



FTF – facket för försäkring och finans

En sjukförsäkring och rätt till rehabilitering

En FTF-rapport

Förord

Nästan sex av tio kronor av den skatt vi betalar till staten används för att finansiera socialförsäkringarna. De stora posterna utgörs av pensioner, sjukpenning, föräldrapenning, a-kassa och arbetsskadelivränta. Den totala kostnaden för socialförsäkringarna beräknas för 2018 uppgå till knappt 600 miljarder kronor. Det är prislappen för den trygghet vi efterfrågar från staten, men vårt behov av trygghet sträcker sig längre. 2017 betalade var och en av svenskarna i genomsnitt runt 6 500 kronor i premier för privata skadeförsäkringar och cirka 26 000 kronor i premier för pension- och livförsäkringar. Det gav försäkringsbolagen en sammanlagd premieintäkt på 325 miljarder kronor. Närmare 45 miljarder kronor utbetalades under samma år i ersättning för skador och drygt 130 miljarder kronor i form av tjänstepension, privat pension och livförsäkringsersättning. Denna trygghetsservice levereras (sköts eller ombesörjs) dagligen av drygt 20 000 anställda hos försäkringsbolagen. Närmare 14 500 av dessa är medlemmar i fackförbundet FTF. Vi utgör ett av grundfundamenten för den svenska välfärden, vilket vi är oerhört stolta över. Vi ser och hör vad som fungerar bra och vad som kan förväntas bli en utmaning för vår svenska välfärdsmodell i framtiden.

Med FTFs unika kunskap och erfarenhet av att skapa trygghet genom försäkringslösningar vill vi bidra med förslag till hur Sverige kan möta framtidens välfärdsutmaningar. Därför har vår nya samhällspolitiska chef, Håkan Svärdman, skrivit den här rapporten som innehåller en analys av den statliga sjukförsäkringen och ett förslag till hur den behöver reformeras och kompletteras. En fråga som i allra högsta grad berör våra medlemmar både i deras privatliv och yrkesutövning. Rapporten är den första i en serie som ska utgöra underlag för FTF:s kommande välfärdspolitiska program.



Anders Johansson

Förbundsordförande för FTF – facket för försäkring och finans

Sammanfattning

De senaste decennierna har sjukfrånvaron pendlat kraftigt, från en toppnotering på 18 ned till 6 sjukpenningdagar. Sedan förra våren kan vi se en minskning av sjukfrånvaron som idag ligger strax under 10 sjukpenningdagar per försäkrad. Däremot ökar de långa sjukskrivningarna. Därför kan vi förvänta oss att sjukpenningtalet återigen ökar. Både den senaste och föregående regeringen har haft ambitionen att stabilisera sjukfrånvaron på en låg nivå. Tyvärr utan större framgång.

När jag ser på situationen utifrån löntagarnas perspektiv är det lätt att konstatera att sjukförsäkringen har försämrats påtagligt sedan 1990-talet. Bland annat har självriskan i försäkringen höjts i form av karensdag, nya beräkningsregler för inkomsten, sänkt sjukpenning och en högre beskattning av densamma. När inkomstskyddet i sjukförsäkringen urholkats har betydelsen av kollektivavtalade sjukförmåner ökat för löntagarna.

Men alla omfattas inte. Runt 500 000 löntagare saknar kollektivavtalade sjukförsäkringsförmåner. Det innebär att de endast får runt 77 procent av lönen vid sjukdom istället för 86 procent som generellt gäller för dem som har kollektivavtal.

Parallellt med dessa försämringar har sjukförsäkringens regelverk blivit allt mer komplicerat och oöverskådligt. Idag finns så många som sju olika ersättningsformer. Vilken av dessa sju som kan bli aktuell ifall vi blir sjuka avgörs av en rad faktorer utöver vår arbetsförmåga, bland annat ålder, diagnos, antal ersättningsdagar och lönenivå. Det är alltså långt ifrån ett likvärdigt försäkringskydd som erbjuds. Och inte blir det bättre av att kvalitén i handläggning och villkorstillämpning har varierat kraftigt under 2000-talet.

Det statliga sjukförsäkringssystemet ska givetvis vara socialt, ekonomiskt och politiskt hållbart. För att åstadkomma är det nödvändigt med en omfattande reformering som ökar likvärdighet i sjukförsäkringen samt säkerställer tillgången till rehabilitering för löntagarna. Analysen bakom denna slutsats och hur reformeringen utvecklar jag i denna rapport.

Det första reformsteget bör vara att införa en enhetlig statlig sjukförsäkring som ersätter dagens sju ersättningsformer med en enda ersättning – sjukpenning. Därefter kan det andra reformsteget tas som innebär att en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring sätts.

Den enhetliga sjukförsäkringen föreslås ge samma ersättning oavsett individens ålder, diagnos eller sjukskrivningstid. Det betyder att dagens ersättningsformer såsom sjukpenning på normal och fortsättningsnivå, särskild sjukpenning samt aktivitets- och sjukersättning kort och gott ersätts med sjukpenning.

Den nya sjukpenningen föreslås utbetalas tills att individen återfått sin arbetsförmåga eller går i ålderspension. Bedömningen av arbetsförmågan kan i likhet med idag prövas vid fasta tidpunkter samtidigt som sjukpenningen sänks från högst 80 till lägst 65 procent av inkomsten. Ersättningstaket för sjukpenningen vill jag se värdesäkras gentemot inkomsterna istället för priserna som sker idag. Härigenom får vi en statlig sjukförsäkring som tillsammans

med de kollektivavtalade försäkringarna ger en sammantagen ersättning som är högre än i dagens system.

För att säkerställa löntagarnas rehabilitering behövs en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring, som tecknas av arbetsgivarna på den privata försäkringsmarknaden. Med en rehabiliteringsförsäkring garanteras löntagarna tillgång till professionell rehabilitering och snabbare åtgång i arbete. Samtidigt minimeras arbetsgivarens risk att drabbas av kostnader för sjukfrånvaron och ger en avlastning i att genomföra sitt rehabiliteringsansvar. För att kompensera kostnaden som rehabiliteringsförsäkringen medför arbetsgivarna bör sjuklöneperioden halveras, från 14 till 7 dagar.

Med en reformering i linje med dessa förslag finns det goda förutsättningar att öka tryggheten och likvärdigheten för löntagarna. Samtidigt minskar komplexiteten i försäkringssystemet, vilket stärker möjligheterna för ökad rättssäkerhet. Dessutom utvidgas fackens och arbetsgivarnas potential att utveckla branscheffektiva kollektivavtalade rehabiliteringsförsäkringslösningar som skapar ett friskare arbetsliv och förstärker den svenska modellen att möta framtidens utmaningar.

Håkan Svärdman

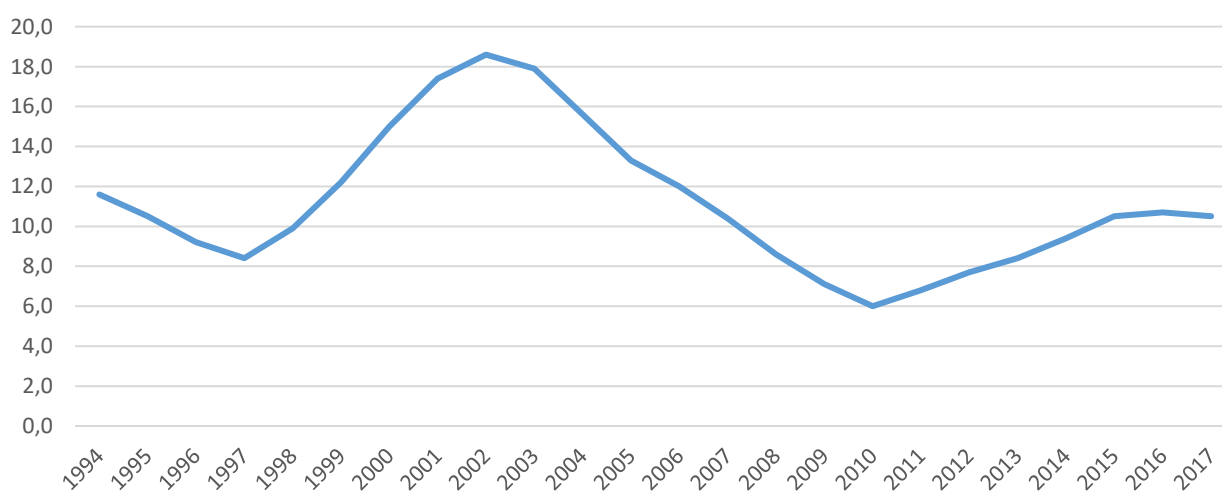
Samhällspolitisk chef på försäkringsbranschens fackförbund FTF

Kraftiga svängningar i sjukfrånvaron

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 då 6 sjukpenningdagar noteras. 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. I våras hade antalet dagar minskat till 9,9 och enligt Försäkringskassans prognos förväntas sjukpenningtalet fortsätta minska framöver, men inte i samma snabba takt som hittills. Orsaken är att de långa sjukskrivningarna fortsätter att öka.²

Ur ett historiskt perspektiv har nivån på sjukfrånvaron varit låg. Även kostnaderna har varit låga. Det genomsnittliga sjukpenningtalet under perioden 1994 - 2017 uppgick till 11,2 dagar. År 2017 motsvarande sjukpenningen 0,79 procent av BNP. År 2010 var andelen 0,48 procent, vilket var den lägsta nivån sedan år 1955 då andelen var 0,69 procent. Högst var andelen år 1988 med 2,88 procent.

Diagram 1: Sjukpenningtalet mellan 1994-2017, antal dagar per försäkrad.



Källa: Försäkringskassan

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

² Försäkringskassan, Svar på regeringens uppdrag. Rapport – uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018.

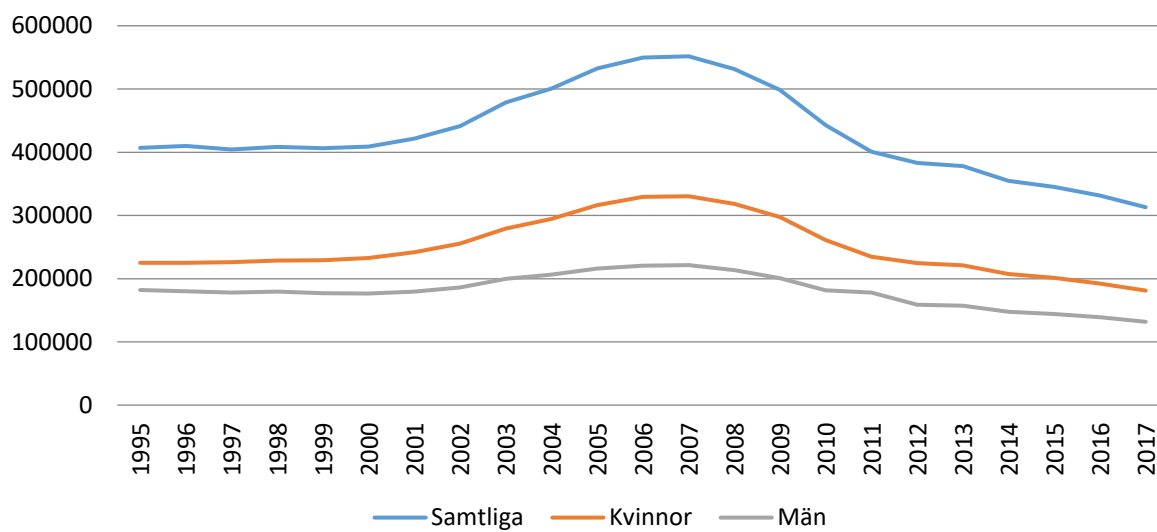
Kraftig minskning av antalet nybeviljade sjukersättningar

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 beviljas 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.

Effekten av villkorsförändringen blev kraftig. Andelen nybeviljade ersättningar minskade med drygt 70 procent under åren 2007 och 2016. Det totala antalet personer med sjukersättning minskade med drygt 220 000 stycken under dessa år. Minskningen var mycket påtaglig mellan åren 2008 – 2011 för att sedan öka något fram till år 2014. Därefter börjande antalet beviljande ersättningar återigen minska. Under år 2017 beviljades 5 700 personer sjukersättning, vilket är 3 170 färre än föregående år. Andelen avslagna ansökningar om sjukersättning ökade samtidigt mellan åren 2015 – 2017 från 60 till 80 procent. Totalt hade 272 081 personer sjukersättning i mars 2018. Det är omkring 6 procent färre jämfört med förra året vid samma tid. Försäkringskassan förväntar sig att antalet kommer att fortsätta att minska i år. Det är en utveckling som Försäkringskassan anser beror på alldeles för strikta villkor i försäkringen, vilket i sin tur riskerar leda till att individer bli utförsäkrade trots omfattande hälsoproblem. De har därför lämnat förslag till ändringar i regelverket till regeringen. Förslagen omfattar en förändring av arbetsmarknadsbegreppet samt att det finns viss möjlighet att beakta individens omständigheter vid bedömning av arbetsförmågan för äldre sökande med få år kvar till ålderspension.

Till skillnad från sjukersättningen har villkoren för aktivitetsersättningen, som kan beviljas till personer under 30 år, inte förändrats sedan förmånen infördes år 2003. Antalet personer med aktivitetsersättning har ökat kraftigt sedan dess. Det årliga antalet nybeviljade ersättningar har nästintill fyrdubblats, från 2 276 personer år 2003 till 8 122 personer under år 2016. I dag är det drygt 36 300 personer som har aktivitetsersättning. Sedan årsskiftet 2015 har antalet nybeviljade ersättningar börjat minska för första gången sedan förmånen infördes.

Diagram 2: Antal med aktivitets- och sjukersättning mellan 1995-2017



Källa: Försäkringskassan

Vem är sjuk?

Mellan februari månad 2017 och samma månad i år fick drygt 590 000 personer, eller 11 procent av arbetskraften, sjukpenning någon gång under perioden. Flertalet var kvinnor, 64 procent.

Kvinnors sammanlagda sjukfrånvaro har sedan 1980-talet varit högre än männens, men det finns intressanta åldersmässiga skillnader könen emellan. Upp till 35-års ålder har kvinnor färre sjukdagar än män, men från och med 55 års ålder har männen återigen flest sjukdagar.³

Sjukfrånvaron skiftar kraftigt mellan olika yrkesgrupper och sektorer. Högst är sjukfrånvaron inom välfärdsyrken. Vård- och omsorgspersonal som är den största yrkesgruppen på svensk arbetsmarknad, drygt 13 procent av samtliga anställda, står också för flest antal sjukfall under år 2014. Totalt hade yrkesgruppen 90 000 sjukfall, vilket var en femtedel av det totala antalet sjukfall i Sverige. Det motsvarar 171 sjukfall per 1 000 anställda. Därefter kommer förskolelärare och fritidspedagoger med 160 sjukfall per 1000 anställda, vilket kan jämföras med genomsnittet på 103 sjukfall per 1 000 anställda. Yrkesgruppen som låg under detta snitt var bland annat försäljare, inköpare och tekniker. Även bland de långtidssjukskrivna kvinnorna återfinns knappt hälften av kvinnorna inom välfärdsyrken, medan lika stor andel av de långtidssjukskrivna männen återfinns inom mansdominerande arbetaryrken.⁴ Sjukfrånvaron är följaktligen väsentligt högre inom offentlig sektor än inom den privata.

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. Vid korttidssjukfrånvaro, färre än 60 dagar, har drygt en tredjedel av dem sjukskrivna psykiatriska diagnoser. Denna andel stiger sedan till 40 procent för långtidssjukskrivna. Och hälften av de personer som har varit sjukskrivna i mer än ett år har en psykiatrisk diagnos. Mellan åren 1999 och 2003 ökade de psykiatriska diagnoser kraftigt, från 18 till 30 procent. Därefter skedde en minskning fram till år 2011 för att därefter återigen öka. Sedan år 1999 har andelen långtidssjukskrivna med psykiatriska diagnoser mer än fördubblats hos kvinnor och ökat med 55 procent hos männen.

De psykiatriska sjukdomarna utgörs huvudsakligen av stressreaktioner och ångestsyndrom (19 procent) och depressioner (14 procent). Sjukfall i psykiatriska diagnoser är vanligare i åldrarna 30 – 49 år med tyngdpunkten när individerna är mellan 30 – 39 år. Åldersgruppen

³ Socialförsäkringen i siffror 2016

⁴ Se: <http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/e1c99b35-629c-4801-944a-81dd359b303c/korta-analyser-2015-1.pdf?MOD=AJPERES>

30 – 49 står för halva ökningen i psykiatriska diagnoser. Enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd rekommenderas att sjukskrivning helst bör undvikas vid lindriga stressreaktioner, ångestsyndrom och depressioner. Vid medelsvåra fall rekommenderas en kortare sjukskrivning på ett par veckor och vid svårare varianter en till tre månader. Sedan årsskiftet noteras emellertid en nedgång för de psykiatriska diagnoserna.

Andelen långtidssjukskrivna med sjukdomar i rörelseorganen minskade från 38 till 26 procent mellan åren 1999 – 2009. Minskningen är markant för kvinnor, från 40 till 26 procent. Det är framför allt ryggsjukdomar och mjukvävnadssjukdomar som minskat. Därefter har dessa sjukdomar stabiliserats på denna nivå både för kvinnor och män.⁵

De psykiatriska diagnoserna dominerar även hos personer med aktivitets- och sjukersättning. Andelen med någon sådan diagnos uppgick till drygt 40 procent av de nybeviljade sjukersättningarna under år 2017, varav 60 procent av dessa utgjordes av ångest- och stressyndrom. Andel med psykiatriska diagnoser uppgick till 80 procent hos de som fick en aktivitetsersättning beviljad under förra året.⁶

⁵ Socialförsäkringsrapport 2015:1

⁶ Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018, 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 arbetsförmögna 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 arbetsförmåga orsakad av sjukdom eller skada. Om inkomst saknas eller arbetsförmågan 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 63-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 karensdag och sjuklöneperiod, 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 (28 000 kr/månaden), det så kallade ersättningstaket. Därefter sänks ersättningen till fortsättningsnivå på 75 procent. Till och med år 2016 fanns det även en bortre tidsgräns för sjukpenningen på totalt 914 ersättningsdagar. Det betyder att sjukpenning på fortsättningsnivå nu kan utbetalas under obegränsad tid, även om arbetsförmågan består i mer än ett år. I somras höjdes ersättningstaket från 7,5 till 8,0 prisbasbelopp, vilket innebär ett bättre inkomstskydd för löntagare med en månadsinkomst upptill 30 330 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. Vid aktivitets- och sjukersättning är kompensationsgraden väsentligt lägre, högst 64,7 procent av inkomsten som understiger 7,5 prisbasbelopp, eller högst 18 399 kr/månad.⁷

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

Att ersättningsnivån i den allmänna sjukförsäkringen är begränsad till högst 80 procent av en årsinkomst på 8 prisbasbelopp (364 000 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.⁸ Det betyder att minst 500 000 anställda 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 drygt en fjärdedel av arbetskraften saknar motsvarande skydd vid sjukdom.

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, landsting och regioner.

Jämförelse visar att anställda med kollektivavtal får minst 1 900 kronor mer per månaden när de är sjuka jämfört med anställda med samma lön på företag som saknar kollektivavtal (se tabellerna 1-5). Ersättningsgapet ökar med stigande inkomst. Vid en månadsinkomst på 40 000 kronor vidgas gapet till 8 930 kronor per månad. Första sjukmånaden ligger den sammanlagda bruttoersättningsnivån på 83 procent för flertalet anställda med kollektivavtal. Anställda utan avtal har endast 78 procent.

Andra sjukmånaden stiger ersättningsnivån för anställda med avtal till 87 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 8 600 kronor mindre i ersättning än en statsanställd med samma lön. Uppskattningsvis har var tredje privatanställd arbetare en inkomst som ligger över ersättningstaket, men det finns branscher där andelen är mer än dubbelt så hög. Exempelvis bland byggnads- och industriarbetare där andelen ligger på 65 respektive 55 procent. Ungefär hälften av samtliga löntagare har idag slagit igenom ersättningstaket.

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

⁸ Se Kollektivavtalens täckningsgrad samt organisationsgraden hos arbetsgivarförbund och fackförbund, Kjellberg, Anders. Antalet anställda uppgick till 4 633 000 andra kvartalet 2018.

bruttolönen. Nettoersättningen vid sjukdom är emellertid ännu lägre, i genomsnitt 67 procent av nettolönen. Orsaken är att försäkringsersättningar inte omfattas av det så kallade jobbskatteavdraget.

Risk för fattigdom vid stadigvarande sjukdom

Anställd som blir långtidssjuk riskerar förlora mer än tredjedel av sin inkomst om företaget saknar kollektivavtalad sjukförsäkring eller motsvarande. Utan kompletterande försäkring blir ersättningen från Försäkringskassan i bästa fall 62 procent av tidigare nettolön (se tabellerna 6-10). Om ett kollektivavtal finns stiger ersättningsnivån vanligtvis till mellan 71 – 75 procent. Skulle lön och försäkringsersättning beskattas på samma sätt skulle kompensationsgraden höjas med 6 procentenheter.

I tabell 11 jämförs de ekonomiska konsekvenserna av att sakna kollektivavtalade försäkringsförmåner när en av föräldrarna drabbas av stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan och beviljas sjukersättning. Båda barnfamiljerna har ett överskott på 12 507 kronor per månad till övrig konsumtion såsom semester, bil och nöjen när båda föräldrarna arbetar. När en av föräldrarna beviljas sjukersättning sänks överskottet för övrig konsumtion till 2 835 kronor per månad hos It-teknikerns familj, medan försäkringsförsäljarens familj har kvar 6 408 kronor per månad, tack vare den kollektivavtalade sjukförsäkringen.⁹

⁹ Webbplatsen Ersättningskollen.se som är ett samarbete mellan Försäkringskassan, AFA och Svensk försäkring kan den sammanlagda ersättningsnivån beräknas för anställda och företagare.

Tabell 1: 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	15 549 (78 %)	15 300 (77 %)	14 351 (72 %)
30 000	23 323 (78 %)	22 950 (77 %)	21 526 (72 %)
40 000	27 151 (68 %)	23 210 (58 %)	21 765 (54 %)

Tabell 2: 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 %)	25 830 (86 %)	21 526 (72 %)
40 000	28 699 (72 %)	26 110 (65 %)	21 765 (54 %)

Tabell 3: 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 %)	17 300 (86 %)	14 351 (72 %)
30 000	24 900 (83 %)	25 960 (87 %)	21 526 (72 %)
40 000	33 323 (83 %)	34 950 (87 %)	27 962 (70 %)

Tabell 4: 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 %)	17 300 (86 %)	14 351 (72 %)
30 000	24 900 (83 %)	25 960 (87 %)	21 526 (72 %)
40 000	33 323 (83 %)	34 710 (87 %)	28 654 (72 %)

Tabell 5: Kommun- och landstingsanställd 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 %)	17 300 (86 %)	14 351 (72 %)
30 000	24 900 (83 %)	26 020 (87 %)	21 526 (72 %)
40 000	33 323 (83 %)	35 040 (88 %)	29 393 (73 %)

Tabell 6: Anställd utan kollektivavtal och ersättning vid stadigvarande sjukdom, nettoersättningsnivå i kronor/månad och andel (%) av nettolön

Bruttolön, kr/månad	Lön efter skatt*	Sammanlagd nettoersättning, kr/månad samt som andel av nettolön (procent)
20 000	16 100 kr	10 057 kr (62 %)
30 000	23 430 kr	14 438 kr (61 %)
40 000	30 260 kr	13 757 kr (45 %)

* Nettoersättningsnivån är beräknad utifrån skattetabell 30 för år 2018.

Tabell 7: Privatanställd arbetare och ersättning vid stadigvarande sjukdom, nettoersättningsnivå i kronor/månad och andel (%) av nettolön

Bruttolön, kr/månad	Lön efter skatt	Sammanlagd nettoersättning, kr/månad samt som andel av nettolön (procent)
20 000	16 100 kr	12 090 kr (75 %)
30 000	23 430 kr	17 161 kr (73 %)
40 000	30 262 kr	21 567 kr (71 %)

Tabell 8: Privatanställd tjänsteman och ersättning vid stadigvarande sjukdom, nettoersättningsnivå i kronor/månad och andel (%) av nettolön

Bruttolön, kr/månad	Lön efter skatt	Sammanlagd nettoersättning, kr/månad samt som andel av nettolön (procent)
20 000	16 100 kr	12 090 kr (75 %)
30 000	23 430 kr	17 333 kr (74 %)
40 000	30 262 kr	21 747 kr (72 %)

Tabell 9: Statsanställd och ersättning vid stadigvarande sjukdom, nettoersättningsnivå i kronor/månad och andel (%) av nettolön

Bruttolön, kr/månad	Lön efter skatt	Sammanlagd nettoersättning, kr/månad samt som andel av nettolön (procent)
20 000	16 100 kr	12 090 kr (75 %)
30 000	23 430 kr	17 438 kr (74 %)
40 000	30 262 kr	22 564 kr (75 %)

Tabell 10: Kommun- och landstingsanställd och ersättning vid stadigvarande sjukdom, nettoersättningsnivå i kronor/månad och andel (%) av nettolön

Bruttolön, kr/månad	Lön efter skatt	Sammanlagd nettoersättning, kr/månad samt som andel av nettolön (procent)
20 000	16 100 kr	12 090 kr (75 %)
30 000	23 430 kr	17 256 kr (74 %)
40 000	30 262 kr	21 665 kr (72 %)

Tabell 11: Hur påverkas barnfamiljernas ekonomi ifall en av föräldrarna blir stadigvarande

sjuk?

Budget vid förvärvsarbete		Budget vid sjukersättning		IT-tekniker utan kollektivavtal	Försäkrings-säljare med kollektivavtal
Inkomster:		Inkomster:		kr/månad	
Förälder 1 lön	30 000	Förälder 1 lön	0	0	0
Förälder 2 lön	20 000	Förälder 2 lön	20 000	20 000	20 000
Barnbidrag	2 650	Barnbidrag	2 650	2 650	2 650
		Sjukersättning	18 399	18 399	18 399
		Avtalad sjukförmån	0	0	5 282
Nettoinkomst	42 175	Nettoinkomst	32 503	32 503	36 079
Utgifter:		Utgifter:			
Villa (netto)	12 128	Villan (netto)	12 128	12 128	12 128
Mat	6 580	Mat	6 580	6 580	6 580
Kläder	2 400	Kläder	2 400	2 400	2 400
Hygien, sport	2 060	Hygien, sport	2 060	2 060	2 060
Barnomsorg	1 360	Barnomsorg	1 360	1 360	1 360
Övrigt nödvändigt	5 140	Övrigt nödvändigt	5 140	5 140	5 140
Utgifter totalt:	29 668	Utgifter totalt:	29 668	29 668	29 668
Kvar till övrig konsumtion:	12 507	Kvar till övrig konsumtion:	2 835	2 835	6 408

Källa: Egna beräkningar. Skatt enligt tabell 30 för 2018. Utgifterna för hushållet är hämtade från Swedbank.

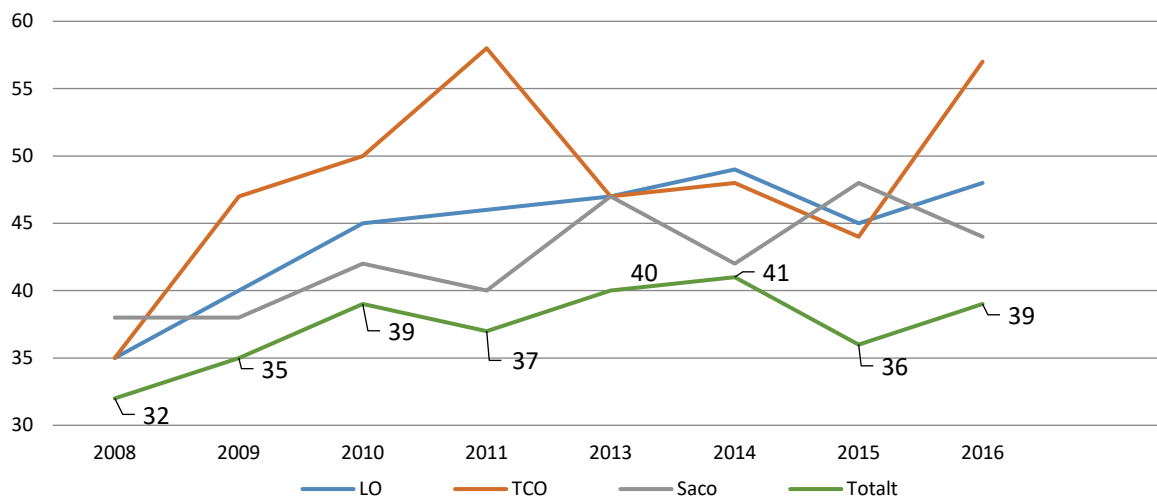
Häftan av löntagarna har en privat sjukförsäkring

Att skaffa sig en egen privat sjukförsäkring har blivit allt vanligare i Sverige. Försäkringen kompletterar sjukpenningen från Försäkringskassan och den tecknas ofta i form av en gruppförsäkring som erbjuds av de fackliga organisationerna. 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. 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 12). Dels ett månadsbelopp på mellan 448 – 2 240 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 13 och 14). 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.

I tabell 15 illustrerar vi betydelsen av fackförbundens sjukförsäkringar när deras medlem har varit sjukskriven i mer än 90 dagar. När It-teknikern är sjuk, som både saknar kollektivavtal och privat sjukförsäkring, mer än halveras familjens överskott för övrig konsumtion från 12 507 kronor till 5 685 kronor i månaden, medan försäkringstjänstemannens familj kan bibehålla ett överskott på 10 095 kronor i månaden.

Diagram 6: Andel som har tecknat en privat sjukförsäkring, samtliga (procent)



Källa: Välfärdstendens 2016, Folksam

Tabell 12: Fackförbundens sjukförsäkringar som erbjuds medlemmarna, månadsbelopp, karens- och ersättningsperiod.

LO-förbund	Sjukförsäkring för medlemmar		
	Månadsbelopp kr/mån.	Karensperiod, dagar.	Ersättningsperiod, månader.
Byggnads	1 500	90	18
Elektrikerna	1 400	90	18
Fastighet	1 700	90	18
GS	1 400	90	18
Handels	1 500	90	18
Hotell och restaurang	1 000	90	18
IF Metall	1 800	90	18
Kommunal	1 700	90	18
Livs	1 400	90	18
Musikerna	Saknas		
Målarna	1 500	90	18
Pappers	448 – 2 240	90	18
SEKO	1 600	90	18
Transport	2 200	90	18

Tabell 13. TCO-förbundens sjukförsäkringar.

TCO-förbund	Sjukförsäkring för medlemmar		
	Månadsbelopp p kr/månad.	Karensperiod, dagar.	Ersättningsperiod, d, månader.
Finansförbundet	1 000-3 000	90	36
FTF	1 500-4 200	90	36
Försvarsförbundet	2 000	90	18
Journalistförbundet	1 500-3 500	90	36
Läraryrket	1 600-2 700	90	36
Polisförbundet	1 500-3 500	90	36
ST (TH)	2 100-4 200	90/365	42
Sv. Yrkesmusikerförbundet	1 000-2 500	90	36
SLF	700- 2 100	90	33
Teaterförbundet	1 200-2 300	90	33
Egen företagare	700/2 900 1 500/6 000	30	65 år
Tull-Kust	1 800	90	18
Unionen	1 600-4 400	90/365	42
Vision	1 200-3 300	90/365	42
Vårdförbundet	700-2 800	90	36

Tabell 14. Saco-förbundens sjukförsäkringar.

Saco-förbund	Sjukförsäkring för medlemmar		
	Månadsbelopp , kr/månad	Karensperiod , dagar.	Ersättningsperio d, månader.
Akademikerförbundet SSR	1000 - 5000	90	48
Civilekonomerna	1 400- 4200	90	Till 65 år
DIK	1000 - 5000	90	48
Arbetsterapeuter	1000 - 5000	90	48
JUSEK	700 - 4200	90	60
Kyrkans akademikerförbund	90 % av lön	90	Till 67 år
Fysioterapeuterna	700 - 3500	90	Till 65 år
Lärarnas riksförbund	1600 - 2700	90	36
Naturvetarna	1000 - 5000	90	48
Officersförbundet	1500 - 3500	90	36
Reserv officerarna	Saknas		
Trafik och Järnväg	700 - 3500	365	36
SRAT (obligatorisk)	90 % av lön	90/365	9
Sveriges Arkitekter	700 - 4 200	90	48
Sveriges Farmaceutförbund	1000 - 5000	90	48
Sveriges Ingenjörsförbund	1000 - 5000	90	48
Sveriges läkarförbund	700 - 3500	90	36
Sveriges Psykologförbund	700 - 3500	90	60
Sveriges skollärdarförbund	1400 - 3500	90	
Tjänstetandläkarna	700 - 3 500	180	13
SULF	1500 - 4500	90	36
Veterinärförbundet	1000 - 3500	90	36

Tabell 15. Hur påverkas barnfamiljernas ekonomi ifall en av föräldrarna blir långvarigt sjuk?

Budget vid förvärvsarbete		Budget vid sjukdom, under 4 till 12 månaden.*		IT-tekniker utan sjukförsäkring	Försäkrings-säljare med medlemsförsäkring
Inkomster:	Kr/månad	Inkomster:	Kr/månad	Kr/månad	Kr/månad
Förälder 1 lön	30 000	Förälder 1 lön	0	0	0
Förälder 2 lön	20 000	Förälder 2 lön	20 000	20 000	20 000
Barnbidrag	2 650	Barnbidrag	2 650	2 650	2 650
		Sjukpenning	22 950	22 950	22 950
		Avtalad ersättning	0	0	3 000
		Medlemsförsäkring	0	0	2 400
Nettoinkomst	42 175	Nettoinkomst	35 353	35 353	39 763
Utgifter:		Utgifter:			
Villa (netto)	12 128	Villan (netto)	12 128	12 128	12 128
Mat	6 580	Mat	6 580	6 580	6 580
Kläder	2 400	Kläder	2 400	2 400	2 400
Hygien, sport	2 060	Hygien, sport	2 060	2 060	2 060
Barnomsorg	1 360	Barnomsorg	1 360	1 360	1 360
Övrigt nödvändigt	5 140	Övrigt nödvändigt	5 140	5 140	5 140
Utgifter totalt:	29 668	Utgifter totalt:	29 668	29 668	29 668
Kvar till övrig konsumtion:	12 507	Kvar till övrig konsumtion:	5 685	5 685	10 095

*De fackliga sjukförsäkringarna har vanligtvis en karensperiod på tre månader. Skatt enligt tabell 30 för 2018. Under dessa månader utbetalas sjukpenning och kollektivavtalad ersättning. Budgetuppgifterna är hämtade från Swedbank.

Vad sänker sjukfrånvaron?

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 under åren 2010 – 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.¹⁰

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.¹¹ 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 socialförsäkringsminister Annika Strandhäll ett oväntat medskick till arbetsmarknadens parter. Nämligen att regeringen var beredd att dra tillbaka förslaget ifall de före mitten av augusti 2016 undertecknade

¹⁰ Socialförsäkringsrapport 2016:7, se även Ann-Marie Beglers och Lars-Åke Brattlund, DN-debatt 2015-11-27

¹¹ Se Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, Socialdepartementet 2015-09-24.

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 – 2011 kunde huvudsakligen förklaras av en mer ändamålsenlig tillämpning av rehabiliteringskedjans villkor.¹² 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 och det gäller också för första gången antalet med aktivitetsersättning, som hade ökat konstant sedan år 2003. Genombrottet skedde våren 2017 när sjukpenningtalet för första gången minskar sedan år 2010.

Intressant i sammanhanget är att ytterst få delar av regeringens sju punktsprogram för ökad hälsa eller parternas avsiktsförklaringar hittills hade sjösatts eller nått sin fulla kapacitet när sjukfrånvaron började minska. Lagstiftningen har inte heller förändrats. 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 2015 kan vi notera att andelen avslagna sjukpenningansökningarna har ökat från 1 till drygt 5 procent. Även andelen fall där sjukpenningen dras in har ökat från 2 till 4 procent under dessa år. Ökningen beror dels på ett ökat antal ärenden, dels på förstärkt utrednings- och bedömningsarbete, framhåller Försäkringskassan.

Frågan som infinner sig då är om den förra eller den nya handläggningen är mer eller mindre i enlighet med lagstiftningen. Att tillämpningen av sjukförsäkringens rättigheter är rättssäker

¹² Försäkringskassans utgiftsprognos från 2016-08-01 Dnr 1375-2016, se även Försäkringskassans plan för att minska sjukfrånvaron från 2016-04-29

har Förvaltningsrätten och Inspektionen för socialförsäkringarna till uppdrag att pröva. Arbetsmarknadens parter och försäkringsbranschen tillför också viktiga bidrag i detta sammanhang. Bland annat genom egna utredningsinsatser, opinionsbildning och civilrättsliga prövningar.

Kvalitén i handläggningen har fortfarande brister enligt Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) som bland annat har granskat Försäkringskassans bedömningar vid dag 90 och dag 180 i rehabiliteringskedjan (rapport 2017:9). Slutsatsen är att bedömningarna inte håller tillräcklig kvalitet. Bristerna beror till stor del på att ärendena saknar ett grundläggande utredningsarbete. Kvalitén är däremot god i ärenden där ansökan om sjukersättning avslås. Dock finns brister i utredningar där ansökan beviljas. ISFs granskning visar även att besluten är väl underbyggda när det gäller sjukersättningsansökningarna.

En rad samverkande faktorer påverkar 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.

Den statliga sjukförsäkringens framtida utmaningar

Löntagarnas och egenföretagarnas trygghet vid sjukdom har varit under ständig förändring sedan början av 1990-talet. De har fått en allt större självrisk i form av karensdagar, nya beräkningsregler för inkomsten, sänkt sjukpenning och en högre beskattning av den samma. När inkomstbortfallsskyddet i den statliga sjukförsäkringen försämrats har betydelsen av kollektivavtalade sjukförsäkringsförmåner ökat för löntagarna. Samtidigt kan vi konstatera att ersättningsystemet i den statliga sjukförsäkringen blivit allt mer komplicerat och oöverskådligt. Där avgör bland annat ålder, diagnos, arbetsförmåga, antal ersättningsdagar och inkomstnivå vilken av de nuvarande sju olika ersättningsformerna som kan bli aktuell för den försäkrade. Likvärdigheten i försäkringsskyddet vid sjukdom har följaktligen minskat.

Kvalitén i handläggning och villkorstillämpning har också varierat kraftigt. Sammantaget har detta inneburit att en allt större andel av löntagare och egenföretagare saknar förtroende för det offentliga sjukförsäkringssystemet. Detta kommer ytterst till uttryck i att allt fler har skaffat sig en privat sjukförsäkring.

Under de senaste två decennierna har även arbetsgivaransvaret för anställda utvidgats genom införandet av sjuklöneperioden. Inom många branscher har även arbetsgivarnas kostnader för de kollektivavtalade sjukförsäkringarna ökat. Både till följd av fler sjukskrivna och en utvidgning av försäkringsskyddet för att kompensera försäkringarna i den statliga sjukförsäkringen.

Sedan våren 2017 minskar sjukpenningtalet och låg i juni i år på 9,9 sjukpenningdagar per försäkrad, vilket är något under det genomsnittliga antalet dagar för åren 1994 – 2017. Men de långa sjukskrivningarna tenderar att fortsätta öka, ofta på grund av bristfälliga rehabiliteringsresurser.

Det finns behov av en reformering som stärker inkomstbortfallsskyddet, ökar likvärdighet och ger bättre möjligheter till rehabilitering. En statlig sjukförsäkring som ersätter dagens sju ersättningsformer med en enda ersättning – sjukpenning, och en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring kan erbjuda den ordning och reda som behövs för att hålla sjukfrånvaron på en låg nivå. Det skulle dessutom ge arbetsmarknadens parter stabila och långsiktiga förutsättningar att utforma konkurrenskraftiga kompletterande trygghetslösningar.

Varför inte en statlig försäkring vid sjukdom – sjukpenningförsäkringen?

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. Sjukpenningen utbetalas tills arbetsförmågan är återställd. Bedömningen av arbetsförmågan prövas vid fasta tidpunkter och parallellt sänks sjukpenningnivån från högst 80 till lägst 65 procent av 6 inkomstbasbelopp (31 250 kr/mån). Den sjukpenninggrundande inkomsten bör vara pensionsgrundande, inte utbetald sjukpenning. Är den sjukpenninggrundade inkomsten låg eller saknas helt utgår garantiersättning, som motsvarar 1,84 inkomstbasbelopp (9 590 kr/mån), ifall arbetsförmågan bedöms som stadigvarande nedsatt.

Under de första 364 ersättningsdagarna prövas arbetsförmågan 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. Från och med dag 731 prövas mot allt förvärvsarbete, även subventionerat sådant. Därutöver bör karensdagen slopas och ersättas med ett karensavdrag som ger alla samma inkomstavdrag oavsett anställningsform. Samt att sjuklöneperioden reduceras från 14 till 7 dagar för att kompensera arbetsgivarna för ökade kostnader i samband med införandet av en obligatorisk rehabiliteringsförsäkring.

En sjukpenningförsäkring:

- Stärker inkomstbortfallsskyddet för flertalet inkomstagare på arbetsmarknaden i och med att taket höjs från 30 333 till 31 250 kr/mån (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.

Dags att pröva 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 realiserats 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 insatser i syfte att möjliggöra en återgång för redan sjukskrivna.¹³

För att få fart på rehabiliteringsverksamheten bör de ekonomiska drivkrafterna stärkas för att arbetsgivarna ska fullfölja sitt ansvar. Ett smidigt 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 hennes arbetsgivare. Med en rehabiliteringsförsäkring elimineras 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 offentlighetsrättsligt av både arbetstagarerna 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 nämnd och slutligen civilrättsligt.
- Försäkringen är primär, dvs. står för både arbetstagarernas försörjningsersättning, i form av rehabiliteringslön, och åtgärder i form av arbetsplatsanpassning, nödvändig medicinska insatser för att fullfölja rehabiliteringen.
- Rehabiliteringslönen är skattepliktig och pensionsgrundande.
- Försäkringen gäller från och med första anställningsdagen.

¹³ Se Hägglund & Johansson, sid 11-12, Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet, 2016:2

- 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.
- Minskar arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaron och ger en avlastning i hanteringen av rehabiliteringsansvaret.
- Ger arbetsmarknadens parter möjlighet att utveckla branscheffektiva rehabiliteringsförsäkringslösningar.
- Sänker statens sjukpenningkostnader.