



LUND UNIVERSITY

Staten, arbetsmarknadens parter och sjukersättningen 1992-2005

Edebalk, Per Gunnar

2007

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Edebalk, P. G. (2007). *Staten, arbetsmarknadens parter och sjukersättningen 1992-2005*. (Working paper serien; Nr. 2). Socialhögskolan, Lunds universitet. http://www.soch.lu.se/images/Socialhogskolan/WP2007_2.pdf

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Staten, arbetsmarknadens parter och sjukersättningen 1992-2005

PER GUNNAR EDEBALK

E-Post: Per_Gunnar.Edebalk@soch.lu.se

Socialhögskolan, Lunds universitet
Box 23, 221 00 Lund

Working-Paper serien 2007:2 • ISSN 1650-8971

Innehåll

1. Inledning
2. Sjuk – och arbetsskadekommittén
3. Utvidgad avtalsersättning
4. Förlängd sjuklöneperiod
5. Småföretagarförsäkringen
6. Nya sjuklöneförslag
7. Medfinansieringen
8. Riskfördelningen
9. Den bristande stabiliteten och avtalsförsäkringarna
10. Avslutande reflektioner

Uppsatsen ingår i projektet “Avtalsbaserade förmåner på svensk arbetsmarknad” finansierat av Vetenskapsrådet

Lars Harrysson, Agneta Kruse, Jonas Olofsson, Lars Svensson och Eskil Wadensjö har läst en tidigare version och bidragit med värdefulla synpunkter. Till dessa framförs ett varmt tack

1. Inledning

Sjukersättningssystemet i industrialiserade samhällen består vanligtvis av lagenliga och avtalsbaserade sjuklöner och sjukförsäkringar. Dessa kan kombineras på olika sätt. Om den summerade nivån blir relativt låg för den enskilde finns dessutom utrymme för privata försäkringslösningar. Sådana lösningar kan i sin tur bestå av rent privata försäkringar eller gruppförsäkringar, exempelvis medlemsförsäkringar för fackligt organiserade.

I dagens svenska sjukersättningssystem ingår en lagenlig sjuklön under de första två veckorna av ett sjukfall. Sjuklönen uppgår till 80 procent av lönebortfallet och den utbetalas efter en karensdag. Härfter betalar försäkringskassan sjukpenning, också den 80 procent av inkomstbortfallet¹. Här gäller dock att sjukpenningen maximeras genom ett tak för inkomsten motsvarande 7,5 prisbasbelopp. Sjukpenningen kan kompletteras med avtalsersättningar. Det finns fyra huvudsakliga avtalsområden: för statligt anställda, för kommunal- och landstingsanställda, för privatanställda arbetare och för privatanställda tjänstemän. Avtalslösningarna ser olika ut. För privatanställda arbetare och för kommunalanställda finns avtalsförsäkringar (AGS respektive AGS-KL) vilka ger ytterligare tio procent i ersättning under taket upp till 360 dagar². För övriga kan arbetsgivaren betala en avtalsenlig sjuklön motsvarande tio procent för inkomster under taket. För inkomster ovanför taket utgår avtalsenlig sjuklön för samtliga kategorier utom för privatanställda arbetare. Avtalsersättningarnas kompensationsgrad och ersättningstid varierar mellan avtalsområdena³. Den högsta möjliga sammanlagda kompensationsgraden är i realiteten 90 procent.

Det svenska sjukersättningssystemet hade utvecklats så att det år 1990 gav i stort sett fullständig kompensation för inkomstbortfallet vid sjukdom⁴. Självrisiker sänktes alltså. Socialförsäkringens sjukpenning gav i vanliga inkomstlägen 90 procent av inkomstbortfallet och resten täcktes av avtalsförsäkringar eller avtalsenlig sjuklön. I samband med den ekonomiska krisen från och med 1990 skärptes villkoren. Självrisiker infördes i form av sänkta ersättningsnivåer och införandet av en karensdag. Avtalsersättningarna begränsades av ett tak så att självrisiken inte skulle kunna förhandlas bort. I realiteten infördes också ett förbud mot avtalsersättningar från och med sjukdag 91; försäkringskassans sjukpenning blev då 90 procent som var den högsta accepterade totalnivån. Den underliggande sjukpenningen från socialförsäkringen minskades om avtalsersättningar översteg denna nivå. Härjämte infördes lagenlig sjuklön under de första två veckorna av ett sjukfall.

Sedan år 1990 har det skett en rad förändringar i den lagenliga sjukersättningen (sjukpenning och sjuklön). I tabell 1 visas ersättningsnivåerna under den senaste 15 års perioden.

Tabell 1 Ersättningsnivåer inom det lagenliga sjukersättningssystemet (sjuklön och sjukpenning). Procent av inkomstbortfallet

Från	Dag 1	2-3	4-14	15-21	22-90	91-365
Mars 1991	65	65	80	80	80	90
April 1993	0	75	80	80	80	80
Januari 1996	0	75	75	75	75	75
Januari 1998	0	80	80	80	80	80
Juli 2003	0	80	80	80	77,6	77,6
Januari 2005	0	80	80	80	80	80

Den sjuklöneperiod som infördes från och med 1992 har ändrats vid olika tillfällen. Se tabell 2

Tabell 2 Perioder med lagenlig sjuklön

Från	Sjuklöneperiod
Januari 1992	14 dagar
Januari 1997	28 dagar
April 1998	14 dagar
Juli 2003	21 dagar
Januari 2005	14 dagar samt 15% medfinansiering härefter

Perioden har alltså kännetecknats av en rad förändringar i det lagenliga sjukersättningssystemet och följaktligen också i förutsättningarna för det avtalsbaserade. Det har stundtals varit en komplicerad situation för arbetsmarknadens parter. I denna uppsats skall jag redogöra för de viktigaste förändringarna i det lagenliga systemet och parternas ståndpunkter och ageranden i samband med dessa förändringar. Många andra förändringar i sjukersättningssystemet har också beslutats (exempelvis ändrade regler för beräkning av sjukpenninggrundande inkomst, SGI). Sådana förändringar utesluts i den mån de saknar relevans för avtalsuppgörelserna. Även den mycket omfattande debatten om sjukfrånvarons orsaker utelämnas, bortsett från fall då den varit av betydelse för parternas argumentation.

Uppsatsens aktörer är staten och de ledande parterna på arbetsmarknaden, främst Svenska arbetsgivareföreningen (SAF)/Svenskt Näringsliv (SN), Landsorganisationen (LO) och Tjänstemännens Centralorganisation (TCO). Andra arbetsmarknadsaktörer har varit kommun- och landstingsförbunden och SACO. Aktörerna har verkat i en kontext som påverkat agerandet. Viktiga faktorer i kontexten har varit sjukfrånvaron och dess utveckling samt den statsfinansiella situationen.

För sjukfrånvaron finns ingen helt tillförlitlig statistik sedan införandet av sjuklöneperioden 1992. Vissa skattningar kan dock göras. Bilden visar förhållandevis höga sjuktal under åren 1989-90 med en sjukfrånvaro bland anställda som ligger uppemot sex procent. Härefter ske en halvering ner till

en bottenivå 1996-97, varefter en kraftig uppgång äger rum fram till åren 2002-03. Det är främst de långa sjukfallen som svarat för den ökningen. Under de senaste åren har en nedgång ägt rum. De långa sjukfallen, de som varat minst ett år, uppgick år 1997 till 44 700. År 2003 var siffran 135 000⁵. Långa sjuktider har i stor utsträckning lett till förtidspension/sjukersättning och blivit en väg ut ur arbetslivet

Under krisåren i början av 1990-talet, med tre år av negativ ekonomisk tillväxt, kom underskotten i statsbudgeten att nå rekordnivåer. Underskottet 1990/91 uppgick till cirka 35 miljarder kronor. Budgetåret därpå blev underskottet cirka 80 miljarder och de följande fyra budgetåren låg siffran mellan 140 och 187 miljarder kronor⁶. Att få budgetbalans blev en högprioriterad fråga och speciellt efter 1994 års riksdagsval inleddes ett ambitiöst finansiellt saneringsprogram med resultatet att en i stort sett balanserad budget nåddes 1997. En principiellt viktig nyhet var att en ny statlig budgetprocess infördes. Här ingick bl.a. ett budgettak, som fick sin debut inför år 1997. Treåriga utgiftsramar fastställs för varje utgiftsområde i syfte att få kontroll över utgiftsutvecklingen. Med en sådan budgetprincip kan det lätt uppstå konflikt mellan å ena sidan budgetrestriktionen och, å den andra, en lagfäst social rättighet som t.ex. sjukpenningen⁷. En konflikt innebär att budgetrestriktionen kan överordnas den lagfästa rättigheten.

2. Sjuk- och arbetsskadekommittén

I krisuppgörelsen mellan den borgerliga regeringen och socialdemokraterna hösten 1992 ingick, på initiativ av socialdemokraterna, att sjuk- och arbetsskadeförsäkringen skulle brytas ut ur statsbudgeten. Försäkringarna skulle i stället administreras och finansieras av arbetsmarknadens parter. Då kunde försäkringarna inte längre gå med underskott (som finansierades över statsbudgeten) och arbetsgivarna förväntades få incitament att förbättra arbetsmiljön⁸. Överförandet skulle påbörjas 1995.

Från fackligt håll var man skeptisk mot de nya signalerna. Från tjänstemannahåll kunde man dock se vissa fördelar, främst att karensdagen skulle kunna förhandlas bort⁹. LO ställde upp en rad tydliga krav bl.a. att systemet skulle vara generellt och obligatoriskt, att inga skillnader i ersättningsnivåer fick finnas samt att en generell finansiering av systemet måste säkerställas under en övergångsperiod¹⁰. Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), som något år tidigare beslutat att avstå från deltagande i korporativa myndighetsorgan, var principiellt negativ¹¹. Att inte delta i korporativa myndigheter sågs som en nödvändig reform i arbetsgivareföreningens 90-talsprogram¹². Motståndet mot en partsstyrd försäkringsorganisation fick stöd av den s.k. Lindbeckskommissionen¹³.

Direktiven i april månad 1993 till den s.k. Sjuk- och arbetsskadebereidningen innebar att arbetsmarknadens parter skulle ta hand om sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna¹⁴. Detta var huvudalternativet och som sidoalternativ angavs en större försäkringsmässighet i de existerande försäkringarna samt en obligatorisk försäkring tecknad hos konkurrerande

försäkringsbolag. Detta blev emellertid för mycket för den socialdemokratiska partikongressen, som sammanträdde senare under året. Sjukförsäkringsfrågan blev det stora stridsämnet och partiledningen tvingades till reträtt med en kompromiss att de tre alternativen skulle vara likställda¹⁵. I oktober fick följaktligen Sjuk- och arbetsskadeberedningen nya direktiv som gick i den riktningen. Enligt socialförsäkringsministern (Bo Könberg) skulle beredningen härigenom slippa behandla en modell som "få är anhängare av"¹⁶.

Under utredandet kom nya direktiv från den nya socialdemokratiska regeringen i maj 1995¹⁷. Nu handlade det främst om besparingar. Det tydliggjordes att karensdagen kommer att finnas kvar under överskådlig tid och detsamma gällde sjukpenningen, som sänkts till 75 procent som ett led i regeringens besparingsprogram. Beredningen omvandlades till en kommitté, bestående enbart av politiker och med arbetslivsrepresentanter som sakkunniga. Nu skulle sjukförsäkring, arbetsskadeförsäkring och förtidspension slås ihop till en allmän ohälsöförsäkring. Besparingar skulle åstadkommas bl.a. genom sättet att beräkna den sjukpenninggrundade inkomsten (SGI). Avtalsersättningar, utöver 75 procent, hade regeringen en bestämd syn på. Några orättvisor fick inte skapas och kommittén skulle därför analysera möjligheter för staten att sätta ramar för kompletterande ersättningar.

Utredandet blev märkligt, inte bara med hänsyn till nya direktiv. Under utredningstiden förändrades förutsättningarna också genom politiska åtgärder: den ursprungliga ersättningsnivån om 80 procent skulle reduceras till 75 procent för att senare ånyo höjas till 80 procent och sjuklöneperioden förlängdes till fyra veckor. Det utredningen (SOU 1996:113) kom att föreslå var ett antal konkreta besparingar (exempelvis att skattepliktiga anställningsförmåner inte skulle inräknas i SGI). Vid det sista sammanträdet föreslogs och antogs en höjning av "taket" från 7,5 basbelopp till 10. I och för sig ställde sig ledamöterna bakom en helhetslösning, en sammanhållen sjukförsäkring som också inkluderade arbetsskadeförsäkring och sjukbidrag/förtidspension. Men i övrigt var oenigheten påfallande. Reservationer och särskilda yttranden upptar inte mindre än 67 sidor i slutbetänkandet. Någon samsyn kring ramar för avtalsförsäkringarna gick inte att nå bl.a. eftersom SAF vägrade delta i sådana samtal. Och på fackligt håll ville man inte ha några inskränkningar i avtalsfriheten¹⁸. Detta hade för övrigt TCO tydliggjort redan då direktiven till utredningen presenterades¹⁹.

För avtalsersättningar relevant var emellertid förslaget att justera minskningsregeln. Från mars 1991 hade det gällt att en minskning av den underliggande sjukpenningen skulle ske om avtalslösningar ledde till en sammanlagd ersättningsnivå, som översteg 90 procent av inkomstbortfallet. Detta innebar de facto, om än inte formellt, en inskränkning av avtalsfriheten, något som de fackliga organisationerna inte accepterade. När nu de lagenliga ersättningarna sänkts växte intresset för kompletterande privata sjukförsäkringar. Sådana försäkringar var

emellertid inte föremål för minskningsregeln och det syntes därför rimligt att minskningsregeln justerades för avtalsersättningarna. Att införa en minskningsregel också för privata försäkringar diskuterades men en sådan ansågs leda till administrativa besvär och det skulle vara omöjligt att kontrollera försäkringar som tecknades i utländska försäkringsbolag²⁰. Därför föreslogs att avtalsersättningar skulle kunna kompensera upp till 90 procent. Att minskningsregeln skulle justeras var ett starkt fackligt krav, än starkare var emellertid kravet att regeln helt skulle utgå.

3. Utvidgad avtalsersättning

Sedan mars månad 1991 gällde minskningsregeln för avtalsersättningar efter sjukdag 90, något som i realiteten innebar ett avtalsförbud (sjukpenningen gav vid den tiden en kompensation på 90 procent efter dag 90). Som en del av uppgörelsen mellan socialdemokraterna och centerpartiet sänktes sjukpenningen till 75 procent genomgående och detta kom att gälla från januari 1996²¹. Egentligen skulle denna besparing införas först året efter, men det statsfinansiella läget pressade på för en tidigareläggning.

Nedskärningar i det lagbaserade systemet med början 1991 hade medfört ett intresse för privata sjukförsäkringar. När nu ersättningsnivån sänktes till 75 procent och när det i direktiven till Sjuk- och arbetsskadekommittén poängterades att denna procentsats skulle gälla under överskådlig tid ökade intresset för privata lösningar; det blev början till ett ”försäkringsrally” enligt tidningen Dagens arbete²². På förbundshåll gjordes överenskommelser med privata försäkringsbolag om gruppförsäkringar för medlemmarna. Det hade tidigare börjat inom SACO och tjänstemannaförbund för industritjänstemän (SIF), handelstjänstemän (HTF) och kommunaltjänstemän (SKTF)²³. Inom LO började klubbar och avdelningar inom Metall att teckna kompletterande försäkringar 1995²⁴ och det spreds till andra förbund som exempelvis Pappers och Industrifacket. I vissa fall fick fackklubbarna bidrag från arbetsgivaren till denna sjukförsäkring.

För LO-medlemmar hade Folksam lanserat en gruppsjukförsäkring som ett alternativ till vanliga privata försäkringar. I privata försäkringar varierar försäkringspremien med ålder, inkomst, kön och hälsotillstånd. I Folksams försäkring var premien emellertid enhetlig (inom den grupp som köper den) och någon hälsokontroll krävdes inte. Ersättningen skulle ge en komplettering upp till ungefärligen 90 procent efter 90 dagars sjuktid (alltså gränsen för då avtalsersättningen inte längre utbetalas).

LO centralt var helt emot medlemsförsäkringar och krävde att statsmakten skulle återställa sjukpenningnivån till 80 procent. Orsaken till det häftiga motståndet var bl.a. att medlemsförsäkringar gav ett intryck av att de statliga besparingarna accepterades. Om många grupper skaffade sig privata försäkringar så skulle det bli svårare att få upp den generella nivån. Förbunden rekommenderades därför att inte teckna försäkringarna²⁵. Men förbundsledningarna var kluvna, speciellt vad gällde försäkringar efter

sjukdag 90 och då ersättningen var sänkt till 75 procent. Å ena sidan önskade medlemmar ökad trygghet, å andra sidan minskade solidariteten inom förbunden och nedskärningar i det offentliga systemet kunde fortgå. Medlemskraven tog i många fall överhanden och många förbund planerade eller beslutade införa en gruppsjukförsäkring för samtliga medlemmar. Detta gällde exempelvis för Byggnads, Elektriker, Kommunal, Metall och Seko²⁶.

Framför allt LOs kraftfulla agerande²⁷ resulterade i att riksdagen våren 1997 höjde sjukpenningersättningen till 80 procent samtidigt som minskningsregeln ändrades så att avtalsersättningar kunde utgå efter sjukdag 90, dock att maximal sjukersättning (via lag och avtal) inte översteg 90 procent²⁸. Beslutet trädde i kraft den 1 januari 1998.

Härefter kunde avtalsförhandlingar upptas och LO och SAF enades om en kompletterande AGS-ersättning fr.o.m. sjukdag 91 upp till 360 dagar²⁹. Nivån för de långtidssjuka kom alltså att bli 90 procent från den 1 januari 1998. Ett motsvarande avtal tecknades senare för de kommunalanställda³⁰.

Efter riksdagsbeslutet avtog intresset för medlemsförsäkringar inom LO-området. Även de stigande sjuktalen kom att påverka försäkringarna. Normalt var de gruppsjukförsäkringar som LO-medlemmar tecknat hos Folksam frivilliga utan hälsoprövning och vi finner här ett skolexempel på det som inom försäkringsteorin kallas ”snedrekrytering” (adverse selection). Försäkringarna kom att gå med stora underskott och Folksam avbröt tecknandet av nya försäkringar år 2000. De som fortsättningsvis ville vara försäkrade fick betala fyra gånger så höga avgifter. Totalt berördes 65 000 försäkrade i olika fackförbund³¹. Även exempelvis lärarnas och SKTFs försäkringar kollapsade. Det var, som det hette i SKTF-tidningen om medlemsförsäkringen att ”det var för få som tecknat den och för många som utnyttjat den”³².

Problem kunde också uppstå med obligatoriska försäkringar. Metall införde från 1998 en försäkring som gav kompletterande ersättning efter AGS-ersättningen. En viktig del i förklaringen för tillkomsten av denna försäkring är att Metall i samband med börshausen i slutet av 1990-talet hade en mycket solid finansiell ställning. Försäkringen omfattade samtliga förbundsmedlemmar och finansierades ur de löpande medlemsavgifterna. Höga sjuktal och börs kris bidrog först till stramare ersättningsregler sedan till att också denna försäkring stängdes år 2003³³.

För närvarande erbjuds medlemsförsäkringar inom flera förbund tillhörande SACO och TCO³⁴. Även två LO-förbund (Musiker och Pappers) har detta erbjudande. Dagens medlemsförsäkringar är i princip frivilliga och mer försäkringsmässiga. De syftar framför allt till inkomstskydd vid långvarig sjukdom.

4. Förlängd sjuklöneperiod

I regeringens vårproposition 1996 aviserades en förlängning av sjuklöneperioden till 28 dagar, detta som ett sätt att hålla utgifterna inom det nykonstruerade budgettaket. Det handlade alltså explicit om en budgetförstärkning³⁵. Regeringen menade att den existerande sjuklöneperioden ”i allt väsentligt” hade varit positiv och att en förlängning skulle stärka intresset för arbetsmiljöarbete och rehabiliteringsinsatser³⁶. Arbetsgivar-avgiften till sjukförsäkringen sänktes samtidigt, dock så att arbetsgivarna bara kompenseras med uppskattningsvis hälften för höjda sjuklönekostnader. Med hjälp av samarbetspartnern Centerpartiet fick den socialdemokratiska regeringen accept för förslaget i riksdagen. Det var i vårpropositionen som också höjningen av sjukpenningen till 80 procent aviserades.

Idén med en fyraveckors sjuklöneperiod var i och för sig inte ny. SAF hade redan på 1980-talet fört fram tanken på en förhållandevis lång sjuklöneperiod³⁷. Förslagen framfördes av SAF också nu på 1990-talet³⁸. I en uppmärksammas ESO-rapport³⁹ föreslogs en förlängning och Sjuk- och arbetsskadekommittén hade i ett delbetänkande diskuterat en förlängning som en möjlighet för att få till stånd en snabbare rehabiliteringsprocess⁴⁰. SAFs förord för en längre sjuklöneperiod utgick från att arbetsgivarna skulle få fullständig kompensation för ökade sjuklönekostnader och att det måste finnas någon form av kostnadsskydd för småföretagen. Nu ansåg man sig inte få fullständig kompensation och något effektivt högkostnadsskydd för småföretagare fanns inte. SAF kunde i detta läge inte acceptera en förlängd sjuklöneperiod⁴¹.

LO och TCO var principiellt starka motståndare till en förlängd sjuklöneperiod. Men härtill kom ett nytt problem. Enligt den ursprungliga sjuklönelagen 1991 skulle avtalsförsäkringar behandlas som sjuklön och alltså avräknas från den sjuklön som arbetsgivarna betalade⁴². AGS-avtalet var här också glasklart: AGS-ersättning utbetalas endast under sjukpenningtid enligt lagen om allmän försäkring, alltså inte under tid då sjuklön utbetalas. Följden av den förlängda sjuklöneperioden blev att den totala sjukersättningen minskade under den tredje och fjärde sjuklöneveckan för de AGS-försäkrade. LO och TCO reagerade häftigt mot denna försämring⁴³. Protesterna var så högljudda att riksdagen ändrade i sjuklönelagen för att möjliggöra avtalsersättningar under sjukperioden 15-28 dagar⁴⁴. Men det hjälpte inte eftersom AGS-avtalet var helt tydligt på den här punkten. Arbetsgivarna retade sig på att de inte kompenseras fullt ut för den utökade sjuklöneperioden och vägrade omförhandla avtalen.

Vid oenighet om avtalsförsäkringar skall en skiljenämnd avgöra tvisten. LO menade att AGS-ersättning borde utbetalas. LOs huvudargument var att man måste utgå från avsikten med AGS och ersättningsnivån var det överordnade syftet. Skiljenämnden slog emellertid fast att Arbetsgivareföreningens tolkning skulle gälla⁴⁵. Nu dök ett nytt problem upp.

Tjänstemännen hade avtalsenlig sjuklön och inte AGS, så de var inte berörda av skiljedomen men arbetsgivarna (privata och offentliga) vägrade betala avtalsenlig sjuklön under förlängningstiden. Detta blev en fråga för Arbetsdomstolen.

Teoretiskt sett fanns möjligheten att arbetstagarna skulle vinna i Arbetsdomstolen eftersom AGS-avtalen förutsatte en underliggande rätt till sjukpenning vilket inte var fallet med sjuklöneavtalen. Om så blivit fallet skulle sjukersättningarna för huvudgrupperna på arbetsmarknaden hamna på olika nivåer och detta var något som varken LO eller regeringen hade accepterat. Nu kom Arbetsdomstolens utslag emellertid att stödja arbetsgivar sidan⁴⁶. Arbetsdomstolens motivering är intressant. Genom att fullgöra sin lagliga plikt att betala sjuklön så har också arbetsgivarna uppfyllt avtalens villkor. Antag, heter det, att en arbetsgivare betalar 50 kronor i avtalsenlig timlön och att lagstiftaren då beslutar om en minimilön på 75 kronor. Då kan arbetsgivaren inte vara skyldig att betala mer än 75 kronor.

Från det att den förlängda sjuklöneperioden aviserades hade arbetsgivare och samtliga fackliga organisationer varit helt eniga: sjuklöneperioden måste återställas till två veckor. LO, TCO och SACO agerade tillsammans liksom LO och SAF vid olika tillfällen⁴⁷. Regering och riksdag uppvaktades och var utsatta för ett hårt tryck.

I budgetpropositionen för 1998 skriver regeringen att sjuklöneperioden skall återgå till 14 dagar. Som orsak nämns att det aldrig varit regeringens eller riksdagens avsikt att försämra sjukersättningen under den förlängda sjuklöneperioden⁴⁸. Beslutet, som togs av en enig riksdag, trädde i kraft den 1 april 1998⁴⁹.

Under år 1997 fattades två förbättringsbeslut gällande de lagenliga ersättningarna: ersättningshöjningen till 80 procent och minskningen av sjuklöneperioden från fyra till två veckor. ”Förändringarna speglar värdet av samverkan inom arbetarrörelsen” hette det i LOs verksamhetsberättelse⁵⁰.

5. Småföretagarförsäkringen

Småföretagen var kluvna till sjuklön. Å ena sidan vinner småföretagen som kollektiv eftersom sjukfrånvaron är lägre än för större företag och för den offentliga sektorn; å andra sidan har man inte möjlighet till en effektiv riskfördelning. Tabell 3 ger en illustration till skillnader i sjukfrånvaro mellan företag av olika storlek. Siffrorna avser första kvartalet 1997.

Tabell 3 Antal anställda och sjukfrånvaro i procent

1-4	5-9	10-19	20-49	50-99	100-199	200-
1,3%	2,0%	2,6%	3,4%	3,9%	4,5%	4,4%

Källa: SOU 1997:142 sid 32

Då Arbetsgivareföreningen förde fram sitt sjuklöneförslag på 1980-talet förutsattes att en särskild småföretagarförsäkring skulle inrättas. En sådan försäkring infördes också då den lagenliga sjuklönen beslutades 1991. Försäkringen, som var (och fortfarande är) frivillig, blev ett stort misslyckande. Den tecknades hos Försäkringskassan och premierna var enhetliga. Första året hade cirka 13 000 småföretagare tecknat försäkringen. Som tiden gick minskade antalet. I juni 2005 hade 3 531 företag tecknat försäkringen⁵¹.

Småföretagarförsäkringen är, i likhet med frivilliga medlemsförsäkringar utan hälsoprövning och med enhetliga premier, ett skolexempel på "snedrekrytering". Det blev företag med relativt hög sjukfrånvaro som tecknade försäkringen och den kom därför att framstå som alldeles för dyr. Riksförsäkringsverket utvärderade försäkringen redan 1995⁵² och angav fyra alternativ: (1) differentierade avgifter införs (vilket kunde vara administrativt dyrt och svårt), (2) försäkringen görs obligatorisk, (3) underskott tillåts och täcks från statsbudgeten (vilket skulle innebära en subvention av företag med hög sjukfrånvaro) samt (4) avskaffa försäkringen.

För småföretagen blev läget prekärt genom förlängningen av sjuklöneperioden till fyra veckor. Regeringen tillsatte i juni 1997 den s.k. AGRA-utredningen, som bl.a. fick i uppgift att utreda småföretagarförsäkringen och presentera alternativ till denna. Utredaren (Ingvar Söderström) föreslog att ett högkostnadsskydd skulle införas för de små företagen så att kompensation skulle erhållas från Försäkringskassan om sjuklönekostnaderna översteg en viss nivå⁵³. Förslaget byggde på tanken att småföretagen skulle försättas i en situation då de bär en så avvägd del av sjuklönekostnaderna att de vågar utveckla verksamheten och nyanställa. Statens kostnad för högkostnadsskyddet beräknades till 300 miljoner kronor.

Någon åtgärd från regeringens sida blev inte följden sedan sjuklöneperioden återställdes till två veckor. Däremot märker man en intensivare riksdagsdebatt om småföretagens ställning i ett sjuklönesystem. En rad motioner presenterades och praktiskt taget alla partier engagerade sig. Gemensamt var synen att småföretagen drog sig för att nyanställa på grund av sjuklönen, alternativt att de endast anställde "kärnfriska" personer. I några motioner förordades AGRA-utredningens högkostnadsskydd, i andra att småföretagare undantas helt eller att de skulle få välja om de skulle undantas från sjuklönelagen⁵⁴. Att sjuklöneperiodens längd borde bero på antalet anställda förslogs också (ju mindre företag, desto kortare sjuklöneperiod).

I samband med förlängningen av sjuklöneperioden till tre veckor år 2003 infördes ett högkostnadsskydd för småföretagen liknande det som AGRA-utredningen förordat. Nu omfattades företag med en lönesumma uppgående till maximalt 160 prisbasbelopp, uppskattningsvis 200 000 småföretag. Då sjuklöneperioden senare återställdes till två veckor år 2005

avlägsnades högkostnadsskyddet. Detta berodde primärt inte på förkortningen av sjuklöneperioden utan därför att högkostnadsskyddet stred mot EUs regler för statsstöd åt företag⁵⁵.

6. Nya sjuklöneförslag

Sjuktalet hade bottnat 1996/97 och började stiga 1998. Flera orsaker till ökningen har diskuterats. *En* är de höjda ersättningar som kom att gälla från 1998. Att höjda ersättningar varit en bidragande faktor framgår av olika studier⁵⁶. Maximala sjukersättningar enligt lag och avtal åren 1997 och 1999 visas i tabell 4.

Tabell 4 Maximala sjukersättningar enligt lag och avtal åren 1997 och 1999

	Dag 1	2-14	15-30	31-90	91-360
1997	0	75%	75%	85%	75%
1999	0	80%	90%	90%	90%

Starkt stigande sjuktal, höga utgifter för sjukförsäkringen och budgettakets konstruktion innebar att år 1999 blev ett bekymmersamt år för regeringen. Att än en gång genomföra försämringar i sjukförsäkringen var knappast politiskt möjligt. I stället utsågs två nya utredningsmän och båda presenterade sina betänkanden år 2000. Den ena utredningen gällde problemen inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen⁵⁷. Utredningsmannen (Gerhard Larsson) kom, givetvis, in på frågan om möjligheten att stärka arbetsgivarnas incitament till tidiga rehabiliteringsinsatser genom en förlängd sjuklöneperiod. Han stannade emellertid i slutsatsen att de negativa effekterna i form av bland annat arbetskraftsselektion övervägde och att följaktligen ingen förlängning borde ske. Därtill kom, menade han, att det saknades tydliga bevis från andra länder att en förlängd sjuklöneperiod var en effektiv metod.

En än mer relevant utredning var den s.k. Sjukförsäkringsutredningen, som under år 2000 presenterade ett delbetänkande och ett slutbetänkande⁵⁸. Utöver analyser till sjukfrånvaron skulle utredningsmannen (Jan Rydh) lämna förslag till konkreta åtgärder för att minska sjukfrånvaron och reducera sjukförsäkringsutgifterna. Utredningsmannen visade att det skett en kraftig ökning i den långa sjukfrånvaron. Arbetsgivarna, menade han, hade ett starkt ansvar för den korta sjukfrånvaron och detta ansvar borde utsträckas också till den långa frånvaron. För att stärka arbetsgivarnas incitament till tidigt insatta åtgärder föreslogs i båda betänkandena en förlängning av sjuklöneperioden till två månader. En höjning av sjuklönen från 80 till 90 procent efter två veckor ingick här eftersom det skulle undanröja tidigare nämnda problem med uteblivna avtalsersättningar. Reformen skulle vara kostnadsneutral, vilket innebar sänkta arbetsgivaravgifter. Vidare föreslogs ett förstärkt skydd för dem som ofta var sjuka och ett högkostnadsskydd för småföretag liknande AGRA-utredningens. Till förslagen hörde vidare att

sjukförsäkringen skulle brytas ut ur statsbudgeten, att "taket" skulle höjas till 10 basbelopp och att företagshälsovården skulle förstärkas. Problemet med arbetskraftsselektion avfärdar utredningsmannen. Risken för selektion sägs vara liten med tanke på en förväntad framtida arbetskraftsbrist. Då ligger det nämligen i arbetsgivarnas intresse att förbättra arbetsförhållandena.

Alla betydande remissinstanser tog avstånd från den förlängda sjuklöneperioden⁵⁹. Denna negativa inställning hade rehabiliteringsutredaren tidigare noterat och det var ett av skälen till varför han inte föreslog någon förlängning. På arbetsgivarhåll var man inte minst upprörd över att i stort sett all ohälsa ansågs bero på arbetsförhållanden.

Mycket talar för att regeringen, som var klämd mellan höjda sjukförsäkringsutgifter och budgettaket, välkomnade förslaget om en förlängd sjuklöneperiod. Trots det kompakta motståndet mot och utredningsmannens starka förord för en förlängning av sjuklöneperioden så utsågs samma utredningsman (Jan Rydh) redan i december år 2000 att ta fram en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Efter ett par delbetänkanden kom ett slutbetänkande i januari år 2002⁶⁰. I allt väsentligt lanserades samma förslag som tidigare. Utredningsmannen var ytterst medveten om den kraftiga kritiken mot den förlängda sjuklöneperioden. Men menar han, en förlängd sjuklöneperiod är en av de väsentligaste förutsättningarna för ett fungerande system⁶¹. Ty, för det första, så kan arbetsgivare och företagshälsovård göra mer än Försäkringskassan under de första 60 sjukdagarna. För det andra sänks arbetsgivaravgiften och som en följd av högkostnadskydd och lägre sjukriser så blir småföretagen de stora vinnarna. För det tredje bedöms risken för selektion vara liten. Bristen på arbetskraft framöver minskar risken för selektion och, detta slår han fast, det kan inte bli värre än i dagsläget med 120 000 långtidssjuka och 450 000 förtidspensionärer. Och, då arbetsgivarna menade att ohälsan och sjuktalen hade många andra förklaringar än arbetsförhållandena svarade utredningsmannen att det hur som helst endast är "på arbetsplatsen som den anställde kan återgå till arbete"⁶².

Strax efter det att handlingsplanen publicerats höll socialförsäkringsministern (Ingela Thalén) ett föredrag vid ett forskarseminarium. Hon sade sig tydligt höra vad alla kritiker säger men vi kommer inte ifrån att 70 procent av alla sjukskrivningar slutar före den 60:e dagen och att 30 procent av alla sjukskrivningar svarar för 70 procent av sjukförsäkringsutgifterna. Om arbetsmarknadens parter inte accepterar en förlängd sjuklöneperiod så måste de presentera något annat⁶³. Nu blev det en uppgift för parterna att försöka enas.

7. Medfinansieringen

Sjukersättningsfrågan var högt uppe på den politiska dagordningen i början av 2000-talet. Vid sidan av det offentliga utredandet skedde en rad utredningar inom regeringskansliet. En arbetsgrupp inom näringsdepartementet hade i uppgift att ta fram en strategisk handlingsplan för att komma till rätta med den arbetsbetingade ohälsan⁶⁴. I rapporten, som är daterad maj 2001, föreslås en handlingsplan vars väsentligaste del var en trepartsdiallog mellan regeringen och arbetsmarknadens parter. Det krävdes, som man såg det, en bred samsyn i arbetsmiljöfrågorna.

I budgetpropositionen hösten 2001 presenterade regeringen sitt uppmärksammade elvapunktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet⁶⁵. En av punkterna var just att regeringen skulle inbjuda parterna till ett s.k. trepartssamtal. Dessa samtal skulle avse såväl förebyggande arbete som rehabilitering och bland annat var tanken att de ekonomiska drivkrafterna skulle stärkas för arbetsgivarna. En möjlighet sades vara att förlänga sjuklöneperioden, andra möjligheter att låta arbetsgivarna betala differentierade arbetsgivaravgifter eller delfinansiera sjukersättningen efter sjuklöneperiodens utgång. Eftersom ohälsoproblemen var särskilt stora inom den offentliga sektorn skulle möjligheten prövas att införa särskilda drivkrafter för offentliga arbetsgivare. Året därpå återkom regeringen med ett kvantitativt mål: sjukfrånvaron skall, i förhållande till 2002, halveras fram till 2008.

Trepartssamtalen kom i gång i slutet av år 2001. Förslaget från dessa innehöll en s.k. medfinansiering med 25 procent för arbetsgivarna efter sjuklöneperiodens utgång⁶⁶. Dock slapp arbetsgivarna betala om den sjukskrivne kunde beredas möjlighet att på deltid återvända till arbetet. Ett system med enbart förlängd sjuklöneperiod, hette det, innebar att arbetsgivarna släpper sitt intresse i sjukfallet då sjuklöneperioden är till ända. Att arbetsgivaransvaret skulle fortsätta efter den vanliga sjuklöneperiodens utgång var i och för sig ingen ny idé. Då den diskuterats tidigare hade man dock sett praktiska problem och inte minst selektionsrisker förbundna med den⁶⁷. Nu föreslogs att arbetsgivaravgiften skulle sänkas i motsvarande mån och att ett högkostnadsskydd skulle införas för småföretagen.

Någon fullständig samsyn nåddes emellertid inte under trepartssamtalen. Strax innan en slutrapport skulle presenteras lämnade Svenskt Näringsliv samtalen. Arbetsgivarna ville att samtalen skulle fokuseras på möjligheten att byta arbete⁶⁸. Vidare menade arbetsgivarna att arbetsmiljön inte hade den stora betydelse för frånvaron som exempelvis de fackliga organisationerna menade. Man pekade på familjen, skolan, fritiden, kost, motion och missbruk som andra faktorer. Att arbetsgivarna skulle betala sjuklön för sådant som man inte kunde ansvara för accepterades inte. Ej heller kunde arbetsgivarna acceptera att de inte kunde påverka själva sjukskrivandet; det var läkare som sjukskrev men arbetsgivarna fick ta konsekvenserna.

De fackliga organisationer LO, TCO och SACO hade arbetat fram en samsyn, som diskuterats under samtalen och som de senare presenterade⁶⁹. De 25 procenten som arbetsgivarna skulle betala av sjukpenningen från dag 15 skulle upphöra dag 90. Där skulle det finnas en kontrollstation och de arbetsgivare som tagit fram ett fullständigt rehabiliteringsunderlag skulle befrias från att betala den särskilda avgiften för sjukpenningen. De, som inte uppfyllde rehabiliteringsvillkoret, fick betala 50 procent av sjukpenningen. Detta sågs som ett offensivt förslag och med denna drivkraft för arbetsgivarna kunde de fackliga organisationerna acceptera ett system med utökat arbetsgivaransvar⁷⁰. Tidigare hade de kategoriskt avvisat först sjuklön, senare förlängda sjuklöneperioder. Risken med det dåvarande sjuklönesystemet, som man såg det, var att arbetsgivarna helt kunde släppa det ekonomiska ansvaret efter två veckor och det kunde slå mycket hårt mot de sjukskrivna.

Innan slutrapporten från trepartssamtalen presenterats kom ett regeringsförslag ut på remiss⁷¹. Förslaget hade förberetts av en arbetsgrupp inom regeringskansliet och nu föreslogs ett utökat kostnadsansvar enbart för offentliga arbetsgivare och detta skulle träda i kraft den 1 juli 2003. På sikt skulle reformen omfatta hela arbetsmarknaden, men på grund av svårösta problem speciellt för småföretagen startade man med offentliga sektorn. Enligt den promemoria som presenterades var den offentliga sektorn kraftigt överrepresenterad bland de sjukskrivna och drivkrafterna att vidta åtgärder var där mycket svaga. Inom offentlig sektor, så motiverades det, var det lätt att sjukfrånvaron i praktiken leder till en besparing för verksamheten. En medfinansiering inom intervallet 15-50 procent aviserades. Möjligheten att införa medfinansiering för enbart den offentliga sektorn hade diskuterats i rehabiliteringsutredningen (SOU 2000:78) och i Rydhs handlingsplan (SOU 2002:5) men några konkreta förslag hade då inte lämnats. Möjligheten uttrycks också i elvapunktprogrammet.

Regeringsförslaget utsattes för en förödande kritik⁷². Kritiken handlade bl.a. om bristande neutralitet mellan offentligt och privat, att den offentliga sektorn riskerade olika former av privatiseringar, att höjda kostnader för offentliga arbetsgivare rentav skulle kunna ge än sämre arbetsmiljö och inte minst att regeringsförslaget inte tagit hänsyn till resultaten från trepartssamtalen. Samma dag som rapporten från trepartssamtalen presenterades drogs det kritiserade regeringsförslaget tillbaka.

Statsfinanserna och budgettaket ställde krav på ett nytt regeringsförslag och det ett förslag som omfattade hela arbetsmarknaden. Ett alternativt förslag som framkom i Riksförsäkringsverkets kritiska remissyttrande innebar att arbetsgivarna, efter den ordinarie sjuklöneperioden, skulle betala 25 procent i sjuklön om den anställde fortsättningsvis var sjukskriven på heltid⁷³. Ett högkostnadsskydd skulle inrättas för småföretagen. Förslaget skulle, enligt Riksförsäkringsverket, kunna träda i kraft redan den 1 juli

2003. Förslaget verkade tilltalande på regeringen och nu skulle förslaget införas med expressfart. Ett för de fackliga organisationerna stort och relevant problem med förslaget var emellertid att avtalsersättningar, AGS och tio procentig sjuklön, skulle elimineras eftersom sådana, enligt tidigare avgöranden i skiljenämnd och Arbetsdomstolen, inte kunde utgå samtidigt med lagenlig sjuklön (om inte arbetsgivarna gick med på detta). På arbetsgivarhåll, både privat och offentligt, var man sedan tidigare fientligt inställd till medfinansiering och att då gå in i förhandlingar om kompletterande ersättningar var uteslutet. Det blev alltså omöjligt för de fackliga organisationerna att acceptera förslaget⁷⁴.

Inför 2003 års vårproposition saknades tio miljarder kronor för att statsbudgeten skulle gå ihop och orsaken var bl.a. de höga sjukskrivningskostnaderna⁷⁵. Det satsades hårt för att få ner dessa kostnader. När nu möjligheten till medfinansiering var stängd kom ett plötsligt förslag i vårpropositionen att sjuklöneperioden skulle utsträckas till tre veckor och att den sjukpenninggrundande inkomsten skulle reduceras med tre procent⁷⁶; sjukpenningen blev då i realiteten 77,6 procent (i stället för 80 procent). Ett högkostnadsskydd föreslogs för småföretagen men ingen reduktion av arbetsgivaravgiften. Att förändringarna sågs som en tillfällig lösning framhölls tydligt och i den budgetproposition som senare avlämnades hösten 2003 sägs explicit att inriktningen för det fortsatta arbetet skall vara att arbetsgivarna betalar en del av sjukpenningen efter sjuklöneperioden⁷⁷. Lika tydlig (och orealistisk) var regeringens uppfattning att avtalen kunde anpassas till den tredje sjuklöneveckan. Lagrådet erinrade om att regeringen haft en liknande inställning till frågan då sjuklöneperioden utökades till fyra veckor⁷⁸.

Regeringsförslaget, som senare togs av riksdagen⁷⁹, var tveklöst ett hastverk. Det visade sig exempelvis att det förslagna högkostnadsskyddet för småföretagare stred mot EUs regler för statsstöd och det togs bort vid utgången av år 2004⁸⁰. De fackliga organisationerna förlorade AGS och motsvarande ersättning under den tredje sjuklöneveckan och AGS, som enligt avtalet beräknades till 12,5 procent av sjukpenningen (dvs 10 procent av sjukpenninggrundande inkomst) reducerades med tre procent. Det behöver knappast påpekas att missnöjet blev kraftigt inom de fackliga organisationerna⁸¹ och bland arbetsgivarna (som skulle betala en extra sjuklönevecka utan att kompenseras).

Nu blev det uppror bland arbetsgivarna. Svenskt Näringsliv och organisationen Företagarna demonstrerade utanför riksdagshuset inför beslutet att förlänga sjuklöneperioden och riksdagspartierna fick ta emot protestskrivelser med ca 10 000 namnunderskrifter⁸². Tidigare hade det s.k. "Gnosjöupproret" ägt rum. Det var ett stort antal småföretagare som krävde att regeringen drog tillbaka förslaget om den tredje sjuklöneveckan. Småföretagarna motsatte sig att få ökade bördor, att vara hälsopoliser och att behöva städa upp efter regeringens misslyckanden att få ner sjuktalet. Att, menade de, bestraffa dem som sköter sig bäst, dvs. har lägst sjukfrånvaro, skapar inte ett gott företagsklimat. Organisationen

FöretagarFörbundet krävde att sjukförsäkringen delas upp i två delar, en för privat och en för offentlig sektor där varje grupp skulle svara för sina sjukförsäkringskostnader⁸³.

Svenskt Näringsliv stödde helt och fast småföretagarna. Och både fack och arbetsgivare var trötta på det sätt på vilket den allmänna sjukförsäkringen hanterades. Det hela utvecklades så att Svenskt Näringsliv redan i maj månad aktualiserade en utbruten sjukförsäkring och inbjöd LO och PTK till överläggningar om en heltäckande kollektivavtalad sjukförsäkring som skulle ersätta den allmänna sjukförsäkringen⁸⁴. Ett kollektivavtalat system skulle kännetecknas av långsiktighet och stabilitet. Arbetsgivarnas tanke var att sjuklöneperioden skulle kunna förlängas upp till tolv månader och att den avtalade försäkringen då skulle stå för kostnaderna. LO accepterade inbjudan och såg fördelar med en sådan lösning genom att den kunde innebära en upprustad företagshälsovård samt bättre förebyggande insatser och rehabiliteringsmöjligheter. LOs positiva inställning till överläggningar var betingat av att PTK ingick. PTK accepterade emellertid inte inbjudan till överläggningar varför frågan föll⁸⁵.

Om parterna hade kunnat enas om att gå vidare med en utbruten försäkring så hade man bett regeringen att tills vidare lämna sjukförsäkringen i fred så länge förhandlingar pågick⁸⁶. Nu blev det inte så och i budgetpropositionen inför år 2004 aviserade regeringen att inriktningen på det fortsatta arbetet skulle bli att arbetsgivarna skulle betala en del av sjukpenningen efter sjuklöneperioden⁸⁷. I december 2003 presenterade regeringen tillsammans med Vänsterpartiet och Miljöpartiet en avsiktsförklaring med titeln *Ett hälsosammare arbetsliv*. Sjuklöneperioden skulle återgå till två veckor. Härefter blev arbetsgivarna skyldiga att betala motsvarande 15 procent av sjukpenningkostnaderna. Medfinansieringen innebar att en särskild sjukförsäkringsavgift infördes, och denna skulle endast finansiera sjukpenning på heltid. Deltidssjukskrivningar, eller annorlunda uttryckt att arbetsgivarna borde ordna deltidsanställningar, var en del i den nya politiken. Arbetsgivarnas åtagande att betala den särskilda sjukförsäkringsavgiften föreslogs upphöra vid rehabilitering. Arbetsgivaravgiften skulle sänkas för hela arbetsgivar Kollektivet för att ge en kostnadsneutral reform. Det ingick också ett begränsat högkostnadsskydd, som inte stred mot EUs regler om statsstöd (alltså att småföretag inte fick kompensation då sjuklönekostnaderna översteg ett visst tak)⁸⁸. Högkostnadsskyddet nu innebar att medfinansieringsansvaret började först då en viss nivå på sjukpenningutgifterna nåtts. I övrigt öppnades den tidigare frivilliga sjuklöneförsäkringen på nytt⁸⁹.

En tjänstemannagrupp inom regeringskansliet utformade det mer konkreta förslaget⁹⁰, som remissbehandlades under våren 2004. TCO och PTK ställde sig positiva till förslaget, LO var avvaktande men inte avvisande. Bland tillstyrkande myndigheter märks Riksförsäkringsverket (som ju tidigare föreslagit något liknande) och Arbetsmiljöverket (vars generaldirektör varit ordförande under trepartssamtalen). Privata och

offentliga arbetsgivarorganisationer var helt emot⁹¹. I allt väsentligt följde riksdagsbeslutet avsiktsförklaringen⁹².

8. Riskfördelningen

Riskfördelningen är en principiellt viktig fråga inom sjukersättningssystemet. Inom den allmänna sjukförsäkringen sker riskspridningen inom hela försäkringstagarkollektivet. Med enhetliga avgifter sker då en betydande inkomstfördelning rum till grupper med hög sjukfrånvaro⁹³. Omfördelningen inom den svenska sjukförsäkringen sker främst från män till kvinnor, från höginkomsttagare till låginkomsttagare, från tjänstemän till arbetare och från privatanställda till offentligt anställda. För olika löntagarkollektiv förstärks effekten av att avgifter tas ut även på lönedelar ovanför taket (dvs. 7,5 prisbasbelopp), där grupper med lägre sjukfrånvaro befinner sig.

För löntagarkollektiven modereras fördelningseffekten i viss mån genom lagenlig sjuklön och avtalsersättningar. Avtalsgruppsjukförsäkringen, AGS, finns exempelvis i två varianter, en för privatanställda arbetare och en för kommun – och landstingsanställda (AGS-KL). I båda fallen sker riskspridningen inom respektive kollektiv. Ersättningarna är i princip desamma men AGS-KL har cirka 15 procent högre avgifter p.g.a. en högre sjukfrånvaro⁹⁴. Allt annat lika så leder det till ett mindre löneutrymme inom den sektorn.

Sett utifrån producentkategorier har små företag lägre sjukfrånvaro än större företag och privata verksamheter lägre sjuktal än offentliga. Småföretagen är, med enhetliga premier, förlorarna och offentliga verksamheter subventioneras genom den allmänna sjukförsäkringen.

I frivilliga sjukförsäkringssystem används normalt differentierade premier (avgifter). Differentieringen kan ske efter exempelvis ålder, kön och hälsotillstånd. I frånvaro av premiedifferentiering gynnas s.k. ”dåliga risker” och ”snedrekrytering” blir följd. Följden kan bli en process med stigande premier och/eller försämrade försäkringsvillkor och en fortsatt negativ selektering. Resultatet kan bli att försäkringen blir förlustbringande och läggs ner. Folksamns medlemsförsäkringar är här illustrativa.

Sedan 1970-talet, då en hög sjukfrånvaro upplevdes som problem för arbetsgivarna, har möjligheten att införa differentierade avgifter inom den allmänna sjukförsäkringen diskuterats. Diskussionen har praktiskt taget genomgående utgått från producentperspektivet och det är främst inom produktionen som risken har ansetts påverkbar. Argumenten för differentierade avgifter⁹⁵ har gällt dess påstådda gynnsamma effekter för arbetsmiljö och förebyggande arbete. Fördelningseffekten för småföretagarna har också varit ett vanligt argument. Argumenten mot riskdifferentierade avgifter⁹⁶ har närmast gällt att det saknas belegg för positiva arbetsmiljöeffekter, att företag då skulle anställa endast friska personer samt att det är praktiska problem förbundna med en

differentiering. Inte minst har hänsyn tagits till att vissa grupper (arbetare eller offentlig anställda) förlorar och får minskade löneutrymmen.

Av parterna är det främst de privata arbetsgivarna som förordat differentierade avgifter. Svenska arbetsgivareföreningen hade redan 1976 tagit initiativ till förhandlingar med LO och PTK om bl.a. en företagsanpassad sjukförsäkringsavgift⁹⁷. En sådan sågs som en rättvisefråga eftersom det skulle gynna främst småföretagen. Att Svenskt Näringsliv tog initiativet till en utbrytning tillsammans med LO och PTK år 2003 kan ses som ännu en illustration. De privata arbetsgivarna menade nu att en utbrytning skulle leda till lägre avgifter (och följaktligen ett högre löneutrymme för privatanställda)⁹⁸.

Småföretagarorganisationen FöretagarFörbundet förordade år 2004 ett sjukförsäkringssystem där arbetsgivarna delas upp i tre grupper: offentlig sektor, privata företag med mer än 20 anställda och småföretagarna⁹⁹. Varje grupp skulle bära sina egna sjukförsäkringskostnader utifrån en premie som baseras på den egna gruppens sjukfrånvaro. Regeringsförslaget år 2003 om medfinansiering enbart för offentlig sektor tilltalade följaktligen småföretagarna.

Offentliga arbetsgivare däremot, var helt emot differentierade avgifter¹⁰⁰, då ju sektorn kostnadsmissigt skulle förlora. Motståndet gällde också, givetvis, förlängning av sjuklöneperioder och medfinansieringen.

Arbetare har jämfört med tjänstemän en högre sjukfallsfrekvens och vinner mest på en allmän sjukförsäkring med enhetliga avgifter; riskutjämningen bör följaktligen enligt deras intressen omfatta så stora grupper som möjligt. LO centralt var starkt emot medlemsförsäkringar eftersom dessa kunde öppna dörren till splittring och ytterligare försämringar i det generella systemet. Det gjordes ingen hemlighet av att differentierade sjukförsäkringsavgifter skulle drabba LO-medlemmarna negativt i form av försämrad löneutveckling¹⁰¹. För LO var det viktigt med ”solidarisk finansiering”. Då LO ställde sig positiv till överläggningar med Svenskt Näringsliv år 2003 skedde detta under den bestämda förutsättningen att också PTK deltog. En tolkning av detta kan vara att de privatanställda arbetarna inte var främmande för tanken att få lägre avgifter än de anställda inom offentliga sektorn; men de skulle ha i princip samma avgifter och villkor i övrigt som privatjänstemännen.

LO kunde emellertid acceptera en s.k. indirekt differentiering. Innebörden är att företag som gör något positivt för arbetsmiljön eller för rehabilitering skulle få lägre avgift som belöning. LO, TCO och SACO enades under trepartssamtalen exempelvis om att arbetsgivare som inom en viss tid (90 dagar) lämnat ett fullständigt rehabiliteringsunderlag skulle befrias från att betala den särskilda sjukpenningavgiften efter sjuklöneperioden. Men det var alltså inte denna form av differentiering som de privata arbetsgivarna hade åsyftat.

Sjuklön är en långtgående form av differentiering utan fördelningseffekter mellan de stora löntagarkollektiven. Arbetsgivareföreningen började diskutera sjuklönemöjligheten redan på 1970-talet och lanserade ett konkret sjuklöneförslag i slutet av 1980-talet, då ersättningsnivån inom det totala sjukersättningsystemet uppnått 100 procent¹⁰². Syftet med förslaget var att skapa bättre kontrollmöjligheter av korttidsfrånvaron med dess problem för bl.a. produktionsplaneringen. Förutsättningar för att arbetsgivarna skulle acceptera lagreglerad sjuklön var att de dels skulle bli kompenserade i form av sänkta arbetsgivaravgifter, dels att någon form av skydd skulle finnas för småföretagen. I början av 1990-talet kom så inte bara en tvåveckors sjuklöneperiod utan också självrisker, och korttidsfrånvaron sjönk. Arbetsgivarna kunde tänka sig en förlängning av sjuklöneperioden, givet att deras villkor uppfylldes. Nu fick man inte fullgod kompensation de två gånger sjuklöneperioden förlängdes och något effektivt skydd för småföretagen saknades. Det är nog ingen överdrift att påstå att arbetsgivarna därefter blev mer tveksamma i synen på förlängd sjuklöneperiod eftersom man inte ansåg sig kunna lita på statsmakten¹⁰³.

Sjuklön kombinerat med medfinansiering accepterades inte bl.a. med hänvisning till småföretagen. Småföretagen som grupp är i och för sig vinnarna med sjuklön. Å andra sidan saknas möjligheter till riskutjämning. Småföretagen var motståndare till att ha förstahandsansvaret för rehabilitering. Rehabilitering kräver nämligen särskilda kunskaper och resurser och sådana finns inte hos de mindre företagen¹⁰⁴. Enligt arbetsgivarna, stora som små, fanns inte heller skäl att helt koncentrera sig på arbetsförhållanden som hälsofaktorer. Främsta skälen till sjukfrånvaron låg, enligt arbetsgivarna, utanför arbetet och det diskussionen borde gälla var bl.a. hur den sjukskrivne lättare skulle kunna byta arbete. Främst borde ohälsfaktorer utanför arbetslivet angripas¹⁰⁵. Det som också särskilt retade speciellt småföretagarna var att de måste betala även för sjukfall som inte hade med arbetsmiljön att göra, exempelvis trafikolyckor, skidolyckor, skönhetsoperationer mm¹⁰⁶. Ej heller kunde arbetsgivarna påverka sjukskrivningsbesluten, detta var ju läkarnas ansvarsområde.

Arbetsgivareföreningen hade redan i sitt förslag på 1980-talet föreslagit en småföretagarförsäkring. En frivillig sådan med enhetspremier infördes samtidigt med att sjuklönen lagfästes år 1992. Denna försäkring blev ett stort misslyckande och tenderade främst tecknas av ”högriskföretag”. Riksförsäkringsverket föreslog redan 1995 alternativa lösningar varav en var att försäkringen skulle avskaffas¹⁰⁷. Även ett högkostnadsskydd, som AGRA-utredningen föreslog (SOU 1997:142), är orealistiskt och ett sådant visade sig senare strida mot EUs regler för statsstöd. Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:121) föreslog ett liknande högkostnadsskydd. Ett sådant stöd, enligt vilket företagen kompenseras med statliga medel om sjuklönen överstiger en viss nivå, är emellertid problematiskt helt bortsett från att det strider mot EU-regler. Dels blir systemet komplicerat och administrativt betungande, dels kan det bli en statlig subvention till företag med hög sjukfrånvaro (och kanske dålig arbetsmiljö). Det är dessutom svårt att undvika ”tröskeleffekter”. Om,

exempelvis, högkostnadsskydd utgår till företag med högst 20 anställda så finns risken att företagare drar sig för att anställa en 21:a medarbetare.

Småföretagarproblematiken är allvarlig i ett sjuklönesystem. Småföretagarna är också en grupp som har bundsförvanter inom samtliga politiska partier. Det har framförts en rad förslag till hur problemen skall kunna minimeras. Ett förslag har varit att småföretagen undantas; den tanken fanns exempelvis inom regeringen inför förslaget om medfinansiering¹⁰⁸, ett annat att sjuklöneperiodens längd skall vara beroende av antalet anställda (fem anställda ger fem sjuklönedagar, tio anställda ger tio sjuklönedagar osv.). Det sistnämnda har småföretagarorganisationer också föreslagit¹⁰⁹. Sedan 1970-talet har också småföretagarorganisationer förordat differentierade arbetsgivaravgifter som en möjlighet¹¹⁰.

De lösningar på småföretagsproblematiken som framförts är inte problemfria vare sig politiskt eller med hänsyn bl.a. till ”tröskeeffekter” och administrativa besvärligheter. Tanken har framförts om en mer konkurrensmässig försäkring för småföretagarna, alltså en försäkring som skulle leda till riskdifferentierade avgifter till skillnad från Försäkringskassans försäkring. I realiteten kan emellertid knappast en fungerande sådan marknad utvecklas dels beroende på att arbetsgivarnas åtagande trots allt är relativt begränsat, dels för att potentiella försäkringsgivare skulle anse sig löpa stora politiska risker med tanke på de senaste 15 årens förändringar i den statliga sjukförsäkringspolitiken.

LO och TCO var hätska motståndare till det sjuklönesystem, som infördes år 1992¹¹¹. Förutsättningarna för deras inställning till sjuklön tycks dock ha ändrats i och med införandet av budgettaket och med ökningen av långtidssjukskrivningarna. En tvåveckors sjuklöneperiod kom att accepteras men ingen förlängning eftersom en sådan hotade avtalsförmånerna. Att förlora förmåner, som man förhandlat sig till, accepterades inte. De fackliga organisationerna var dock inte negativa till medfinansieringen. Det var ju i viss utsträckning deras egen idé att stärka arbetsgivarnas incitament att få tillbaka deltidssjukskrivna och att få till stånd tidig rehabilitering.

Fördelningseffekter inom den allmänna sjukförsäkringen följer inte bara på grund av olika risker utan också av det s.k. taket för sjukpenninggrundande inkomst. Taket har sedan mitten av 1970-talet uppgått till 7,5 basbelopp. Då det fastställdes hamnade den alldeles övervägande majoriteten av löntagarinkomsterna under taket. Arbetsgivaravgiften beräknas emellertid också på lönedelar ovanför taket. Fördelningseffekten från hög- till låginkomsttagare förstärks därmed (utöver den högre sjukfallsrisken för låginkomsttagare). Basbeloppet har följt konsumentprisindex och som reallönerna ökat över tiden har allt fler grupper inkomstmässigt hamnat ovanför taket.

Inom främst LO-området har det inte funnits någon avtalsmässig kompensation för lönebortfall ovanför taklönen; AGS ger 10 procent av

lönen upp till taket. För tjänstemannagrupper har avtalsenlig sjuklön gett kompensation för dessa lönedelar. De som via avtal kompenserats för lönedelar ovanför taket har visat missnöje genom att de, som det brukar heta, ”betalar dubbelt”. De har avstått löneutrymme både till avtalssjuklönen och till arbetsgivaravgiften ovanför taket. För dem som befinner sig ovanför taket, men inte får avtalskompensation, urgröps inkomstbortfallsprincipen och de får inte full motprestation för erlagda avgifter. För båda grupperna kan det alltså finnas anledning att försöka få till stånd en höjning av taket.

Att höja taket har också setts som ett sätt att höja sjukförsäkringens försäkringsmässighet och så har också föreslagits av olika utredningar exempelvis Sjuk- och arbetsskadekommittén (SOU 1996:113), Sjukförsäkringsutredningen¹¹² (SOU 2000:121) och Skattebasutredningen (SOU 2002:47). Ser vi till sjukförsäkringens intressenter så skedde en snabb ökning av antalet ovanför taket som en följd av en hygglig reallöneutveckling mellan 1996 och 2001. Antalet personer ovanför taket uppgick år 1996 till 540 000; fem år senare hade siffran fördubblats¹¹³. LO, TCO och SACO har haft ett gemensamt intresse av en höjning och verkade för att beloppet skulle höjas¹¹⁴. I budgetpropositionen hösten 2001 aviserades en framtida höjning.

En takhöjning påverkar avtalsersättningarna. Eftersom AGS-ersättningen uppgår till 12,5 procent av sjukpenningen så kommer den ersättningen att öka med automatik. Tjänstmännen ser en fördel i att dubbelbetalningen reduceras och att det kan skapas ett extra löneutrymme i och med att deras avtalsenliga ersättningar ovanför taket reduceras. Våren 2006 beslutade riksdagen om en höjning av taket. Den nya riksdagsmajoriteten hösten 2006 återställde emellertid taket till ursprunglig nivå¹¹⁵.

9. Den bristande stabiliteten och avtalsersättningarna

Sjukförsäkringens utveckling sedan början av 1990-talet har kännetecknats av en rad provisoriska lösningar. Fromma förhoppningar och budgetläget har i mångt och mycket varit avgörande för de beslut som tagits. Fram till 1997 föll sjuktalet som en följd både av hög arbetslöshet och införandet av självrisker. Budgetsaneringen kom i stor utsträckning att styra de förändringar som skedde. Intressant att notera är att sjukförsäkringen då uppvisade stora överskott under flera år: 1997 så mycket som 21 miljarder kronor¹¹⁶. Sådana överskott, som gick rakt in i statsbudgeten, kunde ses som stötande samtidigt som statsmakten gjorde neddragningar¹¹⁷. Här fanns argument för att flytta ut sjukförsäkringen ur statsbudgeten. Då socialdemokraterna i krisuppgörelsen hösten 1992 föreslog att sjukförsäkringen skulle brytas ut ur statsbudgeten var argumentet det motsatta; då gällde det att bli av med underskott i sjukförsäkringen. Argumentet bottnade i de förhållanden som tidigare rått med höga sjuktalet och avsaknad av självrisker.

Sedan 1997 kom budgettaket att ge nya förutsättningar. Taket skapar inte bara ett viktigt principiellt problem genom att statens budget överordnas en försäkringsrättighet. Taket ledde dessutom till vad som kan kallas "budgettrixande",¹¹⁸ kanske allra bäst illustrerat våren 2003. Det skall här särskilt observeras att inkomsterna i form av sjukförsäkringsavgift inte beaktas i samband med taket. Förslaget år 2003 att de offentliga arbetsgivarna tar över en del av de anställdas sjukpenning i utbyte mot sänkta arbetsgivaravgifter skulle exempelvis innebära att statens inkomster och utgifter minskade lika mycket. Men samtidigt skapas då ett utrymme under det tak som lagts fast för att begränsa statsutgifterna. Här fanns alltså ytterligare argument för att flytta sjukförsäkringen ut ur statsbudgeten. Då den allmänna medfinansieringen senare infördes och arbetsgivaravgifterna sänktes i motsvarande mån kunde detta bidra till att budgettaket räddades.

Budgetsänringen och budgettaket ledde till argument och ageranden från statsmaktens sida som skulle kunna betraktas som både desperata och orealistiska. Då exempelvis sjuklöneperioden förlängdes till fyra veckor stödde sig regeringen på en utvärdering från Riksförsäkringsverket. Men denna var inte särskilt positiv, men regeringens bedömning blev detta till trots att sjuklöneperioden "i allt väsentligt" varit positiv¹¹⁹. Vidare trodde då regering och riksdag att arbetsgivarna, som inte blev fullständigt kompenserade för den förlängda sjuklöneperioden, skulle acceptera avtalsersättningar under tredje och fjärde sjuklöneveckan. Man grep till och med in och ändrade i sjuklönelagen för att möjliggöra avtal, men förgäves. Desperationen visade sig också våren 2003 då ökningen från två till tre sjuklöneveckor beslutades. Att ikraftträdandet skulle ske redan den 1 juli 2003 ifrågasattes bl.a. av lagrådet¹²⁰.

Förslaget till medfinansiering för endast offentliga verksamheter i början av år 2003 kan också ses som en desperat, och man frestas säga orealistisk, åtgärd från regeringens sida. Knappast något regeringsförslag under den här studerade perioden har mött ett så kompakt motstånd. Riksförsäkringsverket, exempelvis, fann det anmärkningsvärt att ett sådant genomgripande förslag inte föregåtts av en djupare analys¹²¹. Regeringen fann också för gott att dra tillbaka förslaget och snabbt kom i stället en tre veckors sjuklöneperiod med reducerad sjukpenning. Också detta en lösning för att klara budgettaket.

Bristande realism har också kännetecknat småföretagarförsäkringen och, som tidigare nämnts, endast ett mycket litet antal företagare har tecknat försäkringen. Redan 1995 föreslog Riksförsäkringsverket alternativa lösningar och år 2003 föreslogs att den skulle avskaffas. Även ett högkostnadsskydd enligt AGRA-utredningen visade sig vara orealistiskt och stred mot EUs regler om statsstöd.

En marknadsmässig småföretagarförsäkring med riskdifferentierade premier har hittills inte varit ett reellt alternativ. Då sjuklönen infördes kom några försäkringsbolag att erbjuda en kommersiell sjuklöneförsäkring som ett alternativ till Försäkringskassans försäkring, men de upplevdes inte

som något attraktivt alternativ¹²². En orsak har varit begränsade skadefall. Och för försäkringsbolagen har den politiska risken med försäkringar av detta slag varit uppenbar.

Om det är något som arbetsgivare och fackliga organisationer haft en gemensam uppfattning om så är det att en längre sjuklöneperiod tenderar att leda till selektion vid nyanställningar och till hinder för framför allt småföretagens utveckling. Att sjuklöneperioden på två veckor över huvud taget infördes 1992 sammanhänger med att problembilden var den som etablerats i slutet av 1980-talet med brist på självrisker och kontroll. Då sjuklöneperioden senare utökades till fyra veckor var förutsättningarna annorlunda; det gällde att minska statens utgifter. Då hade Riksförsäkringsverket gjort en utvärdering enligt vilken det bl.a. visade sig att företagen blivit mer noggranna vid nyrekrytering¹²³. Detta kom emellertid inte att påverka förlängningen. Sedan statsbudgeten kommit i ordning blev det överskuggande problemet att få bukt med långtidssjukskrivningarna. Det är symptomatiskt att sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:121) i mångt och mycket negligerade selektionsproblemet.

De många förändringarna i den lagenliga sjukersättningen (sjuklön och sjukpenning) ledde till ändrade förutsättningar för avtalsersättningarna. I tabell 5 visas de förändringar som ägde rum. Där det anges maximalt belopp inkluderas avtalsersättningar ovanför sjukförsäkringens "tak".

Tabell 5 Förändringar i förutsättningarna för avtalsersättningar

Mars 1991	Sjukpenningen 65% dag 1-3, 80% dag 4-90, 90% härefter. Maximal avtalsersättning upp till 75% dag 2-3 och 90% härefter. Minskingsregeln i kraft.
Januari 1992	Sjuklöneperioden (dag 1-14) införs. Inga avtalsersättningar under denna period
April 1993	Inga avtalsersättningar under karensdagen
Januari 1996	Sjukpenning genomgående 75%. Maximal avtalsersättning upp till 85% dag 15-90. I övrigt inga avtalsersättningar över 75%
Januari 1997	Inga avtalsersättningar under förlängda sjuklöneperioden (dag 15-28)
Januari 1998	Sjukpenning 80%. Maximal ersättning upp till 90% (ej dag 2-28) och justerad minskningsregel efter dag 90
April 1998	Maximalt upp till 90% också dag 15-28
Juli 2003	Treveckors sjuklöneperiod och sjukpenning 77,6%. Inga avtalsersättningar vecka 3. AGS, som är relaterad till sjukpenningen, sänks.
Januari 2005	TVå veckors sjuklöneperiod och sjukpenning 80%. Maximalt upp till 90% fr o m dag 15

Då sjukpenningen sänktes till 77,6% blev det en ytterligare komplikation. AGS för privatanställda arbetare sänktes med tre procent. Detsamma skulle

gälla AGS-KL. Problemet här var att exempelvis kommunaltjänstemännen, SKTF, hade ett avtal som gav 80 procent i sjuklön ovanför taket. Följaktligen blev det en lägre nivå för dem som tjänade mindre än taket. Förhandlingar inleddes som resulterade i att de som tjänade över taket fick 77,6 mot att samtliga fick behålla nivån på AGS-KL, alltså tio procent av lönen.

Även den statliga utredningsverksamheten under den studerade perioden uppvisar en splittrad bild. Sjukförsäkring, arbetsskadeförsäkring, förtidspension/sjukersättning samt frågor kring arbetsmiljö och rehabilitering hänger samman. Utredningar om rehabilitering eller arbetsmiljö kommer självklart in på frågor om arbetsgivarperiod och incitament för arbetsgivarna att förbättra miljön eller att tidigt sätta in rehabiliterande insatser; och sjukförsäkringsutredningar, antingen de gäller korta eller långa sjukfall, måste beakta rehabiliteringsmöjligheter och arbetsmiljöfaktorer. En samlad syn på socialförsäkringarna hade efterlysts redan på 1970-talet¹²⁴. Ett försök gjordes med Sjuk- och arbetsskadeberedningen men besparingsprogram, ändrade direktiv och oenighet blev stöttestenar. Härefter tillsattes fyra enmansutredningar, som fick var sitt område att utreda: arbetsskadeförsäkring, förtidspension, socialförsäkringsnämnder och arbetsgivares rehabiliteringsansvar (inklusive högkostnadsskydd för småföretagare). En samlad syn på socialförsäkringar inklusive relationen till avtalslösningar blev en omöjlighet.

Bilden blev förvirrad också under år 2000. Rehabiliteringsutredningen (SOU 2000:78) diskuterade en förlängd sjuklöneperiod men ansåg att nackdelarna övervägde. Sjukförsäkringsutredningen (SOU 2000:121), å andra sidan, såg stora fördelar med en förlängd sjuklöneperiod. I början av år 2000 tillsattes också inom regeringskansliet en arbetsgrupp med ett arbetsmiljöperspektiv. Arbetsgruppen kom fram till att det var svårt att hitta ekonomiska styrmedel som inte gav oönskade bieffekter¹²⁵. Och i början av år 2002 presenterade utredningsmannen Jan Rydh betänkandet *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5). Där föreslogs en förlängd sjuklöneperiod till 60 dagar, trots att alla tunga remissinstanser tidigare (i remissyttranden över SOU 2000:121) tagit bestämt avstånd från en förlängd sjuklöneperiod.

Ännu ett exempel på splittringen finner vi då trepartssamtalen krockade med finansdepartementets egen utredning (Ds 2002:63). Detta trots att staten var en av de tre parterna så skedde en parallellutredning inom regeringskansliet. Och denna utrednings förslag skiljde sig i viktiga delar från resultatet från trepartssamtalen. Att de fackliga organisationerna blev mycket upprörda syns helt befogat.

Den splittring och förvirring som kännetecknat statsmaktens agerande innebar en ständig osäkerhet för avtalsersättningarna. Det är mot den bakgrunden som vi kan förstå att Svenskt Näringsliv år 2003 bjöd in LO och PTK till diskussioner om att lägga sjukförsäkringen i parternas händer. Förra gången ett liknande förslag presenterades var i krisuppgörelsen

hösten 1992, då med socialdemokraterna som förslagsställare. I båda fallen handlade det om att få stabilitet i sjukersättningsystemet och att detta inte borde vara beroende av hur statens finanser utvecklades. Ett liknande förslag presenterades av SACO hösten 2005¹²⁶.

10. Avslutande reflektioner

Kombinationen sjukpenning från försäkringskassan och avtalsersättningar hade i slutet av 1980-talet lett till att i stort sett samtliga anställda hade en totalersättning vid sjukdom uppgående till 100 procent. ”Moral hazard”, dvs. att försäkringstagaren genom eget beteende kan påverka riskutfallet, blev ett problem och sjuktalen blev höga. Med avtalsersättningar vid sjukdom och avtalsfrihet kunde det bli en kollision mellan parternas ambitioner att höja ersättningar och statens intressen av att det fanns självrisiker för att begränsa sjukfrånvaron och utgifterna för den underliggande allmänna sjukförsäkringen.

Regering och riksdag hade tidigare förespråkat någon form av självrisk inom systemet, exempelvis inför införandet av beskattad sjukpenning 1974 eller då den dåvarande borgerliga majoriteten beslutade om två karensdagar i början av 1980-talet¹²⁷, men man vågade inte ge sig på avtalsfriheten. Att inskränka avtalsfriheten vågade politikerna först då den ekonomiska krisen uppenbarade sig i alldeles i början av 1990-talet. De då införda självriskerna förbereddes och beslutades utan medverkan av arbetsmarknadens parter och under häftiga protester från de fackliga organisationerna. Härmed gavs nya spelregler för samspelet mellan avtalslösningar och den lagenliga sjukersättningen (sjuklön och sjukpenning). Statsmakten har sedan dess i olika sammanhang gjort helt klart för de fackliga organisationerna att självrisiker måste finnas och att avtalsersättningarna måste anpassas till detta.

Utvecklingen sedan början av 1990-talet har kännetecknats av ryckighet. Statsmakten har vid olika tillfällen inbjudit parterna till samtal för att nå fram till en samsyn om sjukförsäkring och avtalsersättningar. Ett första (misslyckat) försök kom i och med krisuppgörelsen hösten 1992, då tanken var att parterna skulle ta över sjukförsäkringen. Det andra försöket skedde inom ramen för Sjuk- och arbetsskadekommitténs arbete, också det ett misslyckande. Hösten 2001 inleddes på regeringens initiativ de s.k. trepartsamtalen. Svenskt Näringsliv lämnade förhandlingarna i ett slutskede eftersom alltför mycket av orsakerna till sjukfrånvaron tillskrevs arbetsförhållandena. De fackliga företrädarna formulerade emellertid en samsyn, som i stor utsträckning kom att präglade det kommande riksdagsbeslutet om medfinansiering.

Att göra sjukersättningsystemet autonomt och oberoende av statens finanser har flera utredningar diskuterat och föreslagit. Ett tidigt förslag kom från socialdemokraterna i samband med krisuppgörelsen hösten 1992. Under senare tid har en utbrytning föreslagits av SNS Valfördråd

2005¹²⁸ och Socialförsäkringsutredningen 2006¹²⁹. Även arbetsmarknadens parter verkar eniga om att försäkringsrättigheter inte skall påverkas av statens finansiella situation. Frågan om försäkringsrättigheternas relation till statens finanser har varit aktuell, antingen sjukförsäkringen har visat över- eller underskott.

En stor fråga vid en utbrytning är vilket inflytande arbetsmarknadens parter kommer att få och hur det framtida samspelet mellan lagenliga och avtalsenliga sjukersättningar kommer att se ut. Den ena ytterligheten är ett i princip helstatligt självfinansierat system med enhetliga avgifter och tillräckligt höga ersättningsnivåer och förbud mot avtalslösningar under taket. Den andra ytterligheten ger parterna ett avgörande inflytande över försäkringen och begreppet part kan då (åtminstone på sikt) avse olika delar av arbetsmarknaden med skilda avgiftsnivåer, ersättningar och ersättningsvillkor. Sjukförsäkringen blir då i allt väsentligt en avtalsförsäkring.

¹ En närmare beskrivning av det svenska sjukersättningssystemet återfinns i Gabriella Sjögren Lindquist & Eskil Wadensjö, *Inte bara socialförsäkringar. Kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*. Rapport till ESS 2005:2

² AGS utbetalas fr o m sjukdag 15 och AGS-KL fr o m sjukdag 91. Kommunalanställda har som regel avtalsenlig sjuklön dag 15-90. Försäkringsbolaget är AFA Sjukförsäkring som ägs av Svenskt Näringsliv och LO.

³ Här i uppsatsen behandlas sjukersättningar med en ersättningstid upp till ett år. Härefter följande sjukpenning eller sjukersättning/förtidspension behandlas alltså inte.

⁴ Framväxten beskrivs i Per Gunnar Edebalk, *Sjuklön och sjukpenning. Samspelet mellan staten och arbetsmarknadens parter 1974 - 1993*. Socialhögskolan i Lund, Working Paper 2006:6

⁵ Ds 2004:16 *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro*

⁶ Statistisk årsbok, olika årgångar

⁷ SOU 2000:61 *Utvärdering och vidareutveckling av budgetprocessen*

⁸ Från Riksdag och Departement 1992:29 sid 4. Se också regeringsförklaringen i Riksdagens protokoll 1992/93:2 sid 8

⁹ SIF-tidningen 1992:16 sid 17

¹⁰ LO-tidningen 1992:39 sid 6

¹¹ Om SAFs inställning till deltagande i korporativa organ se Bo Rothstein & Jonas Bergström *Korporatismens fall och den svenska modellens kris*, SNS Förlag 1999 och Hans De Geer, *Arbetsgivarna. SAF i tio decennier*, SAF 1992, kap 15. Utvecklingen inom SAF har också behandlats i den internationella litteraturen. Se t ex flera artiklar i Torben Iversen, Jonas Pontusson & David Soskice (eds) *Unions, Employers and Central Banks*, Cambridge University Press 2000

¹² *Marknad och mångfald – SAFs program för 90-talet*, SAF 1990, sid 7

¹³ SOU 1993:16 *Nya villkor för ekonomi och politik*

¹⁴ Kommittédirektiv 1993:44

¹⁵ *Kongressen från A till Ö*. En sammanställning av beslut fattade vid socialdemokraternas partikongress den 15 – 21 september 1993. Utgiven av Socialdemokraterna 1993 sid 44

¹⁶ Från Riksdag & Departement 1993:31

¹⁷ Kommittédirektiv 1995:16

¹⁸ Se t ex SOU 1996:113 *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering* sid 643 och TCO, *TCOs arbete 1995-1997. Inriktning och prioriteringar*. Stockholm 1995 sid 8

¹⁹ TCO-tidningen 1995:17 sid 3

-
- ²⁰ Detta framfördes redan i Ds 1994:81 *En Social Försäkring*, sid 379
- ²¹ Proposition 1995/96:69
- ²² Dagens arbete 1997:1 sid 10 och Social Försäkring 1997:2 sid 6-7
- ²³ SIF-tidningen 1994:7 sid 23 1994:10 sid 16
- ²⁴ Metallarbetaren 1995:8 sid 10
- ²⁵ LO-tidningen 1995:27 sid 1 och 31 sid 5, 1997:4 sid 8, Dagens arbete 1997:1 sid 1
- ²⁶ Kommunalarbetaren 1995:15 sid 36, Dagens arbete 1997:1 sid 12
- ²⁷ ”Budgetsaneringen flöt väldigt bra tills LO började agera” enligt Göran Persson, *Den som är satt i skuld är inte fri*. Stockholm: Atlas 1997, sid 144
- ²⁸ Proposition 1996/97:63
- ²⁹ Landsorganisationen i Sverige, Verksamhetsberättelse för år 1998 sid 54
- ³⁰ Kommunalarbetaren 1999:1 sid 9 och SKTF-tidningen 1999:2 sid 6
- ³¹ Kommunalarbetaren 2000:20 sid 10
- ³² SKTF-tidningen 2000:13 sid 9
- ³³ Dagens arbete 2003: November sid 42
- ³⁴ En detaljerad beskrivning av de aktuella medlemsförsäkringarna finns i Gabriella Sjögren Lindquist & Eskil Wadensjö, *Mer än socialförsäkringar – fördjupade studier om kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*, kap 4 (under utgivning)
- ³⁵ Proposition 1995/96:150
- ³⁶ Proposition 1995/96 sid 30
- ³⁷ Se t ex Arbetsgivaren 1987:39 och 1988:27
- ³⁸ Se t ex Från Riksdag & Departement 1996:4 sid 4, SOU 1995:149 sid 359 och SOU 1996:113 sid 646
- ³⁹ Ds 1994:81 *En Social Försäkring* sid 29
- ⁴⁰ SOU 1995:149 sid 57
- ⁴¹ Se t ex SAF-tidningen Näringsliv 1996:14 sid 3, 1996:28 sid 4 och 1996:32 sid 4. Då sjuklönesystemet infördes fick arbetsgivarna full kompensation. Sedan dess hade sjukfrånvaron minskat och en del av den vinsten ville regeringen hämta hem. Se LO-tidningen 1996:25 sid 4
- ⁴² Proposition 1990/91:73 s 42
- ⁴³ Se t ex LO-tidningen 1996:13 sid 4 och SIF-tidningen 1996:10 sid 18
- ⁴⁴ Proposition 1996/97:73
- ⁴⁵ Landsorganisationen i Sverige. Verksamhetsberättelse 1997 sid 63
- ⁴⁶ Arbetsdomstolens domar 1997:94
- ⁴⁷ Se t ex LO-tidningen 1996:32 sid 12, 1997:8 sid 8 och 1997:15 sid 9
- ⁴⁸ Proposition 1997/98:1 UO 10 sid 14
- ⁴⁹ Socialförsäkringsutskottets betänkande 1997/98 SfU 1. Det fanns dock en oenighet om när beslutet skulle träda i kraft. De borgerliga oppositionspartierna önskade den 1/1 1998
- ⁵⁰ Landsorganisationen i Sverige. Verksamhetsberättelse 1997 sid 6. Senare sägs att ”Betydelsen av LOs fortlöpande kontakter med SAP, Riksdagen och regeringskansliet har satt tydliga fackliga avtryck i den socialdemokratiska politiken” (sid 33). Att detta samtidigt ledde till ett bättre klimat mellan socialdemokratin och fackföreningsrörelsen framgår av Göran Persson aa sid 144
- ⁵¹ Försäkringskassan, Pressmeddelande 2005-11-25
- ⁵² RFV ANSER 1995:9 *Försäkring mot kostnader för sjuklön & Försäkring mot vissa semesterlönekostnader -uppföljningsrapport*
- ⁵³ SOU 1997:142 *Högekostnadsskydd mot sjuklönekostnader*
- ⁵⁴ Se t ex Motion Sf 1998/99:225 och 268, 1999/2000:215, 231 och 263 samt 2000/01:224 och 249
- ⁵⁵ Proposition 2004/05:21
- ⁵⁶ Se t ex Edward Palmer, ”Sjukskrivningen i Sverige – en inledande översikt” i Christer Hogstedt m fl (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut 2004 sid 40
- ⁵⁷ SOU 2000:78 *Rehabilitering till arbete*.
- ⁵⁸ SOU 2000:72 *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter* samt SOU 2000:121 *Sjukfrånvaro och sjukskrivning*.
- ⁵⁹ Se t ex SAF-tidningen Näringsliv 2000:21 sid 3 och 2000:35 sid 8, LO-tidningen 2000:24 sid 2
- ⁶⁰ SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*

-
- ⁶¹ SOU 2002:5 sid 73
- ⁶² SOU 2002:5 sid 72
- ⁶³ Försäkringskassförbundet, *Solidaritet med undantag*. Rapport från forskarseminariet i Umeå 2002. Fakta & Debatt 2002:2
- ⁶⁴ Ds 2001:28 *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv*
- ⁶⁵ Proposition 2001/02 UO 10 sid 22
- ⁶⁶ *Ett arbetsliv för alla*. Rapport från trepartssamtalen. Regeringskansliet 2003
- ⁶⁷ Se t ex Ds 1994:81 sid 354 och SOU 2000:121 sid 178
- ⁶⁸ Entreprenör.se 2002:34 sid 8 och *Ett arbetsliv för alla*, sid 97
- ⁶⁹ LO-tidningen 2003:7 sid 4, TCO-tidningen 2003:2 sid 5
- ⁷⁰ Se t ex TCO-tidningen 2003:4 sid 6
- ⁷¹ Ds 2002:63 *Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron*
- ⁷² Se t ex LO-tidningen 2003:5 sid 15 och 2003:6 sid 8, Kommunalarbetaren 2003:2 sid 9, TCO-tidningen 2003:2 sid 5 och 2003:3 sid 4, SKTF-tidningen 2003:2 sid 5, Från Riksdag & Departement 2003:6 sid 10. Se också Agneta Kruse, ”En optimal sjukpenningförsäkring och ett utvidgat arbetsgivaransvar” i Birgitta Swedenborg (red) *Varför är svenskarna så sjuka?* SNS Förlag 2003
- ⁷³ Riksförsäkringsverket, *Yttrande över promemorian Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron*, Dnr 685/03 sid 5
- ⁷⁴ LO-tidningen 2003:11 sid 9 och 2003:12 sid 9, TCO-tidningen 2003:8-9 sid 4
- ⁷⁵ Från Riksdag & Departement 2003:8 sid 5
- ⁷⁶ Proposition 2002/03:100 UO 10
- ⁷⁷ Proposition 2003/04:1 UO 10 sid 13
- ⁷⁸ Lagrådet, Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2003-05-09
- ⁷⁹ Socialförsäkringsutskottets yttrande 2002/03 SfU 3y
- ⁸⁰ Proposition 2004/05:21 sid 58
- ⁸¹ Dagens arbete 2003:maj sid 3, TCO-tidningen 2003:8-9 sid 4
- ⁸² LO-tidningen 2003:21-22 sid 5
- ⁸³ Företagarförbundet, Pressrelease 2003-03-26
- ⁸⁴ LO-tidningen 2003:15 sid 10, 2003:24 sid 4 och 2003:26 sid 6
- ⁸⁵ Enligt PTKs ordförande stod man inför en avtalsrörelse där frågor om ohälsa och arbetsmiljö kan komma att diskuteras. Det var därför omöjligt att föra parallella diskussioner i branschförhandlingar och centrala förhandlingar. PTK Pressmeddelande 2003-09-29
- ⁸⁶ LO-tidningen 2003:26 sid 6
- ⁸⁷ Proposition 2003/04:1 UO 10 sid 13
- ⁸⁸ I det slutliga beslutet innebar detta att det blev ett fribelopp på 12 000 kr som inte behövde betalas och ett maximibelopp motsvarande fyra procent av den totala lönesumman. Inom detta intervall utgick den särskilda sjukförsäkringsavgiften under ett år
- ⁸⁹ För företag med en årslönekostnad upp till 130 basbelopp. Detta svara mot ungefärligen 20 anställda
- ⁹⁰ Ds 2004:16 *Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro*
- ⁹¹ En remissammanställning finns i Proposition 2004/05:21 sid 31. Arbetsgivarmotståndet framgick också under trepartssamtalen; se *Ett arbetsliv för alla* sid 40
- ⁹² Socialförsäkringsutskottets betänkande 2004/05 SfU 5. Samtliga borgerliga partier yrkade avslag
- ⁹³ I Socialförsäkringsutredningen, Samtal om socialförsäkringen Nr 5 *Riskgruppsutjämning – viktigare än progressivitet* demonstreras den starka fördelningseffekten efter en gruppindelning baserad på inkomst och kön
- ⁹⁴ SOU 2006:86 *Mera försäkring och mera arbete* sid 74
- ⁹⁵ Se t ex SOU 1990:49 sid 61-62, SOU 1993:16 bilaga 21, Laura Larsson, Agneta Kruse, Mårten Palme & Mats Persson *En hållbar sjukpenningförsäkring*. SNS Förlag 2005, kap 7
- ⁹⁶ Se t ex Ds 1994:81 sid 41, SOU 1995:59 sid 109, SOU 1997:166 sid 77-78, SOU 1998:37 sid 239
- ⁹⁷ Svenska arbetsgivareföreningen, *Sjukfrånvaron drabbar alla*, SAF 1976
- ⁹⁸ SIF-tidningen 2003-05-12
- ⁹⁹ Företagarförbundet Remissvar 2004-06-01 över Ds 2004:16
- ¹⁰⁰ Se t ex Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet gemensamma remissyttrande 2000-12-08 över SOU 2000:72

-
- ¹⁰¹ *Framtidens socialförsäkringar*, LO 1996, sid 58 och LO-tidningen 1995:23 sid 6
- ¹⁰² SAF-tidningen 1987:39 sid 3
- ¹⁰³ Se t ex Svenskt Näringsliv, Remissyttrande 2002-04-26 över SOU 2002:5 sid 9
- ¹⁰⁴ Företagarna, Remissyttrande över SOU 2000:121
- ¹⁰⁵ *Entreprenör.se 2002: vecka 3 sid 4, Ett arbetsliv för alla* sid 97. Enligt Svenskt näringsliv berodde endast 5-10 procent av sjukfrånvaron på faktorer på arbetsplatsen. Se Svenskt Näringsliv, Remissyttrande över Ds 2002:63 sid 2-6
- ¹⁰⁶ Se t ex SAF-tidningen 1997:10 sid 6-7, SOU 1995:149 sid 363, SOU 1998:104 sid 285 och Socialförsäkringsutskottets betänkande 2004/05 Sfu 5 sid 74-75
- ¹⁰⁷ Rfv anser 1995:9
- ¹⁰⁸ Riksdagens protokoll 2002/03:71 sid 26
- ¹⁰⁹ Se t ex Företagarna, *De friska småföretagen*, 2003 sid 22, *Ett arbetsliv för alla* sid 64
- ¹¹⁰ SOU 1981:22 sid 27
- ¹¹¹ Per Gunnar Edebalk, *Sjukpenning och sjuklön – samspelet mellan staten och arbetsmarknadens parter 1974-1993*, sid 15-16
- ¹¹² SOU 2002:47 *Våra skatter? Betänkande från Skattebasutredningen*
- ¹¹³ Proposition 2001/02 UO 10 sid 27
- ¹¹⁴ Se t.ex LO, *Framtidens socialförsäkringar 1996* sid 33, *Kommunalarbetaren* 2004:13 sid 12, *TCO-tidningen* 2001:13 sid 4, *TCO granskar* 2006:8 882 359 *nya tak. Tack.*
- ¹¹⁵ Proposition 2006/07:1 UO 10 sid 7
- ¹¹⁶ SOU 2000:72 sid 61
- ¹¹⁷ Se t ex TCO-tidningen 1997:7 sid 3 och SIF-tidningen 1997:6 sid 15
- ¹¹⁸ TCO-tidningen 1999:6 sid 7, LO-tidningen 2003:5 sid 15
- ¹¹⁹ Proposition 1995/96:209 sid 30
- ¹²⁰ Lagrådet, *Utdrag av protokoll vid sammanträde 2003-05-09*
- ¹²¹ Riksförsäkringsverket, *Yttrande över promemorian Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron*, Dnr 685/03 sid 3
- ¹²² Andreas Skårström, *Sjuklöneproblematiken för små företag*, Göteborg, Departement of Law, 2000 (D-uppsats) sid 25-30
- ¹²³ Rfv anser 1995:14
- ¹²⁴ Se t ex SOU 1979:95 *En allmän socialförsäkring. Modell och riktlinjer* och Ds 1996:81 *En Social Försäkring*
- ¹²⁵ Ds 2001:28 *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv*
- ¹²⁶ SACO, *Parterna och socialförsäkringarna - en idéskrift* November 2005
- ¹²⁷ Proposition 1981/82:144. *Karensdagarna togs bort efter socialdemokraternas valvinst hösten 1982.* Proposition 1982/83:55
- ¹²⁸ Laura Larsson, Agneta Kruse, Mårten Palme & Mats Persson *En hållbar sjukpenningförsäkring*,
- ¹²⁹ SOU 2006:86 *Mera försäkring och mera arbete*