

isf

INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2015:6

Offentlig och
kollektivavtalad
sjukförsäkring

Institutionell utveckling
under 30 år

isf

Rapport 2015:6

Offentlig och kollektivavtalad sjukförsäkring

Institutionell utveckling
under 30 år

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2015

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: registrator@inspsf.se

Rapporten kan laddas ner från

www.inspsf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen

Tryckt av Elanders Sverige AB

Stockholm 2015

ISBN: 978-91-88098-05-4

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
Sammanfattning	7
Summary	11
1 Inledning	15
1.1 Bakgrund.....	15
1.2 Syfte och frågeställning	18
1.3 Disposition	19
2 Försäkring vid sjukdom – teoretiska utgångspunkter	21
2.1 Tre lager av försäkringsskydd.....	21
2.2 Riskspridning och omfördelning.....	23
2.3 Vägvalet	25
3 Det svenska försäkringsskyddet vid sjukdom	27
3.1 Den offentliga sjukförsäkringen.....	27
3.2 De kollektivavtalade sjukförsäkringarna	28
3.3 Privata individ- och gruppörsäkringar	30
4 Tillvägagångssätt	33
5 Resultat – utveckling över tid	37
5.1 Att tolka resultaten.....	37
5.2 Total ersättning vid kortare sjukfrånvaro	39
5.3 Total ersättning vid längre sjukfrånvaro	44
5.4 Total ersättning vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga	47
5.5 Dagens totala ersättningsnivåer utifrån sjukskrivningslängd.....	50
6 Avslutande diskussion.....	53

6.1 Institutionell förändring	53
6.2 Att förstå institutionell förändring	55
6.3 Betydelsen av institutionell förändring	56
6.4 Slutord	60
Referenser	61
Bilaga 1 Förändringar i ersättningsnivå	71
Bilaga 2 Total ersättningsnivå dag 15 i sjukperioden för den 75:e percentilen	79
Bilaga 3 Total ersättningsnivå dag 15 i sjukperioden för kommunanställda	81
Bilaga 4 Nominella ersättningsnivåer 2014 uppdelat på typ av ersättning	83

Generaldirektörens förord

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har i sitt slutbetänkande tagit ställning för att den svenska socialförsäkringen även framgent ska baseras på inkomstbortfallsprincipen, det vill säga att arbetsbaserade förmåner i stort sett ska vara proportionella mot inkomsten. ISF har i en tidigare rapport (2014:4) visat att denna princip under de senaste dryga två decennierna har urholkats. Medan reallönerna har stigit med omkring 50 procent, har förmånerna legat i stort sett reallt stilla, vilket innebär att systemet befinner sig i ett läge mellan inkomstbortfall och grundtrygghet.

Parterna på arbetsmarknaden har svarat på denna utveckling med att förhandla fram avtalsförsäkringar som kompletterar den offentliga. I föreliggande rapport beskrivs i detalj hur dessa kompletteringar ser ut för sjukförsäkringen. Kort uttryckt kan sägas att de löntagargrupper som omfattas av kompletteringarna och som ligger under inkomsttaket på 7,5 basbelopp får ungefär 90 procent av inkomsten genom den kombinerade försäkringen, medan ersättningsnivån för grupper med högre inkomster är lägre och också varierar mer mellan kollektiven.

En fortsatt utveckling i denna riktning leder till ökade skillnader i försäkringsskydd mellan grupper i samhället och till att vissa grupper står utan kompletterande skydd, eftersom inte alla privata arbetsgivare tecknar kollektivavtal. Utjämnningen mellan riskgrupper minskar också, och den politiska auktoriteten över försäkringens incitamentsstrukturer försvagas. Existensen av två parallella system ökar de administrativa kostnaderna, samtidigt som det blir svårare för individen

att överblicka sin försäkring och därmed få ut den ersättning man har rätt till. Rapporten ger därmed anledning till en principiell diskussion om den offentliga försäkringens fortsatta utveckling.

Rapporten har skrivits av Nadja Grees.

Stockholm i juni 2015

Per Molander

Sammanfattning

I Sverige utgörs inkomsttryggheten vid arbetsförmåga på grund av sjukdom dels av en offentlig sjukförsäkring, dels av ett kompletterande skydd av kollektivavtalade sjukförsäkringar som omfattar alla som arbetar på en arbetsplats som har tecknat kollektivavtal. Syftet med den här rapporten är att belysa samspelet mellan den offentliga sjukförsäkringen och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna och på så sätt ge en sammanhållen bild av individers totala försäkringsskydd vid sjukdom. Särskilt fokus ligger på eventuella skillnader i försäkringsskydd mellan olika grupper i samhället, utifrån avtalsområde och inkomstnivå, och förändringar över tid. Det empiriska materialet omfattar förändringar i försäkringarna mellan åren 1982 och 2013. Materialet har använts för att analysera konsekvenser av den institutionella utvecklingen inom sjukförsäkringssystemet på både individnivå och samhällsnivå.

En grundläggande princip i den offentliga sjukförsäkringen är att ersättningsnivån ska vara direkt proportionell mot inkomstbortfallet, det vill säga att den så kallade inkomstbortfallsprincipen ska råda. Den nuvarande nominella ersättningsnivån i sjukförsäkringen uppgår till cirka 80 procent av inkomstbortfallet. Detta gäller dock endast upp till ett tak om cirka 27 800 kronor per månad. Inkomstförluster över taket ersätts inte av den offentliga försäkringen.

Avtalsförsäkringarna kompletterar den offentliga sjukförsäkringen på huvudsakligen två sätt. Det ena är att de höjer ersättningsnivån under taket, och det andra är att de även ger ersättning för inkomster över taket. Det finns separata avtal för privatanställda tjänstemän, privatanställda arbetare, statsanställda samt kommunanställda och landstingsanställda, och variationer förekommer därför mellan avtalsområdena vad gäller såväl ersättningsnivån under taket som ersättningsnivån över taket.

Den faktiska ersättningsnivån i den offentliga sjukförsäkringen har minskat över tid. De sjunkande faktiska ersättningsnivåerna i den offentliga försäkringen beror dels på att beslut fattats om sänkta nominella ersättningsnivåer, dels på att taket i sjukförsäkringen inte har utvecklats i samma takt som lönerna. Taket i sjukförsäkringen räknas årligen upp med prisbasbeloppet (PBB), vilket innebär att taket i stort sett följer prisutvecklingen i samhället. Eftersom löneutveckling har varit snabbare än prisutvecklingen har allt fler personer en större del av sin inkomst som överstiger taket i den offentliga sjukförsäkringen. På så sätt urholkas inkomstbortfallsprincipen. Det har lett till att betydelsen av de kompletterande försäkringarna har ökat.

Avtalsförsäkringarna fyller ut det gap som uppstår på grund av de sjunkande ersättningsnivåerna inom den offentliga försäkringen. Därför har ersättningsnivån från det totala försäkringssystemet, i form av både offentlig sjukförsäkring och kollektivavtalade sjukförsäkringar, över hela den studerade perioden uppgått till över 70 procent av tidigare inkomst under perioder med sjukpenning. Under långa perioder har dock ersättningsnivån varit högre än så. Vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga (sjukersättning) har ersättningsnivån generellt sett varit något lägre än under perioder med sjukpenning.

Detta innebär att det har skett en institutionell förändring inom sjukförsäkringen under den studerade perioden. År 1982 var den offentliga sjukförsäkringen en standardförsäkring med en ersättning som i hög grad motsvarade inkomstbortfallet vid sjukdom för hela arbetsmarknaden. I dag är det inte längre så. Individer med inkomster under taket har ett fortsatt heltäckande inkomstskydd inom den offentliga sjukförsäkringen men det har däremot inte individer med inkomster över taket. Dessa är i dag helt beroende av avtalsförsäkringarna för att ha ett försäkringsskydd som i hög grad täcker inkomstbortfallet vid sjukdom.

Eftersom avtalsförsäkringarna är olika uppbyggda, beroende på avtalsområde, skiljer sig försäkringsskyddet åt mellan olika grupper i samhället. Det gäller särskilt för individer med inkomster över taket. Om inga förändringar genomförs kommer andelen individer med inkomster över taket att fortsätta öka, och därmed kommer denna utveckling att fortgå och med tiden även nå de lägre inkomstskikten.

I och med att ersättningsnivåerna inom den offentliga sjukförsäkringen sjunker, övergår inkomstprincipen till en form av grundtrygghet för individer med inkomster över taket. En sådan utveckling kan

skapa en skiljelinje mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare, vilket kan leda till minskade drivkrafter för höginkomsttagarna att vilja stanna inom samma institutionella struktur som låginkomsttagarna. Att en växande andel individer har inkomster över taket i sjukförsäkringen innebär därför en risk att tilltron och betalningsviljan till det offentliga sjukförsäkringssystemet minskar. Med ökande betydelse för avtalssjukförsäkringarna förändras även riskdelningen inom försäkringen genom att mindre, mer homogena grupper delar på riskerna.

Det blir också svårare att från politiskt håll åstadkomma önskade drivkrafter inom sjukförsäkringen, eftersom endast den offentliga delen av försäkringssystemet kan justeras. Dessutom ökar de administrativa kostnaderna när två parallella system ska hanteras.

På individnivå kan det konstateras att den ökade betydelsen av avtalsförsäkringarna gör att enskilda individer får svårare att överblicka sitt försäkringsskydd, eftersom det totala trygghetssystemet blivit mer svåröverskådligt. En tidigare utredning har visat att så många som 25–30 procent inte får ut den ersättning som de är berättigade till från de kollektivavtalade sjukförsäkringarna under tid med sjukpenning. Det beror på att de inte känner till att de har en kompletterande sjukförsäkring och därför inte ansöker om ersättning (Sjögren Lindquist och Wadensjö 2007 sid. 44–45).

Det är också viktigt att påpeka att inte alla har en avtalsförsäkring, eftersom inte alla arbetsplatser inom den privata sektorn omfattas av kollektivavtal. I och med att betydelsen av avtalsförsäkringarna ökar, ökar även skillnaderna i sammanlagd ersättningsnivå vid sjukdom mellan dem som har en avtalsförsäkring och dem som inte har det.

Summary

The interaction between public and occupational sickness insurance – Institutional development over 30 years

The Swedish Social Insurance Inspectorate (Inspektionen för socialförsäkringen, ISF) is an independent supervisory agency for the Swedish social insurance system. The objectives of the agency are to strengthen compliance with legislation and other statutes, and to improve the efficiency of the social insurance system through system supervision and efficiency analysis and evaluation.

The ISF's work is mainly conducted on a project basis and is commissioned by the Government or initiated autonomously by the agency. This report has been initiated by the agency.

Background

In case of the inability to work due to illness, the Swedish system of income protection is based on a public sickness insurance which is mandatory, universal and uniform. With the exception of the first day of a sick leave period (which is without compensation), the official replacement rate is 80 per cent of the income, up to a ceiling of SEK 27,800 (EURO 2 965) per month, for the first year of sick leave. Income above this ceiling is not covered by the public insurance. Individuals whose working capacity is *permanently* reduced can receive disability pension from the public system, which compensates for up to 64 per cent¹ of lost income.

¹ Individuals who have had a low income or no income at all can instead receive sickness compensation at a guarantee level.

In addition, most employed individuals have complementary occupational sickness insurance. The parties in the labour market reach agreements on collectively negotiated occupational sickness insurance, and in practice, they are compulsory and universal. Around 90 per cent of all employed individuals in Sweden are covered by an occupational insurance as it is mandatory for everyone employed at a work place where there is a collective agreement (independent of individual membership in a labour union). There are four major agreements in the Swedish labour market covering privately employed white-collar workers, privately employed blue-collar workers, central government employees and staff employed by municipalities and county councils. The occupational sickness insurance complements the public insurance in two ways. It raises the compensation level (in general to 90 per cent of the income during sickness benefit and 79 per cent during disability pension and it compensates for income above the ceiling but to varying degrees.

The public sickness insurance in Sweden has gone through a number of changes over the last decades decreasing the generosity of the system; whether or not this has had any implications for the institutional structure of the system as a whole is still an open question. Accordingly, it remains unknown if and to what degree the collectively negotiated insurance fills the insurance gap created by a less inclusive public insurance.

Objectives

The purpose of the report is to elucidate the interaction between the public and the occupational sickness insurance and study the total income protection during periods of illness. Of main interest are differences in income protection between groups in society and income levels within these groups, and changes in these aspects over time.

Methods

To fulfil these objectives, an empirical material study consisting of laws covering the public insurance and agreements covering occupational insurance have been compiled, covering the years 1982–2003. The material covers monthly changes in the replacement rates and the ceilings within the insurance plans. As replacement rate changes depend on how long the sick spell is, the empirical material

covers replacement rates for shorter and longer sick spells (the 15th and 91st day of the sick spell) and for permanently reduced working capacity (disability pension).² The material is then used to calculate actual replacement rates for different labour groups and income levels within these. Finally, consequences of the identified institutional shift within the Swedish sickness insurance are analysed, both at the individual and the societal level.

Findings

The results show that despite decreasing replacement rates within the public insurance, sickness insurance as a whole (public and occupational insurance taken together), still offers replacement rates that, to a large degree, correspond to the income loss during illness. However, there has been an institutional shift in the provision of income protection. The earlier system of universal public provision that was highly related to former income has developed into a system where this hold true only for certain groups in the labour market; the rest of the labour market is dependent on collectively negotiated solutions. Accordingly, the traditional Swedish institutional model in which an encompassing public system promotes equality of status has been transformed over time, giving occupational insurance a larger role to play in the system of income protection during illness.

Conclusions

The identified change in the institutional structure of the Swedish sickness insurance with an increased importance of occupational insurance, increase the complexity of the insurance system and increase the difference in income protection between groups in society.

In this way the system as a whole will, to a larger degree than before, be segmented into different risk pools which are divided along socioeconomic lines as occupational insurance offers specific insurance programs for groups in society, creating more homogeneous risk groups.

² These specific lengths of sick spell are chosen as these days generally correspond to limits within the insurance where the regulation changes.

Another possible implication of such a development is that from a political perspective, it becomes more difficult to regulate the incentive structure within the sickness system, as only one part of the system can be controlled politically. Likewise, the administrative cost for running several parallel systems is also higher than in the case of one system.

At the individual level, individuals may have an increasingly hard time obtaining an overview of the system and understanding their own income protection. Earlier investigations showed that 25–30 per cent of insured individuals³ do not receive the benefit they are entitled to from occupational insurance during periods of sickness. The reason for this is that they are not aware of the fact that they are entitled to occupational sickness insurance and thus they do not apply for benefits (Sjögren Lindquist and Wadensjö, 2007).

Likewise it is important to note that not everyone is covered by occupational insurance, as this is the case only for individuals employed at a work place covered by a collective agreement. Consequently, occupational insurance only covers people who currently are employed or who recently were employed. Accordingly, there is a group of individuals who lacks the supplementary protection offered by the collective insurance. This may be problematic if the coverage offered by the public system continues to decrease.

Further information in English

An academic paper in English on the same material is forthcoming. Please contact the author for more information.

³ Within the group privately employed blue-collar workers and staff employed by the municipality or county councils.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Det finns en efterfrågan på skydd mot olika typer av inkomstbortfall. Eftersom alla människor löper risk att drabbas av sjukdom och eftersom de ekonomiska konsekvenserna av sjukdom kan bli stora, finns det ett behov av att kunna försäkra sig mot denna risk. Det specifika syftet med en sjukförsäkring är just att erbjuda skydd gentemot förlorad inkomst vid arbetsförmåga på grund av sjukdom (se till exempel SOU 2006:86). Ett sådant försäkringsskydd kan organiseras på olika sätt.

Det svenska försäkringsskyddet vid sjukdom karakteriseras av ett omfattande offentligt system med hög täckningsgrad och ersättningsnivå och ett nästan heltäckande⁴ system av kompletterande kollektivavtalade försäkringar (SOU1996:113). Det är alltså staten och arbetsmarknadens parter som tillsammans ansvarar för inkomsttryggheten vid sjukdom. Så ser det också ut i andra jämförbara länder, och utifrån såväl tradition som social och ekonomisk logik kommer det troligtvis att se ut så även i framtiden. Vad som däremot kan skifta över tid är ansvarsfördelningen mellan staten och parterna (SOU 2006:86), vilket i det svenska fallet skulle innebära att kollektivavtalade försäkringar skulle kunna tillåtas att öka i betydelse.

Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har dock i sitt slutbetänkande tagit ställning för att huvudansvaret för inkomsttryggheten vid sjukdom även i fortsättningen ska ligga på det offentliga systemet och att de kompletterande försäkringarna ska vara just kompletterande.

⁴ Heltäckande syftar här till att täckningsgraden uppgår till cirka 90 procent. Detta beskrivs i mer detalj i avsnitt 3.2.

”Det är en grundläggande princip att våra allmänna försäkringar ska ge en tillräcklig standardtrygghet för de flesta försäkrade så att det inte är nödvändigt med ett kompletterande försäkringsskydd. Kommittén anser inte att det är önskvärt att långsamt urholkade socialförsäkringar successivt ska fyllas ut av kompletterande försäkringar. Huvudsåket är att detta leder till orättvisor. Det blir svårare och dyrare för grupper med hög risk att ordna sådana försäkringar, men lätt och billigt för grupper med låg risk. Statens subventioner till kompletterande försäkringar gynnar då grupper med låg risk på bekostnad av grupper med hög risk. Förutom att öka orättvisorna skulle en sådan utveckling troligen efter hand minska förtroendet och betalningsviljan till de allmänna försäkringarna” (SOU2015:21 sid. 262-63).

Men är detta ett möjligt framtidsscenario som utredningen diskuterar eller är det redan en begynnande realitet? Med andra ord, hur ser det totala försäkringsskyddet vid sjukdom ut i dag? Erbjuder den offentliga försäkringen en standardtrygghet som kompletteras av kollektivavtalade försäkringar eller hur ser samspelet mellan dessa försäkringar egentligen ut?

Några korta och enkla svar på de frågorna finns inte och faktum är att kunskapen på området inte är helt tillfredsställande. Det beror på att tidigare studier generellt sett har fokuserat på det offentliga försäkringsskyddet vid sjukdom, även om det finns vissa undantag (se exempelvis Sjögren Lindquist och Wadensjö 2007, 2011). Att fokus generellt sett ligger på den offentliga sjukförsäkringen är dock varken oväntat eller svårförklarligt. Bristen på data över de kollektivavtalade försäkringarna är säkert en viktig faktor (Järvi och Kuivalainen 2013; Ståhlberg 2003) liksom det faktum att det finns många olika privata försäkringar (kollektivavtalade och helt privata) som kraftigt varierar i sin utformning. Denna variation medför att sammanställningar över regelverk och avtal, särskilt tidigare gällande avtal, är komplicerade och tidskrävande.

I dagsläget kan det dock konstateras att syftet med den offentliga sjukförsäkringen är att ge en tryggad försörjning under perioder av arbetsoförmåga till följd av sjukdom. En grundläggande princip i den svenska sjukförsäkringen är att ersättningsnivån ska vara direkt proportionell mot inkomstbortfallet, det vill säga att inkomstbortfallsprincipen ska råda. Den nuvarande nominella ersättningsnivån i sjukförsäkringen uppgår till cirka 80 procent av inkomstbortfallet.⁵

⁵ 28 kap. 7 § socialförsäkringsbalken (2010:110).

Det gäller dock endast upp till en viss inkomstnivå, eftersom det finns ett tak i ersättningen.⁶ År 2015 uppgick taket i sjukförsäkringen till strax över 27 800 kronor per månad. För inkomster över denna nivå lämnar Försäkringskassan ingen ersättning. Hur stor del av inkomstförlusten som täcks av den offentliga sjukförsäkringen beror därför inte enbart på den nominella ersättningsnivån utan även på nivån på taket i sjukförsäkringen.

Den faktiska ersättningsnivån i den offentliga sjukförsäkringen har minskat över tid. Det beror dels på att beslut har fattats om sänkta nominella ersättningsnivåer, dels på att taket i sjukförsäkringen inte har utvecklats i samma takt som lönerna. Taket i sjukförsäkringen räknas årligen upp med prisbasbeloppet. Det innebär att taket i stort sett följer prisutvecklingen i samhället. Om lönerna stiger snabbare än inflationen, uppstår en realinkomstökning, vilket innebär att förvärvsinkomsterna stiger i förhållande till taket i sjukförsäkringen. Från 1970-talet till och med år 1990 var det endast en begränsad realinkomstökning i Sverige, och taket i sjukförsäkringen låg på en sådan nivå att endast ett fåtal hade inkomster över detta tak. Men från början av 1990-talet har realinkomsterna ökat kraftigt, särskilt för höginkomsttagare (Hedborg 2012; Riksförsäkringsverket 1999). År 1992 hade 14 procent av männen och 2 procent av kvinnorna i åldrarna 20–64 år en inkomst som översteg taket. År 2010 hade nästan hälften av männen och en fjärdedel av kvinnorna i samma åldrar en inkomst över taket (ISF 2014). Medianlönen var år 2013 27 300 kronor i månaden, det vill säga inte långt från gränsen för taket i sjukförsäkringen.⁷ Denna utveckling förväntas fortsätta.

Ovanstående innebär att den faktiska ersättningsnivån inte är densamma som den nominella nivån för personer med inkomster över taket. För allt fler täcker därför den offentliga sjukförsäkringen en allt mindre andel av inkomstbortfallet vid sjukdom. Detta innebär, att den offentliga sjukförsäkringen håller på att omvandlas från en inkomstbortfallsförsäkring till en grundtrygghetsförsäkring för personer med inkomster över taket (ISF 2014). Därför har de kollektivavtalade sjukförsäkringarnas betydelse ökat över tid (se exempelvis Sjögren Lindquist 2011 och förordet i Sjögren Lindquist och Wadensjö 2007).

⁶ 25 kap. 5 § socialförsäkringsbalken.

⁷ Enligt SCB:s lönestrukturstatistik.

Kollektivavtalade försäkringar regleras genom kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter och omfattar alla anställda på arbetsplatser där kollektivavtal slutits, oavsett individuellt medlemskap i en fackförening. I dag omfattas cirka 90 procent av de anställda i Sverige av en kollektivavtalad sjukförsäkring (Kjellberg 2013).

Generellt sett kan sägas att de kollektivavtalade sjukförsäkringarna kompletterar den offentliga sjukförsäkringen dels genom att de höjer ersättningsnivån under inkomttaket, dels genom att de även ger ersättning för inkomstbortfall över taket. Regelverket för avtalssjukförsäkringarna skiljer sig mellan de fyra avtalsområden som finns på den svenska arbetsmarknaden.⁸ Separata avtal gäller för privatanställda tjänstemän⁹, privatanställda arbetare, statsanställda samt kommunanställda och landstingsanställda. Inom respektive avtalsområde skiljer sig även reglerna gällande ersättningsnivåer åt beroende på inkomstnivå. Därför är utformningen av det kompletterande försäkringsskyddet vid sjukdom inte densamma för alla grupper i samhället.

Sammanfattningsvis kan därmed sägas att ersättningar från både den offentliga och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna är av stor vikt för enskilda individers totala försäkringsskydd.

1.2 Syfte och frågeställning

Ett syfte med den här rapporten är att belysa samspelet mellan den offentliga sjukförsäkringen och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna och på så sätt ge en sammanhållen bild av individers totala försäkringsskydd vid sjukdom. Ett annat syfte är att använda denna bild för att analysera konsekvenserna av den institutionella utvecklingen inom sjukförsäkringssystemet.

Mer specifikt syftar rapporten till att besvara följande frågor:

- Hur och i vilken grad ersätter den offentliga sjukförsäkringen respektive de kollektivavtalade sjukförsäkringarna, var för sig och sammantaget, inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom?

⁸ Utöver dessa fyra stora avtal finns även ett antal mindre avtal.

⁹ Avtalen om kompletterande sjukpenningtillägg sluts branschvis för privatanställda tjänstemän. Överenskommelserna är snarlika mellan branscherna och för medlemmarna i de olika arbetsgivarorganisationerna, men skillnader förekommer för t.ex. äldre samt individer med kortare anställning.

- I viken grad skiljer sig inkomstskyddet vid sjukdom (i form av total, faktisk ersättningsnivå) åt mellan olika avtalsområden och inkomstnivåer?
- Har dessa mönster förändrats över tid och om ja, vad har det för betydelse på individnivå och samhällsnivå?

För att besvara dessa frågor har lagändringar inom den offentliga sjukförsäkringen samt årliga avtal för kollektivavtalade sjukförsäkringar och kollektivavtalad sjuklön för de fyra avtalsområdena på den svenska arbetsmarknaden sammanställts.¹⁰ Utifrån det materialet är det möjligt att studera de senaste 30 årens utveckling av det sammantagna försäkringsskyddet vid sjukdom för olika grupper i samhället. Någon sådan sammanställning av det svenska försäkringsskyddet vid sjukdom har inte genomförts tidigare.

1.3 Disposition

Återstoden av rapporten har följande disposition. I kapitel 2 redovisas teoretiskt möjliga sätt att säkerställa inkomstskydd under perioder av exempelvis sjukdom. I kapitel 3 sammanfattas det nuvarande svenska försäkringsskyddet vid sjukdom, och i kapitel 4 finns en beskrivning av det tillvägagångssätt som har använts för att besvara de ovanstående frågorna. I kapitel 5 presenteras rapportens resultat och kapitel 6 innehåller en avslutande diskussion om vilka konsekvenser utvecklingen inom sjukförsäkringen kan få på individnivå och samhällsnivå.

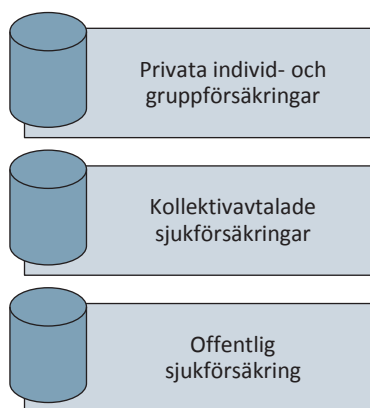
¹⁰ Totalt studeras dock fem grupper då kommun- och landstingsanställda här behandlas som separata grupper. Detta beskrivs mer i detalj i kapitel 4.

2 Försäkring vid sjukdom – teoretiska utgångspunkter

2.1 Tre lager av försäkringsskydd

Som tidigare nämnts kan försäkringsskydd vid sjukdom organiseras på olika sätt. Man brukar tala om tre lager eller pelare av försäkringsskydd, där den offentliga sjukförsäkringen utgör det första lagret. Det andra lagret utgörs av kollektivavtalade sjukförsäkringar och det tredje lagret består av privata individ- eller gruppförsäkringar och privat sparande (SOU1996:113; Ståhlberg 1997).

Figur 1. Försäkringsskydd vid sjukdom



I de flesta länder innehåller sjukförsäkringssystemet alla dessa lager, men den exakta utformningen varierar, liksom vikten av de olika delarna.

För enskilda individer är det vid en första anblick den ekonomiska säkerheten i sig som är det centrala och inte nödvändigtvis varifrån pengarna kommer. Utformningen av försäkringsskyddet har dock konsekvenser bland annat för individens eget inkomstskydd, för skillnader i inkomstskydd mellan grupper i samhället och för omfördelningen i systemet (Greve 2007; Kangas 2010; SOU1996:113).

Staten erbjuder normalt sett någon form av offentlig sjukförsäkring. Denna kan dock vara utformad på olika sätt gällande berättigande (vilka som omfattas av försäkringen), ersättningsprincip (grundtrygghet eller standardtrygghet), finansieringsprincip (skatter eller försäkringsavgifter) och organisationsform (statlig administration eller fristående kassor).¹¹

En offentlig sjukförsäkring kan vara allmän, det vill säga omfatta alla på basis av medborgarskap, vara baserad på tidigare inbetalade försäkringsavgifter eller en kombination av detta, eller vara behovsprövad.

När det gällande ersättningsprinciperna vid sjukdom brukar man tala om grundtrygghet och standardtrygghet. Grundtrygghetsprincipen innebär att ersättningarna är enhetliga, det vill säga att alla (som är berättigade till försäkringen) får samma fasta belopp, oavsett tidigare inkomst. Ersättningen säkerställer en grundläggande levnadsstandard, och om individen önskar en högre ersättningsnivå är det upp till henne eller honom att säkerställa att kompletterande försäkring finns genom avtalsförsäkringar, andra privata försäkringar eller privat sparande. Det finns naturligtvis skillnader även inom de system som bygger på grundtrygghet. Det kan gälla den enhetliga ersättningens storlek, antalet karensdagar och gränser för maximal tid med ersättning.

Inom system för standardtrygghet tillämpas inkomstbortfallsprincipen. Den principen innebär att ersättningen är inkomstrelaterad och betalas ut med en viss procent av inkomstbortfallet. Den nominella ersättningsnivån i inkomstrelaterade försäkringar gäller dock normalt endast upp till en viss inkomstnivå, det vill säga upp till ett tak. För inkomster över detta tak lämnas ingen ersättning. Ersättningsnivåerna i ett system baserat på inkomstbortfallsprincipen bestäms alltså av två

¹¹ Denna uppräknning är dock inte uttömmande utan andra variationer förekommer.

faktorer, dels av den nominella ersättningsnivån (i procent av inkomsten) dels av nivån på taket i försäkringen. Därutöver kan generositeten variera i fråga om antalet karensdagar och gränserna för maximal tid för ersättning (se exempelvis Ferrarini et al. 2012).

Om det offentliga systemet är generöst kan man förvänta sig en mindre efterfrågan på kollektivavtalade och helt privata lösningar och tvärtom. Men vilka är då de största skillnaderna mellan en offentlig och en privat försäkring?

2.2 Riskspridning och omfördelning

Utmärkande för en offentlig sjukförsäkring är att alla betalar samma relativa pris (en viss procent av inkomsten) för förmånen, oavsett den egna risken för sjukdom. Det innebär att personer med högre risk att drabbas av sjukdom betalar mindre i premier än vad de förväntas få ut i ersättningar. För individer med låg risk gäller det motsatta. På så sätt uppkommer det en omfördelning från individer med låg risk till individer med hög risk. Det innebär sammantaget att det uppstår en omfördelning från höginkomsttagare till låginkomsttagare på aggregerad nivå. Omfördelningen beror på att risken för sjukskrivning inte är jämnt fördelad i befolkningen utan varierar med exempelvis ålder, kön och socioekonomisk grupptillhörighet, där kvinnor löper högre risk än män, äldre högre risk än yngre och låginkomsttagare högre risk än höginkomsttagare. En sådan solidarisk finansiering och riskspridning är möjlig inom offentliga försäkringar eftersom de är obligatoriska (Edgerton et al. 2000; SOU 2006:86; Söderström och Rikner 2003).

Privata sjukförsäkringar delar i stället in de försäkrade i olika riskgrupper utifrån deras individuella risker för sjukdom. Om en privat försäkringsgivare skulle använda sig av enhetliga premier, skulle den bli utkonkurrerad av andra försäkringsgivare som anpassar priset till risken. Privata försäkringar använder sig alltså av en riskdifferentiering och det finns med andra ord ett samband mellan den premie som individen betalar, dennes individuella risk för sjukdom och den ersättning som betalas ut under perioder av sjukfrånvaro. Eftersom låga risker belönas med låga premier kan en riskdifferentiering leda

till försiktighet och riskmedvetenhet hos den enskilda individen.¹² Risken för sjukdom är dock inte alltid möjlig att påverka. Det innebär att den som har hälsoproblem, det vill säga hög risk för sjukskrivning, betalar en högre premie för sin försäkring än den med låg risk (om denna är känd för försäkringsgivaren). Det är sedan individen själv som väljer om hon eller han vill köpa en försäkring till det givna priset eller inte, utifrån en bedömning av den egna risken och ekonomin. Det innebär en större frihet för individen att söka försäkringslösningar som är anpassade just till henne eller honom, men det kan även få till följd att en del individer får svårt att försäkra sig (SOU 2006:86; Stiglitz 1988; Söderström och Rikner 2003).

Avtalssjukförsäkringarna är privata försäkringar men har trots det flera likheter med den offentliga sjukförsäkringen. Båda systemen är i praktiken obligatoriska, allmänna och utan riskdifferentiering. Därför sker även inom avtalsförsäkringarna en omfördelning från individer med låg risk till hög risk, enligt den logik som beskrivits tidigare. I de fall avtalsförsäkringarna ger en högre ersättningsnivå för inkomster över taket än för inkomster under taket, skapas dock en annan typ av omfördelning, från individer med inkomster under taket till individer med inkomster över taket.¹³ Detta är en omfördelning i en riktning motsatt den offentliga försäkringens. Inom avtalsförsäkringarna sker också en omfördelning mellan olika grupper (sektorer) inom respektive avtalsområde, eftersom risken för sjukdom varierar mellan dessa, men premierna och ersättningsvillkoren är trots det desamma inom avtalsområdet. Inom avtalsförsäkringarna finns alltså riskdelningen inom respektive avtalsområde, till skillnad från den offentliga försäkringen där alla delar lika på riskerna (Edebalk et al. 1996; SOU 2006:86).

¹² Resonemanget om att låg risk belönas med låg premie gäller endast om försäkringsgivaren känner till individens risk, d.v.s. under antagande om perfekt information, vilket aldrig gäller fullt ut. Därför måste även privata försäkringsbolag poola risker över en grupp försäkringstagare, vilket innebär att även här sker en viss omfördelning från låg till hög risk. Utan full kännedom om försäkringstagarens risk är det troligt att premien blir något högre för alla, vilket gör att tydligheten mellan risk och premie minskar.

¹³ Notera att det endast gäller vid kollektivavtalad sjukförsäkring och inte vid kollektivavtalad sjuklön. Se vidare resonemang om detta i avsnitt 6.3.

2.3 Vägvalet

Teoretiskt finns det med andra ord flera alternativa vägar att gå för att tillgodose individens försäkringsskydd. Vilken typ av system som bör eftersträvas är i grund och botten en politisk fråga. I det svenska fallet verkar det dock finnas ett politiskt samförstånd kring de grundläggande principerna i sjukförsäkringen, åtminstone enligt den beskrivning som finns i direktiven till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen:

”Grundläggande principer är att sjukförsäkringen är allmän och obligatorisk. En annan princip är att försäkringen innebär en omfattande riskdelning där avgifterna, som andel av inkomsten, är enhetliga. Försäkringsersättning bygger på inkomstbortfallsprincipen, vilket innebär att ersättning lämnas som en enhetlig andel av inkomsten. I den allmänna sjukförsäkringen har de ekonomiskt omfördelade inslagen stor betydelse. Sjukförsäkringen ska ge god ekonomisk trygghet vid arbetsförmåga på grund av sjukdom. Sjukförsäkringen behöver samtidigt vara utformad så att den ger drivkrafter att återgå i arbete och att motverka oskäligt långa sjukskrivningstider” (Dir. 2010:48 sid. 8).

Med detta i åtanke följer härnäst en genomgång av hur det svenska regelverket faktiskt är utformat och längre fram, i kapitel 5, beskrivs dess utveckling över tid.

3 Det svenska försäkringsskyddet vid sjukdom

De tre ovan nämnda lagren av försäkringsskydd finns också i Sverige. Kännetecknande för det svenska systemet är ett omfattande offentligt system med hög täckningsgrad och ersättningsnivå och ett nästan heltäckande system av kompletterande kollektivavtalade försäkringar (SOU 1996:113). Utöver detta är det möjligt att teckna privata sjukförsäkringar.

3.1 Den offentliga sjukförsäkringen

Den offentliga sjukförsäkringen är allmän och obligatorisk, finansieras av arbetsgivaravgifter och administreras av Försäkringskassan.¹⁴

Man kan säga att den offentliga sjukförsäkringen består av två delar. Den ena delen är ett skydd mot tillfällig arbetsoförmåga i form av sjukpenning.¹⁵ Den andra är ett skydd mot stadigvarande arbetsoförmåga i form av sjuk- och aktivitetsersättning (jfr. även SOU2006:86).

Första dagen i en sjukperiod utgörs av en karensdag då ingen ersättning utgår. Under dag 2–14 i sjukperioden betalar arbetsgivaren ut lagstadgad sjuklön som uppgår till 80 procent av lönen.¹⁶ Dag 15–365 betalar Försäkringskassan sjukpenning från den offentliga sjukförsäkringen, med 80 procent av den sjukpenninggrundande

¹⁴ Trots att försäkringen är allmän och obligatorisk är täckningsgraden inte 100 procent, eftersom en individ måste ha förvärvsinkomster som uppgår (2015) till cirka 10 700 kronor per år (24 procent av prisbasbeloppet) för att vara berättigad till en SGI, som ligger till grund för sjukpenning.¹⁴ Uppskattningsvis är det mellan 10 – 15 procent av de försäkrade saknar en SGI ett givet år (Försäkringskassan 2013). Inom sjukersättning finns dock ett grundskydd för individer med låg- eller ingen tidigare inkomst.

¹⁵ 27-28 kap. socialförsäkringsbalken.

¹⁶ 6 § lag (1991:1047) om sjuklön, i det följande sjuklönelagen.

inkomsten (SGI).^{17, 18} Därefter kan Försäkringskassan betala ut sjukpenning med 75 procent under ytterligare 550 dagar.¹⁹ Det gäller dock enbart för inkomster upp till ett tak på 7,5 prisbasbelopp,²⁰ vilket år 2015 motsvarar en inkomst på cirka 27 800 kronor i månaden. Till individer med stadigvarande nedsatt arbetsförmåga kan Försäkringskassan bevilja sjukersättning,²¹ som uppgår till 64 procent av antagandeinkomsten.²² Med andra ord ändras ersättningsnivån utifrån längden på sjukfallet.

3.2 De kollektivavtalade sjukförsäkringarna

Avtalssjukförsäkringarna är formellt privata försäkringar, men det finns tydliga likheter med den offentliga försäkringen. Båda systemen är i praktiken obligatoriska och allmänna och de finansieras genom avgifter från arbetsgivarna (undantaget kollektivavtalad sjuklön, se nedan) (Edebalk et al. 1996).

Kollektivavtalade sjukförsäkringar bestäms i kollektivavtal som sluts mellan arbetsmarknadens parter och tecknas för alla anställda på en arbetsplats med kollektivavtal, oavsett individuellt medlemskap i fackförening. Parterna kan komma överens antingen om avtalssjukförsäkringar, som hanteras av försäkringsbolag eller om kollektivavtalad sjuklön som arbetsgivaren bekostar och betalar ut. Oftast

¹⁷ Så kallad sjukpenning på normalnivå, se 27 kap. 19 och 21 §§ socialförsäkringsbalken. Sjukpenning på normalnivå kan lämnas för högst 364 dagar under en ramtid som omfattar de 450 närmast föregående dagarna. Sjukpenning på normalnivå kan dock lämnas även efter 365 dagar om den försäkrade har en allvarlig sjukdom, se 27 kap. 24 § socialförsäkringsbalken.

¹⁸ SGI är den årliga inkomsten i pengar som en försäkrad kan antas komma att få för eget arbete som anställd eller som egen företagare. Se 25 kap. 2 § socialförsäkringsbalken. Ersättningen 80 procent av SGI framgår i 28 kap. 7 § första punkten socialförsäkringsbalken. Den faktiska ersättningsnivån är dock något mindre än 80 procent p.g.a. omräkningsfaktorn. Omräkningsfaktorn innebär att den inkomstbas på vilken sjukpenning beräknas ska minskas med en viss procent (i dagsläget 3 procent eftersom omräkningsfaktorn är 0,97) innan ersättningsnivån om 80 procent räknas fram. Omräkningsfaktorns storlek har förändrats över tid och beskrivs vidare i avsnitt 5.2.

¹⁹ Så kallad sjukpenning på fortsättningsnivå, se 27 kap. 19, 22 och 24 §§ socialförsäkringsbalken. Sjukpenning på fortsättningsnivå kan under vissa omständigheter lämnas med ytterligare dagar, se 27 kap. 24 a § socialförsäkringsbalken.

²⁰ 25 kap. 5 § 2 stycket socialförsäkringsbalken. Prisbasbeloppet förklaras närmare i kapitel 4.

²¹ Individer under 30 år beviljas i stället aktivitetsersättning. Se 33 kap. 4 och 16 §§ socialförsäkringsbalken.

²² Antagandeinkomsten mäter vanligtvis genomsnittet av de 3 högsta bruttoårsinkomsterna under en ramtid på mellan 5 och 8 år beroende på ålder. Se 34 kap. 4-12 §§ socialförsäkringsbalken. Syftet är dock att antagandeinkomsten ska vara en uppskattning av den inkomst den försäkrade skulle ha haft om inte nedsättningen av arbetsförmågan inträffat. Prop. 2000/01:96.

kompletteras den offentliga försäkringen av kollektivavtalad sjuklön under den första delen av sjukperioden och av avtalssjukförsäkring under den senare delen, även om längden för de respektive perioderna varierar mellan avtalsområdena. Se bilaga 4 för en illustration av uppdelningen mellan kollektivavtalad sjukförsäkring och kollektivavtalad sjuklön. I det följande benämns både avtalssjukförsäkringar och kollektivavtalad sjuklön som avtalssjukförsäkring.

Det finns fyra stora avtalsområden på den svenska arbetsmarknaden. De täcker privatanställda tjänstemän, privatanställda arbetare, statsanställda samt kommunanställda och landstingsanställda och försäkringarna administreras av försäkringsbolag. Privatanställda tjänstemän har sin avtalssjukförsäkring hos Alecta, privatanställda arbetare, kommunanställda och landstingsanställda har sin hos AFA Försäkring medan statsanställda har sin hos Statens tjänstepensionsverk (SPV). Reglerna om bland annat ersättningsnivåer skiljer sig åt mellan avtalsområdena. Ersättningsnivåerna tenderar också att variera med den individuella inkomstnivån.

Cirka 90 procent av alla löntagare är i dag täckta av kollektivavtal och omfattas därmed av en avtalssjukförsäkring. Inom offentlig sektor är täckningsgraden 100 procent, för privatanställda tjänstemän 78 procent och för privatanställda arbetare 94 procent.²³ Täckningsgraden har varit relativt stabil under de senaste 15 till 20 åren, även om den har minskat något inom den privata sektorn sedan år 2008 (Kjellberg 2013).

Avtalsförsäkringarna kompletterar den offentliga sjukförsäkringen på två huvudsakliga sätt. Det ena är att de höjer ersättningsnivån under taket. Det andra är att de lämnar ersättning även för inkomster över taket. Under perioder när den försäkrade får sjukpenning höjs ersättningsnivån för inkomster under taket i allmänhet till cirka 90 procent. Ersättning för inkomster under taket kan under en period med sjukpenning generellt sett lämnas till och med dag 360 i sjukperioden, men en viss variation förekommer. Ersättningen för inkomster över taket varierar mellan avtalsområdena och även med längden på sjukperioden. I de fall den försäkrade får sjukersättning höjer avtalsförsäkringarna i allmänhet ersättningen under taket till totalt 79

²³ Av dem som är täckta av kollektivavtal är det dock inte alla som kvalificerar sig för ersättning vid sjukdom eftersom det i vissa fall finns kvalificeringsvillkor, exempelvis i form av en viss anställningstid eller ålder.

procent av inkomstbortfallet och till 65 procent för inkomster över taket. För inkomster som uppgår till mellan 20 och 30 prisbasbelopp är ersättningsnivån generellt 32,5 procent. För ännu högre inkomster lämnas ingen ersättning alls.

Kollektivavtalen och därmed avtalssjukförsäkringarnas reglering utformas formellt, oberoende av staten och den offentliga försäkringen. Trots det samspelar systemen på flera sätt. Som redan nämnts innebär den tydligaste formen av samspel att försäkringarna tillsammans ger den enskilda individen en högre ersättning än vad som annars vore fallet. Utöver detta samspelar försäkringarna genom att en godkänd sjukpenning eller sjukersättning från Försäkringskassan ligger till grund för beslut om ersättning från avtalssjukförsäkringarna.²⁴ Dessutom omförhandlas avtalssjukförsäkringarna i samband med att förändringar genomförs i den offentliga försäkringen. Ytterligare ett samspel uppstår *mellan* de olika kollektivavtalade sjukförsäkringarna. Det uppstår genom att avtalsområdena jämför de olika gruppernas förmåner med varandra, vilket innebär att de ofta är relativt likartade i sin konstruktion. Inom avtalsförsäkringarna kan även de självrisker som finns inom den offentliga försäkringen förhandlas bort²⁵ (Edebalk 2006). Sedan mars 1991 finns det dock en minskningsregel som innebär att den totala ersättningsnivån från den offentliga och de kollektivavtalade försäkringarna sammantaget inte får överstiga 90 procent av inkomsten före sjukfallet. Om den kollektivavtalade ersättningen är så hög att denna gräns överskrids, reduceras ersättningen från den offentliga sjukförsäkringen med motsvarande belopp.²⁶

3.3 Privata individ- och gruppörsäkringar

Helt privata sjukförsäkringar kan bestå av individuella försäkringar, gruppörsäkringar eller privat sparande. En individuell försäkring kan tecknas hos ett försäkringsbolag av en enskild individ. En gruppörsäkring kan tecknas hos ett försäkringsbolag av en individ som är medlem i en grupp, exempelvis en fackförening. En gruppörsäkring

²⁴ Undantaget kommun- och landstingsanställda som kan beviljas sjuklön även om Försäkringskassan ej bedömer att den försäkrade har rätt till sjukpenning.

²⁵ Självrisker inom sjukförsäkringen kan bestå antingen av ersättningsnivåer under 100 procent eller av karensdag(ar) för vilka ingen ersättning utgår.

²⁶ 28 kap. 19 och 20 §§ socialförsäkringsbalken.

kan även vara obligatorisk för medlemmarna, det vill säga ingå i medlemsavgiften (Sjögren Lindquist och Wadensjö 2011). Sådana privata sjukförsäkringar ligger dock utanför ramen för denna rapport, eftersom det är den offentliga försäkringen och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna som utgör basen i försäkringsskyddet för de allra flesta i Sverige. Dessutom är det så att ett stort antal försäkringsbolag tillhandahåller individuella försäkringar och gruppörsäkringar i många varianter och därför är de svåra att kartlägga på ett tillfredsställande sätt över en längre period.

I det följande diskuteras alltså sjukförsäkringssystemet med utgångspunkt i den offentliga och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna.

4 Tillvägagångssätt

Den faktiska ersättningsnivån inom den offentliga sjukförsäkringen beror på flera faktorer, bland annat individens inkomst, den nominella ersättningsnivån, sjukperiodens längd och nivån på taket i försäkringen.²⁷ Detsamma gäller för avtalsförsäkringarna. Det är viktigt att den metod och de data som används kan fånga samtliga dessa aspekter och även deras förändring de senaste 30 åren.

Eftersom inte alla grupper i samhället omfattas av samma försäkringsskydd vid sjukdom, behöver det faktiska försäkringsskyddet beräknas för olika grupper. Därför har separata analyser gjorts för de fyra stora avtalsområdena som finns på den svenska arbetsmarknaden, det vill säga för privatanställda tjänstemän, privatanställda arbetare, statsanställda samt kommunanställda och landstingsanställda. I den officiella lönestatistiken i Sverige görs dock en distinktion mellan kommunanställda och landstingsanställda. Därför hålls dessa grupper åtskilda i analysen, trots att de omfattas av samma kollektivavtal. Att de hålls åtskilda är dock relevant med tanke på att löneskillnaden mellan grupperna är substantiell, särskilt bland höginkomsttagare. Detta innebär att totalt fem olika grupper på den svenska arbetsmarknaden studeras inom ramen för den här rapporten.

Det är den enskilda individens inkomst som utgör basen för beräkningarna av ersättningsnivån vid sjukdom.²⁸ För att kunna urskilja vad försäkringarna sammantaget ger vid olika inkomstnivåer har

²⁷ Ersättningsnivån beror också arbetsförmågans nedsättningsgrad. Uträkningar är här gjorda på ett antagande om total (100 procent) arbetsförmåga.

²⁸ Ersättning från sjukförsäkring baseras egentligen inte på lönen utan på den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen har dock konstaterat att sambandet mellan beslutad SGI och den ekonomiska standard som den enskilda levte på före sjukdomen i de flesta fall är hög. SOU 2015:21 sid. 314-316.

lönestatistik inhämtats för den 10:e, 25:e, 50:e, 75:e och 90:e percentilen²⁹ inom varje arbetsmarknadsgrupp som studeras. Varje grupp delas alltså in i fem lönenivåer. Genom att använda distinktionen mellan olika grupper på arbetsmarknaden och mellan lönegrupper inom dessa, är det möjligt att både fånga upp skillnaderna mellan de olika kollektivavtalen och inom hierarkin (baserat på inkomster) inom dessa. För privatanställda arbetare saknas dock percentiluppdelad lönestatistik för åren 1982–1991 och resultaten för denna grupp redovisas därför endast från och med år 1992.

Data har inhämtats avseende de nominella ersättningsnivåerna inom den offentliga försäkringen och avtalsförsäkringarna för åren 1982–2013. Data är strukturerade i månadsvisa observationer, eftersom förändringar av försäkringarna inte nödvändigtvis följer en årlig basis. Eftersom den nominella ersättningsnivån förändras med sjukperiodens längd, innehåller det empiriska materialet information om ersättningsnivåerna vid dag 15 och 91 i en sjukperiod och vid sjukersättning.³⁰

Även nivån på taket är av stor vikt, både inom den offentliga och inom de kollektivavtalade försäkringarna. Nivån på taket beror på två faktorer. Den ena faktorn är storleken på prisbasbeloppet och den andra är antalet prisbasbelopp som utgör taket. Prisbasbeloppet fastställs till ett visst belopp varje år, och det beloppet baseras på levnadskostnader. Exempelvis är prisbasbeloppet 44 500 kronor år 2015 och taket i sjukförsäkringen är fastställt till 7,5 prisbasbelopp.³¹ Det innebär att endast årliga inkomster upp till 333 700 kronor ($44\,500 \cdot 7,5$) eller cirka 27 800 kronor per månad utgör beräkningsbasen för den offentliga försäkringen. Inkomster över detta tak täcks inte.

Avtalsförsäkringarna täcker inkomstbortfall både över och under taket men i olika grad. Det finns också skillnader mellan avtalsområdena. Dessutom används ytterligare ett tak på 20 prisbasbelopp inom avtalsförsäkringarna.³² För att kunna kartlägga dessa nivåer har

²⁹ Den 10:e percentilen innebär att 10 procent av gruppen i fråga har en lön som är mindre eller lika stor som vad måttet visar. På motsvarande sätt innebär den 25:e percentilen att 25 procent har en lön som är mindre eller lika stor som denna., osv.

³⁰ Att just dessa dagar i sjukfallet studeras beror på att ersättningsnivån generellt sätt har förändrats vid dessa tidpunkter och att de representerar korta och långa sjukperioder och vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga.

³¹ Under hela den studerade perioden har taket varit fastställt till 7,5 prisbasbelopp, med undantag för en period under 2006 när taket i sjukförsäkringen uppgick till 10 prisbasbelopp.

³² Detta gäller främst under tid med sjukersättning men även från dag 91 i sjukperioden för privatanställda tjänstemän. För privatanställda tjänstemän utgörs gränsen av inkomstbasbelopp (IBB) istället för prisbasbelopp (PBB).

data om de årliga prisbasbeloppen och det fastställda antalet prisbasbelopp som utgör taken i den offentliga respektive de kollektivavtalade sjukförsäkringarna samlats in.

Utifrån ovan beskrivna data har det totala inkomtskyddet vid sjukdom beräknats över tid för de olika grupperna på arbetsmarknaden och för lönegrupperna inom dessa. Totalt inkomtskydd definieras här som ersättning från den offentliga sjukförsäkringen plus ersättning från avtalssjukförsäkringen. Denna totala ersättning beräknas per månad och omräknas sedan till procent av lönen. Vad som redovisas är alltså den faktiska bruttoersättningen från sjukförsäkringssystemet som helhet.

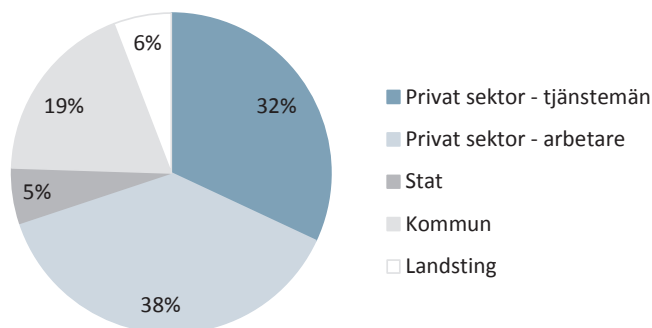
5 Resultat – utveckling över tid

5.1 Att tolka resultaten

I detta kapitel presenteras hur de faktiska ersättningsnivåerna från den offentliga och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna har utvecklats över tid för olika grupper i samhället. Det är dock bra att ha i åtanke att de grupper som här studeras naturligtvis skiljer sig åt på ett flertal punkter.

Till att börja med skiljer sig de olika sektorerna på den svenska arbetsmarknaden markant åt i storlek, vilket framgår av figur 2.

Figur 2. Andel anställda efter sektor



Källa: SCB.

Sektorerna återspeglar dock inte till fullo avtalsområdena eftersom kommunanställda och landstingsanställda omfattas av samma kollektivavtal. Även könsfördelningen skiljer sig åt mellan sektorerna. Framför allt är det så, att förhållandevis fler män än kvinnor arbetar inom privat sektor och fler kvinnor än män arbetar inom den kommunala sektorn.

Även ålderssammansättningen skiljer sig åt mellan sektorerna. Andelen yngre är större inom den privata än inom den offentliga sektorn. Den största andelen yngre under 25 år finns bland privatanställda arbetare. Bland privatanställda tjänstemän finns det däremot en underrepresentation av de allra yngsta eftersom långa utbildningar senarelägger inträdet på arbetsmarknaden. Inom den offentliga sektorn är 36 procent av de anställda över 50 år, medan motsvarande andel för den privata sektorn är 24 procent.³³

Även lönerna och lönespridningen skiljer sig markant mellan avtalsområdena, vilket medför att taket i försäkringen får större betydelse för vissa grupper än andra. Taket uppgick år 2015 till cirka 27 800 kronor per månad.³⁴

Tabell 1. Löner inom avtalsområdena, år 2013

	10:e perc.	25:e perc.	50:e perc.	75:e perc.	90:e perc.
Privatanställda tjänstemän	22 500	26 400	32 300	41 300	54 100
Privatanställda arbetare	19 900	22 100	25 000	28 300	31 800
Statsanställda	23 200	26 000	30 700	38 000	46 600
Kommunanställda	20 400	22 900	25 500	28 800	31 300
Landstingsanställda	22 600	24 800	28 700	34 000	48 100
Samtliga	20 800	23 700	27 300	33 200	43 300

Källa: SCB:s lönestrukturstatistik.³⁵

Resultaten presenteras i det följande för den 25:e och 90:e percentilen. Det beror på att resultaten nästan genomgående är desamma för de inkomstgrupper som representerar den 10:e, 25:e och 50:e percentilen. På samma sätt är utvecklingen för den 75:e och 90:e percentilen likartad, även om effekten av taket är tydligare för den 90:e percentilen. Utvecklingen för den 75:e percentilen finns i bilaga 2. Eftersom kommunanställda och landstingsanställda omfattas av samma kollektivavtal, är det enda som skiljer dessa grupper åt

³³ www.svensktnaringsliv.se 2015-04-29.

³⁴ Lönestatistiken sträcker sig endast till 2013. Prisbasbeloppet var dock detsamma år 2013 och 2015, vilket innebär att taket är detsamma för dessa år.

³⁵ Exakta tabeller framgår av referenslistan. För privatanställda arbetare har timlön räknats om till månadslön som följer: Månadslön = 174 * timlönen (4,35*40). Detta enligt uppgift från SCB om hur omräkning normalt görs inom privat sektor.

effekten av taket, vilket beror på löneskillnaderna. Resultaten för landstingsanställda redovisas nedan, medan resultaten för kommunanställda redovisas i bilaga 3.

Förändringarna i de faktiska ersättningsnivåer som här redovisas beror på en kombination av förändringar i de nominella ersättningsnivåerna inom båda försäkringarna och på skillnader i ersättningsnivåer, inkomst och löneutveckling mellan avtalsområdena. I resultaten över den 25:e percentilen beror samtliga förändringar på beslut om ändrade nominella ersättningsnivåer och på införandet av en omräkningsfaktor år 2003.³⁶ I motsvarande resultat för den 90:e percentilen beror de illustrerade förändringarna också på en tydlig effekt av taket, det vill säga på minskade faktiska ersättningsnivåer på grund av att allt fler har en allt större andel av sin inkomst över taket i försäkringen.

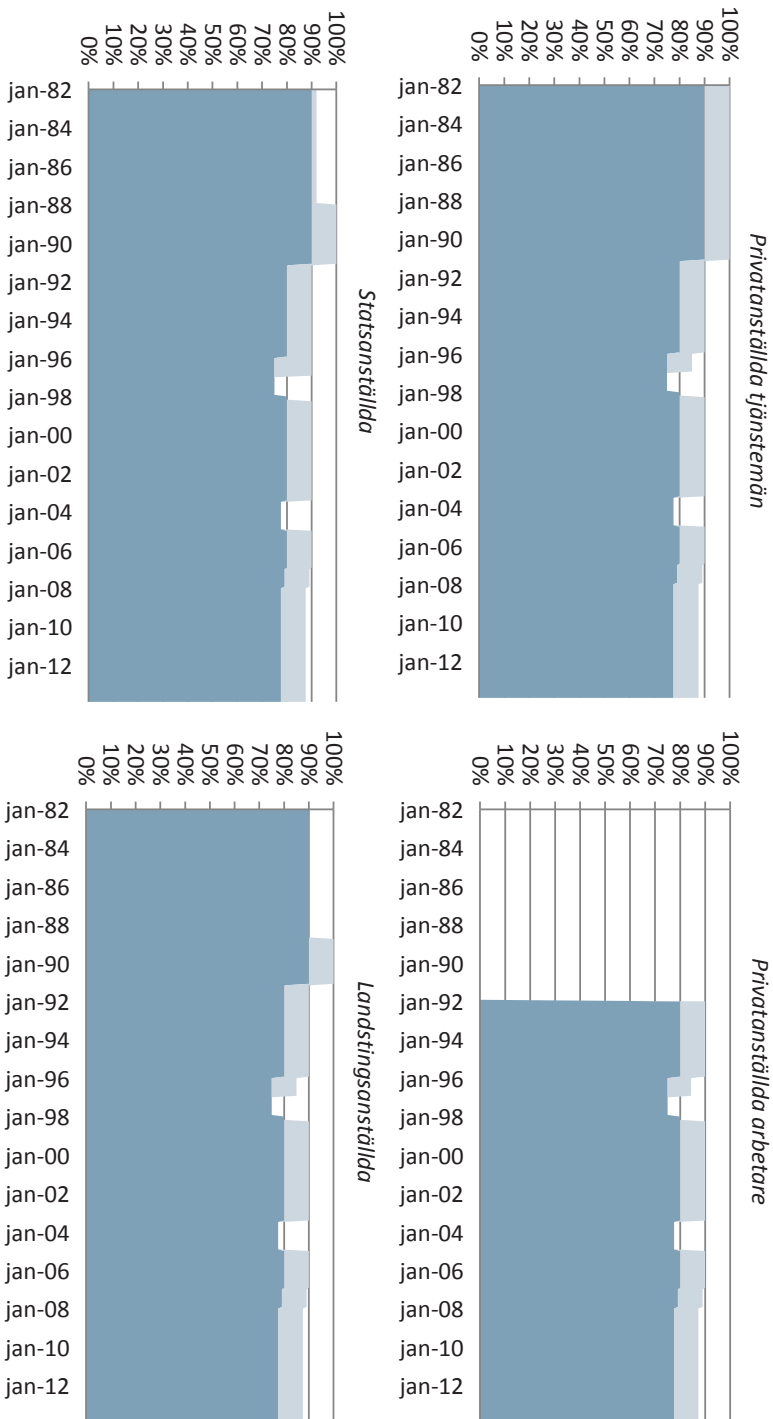
5.2 Total ersättning vid kortare sjukfrånvaro

Kortare sjukfrånvaro definieras här som sjukperioder som pågått i 15 dagar, och de ersättningsnivåer som presenteras nedan gäller alltså för sjukfrånvaro av denna längd.

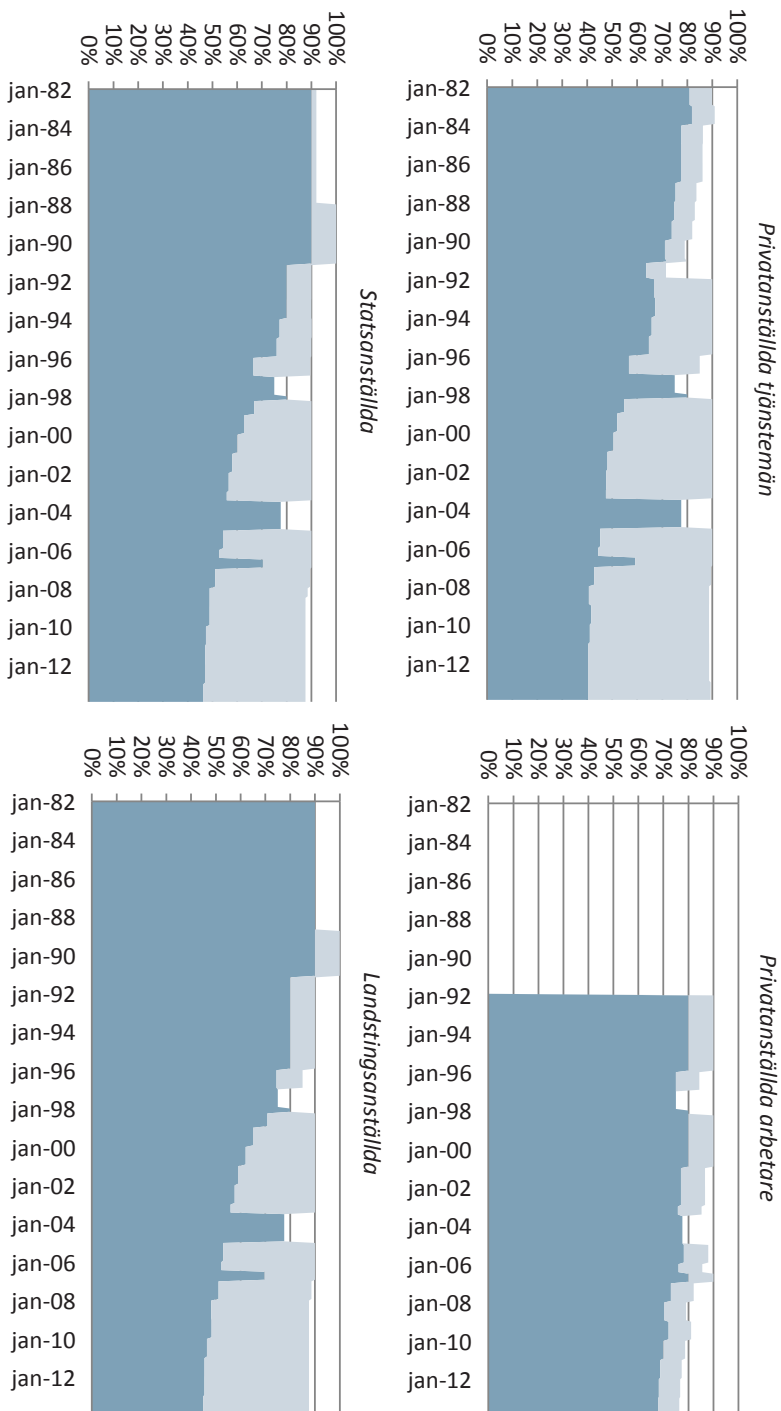
Anm. figur 3 och 4: Inkomststatistik för privatanställda arbetare saknas innan år 1992. Ersättningsnivån för privatanställda arbetare från avtalsförsäkringen uppgick till 3 kr/dag (skattefritt) 1982–1984, 6–21 kr/dag (skattefritt) 1985–1990 och 12,5 % av sjukpenningen 1991. Skattefri ersättning innebär att den ersättningsnivå som här redovisas är något underskattad.

³⁶ Omräkningsfaktorn innebär att den inkomstbas på vilken sjukpenning beräknas ska minskas med en viss procent (exempelvis 3 procent om omräkningsfaktorn är 0,97) innan ersättningsnivån på 80 procent räknas fram. Omräkningsfaktorns storlek har förändrats över tid och beskrivs vidare i avsnitt 5.2.

Figur 3. Total ersättningsnivå dag 15 i sjukperioden för den 25:e percentilen



Figur 4. Total ersättningsnivå för dag 15 i sjukperioden för den 90:e percentilen



I början av den studerade perioden var den nominella ersättningsnivån 90 procent inom den offentliga sjukförsäkringen.³⁷ Inom några avtalsområden kompletterades denna nivå med avtals sjukförsäkring, men från och med år 1988 fanns det kompletterande ersättningar på 10 procent för de allra flesta på arbetsmarknaden (undantaget privatanställda arbetare). Det innebär att försäkringen helt saknade självrisiker för dessa grupper.³⁸

I mars 1991 sänkte den borgerliga regeringen (1991–1994) ersättningsnivån i den offentliga sjukförsäkringen till 80 procent.³⁹ Samtidigt beslutade man att den totala ersättningen från den offentliga och den kollektivavtalade sjukförsäkringen tillsammans aldrig skulle få överstiga 90 procent.⁴⁰ Samtliga avtal kompletterade då upp till denna maxgräns. Undantaget var privatanställda tjänstemän med inkomster över taket, eftersom ersättning från avtalsförsäkringen för sådana inkomster infördes först år 1992. I figurerna 3 och 4 går det att urskilja både beslutet om sänkt ersättningsnivå och införandet av en maxgräns på 90 procent i sammantagen ersättningsnivå från de olika försäkringarna.

År 1992 trädde sjuklönelagen i kraft. Sedan dess är huvudregeln att det är arbetsgivaren och inte Försäkringskassan som ska betala ut ersättning under de första fjorton dagarna i en sjukperiod.⁴¹ En annan skillnad gentemot sjukpenning är att det inte finns något tak i sjuklönen. Ett år senare introducerades en karensdag i sjukförsäkringen.

I februari 1996 sänkte den socialdemokratiska regeringen (1994–1998) ersättningsnivån i den offentliga sjukförsäkringen till 75 procent.⁴² I januari 1997 förlängdes den lagstadgade sjuklönen till 28 dagar, men den återställdes till 14 dagar redan i april 1998.⁴³ Denna förändring syns särskilt väl i figurerna 3 och 4, eftersom perioder av lagstadgad sjuklön inte kompletteras av avtalsförsäkring. Föränd-

³⁷ SFS 1981:718 (prop. 1980/81:187).

³⁸ Självrisiker inom sjukförsäkringen kan bestå antingen av ersättningsnivåer under 100 procent eller av karensdag(ar) för vilka ingen ersättning utgår. Även vid den här tidpunkten låg dock lönerna för den 90:e percentilen av privatanställda tjänstemän över taket vilket i praktiken innebar att de inte hade en ersättningsnivå som uppgick till 100 procent. Karensdagen infördes år 1993.

³⁹ SFS 1990:161 (prop. 1989/90:100, bil. 7). För de tre första dagarna var ersättningsnivån 65 procent.

⁴⁰ Prop. 1990/91:59. I april år 1993 infördes även en maxgräns för den totala ersättningen från den offentliga och den kollektivavtalade sjukförsäkringen tillsammans för inkomster över taket efter dag 90 i en sjukperiod. Prop. 92/93:31.

⁴¹ 6 § sjuklönelagen.

⁴² SFS 1995:1478 (prop. 1995/96:69).

⁴³ SFS 1997:102 (prop. 1996/97:73) och SFS 1997:1311 (prop. 1997/98:1 utg.omr. 10).

ringen syns särskilt väl för privatanställda tjänstemän och statsanställda i figur 4, eftersom ersättningen från den offentliga försäkringen då ökade markant för dessa grupper på grund av att det inte fanns något tak i sjuklönen.⁴⁴

År 1998 höjdes återigen ersättningsnivån av den nästkommande socialdemokratiska regeringen (1998–2002), den här gången till 80 procent.⁴⁵ Sedan dess har den nominella ersättningsnivån i den offentliga sjukförsäkringen legat kvar på denna nivå (jfr även Försäkringskassan 2012, Edebalk 2007, 2009; Ståhlberg 1997).

Även om den nominella ersättningsnivån har varit konstant sedan 1998, har justeringar gjorts på ett mer diskret sätt. I juli 2003 införde den då sittande socialdemokratiska regeringen (2002–2006) en omräkningsfaktor på 0,97 i försäkringen. Det innebär att den inkomstbas på vilken sjukpenning beräknas ska minskas med 3 procent innan ersättningsnivån på 80 procent räknas fram.⁴⁶ Införandet av omräkningsfaktorn var ett led i att minska kostnaderna i försäkringen (jfr proposition 2002/03:100). Sedan dess har nivån på omräkningsfaktorn ändrats ett flertal gånger fram och tillbaka mellan 0,97, 0,989 och 1 (det vill säga ingen omräkningsfaktor). I dag är nivån 0,97 och har så varit sedan 2008.

I juli 2003 förlängdes den lagstadgade sjuklöneperioden ytterligare en gång av en socialdemokratisk regering, till 21 dagar, men redan år 2005 återinfördes en sjuklöneperiod på 14 dagar.⁴⁷ Även denna förändring kan urskiljas i figur 3 och 4. I juli 2006 höjde den socialdemokratiska regeringen (2002–2006) taket i den offentliga sjukförsäkringen till 10 prisbasbelopp.⁴⁸ Taket ändrades dock tillbaka till 7,5 prisbasbelopp ett halvår senare av den borgerliga regeringen (2006–2010).⁴⁹ Detta skifte kan ses tydligt i figur 4.

Den 1 juli 2008 infördes en gräns för hur länge sjukpenning på normalnivå kan betalas ut inom den offentliga sjukförsäkringen på 365 dagar.⁵⁰ Inom avtalssjukförsäkringarna finns i allmänhet en

⁴⁴ Den lilla topp i slutet av den förlängda sjuklöneperioden som syns i figur 4 uppstår p.g.a. att ersättningsnivån höjdes till 80 procent under de sista månaderna av perioden med en 28 dagar lång sjuklöneperiod.

⁴⁵ SFS 1997:562 (prop. 1996/97:63).

⁴⁶ SFS 2003:423 (prop. 2002/03:100).

⁴⁷ SFS 2003:424 (prop. 2002/03:100 och SFS 2004:1240 (prop. 2004/05:21)).

⁴⁸ SFS 2006:359 (prop. 2005/06:142).

⁴⁹ SFS 2006:1537 (prop. 2006/07:1 utg.omr. 10).

⁵⁰ SFS 2008:480 (prop. 2007/08:36). Därefter är det möjligt att få sjukpenning på fortsättningsnivå, d.v.s. en lägre nivå, och i vissa fall även på normalnivå, se avsnitt 3.1 ovan.

maxgräns 360 dagar för inkomster under taket, även om det finns vissa skillnader mellan avtalen. Också maxgränsen har varierat över tid.

Den nominella ersättningsnivån i den offentliga försäkringen har med andra ord förändrats ett antal gånger under den studerade perioden. För inkomster under taket har samtliga avtal kompletterat den offentliga försäkringen med cirka 10 procent. Det innebär att de förändringar som gjorts inom den offentliga försäkringen också har lett till faktiska förändringar i den för individen erhållna ersättningsnivån, även om den legat 10 procentenheter högre genom avtalsersättning.

När det gäller inkomster över taket har avtalen över den studerade perioden varit olika generösa när det gäller ersättningsnivåerna. För privatanställda tjänstemän, statsanställda, kommunanställda och landstingsanställda har ersättningen över taket i stort motsvarat den totala ersättningen under taket. Det innebär att den totala ersättningen i procent är densamma för låginkomsttagare och höginkomsttagare inom dessa grupper. Det som skiljer sig åt är vem som tillhandahåller försäkringsskyddet, det vill säga om pengarna kommer från den offentliga försäkringen eller avtalsförsäkringarna. Privatanställda arbetare har däremot inte haft någon ersättning för inkomster över taket. För en genomgång av samtliga förändringar inom avtalssjukförsäkringarna hänvisas till bilaga 1.

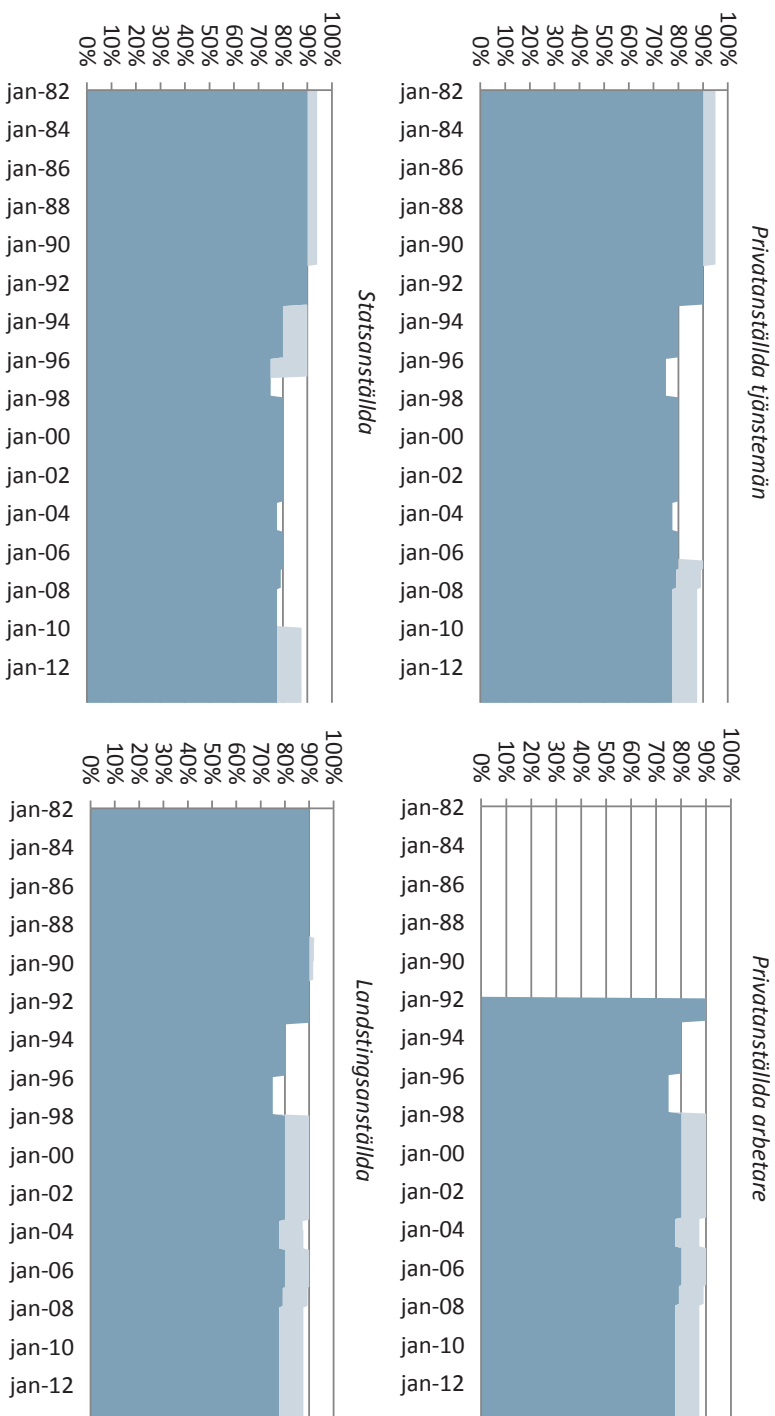
För höginkomsttagare går det att urskilja en tydlig takeffekt i den offentliga försäkringen och denna ökar över tid. Eftersom generositeten i avtalsförsäkringarna och eftersom takeffektens storlek varierar mellan avtalsområdena, där privatanställda arbetare har ett mindre generöst skydd än övriga, skiljer sig den faktiska ersättningsnivån åt mellan olika grupper i samhället. Det gäller särskilt individer med inkomster över taket.

5.3 Total ersättning vid längre sjukfrånvaro

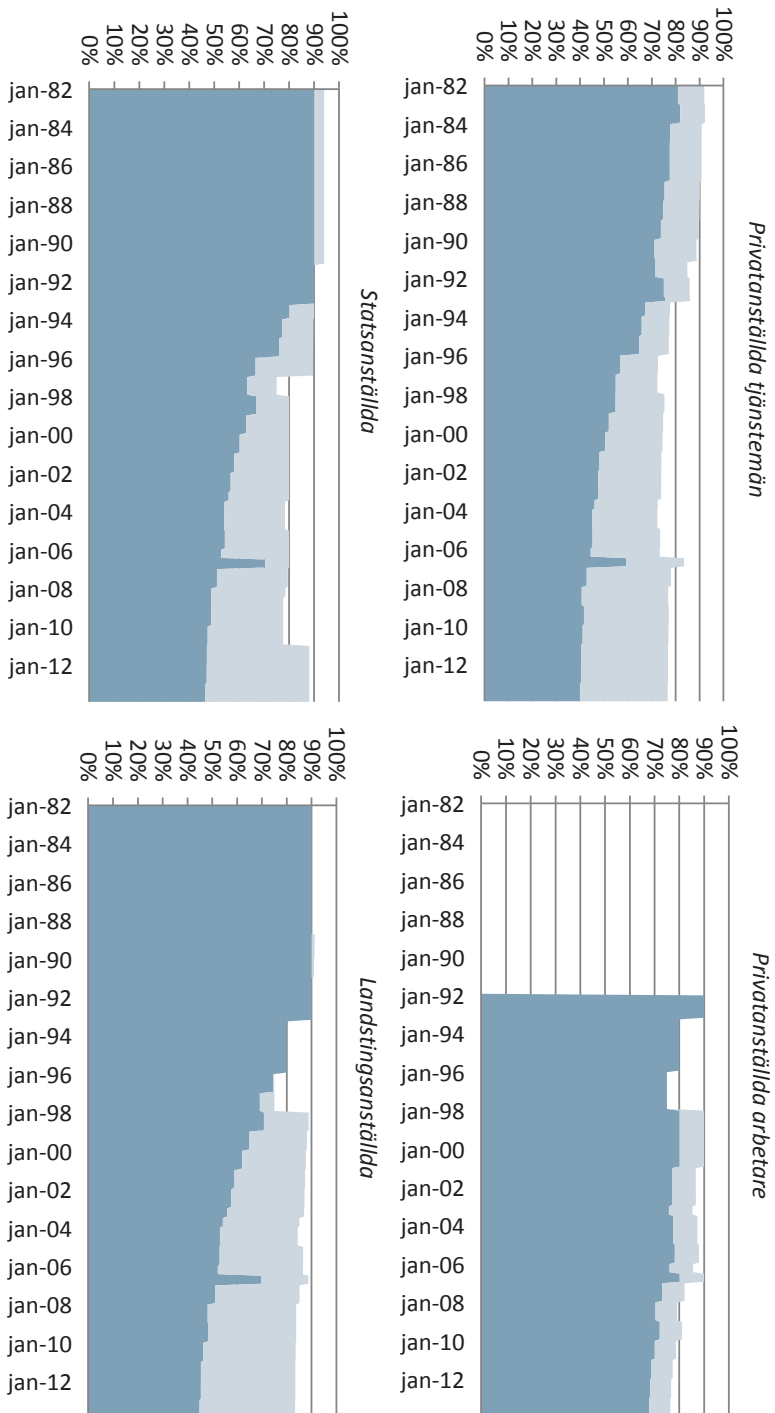
Längre sjukfrånvaro definieras här som sjukperioder som pågått i 91 dagar och de ersättningsnivåer som presenteras nedan gäller alltså för sjukfrånvaro av denna längd.

Anm. figur 5 och 6: Inkomststatistik för privatanställda arbetare saknas innan 1992. Ersättningsnivån från avtalsförsäkringen uppgick till 3 kr/dag (skattefritt) 1982–1984, 6 kr/dag (skattefritt) 1985–1990 och 0 från 1991. Ersättningen från avtalsförsäkringen (efter dag 90) var skattefri till och med 1990 även för landstingsanställda. Skattefri ersättning innebär att ersättningsnivån som redovisas är något underskattad.

Figur 5. Total ersättningsnivå dag 91 i sjukperioden för den 25:e percentilen



Figur 6. Total ersättningsnivå för dag 91 i sjukperioden för den 90:e percentilen



Utvecklingen av inkomstskyddet vid längre sjukfrånvaro påminner på många sätt om utvecklingen avseende kortare sjukfall. Vissa skillnader finns dock. I den offentliga försäkringen behölls den högre nominella ersättningsnivån på 90 procent längre, fram till och med mars 1993 då den sänktes till 80 procent. Åren 1996–1997 var ersättningsnivån 75 procent och därefter har den legat konstant på 80 procent. Omräkningsfaktorn har utvecklats på samma sätt som beskrivits ovan.

När det gäller avtalsförsäkringarna har dessa i allmänhet varit mindre generösa vid längre sjukfall än vid korta, vilket också framgår av figur 5 och 6 (se även bilaga 1). Det finns också större skillnader mellan avtalen dag 91 än dag 15. Största skillnaden är att ersättningen över taket för privatanställda tjänstemän sedan år 1992 varit betydligt lägre vid dag 91 (65 procent) än vid dag 15 (mellan 85 och 90 procent).

Inom samtliga avtal är den totala, faktiska ersättningsnivån lägre för individer med hög inkomst än för individer med inkomster under taket. Det gäller under större delen av den studerade perioden. För statsanställda har dock ersättningen över taket i stort motsvarat ersättningen under taket. Det innebär att den totala ersättningen i procent är densamma för låginkomsttagare och höginkomsttagare bland statsanställda under i stort sett hela perioden. För exakta ersättningsnivåer under de studerade åren hänvisas till bilaga 1.

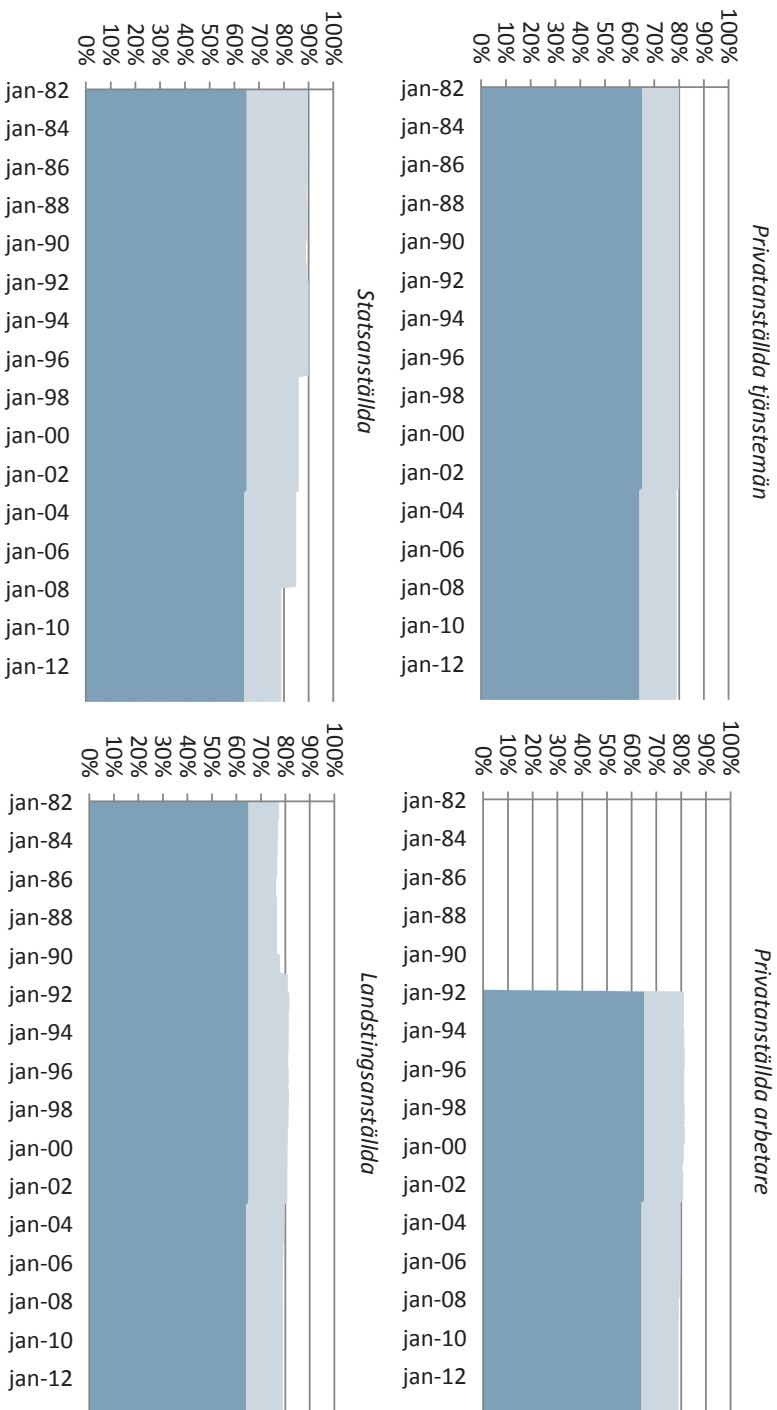
Sammanfattningsvis kan sägas att det även här går att urskilja en tydlig effekt av taket i den offentliga försäkringen. Liksom tidigare varierar takeffektens storlek mellan avtalsområdena. Att denna variation tillsammans med det faktum att de nominella ersättningsnivåerna i avtalsförsäkringarna skiljer sig åt mellan avtalen vid denna sjukskrivningslängd, innebär sammantaget att den faktiska ersättningsnivån från den totala sjukförsäkringen skiljer sig åt mellan olika grupper i samhället.

5.4 Total ersättning vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga

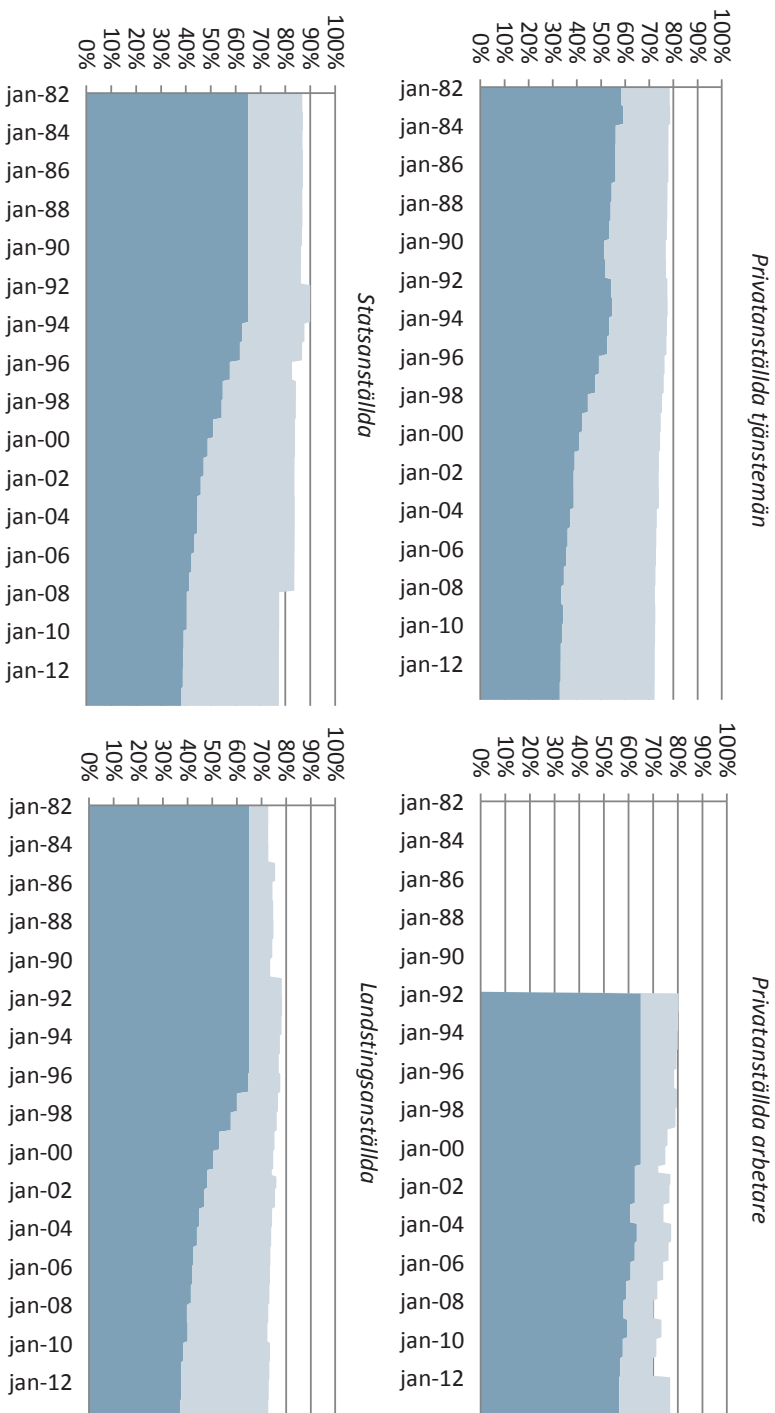
Nedan studeras utvecklingen för individer med stadigvarande arbetsförmåga, det vill säga personer som har sjukersättning.

Anm. figur 7 och 8: Inkomststatistik för privatanställda arbetare saknas före 1992. Ersättningen från avtalsförsäkringen (efter dag 90) var skattefri till och med 1990 för kommun- och landstingsanställda samt för privatanställda arbetare. Skattefri ersättning innebär att den ersättningsnivå som här redovisas är något underskattad.

Figur 7. Total ersättningsnivå vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga för den 25:e percentilen



Figur 8. Total ersättningsnivå vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga för den 90:e percentilen



Ersättningen inom den offentliga sjukersättningen har i stort sett varit konstant över den studerade perioden och legat på 64 – 65 procent av inkomsten.⁵¹ För individer med inkomster under taket har även den kompletterande delen från avtalsförsäkringarna varit i stort sett konstant och uppgått till cirka 15 procent av inkomsten, även om den var något lägre för kommunanställda och landstingsanställda före år 1991. Ett undantag är dock de statsanställda, som har haft högre ersättningsnivåer från avtalssjukförsäkringen vid sjukersättning än övriga grupper på arbetsmarknaden fram till och med år 2007. Det var särskilt framträdande till och med år 1997.⁵²

Statsanställda har haft ett mer generöst skydd än övriga, även för inkomster över taket. Deras ersättning ligger i allmänhet 10 procent högre än andra grupper. Under hela den studerade perioden har statsanställda, kommunanställda, landstingsanställda och privatanställda tjänstemän haft ett kompletterande skydd från avtalsförsäkringarna i samband med sjukersättning även för inkomster över taket. För privatanställda arbetare infördes skyddet för inkomster över taket år 2012. För exakta ersättningsnivåer hänvisas till bilaga 1.

Även vid sjukersättning är det totala inkomstskyddet lägre för individer med höga inkomster än för individer med lägre inkomster. Också här går det lätt att urskilja en effekt av taket för höginkomsttagarna.

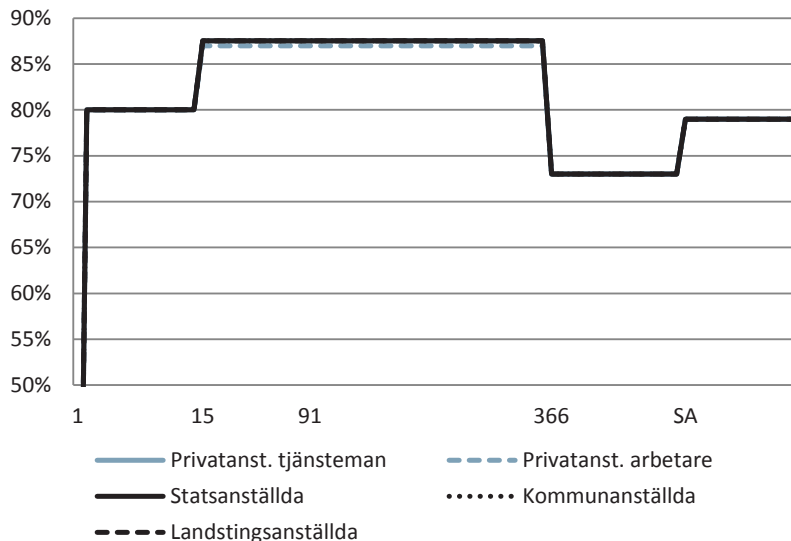
5.5 Dagens totala ersättningsnivåer utifrån sjukskrivningslängd

Resultaten ovan ger en beskrivning av hur den totala ersättningsnivån från den offentliga försäkringen och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna sammantaget har utvecklats över tid. Nedan presenteras hur försäkringsskyddet i dagsläget ser ut för olika grupper i samhället och hur det förändras med sjukperiodens längd.

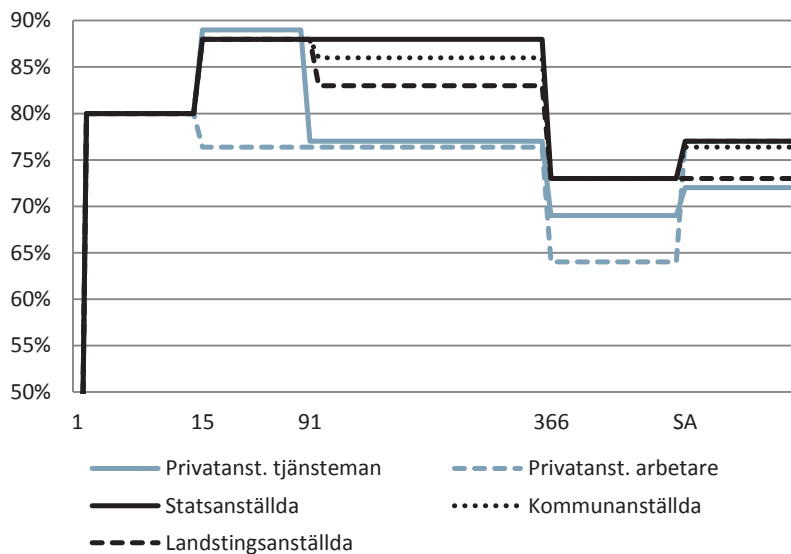
⁵¹ Denna beskrivning är dock en förenkling. Före år 2003 var systemet för förtidspension uppbyggt på samma sätt som det tidigare pensionssystemet (ATP) och ersättningsnivån var därmed inte densamma för alla individer. Den genomsnittliga ersättningsnivån var dock 65 procent och det är detta genomsnitt som har använts vid uträkningarna här. År 2003 reformerades systemet och förtidspensionen ersattes av sjuk- och aktivitetsersättning som dessutom blev en del av sjukförsäkringen i stället för som tidigare pensionssystemet. Sjukersättning kunde beviljas i både en tidsbegränsad och en permanent version till den 1 juli 2008 men sedan dess beviljas sjukersättning endast för stadigvarande nedsatt arbetsförmåga.

⁵² Ersättningsnivåerna för statsanställda är beräknade för individer med maximal tjänstetid (30 år) hos SPV. För individer med kortare försäkringsperiod var ersättningsnivåerna lägre.

Figur 9. Ersättningsnivå år 2013 utifrån sjukperiodens längd för olika grupper i samhället, för den 25:e percentilen



Figur 10. Ersättningsnivå år 2013 utifrån sjukperiodens längd för olika grupper i samhället, för den 90:e percentilen



I figur 9 framgår det att ersättningsnivåerna för inkomster under taket i dag är i stort sett identiska inom avtalen. Nivåerna följer dock tydligt längden på sjukperioden och förändras vid dag 15, i vissa fall dag 91, och dag 366⁵³ samt vid övergång till stadigvarande nedsatt arbetsförmåga, det vill säga till sjukersättning.

För inkomster över taket, här illustrerat genom den 90:e percentilen inom respektive avtalsområde, skiljer sig dock ersättningsnivåerna betydligt åt mellan avtalsområdena (figur 10). Som synes är ersättningsnivån densamma under de första fjorton dagarna, då en karensdag och 80 procents lagstadgad sjuklön gäller för samtliga. Från och med dag 15 i ett sjukfall skiljer sig däremot ersättningsnivåerna sig åt ganska markant. Till och med dag 90 har privatanställda tjänstemän det mest generösa inkomstskyddet, men det förändras vid dag 91 i sjukperioden. Då har privatanställda tjänstemän tillsammans med privatanställda arbetare det minst generösa skyddet. Med undantag för privatanställda tjänstemän dag 15–90 har statsanställda genomgående de högsta ersättningsnivåerna. Att det går att urskilja en skillnad mellan kommunanställda och landstingsanställda dag 91–366, där de senare har ett mindre generöst inkomstskydd, beror enbart på att löneläget inom den 90:e percentilen är betydligt högre inom landstingen än inom kommunerna, vilket ger en tydlig takeffekt. De privatanställda arbetarna har generellt sett det minst generösa inkomstskyddet vid sjukdom i förhållande till övriga avtalsområden, utom när arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt.

⁵³ Inom avtalsförsäkringen sker denna förändring i allmänhet vid dag 361.

6 Avslutande diskussion

Huvudfrågan i denna rapport handlar om hur den totala ersättningsnivån från den offentliga och de kollektivavtalade sjukförsäkringarna sammantaget ser ut för olika grupper i samhället och hur ersättningsnivån har förändrats över tid. Nedan sammanfattas den institutionella förändring som har beskrivits i rapporten och en diskussion förs kring hur denna utveckling har uppstått och hur dess betydelse för enskilda individer och samhället i stort ska förstås.

6.1 Institutionell förändring

De empiriska resultaten visar, för hela den studerade perioden, att ersättningsnivån från den sammantagna sjukförsäkringen har uppgått till över 70 procent av tidigare inkomst, och ofta högre än så, under perioder med sjukpenning som är kortare än ett år. Vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga (sjukersättning) har ersättningsnivån generellt sett varit något lägre än under perioder med sjukpenning. Även om den offentliga sjukförsäkringen är mindre generös i dag än för 30 år sedan, ger det totala försäkringssystemet i form av offentlig sjukförsäkring och kollektivavtalade sjukförsäkringar alltså fortsatt en ersättning som i hög grad ersätter det faktiska inkomstbortfallet vid sjukdom. Detta är en följd av att avtalsförsäkringarna fyller ut det gap som uppstått efter sjunkande ersättningsnivåer inom den offentliga försäkringen. Storleken på detta gap och den grad i vilken det fylls varierar dock mellan olika grupper i samhället.

För individer med inkomster under taket är det sammantagna inkomstskyddet likartat mellan de olika grupperna på arbetsmarknaden, och skyddet har också varit relativt stabilt över tid.⁵⁴ Vid denna inkomstnivå ger den offentliga sjukförsäkringen fortsatt en

⁵⁴ Även om skillnaderna mellan grupper och stabiliteten i nivåerna varit större vid dag 91 i en sjukperiod än vid dag 15 och under perioder av sjukersättning.

ersättning som i hög grad ersätter inkomstbortfallet vid sjukdom. Det gäller trots att den offentliga ersättningsnivån har minskat något över tid, mestadels på grund av sänkta ersättningsnivåer åren 1991 (1993 för längre sjukfall) och 1996 samt på grund av införandet av omräkningsfaktorn, om än i mindre utsträckning. Avtalsförsäkringarna har därmed en mer kompletterande karaktär för individer med inkomster under taket.

För höginkomsttagare är skillnaden i inkomstskydd större mellan de olika grupperna på arbetsmarknaden. För dem går det också att urskilja stora förändringar över tid, vad gäller den totala ersättningsnivån och framför allt gällande vem som tillhandahåller inkomstskyddet.

Den skillnad som går att finna mellan grupper på arbetsmarknaden, när det gäller höginkomsttagare kan förklaras dels av att ersättningsnivåerna skiljer sig åt mellan avtalen, dels av att det finns stora löneskillnader mellan grupperna. Den 90:e percentilen bland privatanställda tjänstemän tjänar betydligt mer än motsvarande percentil bland exempelvis privatanställda arbetare och kommunanställda. Det gör att takeffekten blir mer eller mindre tydlig i olika grupper. Exempelvis uppgår ersättningsnivån för sjukpenning från den offentliga försäkringen år 2013 till 40 procent för en privatanställd tjänsteman som hör till det översta inkomstkiktet (90:e percentilen). En privatanställd arbetare med en inkomst motsvarande den 90:e percentilen får en ersättning som uppgår till 68 procent av lönen. Därutöver fyller avtalsförsäkringarna ut den totala ersättningen i olika grad.

Det har med andra ord skett en tydlig institutionell förändring inom sjukförsäkringen under den studerade perioden. År 1982 var den offentliga sjukförsäkringen en standardförsäkring med en ersättning som i hög grad motsvarade inkomstbortfallet vid sjukdom, för hela arbetsmarknaden.⁵⁵ I dag är det inte längre så. Individer med inkomster under taket har ett fortsatt heltäckande inkomstskydd genom den offentliga sjukförsäkringen men individer med inkomster över taket i dag är helt beroende av avtalsförsäkringarna för att ha ett inkomstrelaterat försäkringsskydd vid sjukdom.

Att avtalsförsäkringarna är olika uppbyggda beroende på avtalsområde, betyder att försäkringsskyddet skiljer sig åt mellan olika grupper i samhället. Det gäller särskilt individer med inkomster över taket.

⁵⁵ Endast privatanställda tjänstemän med löner motsvarande den 90:e percentilen hade ett något lägre inkomstskydd än övriga.

Eftersom andelen individer med inkomster över taket fortsätter att öka, kommer denna utveckling att fortgå och med tiden även nå lägre inkomstkikt, förutsatt att systemet även fortsättningsvis är utformat på samma sätt som i dag.

6.2 Att förstå institutionell förändring

Hur uppstod denna institutionella förändring? Utan att närmare gå in på den teoretiska litteraturen om institutionella förändringar, kan det kortfattat sägas att det i litteraturen har framförts argument om en inom vetenskapen tidigare alltför skarpt dragen gräns mellan institutionell stabilitet och institutionell förändring. Där har institutionell förändring setts som något abrupt och utifrån genererat. När så inte är fallet, finns det en tendens att förklara allt som verkar nytt som en ny version av det gamla (Mahoney och Thelen 2009). När det gäller den svenska sjukförsäkringen, skulle det vara lätt att även här dra slutsatsen att de förändringar som genomförts endast är mindre justeringar utan institutionell betydelse. Att dra en sådan slutsats är särskilt lätt, eftersom den institutionella förändring som just påvisats inte skedde över en natt. Snarare kom den till stånd genom en rad separata beslut och icke-beslut under en lång period. Sammantaget har dock dessa förändringar bidragit till en institutionell förändring, där ansvarsfördelningen förskjutits från staten till parterna. Detta skifte består dock av flera olika typer av förändringar.

Det första man tänker på när ändringar i sjukförsäkringen diskuteras, är troligtvis ändrade nominella ersättningsnivåer. Sänkta ersättningsnivåer inom den offentliga sjukförsäkringen är politiska beslut om att minska utgifterna inom försäkringen eller att öka drivkrafterna till arbete. Ett beslut om höjda ersättningsnivåer är i stället ett politiskt beslut om att öka den ekonomiska säkerheten vid sjukdom, det vill säga att minska självriskan vid arbetsförmåga. Ändringar av ersättningsnivån inom avtalsförsäkringarna beslutas genom förhandlingar mellan arbetsmarknadens parter och kan vara ett svar på förändringar inom den offentliga försäkringen eller på påtryckningar från någon av de förhandlande parterna. Som påvisats i resultatkapitlet har de nominella ersättningsnivåerna i den offentliga försäkringen och avtalsjukförsäkringarna förändrats ett flertal gånger under den studerade perioden.

Ett mer diskret sätt att förändra ersättningsnivån i den offentliga försäkringen var införandet av en omräkningsfaktor. Man kan anta att en nedskärning av den nominella ersättningsnivån skulle ha varit mer politiskt känslig än att införa en omräkningsfaktor, som är en mer svårförståelig förändring. För den enskilda individen blir resultatet dock detsamma – en lägre ersättningsnivå.

Den faktiska ersättningsnivån kan dock förändras, även om den nominella ersättningsnivån är densamma som tidigare, exempelvis genom förändringar i närliggande system. Ett tydligt exempel på detta är konsekvenserna av att taket i sjukförsäkringen årligen räknas upp i takt med prisutvecklingen i samhället. När lönerna utvecklas snabbare än priserna och taket ligger kvar på 7,5 prisbasbelopp, skapas ett konstant fall i inkomsttaket, eftersom man inte har fattat några beslut för att förändra detta. Till följd av att nivån på taket inte har justerats med avseende på förvärvsinkomsterna, har en ökande andel individer fått en ökande andel av sin inkomst, som inte är försäkrad i den offentliga försäkringen. Sådana icke-beslut är dock inte nödvändigtvis oavsiktliga utan kan även vara ett diskret sätt att skapa budgetutrymme. Ett lågt tak resulterar i förlängningen i att ett inkomstbaserat system omvandlas till ett grundtrygghetssystem, vilket i sin tur skapar ett behov av kompletterande försäkringsskydd.

Dessa förändringar sammantaget har alltså medverkat till den institutionella förändring som här har skisserats.

6.3 Betydelsen av institutionell förändring

Spelar det någon roll hur inkomstskyddet vid sjukdom är uppbyggt? För att återknyta till det tidigare kapitlet om möjliga sätt att bygga upp ett försäkringsskydd mot sjukdom, så är den traditionella svenska lösningen med ett allmänt och generöst offentligt system endast en av flera möjliga lösningar. Oavsett vilken lösning man väljer, bör man dock vara medveten om dess konsekvenser, på både individnivå och på samhällsnivå.

För att börja med konsekvenserna på individnivå kan det konstateras att de minskade ersättningsnivåerna inom den offentliga sjukförsäkringen och den därmed ökade betydelsen av avtalsförsäkringarna gör att individer får svårare att överblicka sitt eget försäkringsskydd. Det beror på att det totala trygghetssystemet blir mer svåröverskådligt (Edebalk et al. 1996). En tidigare utredning har visat att så många som 25–30 procent inte får del av den ersättning de är berättigade till

från de kollektivavtalade sjukförsäkringarna under tid med sjukpenning.⁵⁶ Det beror på att de inte känner till att de har en kompletterande sjukförsäkring och därför inte ansöker om ersättning (Sjögren Lindquist och Wadensjö 2007 sid. 44–45). Detta större krav på kunskap och aktivitet inom det kompletterande systemet är problematiskt i sig, men det skulle kunna vara ett ännu större problem om det visade sig att kunskaps- och aktivitetskravet leder till att vissa grupper i samhället i lägre utsträckning än andra får del av det försäkringsskydd de har rätt till. Denna aspekt kommer att belysas vidare i en annan ISF-rapport.

Det är också viktigt att påpeka att inte alla har en avtalsförsäkring, eftersom inte alla arbetsplatser inom den privata sektorn omfattas av kollektivavtal. Även bland dem som omfattas av kollektivavtalade försäkringar kan det finnas personer som inte kvalificerar sig för ersättning. Det beror på att det i vissa fall finns kvalificeringskrav i form av en viss anställningstid eller uppnådd ålder.⁵⁷ Med andra ord finns det en grupp individer som inte omfattas av det skydd som avtalsförsäkringarna erbjuder. Det kan vara problematiskt, om ersättningsnivån från den offentliga försäkringen fortsätter att minska.

På samhällsnivå innebär, som redan beskrivits, den tilltagande betydelsen av kompletterande försäkringar att skillnaderna i faktiskt försäkringsskydd mellan grupper i samhället ökar. Med andra ord blir en större del av försäkringsskyddet beroende av vilket arbetsmarknads-kollektiv (om något) som man hör till. Detta påverkar även kostnaden för försäkringen, eftersom avgiften för avtalsförsäkringarna skiljer sig åt mellan avtalen.

Utöver detta kan intressebildningen kring försäkringarna förväntas förändras.⁵⁸ Detta kan uppstå dels genom en förändrad riskdelning, dels genom förändrade fördelningsstrategier, vilka beskrivs i mer detalj nedan.

Grundtanken med en inkomstrelaterad försäkring är att alla ska få ut relativt lika mycket från försäkringen. Det innebär att höginkomsttagare i absoluta termer får ut mer än låginkomsttagare. Ett sådant system kan förväntas skapa ett gemensamt intresse mellan grupper i

⁵⁶ Inom gruppen privatanställda arbetare och kommun- och landstingsanställda.

⁵⁷ Kollektivavtalen täcker endast personer som är anställda eller som nyligen varit anställda. Avtalsförsäkringen innehåller vanligtvis ett efterskydd vilket innebär att individen är försäkrad även en tid efter avslutat eller förlorat arbete. Längden på efterskyddet skiljer sig åt mellan avtalen. Även egna företagare kan teckna försäkringar hos Alecta och AFA.

⁵⁸ Detta bygger dock på att individerna är medvetna om hur systemet fungerar och hur skillnader i risk hänger samman med individuell risk.

samhället, eftersom alla omfattas av samma system. När alla får en ersättning som står i relation till tidigare inkomst, är enskilda individer också villiga att bidra till systemet, eftersom alla får tillbaka (relativt sett) lika mycket vid sjukdom. På så sätt är det rationellt även för höginkomsttagare att ”nöja sig” med det offentliga försäkringsskyddet (Korpi och Palme 1998).

Med sjunkande ersättningsnivåer för höginkomsttagare inom den offentliga sjukförsäkringen, övergår dock inkomstprincipen till en form av grundtrygghet för denna grupp. En sådan utveckling kommer att skapa en skiljelinje mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare vilket leder till att det rationellt sett inte längre blir lika attraktivt för höginkomsttagarna att vilja stanna inom samma institutionella struktur som låginkomsttagarna. Individer med inkomster över taket betalar dessutom för dessa inkomstandelar två gånger, dels till den offentliga, dels till den kollektivavtalade sjukförsäkringen, dock utan att få någonting tillbaka från den offentliga försäkringen, eftersom denna inte täcker inkomstbortfall som överstiger taket. Detta är särskilt tydligt för privatanställda tjänstemän som dessutom har en högre premie inom avtalssjukförsäkringen för inkomster över taket. Att en växande andel individer har inkomster övers taket i sjukförsäkringen kan leda till att tilltron och betalningsviljan till det offentliga sjukförsäkringssystemet minskar. Detta leder i sin tur till behov av en kompletterande sjukförsäkring.

När det gäller fördelningsstrategier är det viktigt att förstå att omfördelningen till viss del skiljer sig åt mellan den offentliga försäkringen och avtalsförsäkringen. Karaktäristiskt för den offentliga försäkringen är att premien är oberoende av risken. Det innebär en kraftig omfördelningseffekt från låg till hög risk. Som diskuterats tidigare, innebär det en omfördelning från höginkomsttagare till låginkomsttagare på aggregerad nivå. Det beror på att risken för sjukfrånvaro varierar med ålder, kön och socioekonomisk tillhörighet eftersom kvinnor löper högre risk än män, äldre löper högre risk än yngre och låginkomsttagare högre risk än höginkomsttagare (Edgerton et al. 2000; SOU 2006:86; Söderström och Rikner 2003). Även inom avtalsförsäkringarna är premien oberoende av risken (inom respektive avtal), och därför blir det även här en omfördelning från höginkomsttagare till låginkomsttagare. I avtalsförsäkringarna är dock kompensationsgraden i vissa fall högre för inkomster över taket, vilket skapar en omfördelning från individer med inkomster under taket till individer med inkomster över taket. Här är det alltså en motsatt omfördelning gentemot den som förekommer inom den offentliga försäkringen

(Edebalk et al. 1996; SOU2006:86). Detta gäller dock endast under perioder med avtalssjukförsäkring och inte inom under perioder med kollektivavtalad sjuklön.⁵⁹ För privatanställda tjänstemän är dock premien högre för inkomster över taket vilket motverkar denna omfördelning. Sammantaget betyder det att den totala omfördelningen från höginkomsttagare till låginkomsttagare minskar något med en ökande betydelse av avtalsförsäkringarna.

Som framkommit är ekonomiska risker och resurser ojämnt fördelade i samhället, och denna fördelning tenderar att följa socioekonomiska uppdelningar. Ett försäkringssystem kan förstärka sådana skillnader genom att bygga systemet på homogena (i termer av socioekonomisk uppdelning) riskpooler. Det kan också minska skillnaderna genom att låta alla dela på riskerna. Utifrån denna logik kan systemet främja eller motverka en intressegemenskap mellan exempelvis höginkomsttagare och låginkomsttagare, arbetare och tjänstemän etcetera genom att antingen få deras intressen att sammanfalla eller gå isär (Korpi och Palme 1998).

Den ökade betydelsen av avtalsförsäkringarna innebär att systemet som helhet i större utsträckning än tidigare blir uppdelat i olika riskpooler. Det beror på att kollektivavtalen bygger på en arbetsmarknadsuppdelning. Det är särskilt tydligt inom den privata sektorn, där separata avtal gäller för arbetare och tjänstemän, vilket gör att riskpoolerna där är relativt homogena. Inom kommunerna, landstingen och staten delar dock arbetare och tjänstemän på riskerna inom respektive avtal. Det gör att riskpoolerna där är mer heterogena, även om statsanställda är något speciella i detta sammanhang, eftersom de flesta inom denna grupp är tjänstemän (SOU2006:86). Denna utveckling kan alltså också förväntas påverka intressegruppsstrukturen i samhället genom att det blir allt viktigare att se till den egna gruppens intressen.

Även på andra sätt ökar komplexiteten i försäkringssystemet med den ökade betydelsen av avtalsförsäkringarna. Det blir svårare att från politiskt håll åstadkomma önskade drivkrafter inom sjukförsäkringen, eftersom man endast kan justera den offentliga delen av försäkringssystemet. Slutligen kan det konstateras att även den administrativa kostnaden ökar, när två parallella system ska hanteras.

⁵⁹ Avtalssjukförsäkringarna (om man bortser från kollektivavtalad sjuklön) ersätter inkomster över taket fr.o.m. dag 91 för privatanställda tjänstemän och vid sjukersättning för statsanställda, kommunanställda och landstingsanställda.

6.4 Slutord

Denna rapport har visat att det totala försäkringsskyddet vid sjukdom fortsatt erbjuder ersättningsnivåer som i hög grad ersätter inkomstbortfallet vid arbetsoförmåga till följd av sjukdom, trots att ersättningsnivåerna sjunkit inom den offentliga sjukförsäkringen. Detta beror på att avtalsförsäkringarna ”fyller på” där den offentliga försäkringen inte längre tillgodoser ett i hög grad inkomstrelaterat försäkringsskydd. Ansvaret för inkomstsäkerhet vid sjukdom har därmed delvis förskjutits från staten till arbetsmarknadens parter under de senaste 30 åren.

Om inga förändringar görs i det nuvarande systemet, kommer utvecklingen av den allt större betydelsen av avtalsförsäkringarna att fortgå i och med att allt fler har inkomster som mer och mer överstiger taket i försäkringen. Det är också fullt möjligt att överlåta ett större ansvar än i dag på parterna. Ett möjligt alternativ är att ha en offentlig sjukförsäkring som för samtliga endast erbjuder en grundtrygghet och där arbetsmarknadens parter förhandlar om kompletterande skydd, eller där en större del överlåts till den privata försäkringsmarknaden. Om det är ett önskvärt scenario kan man ha olika åsikter om. Det förefaller dock som att den parlamentariska socialförsäkringskommittén inte har sett detta som en önskvärd utveckling. Det är dock viktigt att inse att utvecklingen inom det svenska sjukförsäkringssystemet redan går mot denna riktning.

En fortsatt ansvarsförskjutning från staten till arbetsmarknadens parter eller andra former av privata försäkringar innebär att kostnaden för den offentliga försäkringen skulle sjunka och att den enskilda individen i större utsträckning än tidigare skulle kunna utforma sitt försäkringsskydd utifrån det egna behovet. Det är dock viktigt att komma ihåg att det i spåren av denna redan påbörjade utveckling, följer ökade skillnader i försäkringsskydd mellan grupper i samhället samtidigt som att vissa grupper står utan kompletterande skydd. Det leder i sin tur till en förändrad intressegruppsstruktur och nya förutsättningar för fördelningspolitiken, ett minskat politiskt handlingsutrymme när det gäller incitamentsstrukturer inom försäkringen, ökade administrativa kostnader med parallella system. En ökad komplexitet i försäkringssystemet medför också svårigheter för den enskilda att överblicka och förstå systemet och därmed få ut den ersättning hon eller han har rätt till.

Referenser

Litteratur

Dir. 2010:48: *Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet*. Kommittédirektiv.

Edebalk, Per Gunnar (2006): *Sjukpenning och sjuklön – Samspelet mellan staten och arbetsmarknadens parter 1974–1993*.

Edebalk, Per Gunnar (2007): ”Sjukförsäkring och sjuklön. Om statliga beslut och arbetsmarknadens organisationer 1955–1992”, *Historisk Tidskrift*, 127 (1), 2–26.

Edebalk, Per Gunnar (2009): ”Employers and sickness insurance: A contribution to the development of social policy in Sweden 1955–2005”, *Scandinavian Journal of History*, 34 (1), 49–68.

Edebalk, Per Gunnar, Ståhlberg, Ann-Charlotte, och Wadensjö, Eskil (1996): *Avtalsrelaterade trygghetssystem vid sjukdom, arbetsskada och förtidspension*. Institutet för social forskning.

Edgerton, David, Kruse, Agneta, och Wells, Curt (2000): *Designing an optimal sickness insurance. Some evidence from the Swedish experience*, ESPE.

Ferrarini, Tommy, et al. (2012): *Sveriges socialförsäkringar i jämförande perspektiv. En institutionell analys av sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna i 18 OECD-länder 1930 till 2010*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

Försäkringskassan (2013): *Att sakna försäkrad inkomst*. Socialförsäkringsrapport 2013:1.

Försäkringskassan (2012): *Förändringar inom socialförsäkrings- och bidragsområdena 1968-01-01–2012-07-01*.

Greve, Bent (2007): *Occupational Welfare: Winners and Losers* Edward Elgar Publishing Ltd.

Hedborg, Anna (2012): *Under höga tak ryms alla – En rapport om höjda tak i sjukförsäkringen*. Kommunal.

ISF (2014): *Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet*. Inspektionen för socialförsäkringen, rapport 2014:4.

Järvi, Laura och Kuivalainen, Susan (2013): "Equally to All? The Significance of Collectively Negotiated Sickness Benefits in Cross-Nordic Social Policy Analysis". *European Journal of Social Security* (EJSS), 15 (4), 341–58.

Kangas, Olli (2010): *Work Accident and Sickness Benefits*, i Francis G Castles, et al. (red.), *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford University Press.

Kjellberg, Anders (2013): *Kollektivavtalens täckningsgrad samt organisationsgraden hos arbetsgivarförbund och fackförbund*. Research Reports 2013:1, Studies in Social Policy, Industrial Relations, Working Life and Mobility. Lund University.

Korpi, Walter och Palme, Joakim (1998): "The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries", *American sociological review*, 661–87.

Mahoney, James och Thelen, Kathleen (2009): *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge University Press.

Proposition 1990/91:59: *Om vissa ändringar i sjukförsäkringen m.m.*

Proposition 1992/93:31 *Om ändrad sjukersättning m.m.*

Proposition 2002/03:100: *2003 års ekonomiska vårproposition.*

Proposition 2007/08:136: *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*

Riksförsäkringsverket (1999): *Socialförsäkringsboken 1999*.

Sjögren Lindquist, Gabriella (2011): *Den privata försäkringsbranschen på frammarsch* i Boa Ruthström och Håkan Svärdman (red.), *Åtta visioner om trygghet*. Socialförsäkring i förändring. Premiss förlag.

Sjögren Lindquist, Gabriella och Wadensjö, Eskil (2007): *Ett svårt pussel-kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*. Rapport till Expertgruppen för studier i samhällsekonomi (ESS) (2007:1).

Sjögren Lindquist, Gabriella och Wadensjö, Eskil (2011): *Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbud*. Rapport till Expertgruppen i offentlig ekonomi (ESO) (2011: 4).

SOU1996:113: *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*. Del 2 Bilagor.

SOU2006:86: *Mera försäkring och mera arbete*.

SOU 2015:21: *Mer trygghet och bättre försäkring*.

Stiglitz, Joseph E (1988): *Economics of the public sector*. WW Norton Co.

Ståhlberg, Ann-Charlotte (1997): *Sweden: on the way from standard to basic security?*, i Jochen Clasen (red.), *Social Insurance in Europe*. The Policy Press.

Ståhlberg, Ann-Charlotte (2003): *Occupational Welfare*, i Torben M Andersen och Per Molander (red.), *Alternatives for Welfare Policy. Coping with Internationalisation and Demographic Change*. Cambridge University Press.

Söderström, Lars och Rikner, Klas (2003): *Privatisation of social insurance with reference to Sweden*, i Torben M Andersen och Per Molander (red.), *Alternatives for Welfare Policy. Coping with Internationalisation and Demographic Change*. Cambridge University Press.

Avtal: privatanställda arbetare

AFA (2001), Försäkringsvillkor för AFA-Försäkringarna.

AFA (2002), Försäkringsvillkor för AFA-Försäkringarna.

AFA (2003), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA (2004), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA (2005), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2006), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2007), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2008), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2009), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2010), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2011), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2012), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AFA Försäkring (2013), AFA-Försäkringar, Omställningsförsäkring, och Avtalspension SAF-LO. Försäkringsvillkor och bestämmelser.

AMF Försäkrings AB (1982), Försäkringsbesked avtalsgruppsjukförsäkring.

AMF Försäkrings AB (1983), Försäkringsbesked avtalsgruppsjukförsäkring.

AMF Försäkrings AB (1984), Försäkringsbesked avtalsgruppsjukförsäkring.

AMF Försäkrings AB (1985), Försäkringsbesked avtalsgruppsjukförsäkring.

AMF Försäkrings AB (1986), Försäkringsbesked avtalsgruppsjukförsäkring.

AMF Försäkrings AB (1987), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1988), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1989), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1990), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1991), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1992), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1993), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1994), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1995), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkrings AB (1996), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkring (1997), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkring (1998), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkring (1999), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

AMF Försäkring (2000), Försäkringsvillkor för AMF-Försäkringarna.

Avtal: kommun- och landstingsanställda

AFA (2001), Information och försäkringsvillkor för dig som blir sjuk eller skadad i anställningen.

AFA (2002), Information och försäkringsvillkor för dig som blir sjuk eller skadad i anställningen.

AFA (2003), Information och försäkringsvillkor för dig som blir sjuk eller skadad.

AFA (2004), Information och försäkringsvillkor för dig som blir sjuk eller skadad.

AFA (2005), Information och försäkringsvillkor för dig som blir sjuk eller skadad.

AFA Försäkring (2006), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AFA Försäkring (2007), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AFA Försäkring (2008), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AFA Försäkring (2009), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AFA Försäkring (2010), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AFA Försäkring (2011), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AFA Försäkring (2012), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AFA Försäkring (2013), Försäkringsvillkor för anställda inom kommuner, landsting, regioner, trossamfunder svenska kyrkan och vissa kommunala företag.

AMF Försäkrings AB (1976), Arbetsmarknadsförsäkringar, sjukförsäkringsaktiebolag, försäkringsbesked KL.

AMF Försäkrings AB (1978), Arbetsmarknadsförsäkringar, sjukförsäkringsaktiebolag, försäkringsbesked KL.

AMF Försäkrings AB (1979), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1980), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1981), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1982), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1983), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1984), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1985), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1987), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1988), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1989), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1990), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1991), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1992), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1993), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1994), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1995), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkrings AB (1996), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkring (1997), Försäkringsvillkor för kommunal- och landstingsanställda.

AMF Försäkring (1998), Information till dig som blir sjuk eller skadad i jobbet.

AMF Försäkring (1999), Information till dig som blir sjuk eller skadad i jobbet.

AMF Försäkring (2000), Information och försäkringsvillkor för dig som blir sjuk eller skadad i jobbet.

Sveriges Kommuner och Landsting (1980), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1984), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1988) t.o.m. september, Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1988) fr.o.m. september, Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1989), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1991), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1992), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1993), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1996), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (1998), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (2001), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (2004), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (2007), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012), Allmänna bestämmelser.

Sveriges Kommuner och Landsting (2013), Allmänna bestämmelser.

Avtal: statsanställda

Arbetsgivarverket (1995), AgV Cirkulär.

Arbetsgivarverket (1996), AgV Cirkulär.

Arbetsgivarverket (2000), PA-91 Pensionsavtal med förhandlingsprotokoll och arbetsgivarnyckel, Cirkulär 2000:A 5.

Arbetsgivarverket (2002), Lön och förmåner vid sjukfrånvaro – En vägledning för statliga arbetsgivare.

Arbetsgivarverket (1997), ALFA Allmänt löne- och förmånsavtal, Centrala avtal 1997:A 4

Arbetsgivarverket (2008), ALFA Allmänt löne- och förmånsavtal, Centrala avtal 2008:1.

Arbetsgivarverket (2008), PA 03 Pensionsavtal, Centrala avtal 2008:3.

Arbetsgivarverket (2010), ALFA ALFA-T, Centrala avtal 2011:4.

Arbetsgivarverket (2011), Om sjukfrånvaro och rehabilitering – En vägledning för statliga arbetsgivare.

Arbetsgivarverket (2014), Villkorsavtal mellan SEKO och Arbetsgivarverket.

Arbetsgivarverket (2014), Villkorsavtal-T mellan Arbetsgivarverket och Saco-S.

Statens avtalsverk (1977), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1983), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1984), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1985), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1986), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1987), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1988), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1989), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1990), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1992), SAV Cirkulär.

Statens avtalsverk (1993), SAV Cirkulär.

Statens tjänstepensionsverk (2014), Förutsättningar för sjukpension 1974–2013. (Det här är ingen officiell publikation utan ett dokument som erhållits via e-post från Statens tjänstepensionsverk).

Avtal: privatanställda tjänstemän

PTK (1979), Handbok för försäkringsrådgivare 79/80.

PTK (1982), Handbok för försäkringsrådgivare 82.

PTK (1983), Handbok för försäkringsrådgivare 83/84.

PTK (1984), Handbok för försäkringsrådgivare 84/85.

PTK (1985), Handbok för försäkringsrådgivare 85/86.

PTK (1986), Handbok för försäkringsrådgivare 86/87.

PTK (1987), Handbok för försäkringsrådgivare 87/88.

PTK (1988), Handbok för försäkringsrådgivare 88/89.

PTK (1989), Handbok för försäkringsrådgivare 89/90.

PTK (1990), Handbok för försäkringsrådgivare 90/91.

PTK (1991), Handbok för försäkringsrådgivare 91/92.

PTK (1992), Handbok för försäkringsrådgivare 92/93.

PTK (1993), Handbok för försäkringsrådgivare 93/94.

PTK (1994), Handbok för försäkringsrådgivare 94/95.

PTK (1995), Handbok för försäkringsrådgivare 95/96.
PTK (1996), Handbok för försäkringsrådgivare 96/97.
PTK (1996), Vårt försäkringsskydd igår och idag – avtalsbilaga.
PTK (1999), Handbok för försäkringsrådgivare 1999.
PTK (2002), Handbok för försäkringsrådgivare 2002.
PTK (2003), Handbok om försäkringar 2003.
PTK (2006), Handbok om försäkringar 2006.
PTK (2007), Handbok om försäkringar 2007.
PTK (2008), Handbok om försäkringar 2008.
PTK (2009), Handbok om försäkringar 2009.
PTK (2010), Handbok om försäkringar 2010.
PTK (2011), Handbok om försäkringar 2011.
PTK (2012), Handbok om försäkringar 2012.
PTK (2013), Handbok om försäkringar 2013.
Svenska arbetsgivareföreningen (1981), Avtal SAF-PTK om allmänna villkor m.m. 1981 – 1982.
Svenska arbetsgivareföreningen (1983), Uppgörelserna SAF-PTK om löner, allmänna villkor m.m. den 3 juni 1983 och den 21 juni 1984.
Svenska arbetsgivareföreningen (1985), Avtal SAF-PTK om allmänna villkor 1 juni–31 dec 1985.
Svenska arbetsgivareföreningen (1986), Avtal SAF-PTK om allmänna villkor 1986–1987.

Inkomststatistik

Medlingsinstitutet (2013), Avtalsrörelsen och lönebildningen 2013, Medlingsinstitutets årsrapport 2013.
Statistiska Centralbyrån (1991), Löner i Sverige 1982–1989, En redovisning av löner och löneutveckling för olika löntagargrupper.
Statistiska Centralbyrån (1993), Löner i Sverige 1990–1991, En redovisning av löner och löneutveckling för olika löntagargrupper.
Statistiska Centralbyrån (1992), Lönestatistisk årsbok.
Statistiska Centralbyrån (1993), Lönestatistisk årsbok.
Statistiska Centralbyrån (1994), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (1995), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (1996), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (1997), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (1998), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (1999), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (2000), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (2001), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (2002), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (2003), Lönestatistisk årsbok.

Statistiska Centralbyrån (2014), Statistikdatabasen, Genomsnittlig månadslön och lönespridning efter sektor, yrkesgrupp (SSYK) och kön. År 2004–2013.

Statistiska Centralbyrån (2014), Statistikdatabasen, Genomsnittlig månadslön, lönespridning m.m. inom primärkommunal sektor efter yrke SSYK och kön. År 2000–2013.

Statistiska Centralbyrån (2014), Statistikdatabasen, Genomsnittlig månadslön, lönespridning m.m. inom landstingskommunal sektor efter yrke SSYK och kön. År 2000–2013.

Statistiska Centralbyrån (2014), Statistikdatabasen, Genomsnittlig timlön, lönespridning m.m., arbetare privat sektor (SLP) efter yrkesgrupp (SSYK) och kön. År 2000–2013.

Statistiska Centralbyrån (2014), Statistikdatabasen, Genomsnittlig månadslön, lönespridning m.m., tjänstemän inom privat sektor (SLP) efter yrkesgrupp (SSYK) och kön. År 2000–2013.

Bilaga 1 Förändringar i ersättningsnivå

Det är viktigt att notera att det finns minskningsregler inom avtalsförsäkringarna. Reglerna innebär att ersättningen från avtalsförsäkringen ska minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen. Detta gäller framförallt ersättningar för inkomster under 7,5 prisbasbelopp (PBB) i början av den studerade tidsperioden. De ersättningar för vilka minskningsregler gäller är markerade med en * i tabellerna nedan. Minskingsregler gäller även för inkomster över 7,5 PBB under perioder av lagstadgad sjuklön i den offentliga försäkringen.

Från och med mars 1991 beslutade man om en minskningsregel som innebär att den totala ersättningen från den offentliga och den kollektivavtalade sjukförsäkringen tillsammans aldrig får överstiga 90 procent. Om den kollektivavtalade ersättningen är så hög att denna gräns överskrids, reduceras ersättningen från den offentliga sjukförsäkringen med motsvarande belopp.

Notera också att de ersättningar som utgörs av sjuklön är utmärkta i tabellerna nedan. När det gäller den offentliga försäkringen rör det sig om lagstadgad sjuklön medan det i avtalsförsäkringen handlar om kollektivavtalade sjuklön.

Inom avtalsförsäkringarna används två olika tak. Det ena taket är vid samma nivå som taket i den offentliga försäkringen och det andra taket är vid 20 inkomstbasbelopp (IBB). För inkomster över det högre taket lämnas i regel en lägre ersättning. Inkomster motsvarande den 90:e percentilen når dock inte för något avtalsområde upp till det högre taket och därför redovisas dessa nivåer inte här.

Omräkningsfaktorn innebär att den inkomstbas på vilken sjukpenning beräknas ska minskas med en viss procent, exempelvis 3 procent om omräkningsfaktorn är 0,97. Detta görs innan ersättningsnivån på 80 procent räknas fram.

Ersättningsnivåer dag 15 i sjukfallet

Tabell B1.1. Offentliga sjukförsäkringen

Datum	Inkomst under 7,5 pbb*	Inkomst över 7,5 pbb*	Kommentar
1982–feb 1991	90 % av lön	Ingen ersättning	
Mars 1991–1995	80 % av lön	Ingen ersättning	
1996	75 % av lön	Ingen ersättning	
1997	75 % av lön (sjuklön)	75 % av lön (sjuklön)	
Jan 1998–mars 1998	80 % av lön (sjuklön)	80 % av lön (sjuklön)	
April 1998–juni 2003	80 % av lön	Ingen ersättning	
Juli 2003–2004	80 % av lön (sjuklön)	80 % av lön (sjuklön)	Omräkn. faktor 0,97
2005–2006	80 % av lön	Ingen ersättning	
2007	80 % av lön	Ingen ersättning	Omräkn. faktor 0,989
2008–2014	80 % av lön	Ingen ersättning	Omräkn. faktor 0,97

Anm.: Sjukpenning från den offentliga försäkringen betalas ut som procent av sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och inte av lön. SGI är den årliga inkomsten i pengar som en försäkrad kan antas komma att få för eget arbete som anställd eller som egen företagare.

*Notera avvikande tak i försäkringen juli 2006–dec 2006

Tabell B1.2. Avtalssjukförsäkring: Privatanställda tjänstemän

Datum	Inkomst under 7,5 pbb	Inkomst över 7,5 pbb	Kommentar
1982–1991	10 % av lön (sjuklön)	Ingen ersättning	
1992–1995	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
1996	10 % av lön (sjuklön)	85 % av lön (sjuklön)	
1997–mars 1998	Ingen ersättning□	Ingen ersättning□	□ p.g.a. lagstadgad sjuklönepreperiod
April 1998–juni 2003	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
Juli 2003–2004	Ingen ersättning□	Ingen ersättning□	□ p.g.a. lagstadgad sjuklönepreperiod
2005–2013	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	

Tabell B1.3. Avtalssjukförsäkring: Privatanställda arbetare

Datum	Inkomst under 7,5 pbb	Inkomst över 7,5 pbb	Kommentar
1982–mars 1985	3 kr/dag**	Ingen ersättning	Skattefri ersättning
April 1985–1988	6–17 kr/dag**/**	Ingen ersättning	Skattefri ersättning
1989	6–18 kr/dag**/**	Ingen ersättning	Skattefri ersättning
1990	6–21 kr/dag**/**	Ingen ersättning	Skattefri ersättning
Jan–feb 1991	11,1 % av sjukpenning	Ingen ersättning	
Mars 1991–1996	12,5 % av sjukpenning	Ingen ersättning	
1997–mars 1998	Ingen ersättning□	Ingen ersättning	□ p.g.a. lagstadgad sjuklöneperiod
April 1998–juni 2003	12,5 % av sjukpenning	Ingen ersättning	
Juli 2003–2004	Ingen ersättning□	Ingen ersättning	□ p.g.a. lagstadgad sjuklöneperiod
2005–2013	12,5 % av sjukpenning	Ingen ersättning	

Anm.: ** Utbetalas 7 dagar per vecka

*** Vilket dagbelopp som gäller bestäms enligt en inkomstbaserad tabell

Tabell B1.4. Avtalssjukförsäkring: Statsanställda

Datum	Inkomst under 7,5 pbb	Inkomst över 7,5 pbb	Kommentar
1982–1987	92 % av lön (sjuklön)*	92 % av lön (sjuklön)	
1988–feb 1991	100 % av lön (sjuklön)*	100 % av lön (sjuklön)	
Mars 1991–1995	20 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
1996	25 % av lön (sjuklön)	85 % av lön (sjuklön)	
1997–mars 1998	Ingen ersättning□	Ingen ersättning□	□ p.g.a. lagstadgad sjuklöneperiod
April 1998–jun 2003	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
Juli 2003–2004	Ingen ersättning□	Ingen ersättning□	□ p.g.a. lagstadgad sjuklöneperiod
2005–jun 2008	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
Jul 2008–2014	10 % av lön (sjuklön)	87,6 % av lön (sjuklön)	

Anm.: *Avtalsersättningen minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen

Tabell B1.5. Avtalssjukförsäkring: Kommun- och landstingsanställda

Datum	Inkomst under 7,5 pbb	Inkomst över 7,5 pbb	Kommentar
1982–sep 1988	90 % av lön (sjuklön)*	90 % av lön (sjuklön)	
Okt 1988–feb 1991	10 % av lön (sjuklön)	100 % av lön (sjuklön)	
Mars 1991–1995	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
1996	10 % av lön (sjuklön)	85 % av lön (sjuklön)	
1997–mars 1998	Ingen ersättning□	Ingen ersättning□	□ p.g.a. lagstadgad sjuklöneperiod
April 1998–juni 2003	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
Juli 2003–2004	Ingen ersättning□	Ingen ersättning□	□ p.g.a. lagstadgad sjuklöneperiod
2005–2006	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
2007–2014	10 % av lön (sjuklön)	87,6 % av lön (sjuklön)	

Anm.: *Avtalsersättningen minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen

Ersättningsnivåer dag 91 i sjukfallet

Tabell B1.6. Offentliga sjukförsäkringen

Datum	Inkomst under 7,5 pbb*	Inkomst över 7,5 pbb*	Kommentar
1982–mars 1993	90 % av lön	Ingen ersättning	
April 1993–1995	80 % av lön	Ingen ersättning	
1996–1997	75 % av lön	Ingen ersättning	
1998–juni 2003	80 % av lön	Ingen ersättning	
Juli 2003–2004	80 % av lön	Ingen ersättning	Omräkn.faktor 0,97
2005–juni 2006	80 % av lön	Ingen ersättning	
Juli 2006–dec 2006	80 % av lön	Ingen ersättning	Taket utgörs av 10 pbb
2007	80 % av lön	Ingen ersättning	Omräkn.faktor 0,989
2008–2014	80 % av lön	Ingen ersättning	Omräkn.faktor 0,97

Anm.: Sjukpenning från den offentliga försäkringen betalas ut som procent av sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och inte av lön. SGI är den årliga inkomsten i pengar som en försäkrad kan antas komma att få för eget arbete som anställd eller som egen företagare.

*Notera avvikande tak i försäkringen juli 2006–dec 2006

Tabell B1.7. Avtalssjukförsäkring: Privatanställda tjänstemän

<i>Datum</i>	<i>Inkomst under 7,5 pbb</i>	<i>Inkomst över 7,5 pbb</i>	<i>Kommentar</i>
1982–feb 1991	95 % av lön*	65 % av lön	32, 5 % för inkomster mellan 20–30 pbb**
Mars 1991–juni 2006	Ingen ersättning	65 % av lön	32, 5 % för inkomster mellan 20–30 ibb**
Juli 2006–2014	10 % av lön	65 % av lön	32, 5 % för inkomster mellan 20–30 ibb**

Anm.: *Avtalsersättningen minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen
 ** Fr.o.m. 2003 ändrades gränsen från att utgöras av pbb till ibb. Innan maj 1988 var gränsen 12,5–20 pbb istället för 20–30.

Tabell B1.8. Avtalssjukförsäkring: Privatanställda arbetare

<i>Datum</i>	<i>Inkomst under 7,5 pbb</i>	<i>Inkomst över 7,5 pbb</i>	<i>Kommentar</i>
1982–1984	3 kr/dag**		Skattefri ersättning
1985–1990	6 kr/dag**		Skattefri ersättning
1991–1997	Ingen ersättning	Ingen ersättning	
1998–2014	12,5 % av sjukpenning	Ingen ersättning	

Anm.: ** Utbetalas 7 dagar per vecka

Tabell B1.9. Avtalssjukförsäkring: Statsanställda

Datum	Inkomst under 7,5 pbb	Inkomst över 7,5 pbb	Kommentar
1982–feb 1991	94 % av lön (sjuklön)*	94 % av lön (sjuklön)	
Mars 1991–1992	10 % av lön (sjuklön)	90 % av lön (sjuklön)	
1993–1995	20 % av lön (sjuklön)	80 % av lön (sjuklön)	
1996	25 % av lön (sjuklön)	75 % av lön (sjuklön)	
1997	Ingen ersättning	75 % av lön (sjuklön)	
1998–jun 2008	Ingen ersättning	80 % av lön (sjuklön)	
Jul 2008–2010	Ingen ersättning	77,6 % av lön (sjuklön)	
2011–2014	10 % av lön (sjuklön)	87,6 % av lön (sjuklön)	

Anm.: *Avtalsersättningen minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen

Tabell B1.10. Avtalssjukförsäkring: Kommun- och landstingsanställda

Datum	Inkomst under 7,5 pbb	Inkomst över 7,5 pbb	Kommentar
1982–sep 1988	90 % av lön (sjuklön)*	90 % av lön (sjuklön)	
Okt 1988–1990	6 kr/dag**	90 % av lön (sjuklön)	Skattefri dagersättning
Jan 1991–feb 1991	Ingen ersättning	90 % av lön (sjuklön)	
Mars 1991–1995	Ingen ersättning	80 % av lön (sjuklön)	
1996–1997	Ingen ersättning	75 % av lön (sjuklön)	
1998–2003	12, 5 % av sjukpenning	80 % av lön (sjuklön)	
2004	12, 887 av sjukpenning	77,6 % av lön (sjuklön)	
2005–2006	12, 5 % av sjukpenning	80 % av lön (sjuklön)	
2007–2014	12, 887 av sjukpenning	77,6 % av lön (sjuklön)	

Anm.: *Avtalsersättningen minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen

** Utbetalas 7 dagar per vecka

*Ersättningsnivåer vid stadigvarande nedsatt arbetsförmåga
(sjukersättning)*

Tabell B1.11. Offentliga sjukförsäkringen

<i>Datum</i>	<i>Inkomst under 7,5 pbb</i>	<i>Inkomst över 7,5 pbb</i>	<i>Kommentar</i>
1982–2002	65 % av lön**	Ingen ersättning	
2003–2014	64 % av lön	Ingen ersättning	

Anm.: Sjukersättning från den offentliga försäkringen betalas ut som procent av antagandeinkomsten. Antagandeinkomsten mäter vanligtvis genomsnittet av de 3 högsta bruttoårsinkomsterna under en ramtid på mellan 5 och 8 år beroende på ålder.

** Denna procentssats är en förenkling. Före 2003 var systemet för förtidspension uppbyggt på samma sätt som det tidigare pensionssystemet (ATP) och ersättningsnivån var därmed inte densamma för alla individer. Den genomsnittliga ersättningsnivån var dock 65 procent och det är detta genomsnitt som har använts vid uträkningarna här.

Tabell B1.12. Avtalssjukförsäkring: Privatanställda tjänstemän

<i>Datum</i>	<i>Inkomst under 7,5 pbb</i>	<i>Inkomst över 7,5 pbb</i>	<i>Kommentar</i>
1982–1995	80 % av lön*	65 % av lön	32,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb
1996–2014	15 % av lön	65 % av lön	32,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb**

Anm.: *Avtalsersättningen minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen.

** Fr.o.m. 2003 ändrades gränsen från att utgöras av pbb till 15 pbb. Innan maj 1988 var gränsen 12,5–20 pbb istället för 20–30.

Tabell B1.13. Avtalssjukförsäkring: Privatanställda arbetare

<i>Datum</i>	<i>Inkomst under 7,5 pbb</i>	<i>Inkomst över 7,5 pbb</i>	<i>Kommentar</i>
1982–1990	Fast belopp enl. tabell	Ingen ersättning	Skattefri ersättning
1991–2011	Fast belopp enl. tabell	Ingen ersättning	
2012–2014	Fast belopp enl. tabell	65 % av lön	32,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb

Tabell B1.14. Avtalssjukförsäkring: Statsanställda

Datum	Inkomst under 7,5 pbb [□]	Inkomst över 7,5 pbb [□]	Kommentar
1982–1991	65 % av PU + tillägg**/**	65 % av PU + tillägg***	
1992–1996 ****	117,5 % av PU**	81,5 % av PU	45,75 % för inkomster mellan 20–30 pbb*
1997–2007	21 % av PU	81 % av PU	45,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb*
2008–2004	15 % av PU	75 % av PU	37,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb

Anm.: PU = pensionsunderlag

□ Mellan 1996 och 2002 beräknades förmånsgränserna utifrån det förhöjda prisbasbeloppet.

**Avtalsersättningen minskas med ersättningen från den offentliga försäkringen

*** Tillägget består av ett tilläggsbelopp och ett särskilt tilläggsbelopp. Tilläggsbeloppet är 3,1 % av basbeloppet och det särskilda tilläggsbeloppet är 25 % av normalbeloppet.

Normalbeloppet är 65 % av PU.

**** T.o.m. 1996 är dessa ersättningsnivåer beräknade för personer med maximal tjänstetid, d.v.s. 30 tjänsteår. Vid lägre tjänstgöringstid var ersättningsnivåerna lägre.

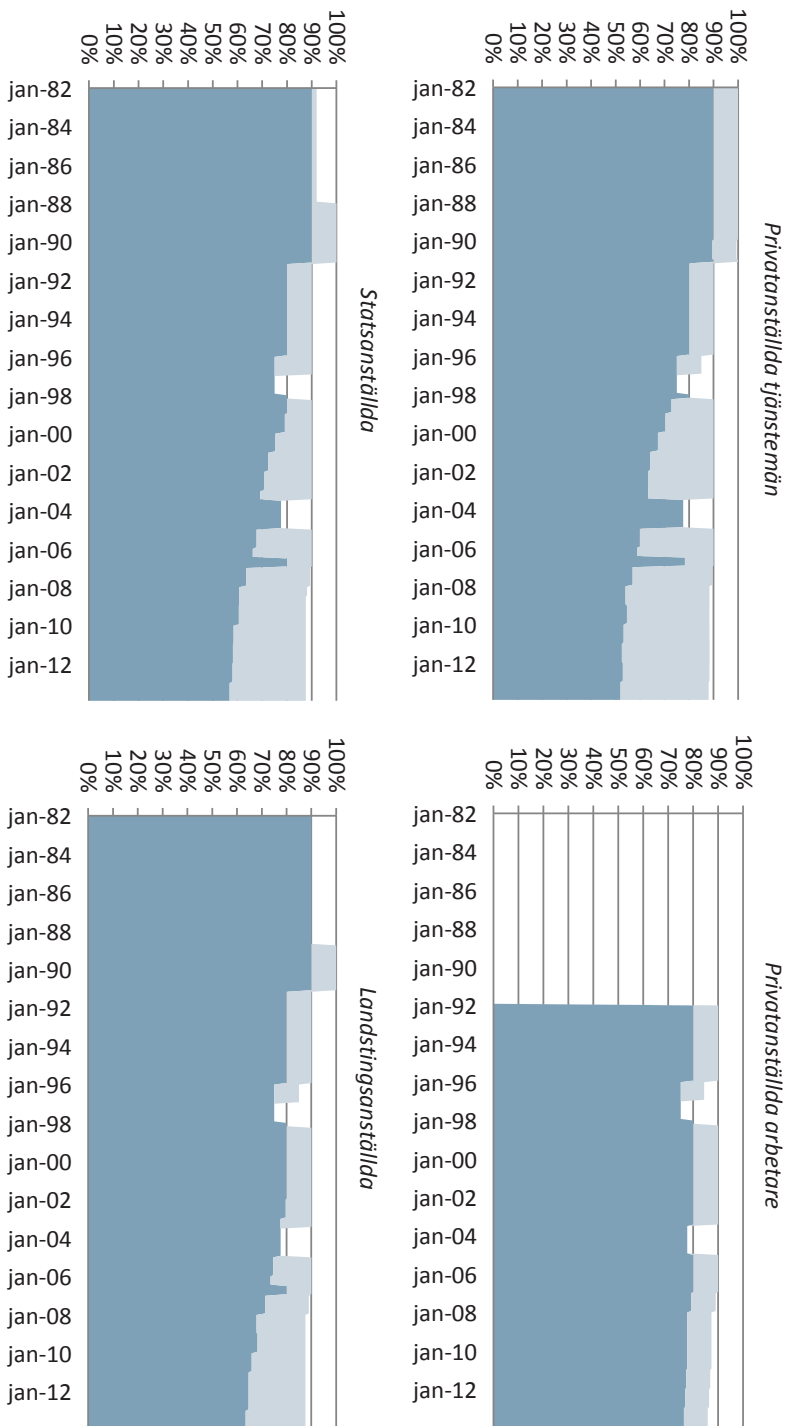
Tabell B1.15. Avtalssjukförsäkring: Kommun- och landstingsanställda

Datum	Inkomst under 7,5 pbb	Inkomst över 7,5 pbb	Kommentar
1982–1984	Fast belopp enl. tabell	65 % av lön	32,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb Ers. enl. tabell var skattefri
1985–1990	Fast belopp enl. tabell	65 % av lön	32,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb Ers. enl. tabell var skattefri
1991–apr 2000	Fast belopp enl. tabell	65 % av lön	32,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb
Maj 2000–2014	Fast belopp enl. tabell	65 % av lön	32,5 % för inkomster mellan 20–30 pbb

Bilaga 2 Total ersättningsnivå dag 15 i sjukperioden för den 75:e percentilen

Anm. figur B2.1: Inkomststatistik för privatanställda arbetare saknas innan år 1992. Ersättningsnivån från avtalsförsäkringen uppgick till 3 kr/dag (skattefritt) 1982–1984, 6–21 kr/dag (skattefritt) 1985–1990 och 12,5 % av sjukpenningen 1991. Skattefri ersättning innebär att den ersättningsnivå som här redovisas är något underskattad.

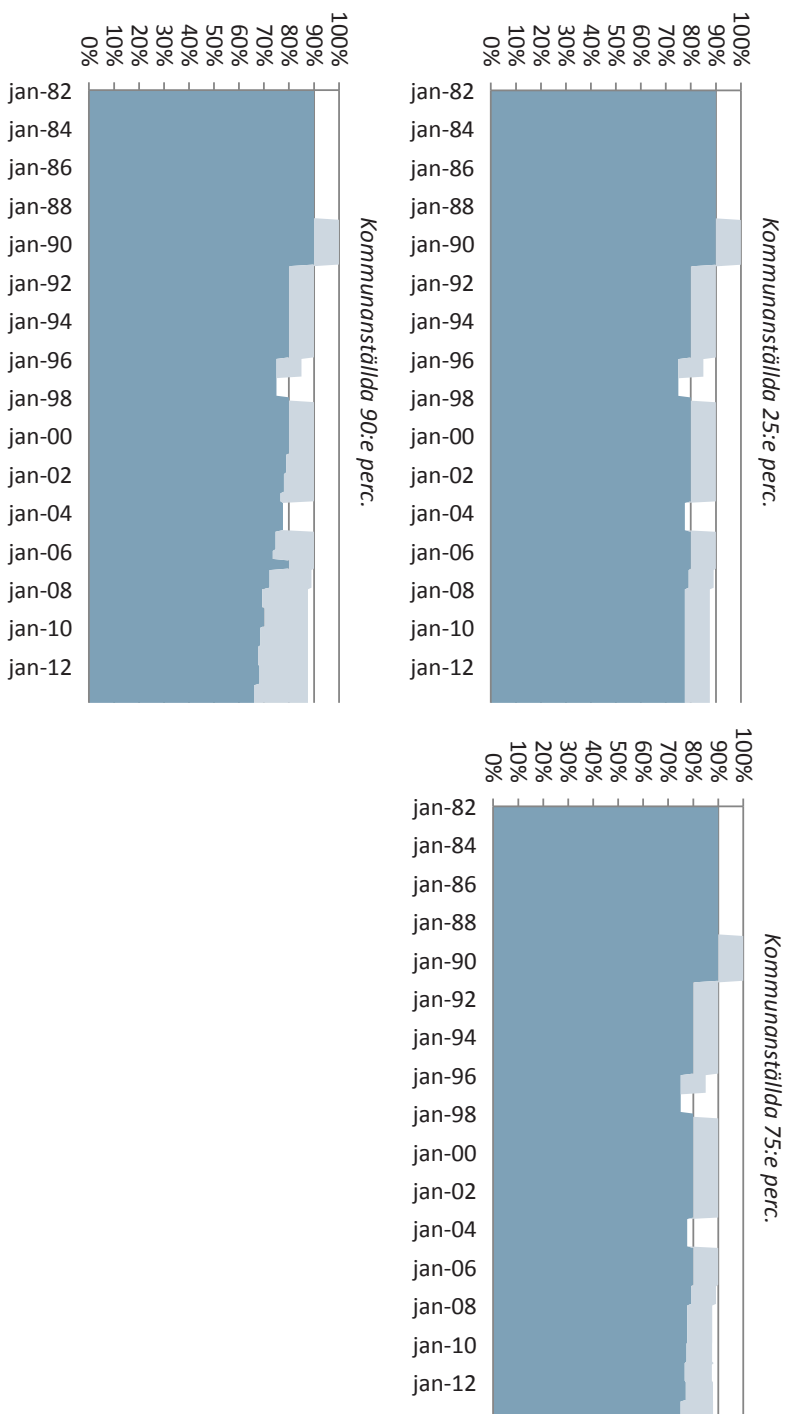
Figur B2.1.



Bilaga 3 Total ersättningsnivå dag 15 i sjukperioden för kommunanställda

Anm. figur B3.1: Ersättningen från avtalsförsäkringen (efter dag 90) var skattefri till och med 1990 för kommunanställda. Skattefri ersättning innebär att den ersättningsnivå som här redovisas är något underskattad.

Figur B3.1.



Bilaga 4 Nominella ersättningsnivåer 2014 uppdelat på typ av ersättning

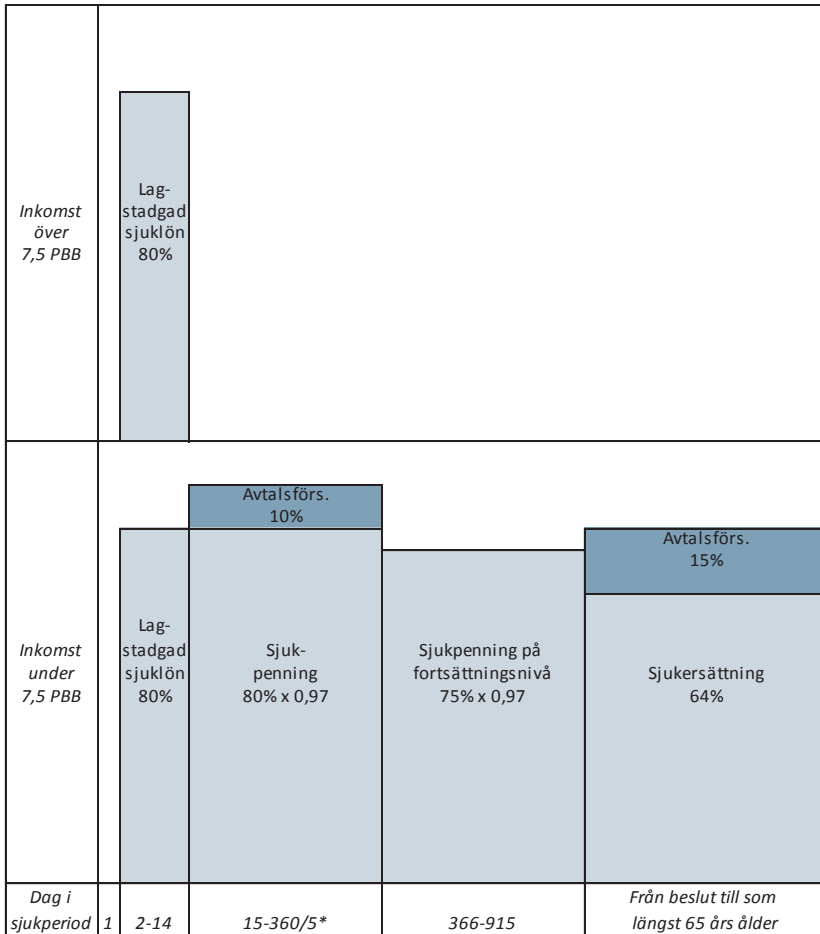
Figur B4.1. Privatanställda tjänstemän

Inkomst över 7,5 PBB		Lagstadgad sjuklön 80%	Koll.avt. sjuklön 90%	Avtalsförs. 65 % / 32,5%**	Avtalsförs. 65 % / 32,5%**	Avtalsförs. 65 % / 32,5%**
Inkomst under 7,5 PBB		Lagstadgad sjuklön 80%	Koll.avt. sjuklön 10%	Avtalsförs. 10%	Sjukpenning på fortsättningsnivå 75% x 0,97	Avtalsförs. 15% Sjukersättning 64%
Dag i sjukperiod	1	2-14	15-90	91-360/5*	366-915	Från beslut till som längst 65 års ålder

Anm.: * Sjukpenning på 80 % sträcker sig till dag 365 i sjukperioden. Avtalsjukförsäkring på 10 % under taket sträcker sig till dag 360 i sjukperioden.

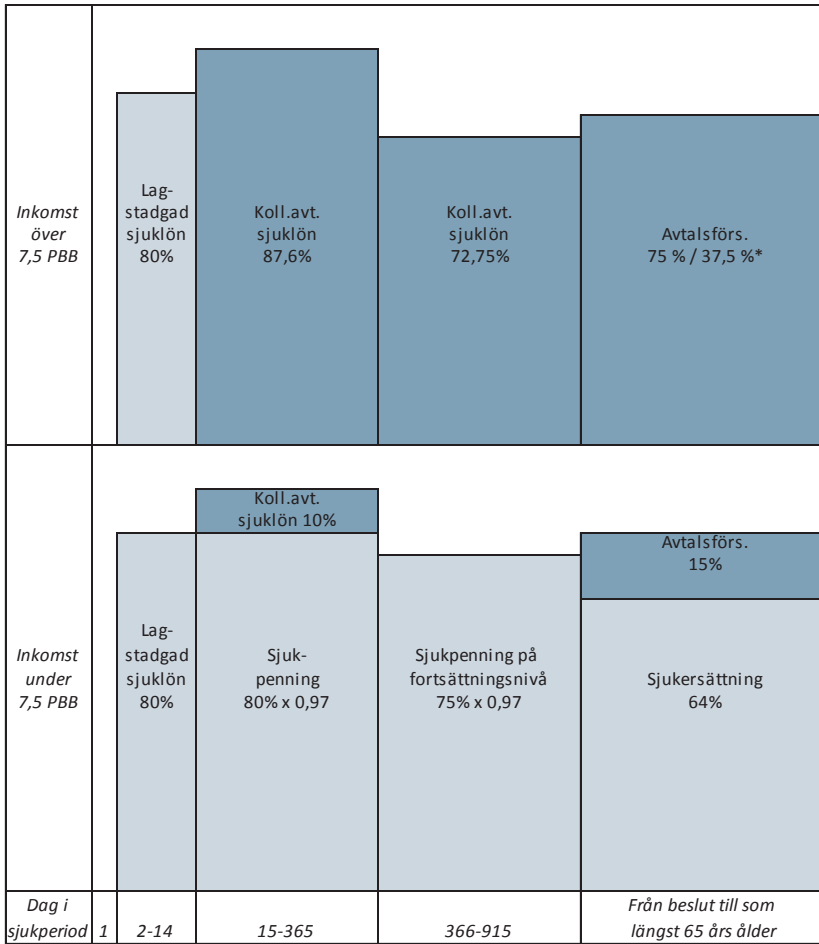
**För inkomster mellan 7,5 och 20 IBB respektive 20 och 30 IBB.

Figur B4.2. Privatanställda arbetare



Anm.: * Sjukpenning på 80 % sträcker sig till dag 365 i sjukperioden. Avtalssjukförsäkring på 10 % under taket sträcker sig till dag 360 i sjukperioden.

Figur B4.3. Statsanställda



Anm.: *För inkomster mellan 7,5 och 20 PBB respektive 20 och 30 PBB.

Figur B4.4. Kommun- och landstingsanställda

Inkomst över 7,5 PBB		Lagstadgad sjuklön 80%	Koll.avt. sjuklön 87,6%	Koll.avt. sjuklön 77,6%	Koll.avt. sjuklön 72,75%	Avtalsförs. 65 % / 32,5 %**
Inkomst under 7,5 PBB		Lagstadgad sjuklön 80%	Koll.avt. sjuklön 10%	Avtalsförs. 10%	Sjukpenning på fortsättningsnivå 75% x 0,97	Avtalsförs. 15%
			Sjukpenning 80% x 0,97	Sjukpenning 80% x 0,97		Sjukersättning 64%
Dag i sjukperiod	1	2-14	15-90	91-360*	366-915	Från beslut till som längst 65 års ålder

Anm.: * Sjukpenning på 80 % sträcker sig till dag 365 i sjukperioden. Avtalssjukförsäkring på 10 % under taket sträcker sig till dag 360 i sjukperioden.

** För inkomster mellan 7,5 och 20 PBB respektive 20 och 30 PBB.

isf
INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

adress Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7
telefon 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* registrator@inspsf.se *webb* www.inspsf.se

ISBN 978-91-88098-05-4