsedda kostnader. Förändringen ska givetvis vara kostnadsneutral för arbetsgivarna, vilket kan ske genom att förkorta sjuklöneperiod från 14 till 7 dagar.

Följande förutsättningar bör gälla för rehabiliteringsförsäkringen:

- Försäkringskassans beslut om rehabilitering kan prövas offentligt rättsligt av både arbetstagar och arbetsgivaren.
- Under försäkringens uppbyggnadsskede ställer staten ut en garanti så att försäkringsbolagen hinner bygga upp en buffert som är lämplig för att klara försäkringsåtagandet.
- Tvister som gäller försäkringens villkor och tillämpning prövas i särskild tillsatt nämnd och slutligen civilrättsligt.
- Försäkringen är primär, dvs. står för både arbetstagarrens försörjningsersättning, i form av rehabiliteringslön som motsvarar 80 procent av lön, samt åtgärder i form av arbetsplatsanpassning, nödvändig medicinska insatser för att fullfölja rehabiliteringen.
- Rehabiliteringslönen är skattepliktig och pensionsgrundande.
- Försäkringen gäller från och med första anställningsdagen.
- Försäkringen har ett efterskydd som garanterar att rehabiliteringsåtgärder som har planerats eller påbörjats slutförs även om den försäkrade blir uppsagd på grund av arbetsbrist eller konkurs.

En obligatorisk rehabiliteringsförsäkring:

- ökar den anställdes tillgång till professionell rehabilitering och snabbar på återgången i arbete eller omställning.
- minskar arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaron och ger en avlastning i hanteringen av rehabiliteringsansvaret.
- ger arbetsmarknadens parter möjlighet att utveckla branscheffektiva rehabiliteringsförsäkringslösningar.
- sänker statens sjukpenningkostnader.

²² Se Hägglund & Johansson, sid 11–12, Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet, 2016:2

