

## Behöver socialförsäkringarna reformeras?

nr 4 2007 årgång 35

### *Gabriel Urwitz*

Jag hälsar er alla välkomna till dagens möte i Nationalekonomiska Föreningen. Ett särskilt välkommen riktar jag till Anna Hedborg, Assar Lindbeck och Märten Palme.

Anna Hedborg har den 9 november lagt fram en utredning som vi ska tala om. Den handlar om en av våra större samhällsekonomiska frågeställningar som vi för närvarande brottas med i Sverige. Anna kommer att göra en presentation och genomgång och sedan kommer Assar Lindbeck och Märten Palme att kommentera.

### *Anna Hedborg*

Tack för att jag fick komma hit, det tycker jag är väldigt trevligt. Vi sa i sekretariatet i går att nu får det vara nog, alla är så högaktningfulla, det är tur att vi ska gå på Nationalekonomiska Föreningen i morgon så att det blir lite bråk. Det måste ju även bli lite bråk för att frågeställningarna ska bli genomarbetade och genomtröskade. Socialförsäkringsutredningen är en lite originell utredning på så vis att den uttryckligen i sina direktiv säger att här ska inte läggas några skarpa förslag. Det är problemanalyser, möjliga lösningar, omöjliga lösningar och grunden för att kunna skriva direktiv till en parlamentarisk utredning, en stabil och varaktig reform som kan stå sig över tid. Det står t o m folkbildning i direktiven, vilket också är ovanligt.

Vi har därför försökt skriva utredningen så att den går att läsa. Vi har också ansträngt oss att komma ut med alla våra tankar under resans gång. Vi

har så här långt tagit fram 13 små skrifter som belyser en fråga i sänder och förhoppningsvis på ett sätt som gör att det går att läsa dem. Jag har nämligen en idé med mig sedan ungdomen, att om man ska få människor som inte i jobbet sysslar med att läsa lite mer kvalificerad text att göra det, så måste man kunna läsa hela skriften på en flygresa eller en tågres. 40 sidor är ett väldigt underutnyttjat format. De här skrifterna finns på vår hemsida och eftersom jag gärna vill skryta lite med dem, så kan jag säga att nedladdningarna från nätet har varit över 300 000, vilket jag blir lite förvånad över, eftersom man kanske inte trodde att socialförsäkring var så sexigt. Det betyder alltså att människor är mycket intresserade av att försöka förstå den här typen av frågor som ändå framstår som ganska svåra för många.

Betänkandet är också ganska tunt i formatet. Vårt mål var att det skulle vara under 200 sidor och det är det.

Jag ska försöka vara någotsånär alternativ i mitt sätt att framställa saker och ting här, men det är klart att det är mer diskussion i boken än vad jag kan klara av när jag ska presentera huvudlinjerna. Det kanske låter som om det var spikat i sten mer än vad det egentligen är. Det är också en del av att försöka få igång diskussionen.

När det gäller problembilden så tycker jag inte att det finns mycket att säga annat än att den numera är ganska tydlig. Sverige har världens längsta sjukskrivningstider och det har vi kanske lite till mans trott framför allt handlat om att vi är ett av få länder som inte har en tidsgräns i sjukpenningförsäkringen. Men det är inte så, utan det är också en fråga om de kortare fallen. Alla fall är längre i Sverige.

I figur 1 ser ni att det går ungefär dubbelt så lång tid i Sverige innan hälften har lämnat sjukskrivning som i ett stort internationellt register som vi jäm-

## **NATIONAL- EKONOMISKA FÖRENINGENS FÖRHANDLINGAR**

2006-11-14

Sammanfattade av  
Marianne Ahrén

### *Ordförande:*

Gabriel Urwitz

*Inledare:* Gene-

raldirektör Anna

Hedborg, Riksför-

säkringsverket

*Kommentatorer:*

Professor Assar

Lindbeck, Institutet

för internationell

ekonomi och profes-

sor Märten Palme,

Nationalekonomiska

institutionen, Stock-

holms universitet

*Övriga deltagare:*

Gunnar Benktander,

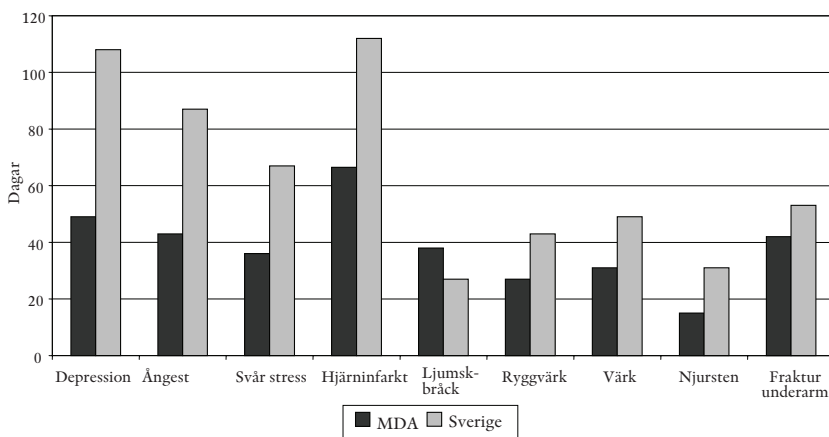
Gunnar Eliasson,

John Hassler, Danne

Nordling, K G Scher-

man och Stig Tegle

*Figur 1*  
Mediantid för sjuk-  
skrivning, olika  
diagnosgrupper.  
Jämförelse Sverige/  
internationella data



*Anm:* MDA (Medical Disability Advisor) är en internationell databas.

*Källa:* Socialförsäkringsutredningen.

fört med. Utom vad gäller ljumsbräck. Där är vi bäst. Annars är det väldigt långa tider som blivit längre och längre ända sedan 1970-talet. Alla sorters tider har blivit längre. Samtidigt har förtids-pensioneringen eller sjukersättningen i befolkningen ökat tre gånger under den tiden. Redan här kan man konstatera att det inte enbart handlar om sjuklighet, utan det är något annat som döljer sig i sjukförsäkringen som sannolikt har med arbetsmarknaden att göra.

Vi kallar det här för att sjukförsäkringen är för mjuk. Den svarar på all möjlig efterfrågan och tilltal i samhället som den egentligen inte är till för och det gör att den varierar i användning över tid. Det går upp och ner och utnyttjandet varierar på hög nivå. Vi vet ju också att det ser olika ut i olika delar av landet, mellan olika kommuner osv. Det ger också en stor variation i ekonomin i försäkringen och det brister också i rättssäkerheten på det sättet att den som har en viss diagnos inte kan vara säker på att bli behandlad på samma sätt: hjärtinfarkter tar 300 dagar i Norrland och 200 dagar i Småland, rensat då från andra olikheter så gott man kunnat. När det gäller den ganska stränga lagstiftningen

i försäkringen, nämligen att kan man arbeta i ett annat arbete så ska man göra det, prövas den slumpmässigt och ganska sällan. Att sjukförsäkringen är för mjuk är inte till godo för de försäkrade, utan snarare tvärtom. För dem framstår försäkringen ofta som ganska hård och det som är mest typiskt är väntan, ofta oklart på vad. Det är en typisk bild som de sjuka också talar om, att de väntar på en undersökning, väntar på ett möte av något slag osv. Det som går förlorat då, och som är viktiga värden när man talar om försäkring, är sådant som stabilitet, fasta villkor och spelregler som håller över tid så att man vet vad som gäller och vad man kan förvänta sig. Allt sådant som ingår i det som är kännetecknen för en bra försäkring.

När vi funderar på vad man ska göra åt saken så kan man säga att vi har tre utgångspunkter. Den första är att man hela tiden måste utgå från att det finns ett faktiskt behov av en bra försäkring för människor och att det är detta problem som måste lösas om man ska få en stabil och uthållig lösning. När man jämför olika länder så vet ni att Sverige brukar komma i topp när det gäller sociala utgifter i förhållande till BNP.

Men börjar man rensa i siffrorna, som OECD brukar göra, så visar det sig att när man räknar in skattesubventioner och olika andra sätt att organisera, så ser de andelar som gått åt till den här typen av sociala transfereringar inte så olika ut. Det rör sig ungefär om de nivåer vi har. Det som är mest väsentligt för vad det blir för nivåer är förstås hur rikt landet är.

Den andra utgångspunkten är att vi behöver återerövra försäkringstanken i våra socialförsäkringar. Försäkringar är inte bidrag, utan försäkringar är riskbuffertar som de försäkrade själva poolar och själva betalar. Det ena är att man betalar till sig själv och de som man är försäkrad tillsammans med. Ibland har man turen att slippa utnyttja försäkring- en. Men i grund och botten är det till sig själv man betalar. Tjänsten är att veta att man är försäkrad. Det är det man betalar premien för och det är en viktig egenskap. Det andra är att när man talar om försäkring talar man om skadefall och man utgår från en ersättning som ska relatera till skadan. Man vill vara trygg för inkomstförlust, dvs man börjar inte på noll. De flesta känner sig inte trygga med en 20-procentig ersättning av sin inkomst, utan skadan börjar analyseras vid 100 procent. Sedan kan man i allmänhet inte ha 100-procentig ersättning eftersom man behöver en självrisk.

Bidrag är något man bestämmer sig för att alla ska betala till några av ett särskilt skäl. Där kan man börja från noll och tänka på hur mycket vi vill överföra och varför.

Att återerövra försäkringstanken i socialförsäkringarna är en viktig sak och då är det socialförsäkringar vi talar om, inte marknadsförsäkringar. Det är mycket som är likt och det är en del som är olik mellan socialförsäkringar och marknadsförsäkringar. Vid marknadsförsäkringar får man riskgruppsindelning som en naturlig effekt av mark-

nadens sätt att fungera. Sättet att skapa en ny produkt är att man hittar en ny riskgrupp som man erbjuder en specificerad försäkring. Men själva idén med socialförsäkring är att man tycker att den här frågan är så viktig att alla måste vara försäkrade och alla måste ha råd att vara försäkrade. Eftersom staten kan åstadkomma ett obligatorium så kan man då också åstadkomma enhetliga premier och riskdelning i hela gruppen. Det normala är att vid obligatoriska socialförsäkringar delar alla på risken. Vi har en inkomstrelaterad försäkring som innebär att man får igen i relation till sin inkomst och betalar i relation till sin inkomst.

Den tredje utgångspunkten är att det är sista kronan, inte de flesta kronorna, som avgör vilket skydd man har. Hos oss som hos andra är parterna inne på det här området. Det är självklart att man kan förhandla om sociala villkor kopplat till arbetet, det gör man i de flesta länder. Men hur mycket man lägger i de partsstyrda försäkringarna beror på hur stor den allmänna försäkringen är. Man kan säga att det som håller på att hända är att partsförsäkringarna blir en större och större andel eftersom vi nu haft realinkomstökningar under en period och då är det fler och fler som går över det gamla taket i sjukpenningförsäkringen. En allt större andel kommer ut på avtalssidan om man inget gör. Då blir det ännu viktigare att man inser att för fler och fler människor är det summan av allmän plus avtalad försäkring som ger effekterna. Ska man analysera hur stor tryggheten är, vad det finns för drivkrafter i systemet, vad det är för kostnader totalt sett och vilken genomskinlighet man kan åstadkomma i villkoren (som ju är ett av värdena: att man vet på vilket sätt man är försäkrad), då är det väsentligt att man försöker hålla båda dessa bollar i luften samtidigt. Men det är förödande ofta som det inte

sker. Det finns nästan ingen diskussion i politiken eller i akademien som tar fasta på helheten. Ändå är det naturligtvis så att det är summan som är det väsentliga.

Även om det inte ska vara så skarpa förslag så säger vi i alla fall att vi tror att det är tre punkter som är nödvändiga om man ska åstadkomma en varaktig och stabil lösning.

För det första är sättet att återerövra försäkringen, eller att återge försäkring till de försäkrade, att sluta försäkringens ekonomi. Arbetsgivaravgifterna, som betalar socialförsäkringarna, ska också täcka kostnaderna. Om utgifterna ökar får man lov att öka inkomsterna eller göra något inom ramen för försäkringen. Är det så att kostnaderna minskar i försäkringen ska också det märkas. Då ska avgifterna minskas och på så vis så får man in i systemet det som är så klurigt med försäkring, nämligen det dubbla egenintresset av att man både vill ha en bra försäkring och en billig försäkring. Om man låter nettot i kostnaderna i försäkringen gå mot löneförhandlingsutrymmet varje år, så är det också något som kommer att märkas i upptakten till varje lönerörelse; hur välskött försäkringen är och vad som händer i den kommer att vara en fråga. Det ska inte behöva hända så mycket för en bra försäkring följer sjukligheten och den varierar inte så mycket över tid. Stabila kostnader på en lägre nivå än vår är i sig ett uttryck för en väl fungerande försäkring. Om så inte är fallet blir det tydliga signaler i systemet om man tar ut nettot mot löneförhandlingarna.

Det är också viktigt på ett annat sätt. I dag styrs försäkringen mycket uppifrån och med allehanda käpphästar i riksdag och regering för att komma åt de problem som man ser i försäkringen. Det är svårt att styra en stor verksamhet på det sättet. Men om man sluter försäkringsökonomi och verkligen har ett tydligt

uppdrag som har det dubbla intresset för ögonen, kan man också släppa loss försäkringen i högre grad. Man kan inom försäkringen få bestämma att göra det som är bra för försäkringen. Man kan i försäkringen bygga in sådant som rehabilitering, omställning och insatser som i själva verket minskar kostnaderna snarare än ökar dem.

Många undrar om inte villkoren då kommer att variera över tiden. Det är ju ingen bra försäkring om den varierar i villkoren, det är i själva verket ett av de problem vi haft. Om man i en reform gör en ordentlig genomgång av villkoren i försäkringen och bestämmer sig för att det är det här som är en bra ersättning och sedan sköter försäkringen väl, så är sannolikt förstahandslösningen inte att ändra villkoren.

Den andra utgångspunkten vi måste överväga är att skapa en tidsgräns för sjukpenningförsäkringen. Det är inte för att vara hård mot de försäkrade utan snarare tvärtom. I dag anser sig alla kunna slösa med folks sjukskrivningsdagar: läkare, arbetsgivare, försäkringskassan och de försäkrade själva slösar med sina sjukskrivningsdagar. Det är helt åt skogen eftersom det verkligen är farligt att vara sjukskriven. Det finns inget som föder sjukskrivning som sjukskrivning. I själva verket går det ganska fort, redan efter tre månader säger inte bara vi, utan hela världen, att någonstans där börjar det hända något med människors självuppfattning och förmåga att lita på sina egna möjligheter att komma tillbaka. Dessutom blir det något slags signalsystem för många arbetsgivare som också gör det svårare att komma tillbaka. Att få ner tiderna redan från början är otroligt viktigt. Om man har en tidsgräns på säg 360 dagar av 480 för sjukpenningen blir det mycket mer naturligt för alla möjliga inblandade i processen att redan från början ställa sig frågorna: Vad kommer att hända med det här fallet till

slut? Vad händer om det går 360 dagar? De frågorna ska man ställa sig tidigt. Det är en av våra idéer, att man måste skapa en helt annan förväntansbild i början av sjukskrivningen om man ska bryta alla de mönster som inte bara individerna själva, utan hela samhället är inställt på i dag. Därför tror vi att en tidsgräns är nödvändig att överväga och det är för att göra allvar av arbetslinjen.

Det förutsätts naturligtvis att man så långt som möjligt ska göra insatser så att man slipper bli arbetslös, men det kommer också att kunna innebära att en del kommer att behöva gå från sjukskrivning till arbetslöshet, något som är ovanligt i dag. Vi menar att under förutsättning att det sker på rätt sätt, så är det inte en nackdel utan en fördel att människor befinner sig i rätt försäkring. Förutsättningen är att de då får det stöd och den hjälp som behövs inom ramen för den försäkring de befinner sig i. Där finns det också ytterligare saker att önska sig.

En effekt av vår utgångspunkt, att det är summan av allmän försäkring och avtal som avgör värdet av försäkringen, är att vi också ser det som ganska självklart att ägarna till försäkringarna kommer att vara staten och parterna tillsammans också i framtiden. Om man överhuvudtaget ska kunna uppnå en stabil överenskommelse i det svenska samhället kring de här frågorna, då är det många partier och många parter som måste känna att det finns något i lösningen för dem. Att de kan känna igen sig och att de litar på att det här stämmer med de erfarenheter de har av hur behovet ser ut. Då tror vi att det inte är så stor idé att leta någon annanstans efter lösningar än bland olika varianter på kombinationer av stat och parter.

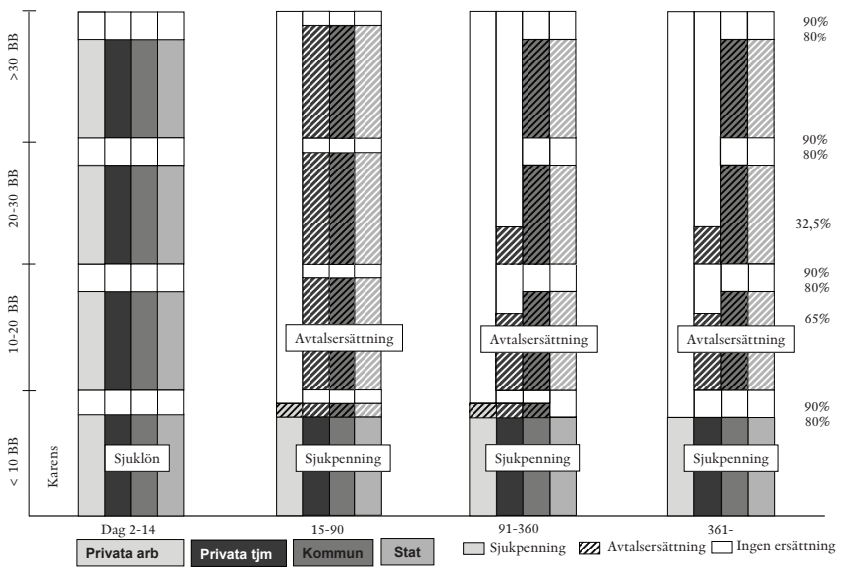
Vem bör då göra vad? Sysslar man i dag verkligen med det som man är bäst på eller finns någon annan arbetsfördelning mellan stat och parter än den som

vi är vana att se? Man kan konstatera att den som är bäst på riskdelning är staten. Det är bara staten som genom obligatoriet kan åstadkomma ett enda kollektiv. En allt större del av inkomsterna ligger nu över inkomsttaket. Därmed glider mer över till partsförsäkringar. I den svenska miljön betyder det fyra stora kollektiv på arbetsmarknaden som står för försäkringarna. Det betyder kommuner och landsting för sig, stat för sig, privatanställda arbetare för sig och privatanställda tjänstemän för sig. De kollektiven är alternativet. De är visserligen stora men olika, så det blir olika kostnader och olika villkor.

Figur 2 visar hur det ser ut. Det ser relativt olika ut över tid; högre ersättning i början av sjukperioden än senare. Men egentligen finns det bara en riktigt stor skillnad mellan områdena och det är att privatanställda arbetare inte har någon ersättning över taket. När man är uppe i tio basbelopp, som just nu, rör det sig om tre-fyra procent. Om man går tillbaka till 7,5 basbelopp, då rör det sig bland manliga LO-arbetare om upp emot 20 procent, bland kvinnor är det förstås lite färre. Där finns den stora skillnaden mellan kollektiven. I övrigt är det privattjänstemannaavtalet som är normen över taket, det är där de flesta finns. Stat och kommun har högre ersättningar för höginkomsttagare, men de har inte så många höginkomsttagare. Bilden är alltså ganska lika men ändå väldigt olika och det är helt omöjligt att hålla reda på alla skillnaderna. Det finns inte många i detta land som verkligen vet hur det är.

Vi lanserar tanken att man borde kunna göra en ordentlig rensning; eftersom alla har nästan samma, så vore det väl lika bra om alla hade samma, att man lade det i den allmänna försäkringen. Då skulle det bli ungefär 80 procent i början för de allra flesta och efter 90 dagar skulle det bli 65 för låg- och

Figur 2  
Dagens sjukpenning, inkl avtal, fördelat på inkomstbasbelopp och sjukskrivningens längd



Anm: BB avser inkomstbasbelopp.  
Källa: Socialförsäkringsutredningen.

medelinkomsttagare respektive 32,5 för höginkomsttagare. Det skulle naturligtvis vara ganska effektivt och man skulle då få en riskutjämning, en genomsnittlighet och en effektiv förvaltning. Inte minst vore det effektivt som en typ av fördelningsinstrument som man verkligen bör välja i valet av olika typer av skatter eller avgifter. När alla delar på risken, är det ju så att eftersom risken att bli sjuk är mycket större för låginkomsttagare än för höginkomsttagare, så visar det sig *efteråt* att det blir en stark omfördelning av inkomster. Detta jämfört med att varje kollektiv, sorterat efter inkomst, håller sig för sig. Någon kanske säger att det är orättvist att höginkomsttagarna får betala mer. Men det är inte särskilt orättvist. De friska betalar till de sjuka, men de friska låginkomsttagarna betalar lika mycket till sjuka hög- och låginkomsttagare som friska höginkomsttagare. Den här fördelningseffekten av en utjämnad risk är närmast en bieffekt. För varje individ är det fortfa-

rande på det sättet att man inte kan veta om man drabbas eller inte drabbas. Det är själva idén med försäkringen. Man är lika försäkrad på lika villkor och sedan har man större chans att vara en lycklig icke drabbad försäkrad oftare om man är höginkomsttagare, därför att riskerna fördelar sig på samma sätt som så många andra för- och nackdelar i samhället. Jämfört med t ex progressiva skatter är det väldigt mycket mindre skattekilseffekt av den här typen av försäkringspremier.

Vi har räknat ordentligt på vad det ger och vi hade dessutom ett riktigt otäckt år att räkna på, nämligen 2002 när det var som allra värst. Då visar det sig att det omfördelades 27 miljarder kr från höginkomstgrupperna till låginkomstgrupperna. Hela statsskatten var 33 miljarder kr, inklusive värnsskatt m m. Vi pratar alltså om stora pengar.

Var det bra att man omfördelade så mycket i sjukförsäkringen? Nej, man ska naturligtvis vara ledsen för det,

för det betyder att det inte bara är inkomsterna som är ojämnt fördelade. Tyvärr är det så att ojämlikheten i inkomsten kombineras med ojämlikhet i hälsa och arbetslöshetsrisker. Om man inte har den här typen av omfördelning i systemet så betyder det att vara bland dem som har större risk att bli sjuk eller arbetslös också innebär en högre risk att vara fattig.

Det här är en av nyckelfrågorna när man talar om allmän socialförsäkring. Man tjänar in sina rättigheter i och med att man höjer sin inkomst. Man får ett tydligare signalspråk i försäkringen om varje inkomstökning också leder till ett bättre försäkringskydd. Det tycker vi är en sak man bör tänka på och i vilket fall som helst är det en av de riktigt viktiga frågorna när man pratar socialförsäkring. Hur stort ska riskkollektivet vara? Hur mycket av inkomsterna ska omfattas av den allmänna försäkringen?

Parterna då, hur kul tycker de att det är att bli av med sina försäkringar? Det vet vi inte. Det får vi se. Frågan är om själva tillägget till försäkringen som i praktiken Försäkringskassan beslutar om, är deras kärnområde. Vi ser det så, att det som parterna är helt ensamma om att verkligen kunna göra på rätt sätt, är det som måste göras så nära arbetsplatsen som möjligt och som bara kan göras där. I Sverige har diskussionerna om försäkringen och arbetsgivarnas ansvar hamnat i en olyckligt polariserad sits. Rehabiliteringsinsatser och omställningsinsatser som kan behövas för de anställda ligger som en självrisk för företagen. Det ligger inte i försäkringen i dag. Folk tror ibland att det gör det, men det är ett ansvar som följer av arbetsmiljölagen och som innebär att arbetsgivaren har ansvaret för att göra de insatser som kan krävas. Där tycker naturligtvis särskilt småföretag att det är dyrt när det händer något. Dessutom är det svårt. Hur ska man veta vad man

ska göra? Ett typiskt läge för försäkring: hellre en liten säker kostnad och hjälp från försäkringen än en stor osäker kostnad och ingen hjälp från försäkringen. Med den ekonomiskt slutna försäkringen kan man på ett mycket mer naturligt sätt bygga in insatser som gäller rehabilitering och omställning i själva försäkringen.

Det som framför allt skulle behövas är en mycket starkare och bättre företagshälsovård än den som finns i dag. En företagshälsovård som kan syssla med primärvård så att den lär känna människor och deras sjukdomar. Då kan den också certifieras från försäkringen så att den kan sköta sjukskrivningarna, åtminstone de kortare. Den skulle också kunna sätta in insatser, helst före, men åtminstone så snart som sjukskrivningen inträffar. En av de stora poängerna är att man kan bygga det här i den takt som parterna faktiskt kommer överens. Att träffa avtal om företagshälsovård och hänga på andra saker: omställningsförsäkringar, trygghetsavtal, behandlingar och annat som man tror att man skulle ha nytta av och kan komma överens om i ordnade former och med företagshälsovården som ett sorts nav på den enskilda arbetsplatsen. Vill man rappa upp processen, så kan man ta en del av kostnaden via försäkringen och därmed få fart på utvecklingen.

Som ni märker kommer vi hela tiden på något sätt tillbaka till att väldigt mycket av det som i dag är felparkerat i sjukförsäkringen har att göra med arbetsmarknaden. Är man sjuk och inte kan arbeta, vilket en hel del människor kommer att vara även i fortsättningen, är det viktigt att man får vara ifred med det. Är man arbetslös ska man alltid vara på väg till de jobb som finns. Sedan finns det en stor grupp däremellan som är lite sjuka, men som skulle kunna arbeta om de hittade rätt arbete. Det finns för övrigt en mängd sjuka människor



som redan i dag arbetar för att de har det arbete som de kan klara av.

Vårt system är dåligt på att hjälpa människor med viss sjukdom och i behov av insatser för att hitta till ett nytt jobb. Problemet finns inte riktigt i vår arbetsmarknadspolitik. Det finns inte ens i vår diskussion. Det är väl det som hänt inom sjukförsäkringen att alla, arbetskamrater, vi själva, chefer och organisationsmänniskor, har varit vana vid att sjukförsäkringen tagit hand om problem med någon liten skröplighet. Det är inte bara ett individuellt moralproblem, utan i allra högsta grad ett allmänt problem som handlar om arbetsmarknadskulturen hos oss.

Det behövs ganska mycket för att göra det till något som inte bara känns som en ren bestraffning och utstampning, om man ska gå från sjukdom till arbetslöshet. I dag är det få övergångar från sjukskrivning till arbetslöshet. Det borde kanske finnas fler sådana men vad krävs i så fall?

För det första är det ekonomiskt så att de allra flesta förlorar mycket på att gå från sjukskrivning till arbetslöshet. Det är klart att det i allra högsta grad bidrar till att beslutet inte blir av. Därför säger vi att a-kassan i början bör vara densamma som sjukpenningen. Sedan kan den inte vara densamma särskilt länge, utan den måste ganska kvickt trappas ner successivt så att man får lov att söka i större och större cirklar. Vår föreställning är att om man gör detta skulle man få ett tydligt signalsystem, det skulle bli relativt höga ersättningar jämfört med vad man pratar om i dag för dem som är höginkomsttagare. Många tycker säkert att det ser helt chockerande ut. Men då ska man komma ihåg att alla bilder jag har gäller i dag, fast lite i underkant om man plockar ihop försäkringarna från olika håll. Gjorde man allt man ändå gör i den allmänna försäkringen och sedan såg till att trappa ner i takt med

att man ställer krav på att människor ska söka jobb, också med lägre inkomster, så skulle signalsystemet vara minst lika kraftfullt som i dag.

Det är den ena saken vi tror är nödvändig. Den andra gäller arbetsmarknadspolitik. Det måste finnas någon som blir glad om det kommer en lite sjuk människa och säger att jag måste ha ett nytt jobb, jag har ont i ryggen och kan inte arbeta i mitt gamla arbete. I bästa fall tror man att man klarar ett nytt jobb, i sämsta fall är man redan så nerkörd i skoskaften att man inte tror ett dugg på sig själv. Då måste det finnas en arbetsmarknadspolitik som är beredd att säga, ja, nu sätter vi igång och anlagstestar, ger yrkesrådgivning och letar på ett kvalificerat sätt. Det finns inte i dag. Jag har läst alla arbetsmarknadsdokument rätt ordentligt för att se vad det egentligen står där och det är uppenbart och intressant att se att arbetsmarknadspolitikerna fortfarande är rätt fast i den tid när arbetslösheten var under två procent. Det är inte genomtänkt vad man gör nu när det är mycket mer ont om jobb och det finns många fler människor som kanske inte är fullt ut önskvärda i det skick de är, utan behöver ha hjälp och stöd och insatser för att komma igång.

Då är vi långt borta från det som jag egentligen hade som huvudämne och som ingick i mina direktiv. Men sjukförsäkringen är så otroligt inflätad i allas våra liv och i alla våra samhällssektorer, att man inte kommer till någon riktigt bra lösning om man inte också plockar in mer än själva sjukförsäkringsreglerna.

*Gabriel Urwitz*

Tack så mycket. Nu ska vi låta Assar Lindbeck kommentera.

*Assar Lindbeck*

Kanske kan man säga att det finns tre grundläggande problem i anslutning



till socialförsäkringarna. Det första är den bristande finansiella stabiliteten vid olika typer av chocker. Välfärdsstaten byggdes ursprungligen upp under en unik historisk period – 1950-, 1960- och 1970-talen – karaktäriserad av gynnsam demografi (många i förvärsarbetande ålder), snabb ökning i arbetsproduktiviteten och därmed skattebasen (i flera länder cirka fyra procent per år) och låg arbetslöshet. De system som då byggdes upp ska i dag fungera i en situation där alla dessa grundläggande förutsättningar har försvunnit. Detta är en viktig faktor bakom den bristande finansiella stabiliteten i socialförsäkringarna – i dag och i framtiden.

Det andra problemet är att många individer gör icke förutsedda, och bland politiker icke avsedda, beteendeanpassningar som ett resultat av socialförsäkringarna. Ett exempel är att försäkringarna utnyttjas till ökad fritid eller ökat hemarbete, finansierat av socialförsäkringssystemen – det s k *moral hazard*-problemet. Det tredje problemet sammanhänger med att medborgarna ställer nya krav på välfärdsstaten, exempelvis i samband med ökad kvinnlig förvärvsverksamhet och instabilare familjer. Anna Hedborgs utredning handlar om de två första problemen: bristande finansiell stabilitet och icke-avsedda beteendeanpassningarna, så jag begränsar mig till de två problemen.

Om vi börjar med den bristande finansiella stabiliteten så har den hittills i huvudsak hanterats genom *ad hoc*-beslut av ansvariga politiker. Vid tendenser till underskott i systemen höjer man arbetsgivaravgifterna eller sänker ersättningsnivåerna, allt efter läglighet. Ett alternativ vore att konstruera systemen med automatiska anpassningsmekanismer. Med andra ord, man delegerar beslut om anpassning till administrativa myndigheter, efter politiskt bestämda regler, så att politikerna inte själva ska behöva

fatta impopulära administrativa beslut hela tiden. Det nya pensionssystemet i Sverige har just den egenskapen. Pensionerna kommer att automatiskt anpassas efter ökning i antalet pensionärer (i samband med ökad förväntad livslängd) och efter reallönernas tillväxttakt. Det betyder att politikerna delegerat till tjänstemän att göra de anpassningar som krävs för att systemen ska vara finansiellt stabila.

Vad skulle man behöva göra om man satsar på motsvarande arrangemang i andra socialförsäkringar än pensionssystemet? Man skulle exempelvis tvingas minska arbetslöshetsunderstödens storlek, liksom ersättningsnivåerna för sjukskrivna, när fler blir arbetslösa respektive sjukskrivna – knappast en enkel politisk reform. Alternativt skulle en självständig myndighet ges mandat att höja avgifterna om systemen inte går ihop finansiellt. Anna Hedborg förordar både att flytta ut socialförsäkringarna från statsbudgeten till en ”självständig” myndighet och att göra systemen mer försäkringsmässiga. Men jag kan inte se att hon vill ge den ”självständiga” myndigheten makt vare sig över ersättningsnivåer eller avgifter.

I princip gillar jag tanken att skapa självständiga enheter för att administrera socialförsäkringarna. Låt mig läsa upp ur en skrift som kom 1993, den s k Lindbeckkommissionen, punkt 44: ”Flytta bort socialförsäkringar från statsbudgeten och eventuellt också från den offentliga sektorn, men först sedan systemet reformerats. Punkt 45: ”Vi förordar en kombination av obligatoriskt basskydd som består av ett fixerat belopp, lika för alla, och ett inkomstberoende basskydd”. Punkt 46: ”Om man väljer ett basskydd som stiger med inkomsten bör det göras aktuariskt, åtminstone för sjukpenning och ålderspension”. Här kan man säga att stor överensstämmelse finns med vad Anna

Hedborgs utredning säger (Lindbeck m fl 1993).

Men sedan kommer en punkt där vi avviker. Lindbeckkommissionen skrev: ”När det gäller arbetslöshetsförsäkringen kan det vara lämpligt att staten, företagen och löntagarna betalar en tredjedel vardera”. Man kan inte säga att Anna varit särskilt djärv när det gäller arbetslöshetsförsäkringen. Där borde ju behovet vara speciellt stort att införa ökad försäkringsmässighet. Det systemet går nämligen med 90 procents förlust i den meningen att bara 10 procent finansieras genom avgifter till arbetslöshetskassan. 90 procent av utbetalningarna till arbetslöshetsförsäkring finansieras av staten. På den här punkten är Anna Hedborg mycket tystlåten, och jag förstår den psykologiska och politiska bakgrunden. Anna inte är så pigg på att trampa in på LOs domäner. Här nöjer sig Anna med att vårda en helig ko.

Låt mig övergå till nästa problemområde, beteendeanpassningarna. En orsak till dessa är naturligtvis att skattelöslarna favoriserar fritid och hemarbete framför arbete på marknaden. Men ett ännu större problem, som jag ser det, är vad som i litteraturen kallas *moral hazard*, dvs att folk ändrar sitt beteende på grund av att de är försäkrade. Ett exempel är fördubblingen av antalet sjukskrivna i Sverige mellan 1997 och 2002. Det kan också nämnas att vid fotbolls-VM i Sydkorea och Japan för fyra år sedan ökade männens sjukskrivning med 40 procent i förhållande till kvinnornas sjukskrivning – uppenbarligen ett ”fotbollsvirus”, som i huvudsak drabbade män.

Jag ser de beteendeanpassningar som uppkommit i anslutning till socialförsäkringarna så här. Innan välfärdsstaten byggdes upp kunde de flesta bara försörja sig genom att arbeta. Sedan kom uppbyggnaden av välfärdsstaten – av mycket goda skäl. Människorna kunde nu klara sig även när de blev sjuka och arbetslösa.

Några större problem med ”överutnyttjande” av systemen – *moral hazard* – förekom knappast. Det kan delvis ha berott på att sociala normer beträffande arbete och bidragsberoende satt kvar sedan tiden före välfärdsstatens tillkomst. Men så småningom upptäckte vissa företagssamma personer att man kan omtolka, eller utvidga, definitionen av de situationer som berättigar till ersättning från olika socialförsäkringssystem. Och när grannen luckrar upp denna definition gör jag det kanske också. Därmed ändras de sociala normerna beträffande arbete och försörjning via ersättning från socialförsäkringar.

Fler än tidigare kom därmed att sjukskriva sig av helt andra skäl än de som avsågs när sjukförsäkringen tillskapades. Sådana glidningar i de sociala normerna tar Anna Hedborg upp i sin rapport – i termer av ”attitydförändringar”. Det finns också ett antal opinionsundersökningar som visar att ungefär hälften av befolkningen i dag anser det vara okey att sjukskriva sig även om man inte är sjuk, exempelvis om man tycker illa om chefen, eller om jobbet eller om man har konflikter i familjen, osv.

Hur ska man komma ur problemet? Ja, det finns väl egentligen tre metoder. En vore att ändra incitamenten så att det lönar sig mindre att utnyttja systemen. Det betyder att man ökar inkomstskillnaden mellan arbete och ersättning från socialförsäkringarna. En nackdel med den metoden är naturligtvis att den drabbar dem som verkligen är sjuka. Man kan också öka kontrollen av dem som söker ersättning. Sådana kontroller är relativt starka i exempelvis Tyskland och Frankrike, där man kontrollerar via arbetsplatser eller via sjukbesök i hemmet. Men kontroller har också uppenbara nackdelar. En del personer som faktiskt är för sjuka för att arbeta kommer att förvägras ersättning helt och hållet. Ytterligare ett problem

är att det blir svårt att uppnå enhetliga principer för vad som är tillräckligt för sjukskrivning.

En tredje metod för att på länge sikt få ned sjukskrivningarna är i princip rehabilitering av olika slag – en metod som utredningen talar sig varm för. Men det tycks fordras en god organisation för att rehabilitering verkligen ska lyckas. Många länder rapporterar stora misslyckanden när det gäller rehabilitering. Men Anna Hedborg kan mycket väl ha rätt i sin bedömning att en väl uppbyggd företagshälsövård ska kunna förbättra rehabiliteringsverksamheten.

En annan fråga är hur samspelet bör se ut mellan olika socialförsäkringssystem och trygghetslagstiftning. Det är uppenbart att många människor som hamnat i fel jobb inte anser sig kunna byta jobb. En anledning är att de då skulle förlora det senioritetskapital som de fått genom arbetsrättslagstiftningen, särskilt genom regeln ”sist-in-först-ut”. I stället för att byta jobb stannar man på en arbetsplats där man inte passar, och man sjukskriver sig mer än man skulle göra vid en god ”matchning” (ett arbete där individen passar). Företag är också rädda för att anställa folk med en lång sjukhistoria. Det finns därför goda skäl att titta på samspelet mellan trygghetslagstiftning och sjukförsäkringen, om man vill få ned sjukfrånvaron.

Ytterligare ett par frågor. Anna Hedborg förordar att man ska satsa på nationell ”risk-poolning” i stället för på ”grupp-poolning” av risker, delvis för att det förra gynnar lägre inkomsttagare, som löper större hälsorisker än högre inkomsttagare. Det är troligt att sådan risk-poolning på nationell nivå kan fungera väl när det gäller sjukpenningförsäkring – utan att det skulle uppkomma särskilt stora incitamentsproblem. Skälet är att det är svårt för en enskild individ att

bedöma risken att själv bli sjuk. Incitamentsproblemet kan därför väntas bli mindre än om motsvarande inkomstomfördelning till lägre inkomsttagare skulle ske genom höga marginalskatter och transfereringar, som individen lätt kan iakttaga.

Det finns också problem när det gäller avvägningen mellan statliga försäkringar och avtalsförsäkringar. Anta att staten lägger den obligatoriska ersättningsnivån på 80 procent, och att privata aktörer lägger på 10 eller 20 procent extra via avtalsförsäkringar. Då uppstår ökade *moral hazard*-problem, som spelar över i form av kostnadsökningar på de offentliga systemen. Om man vill lösa den frågan tvingas man ha ett tak på *summan* av offentlig och privat ersättningsnivå.

Sammanfattningsvis menar jag att utredningens vision om decentralisering via utflyttning av socialförsäkringarna från statsbudgeten är attraktiv. Detsamma gäller betoningen av ökade försäkringsinslag i systemen. Men det finns tre paradoxer i utredningen. Man föreslår en delegering till självständiga myndigheter, men det framgår inte *vad* som ska delegeras. Det finns inga förslag om ökade försäkringsinslag i arbetslöshetsförsäkringen, där behovet av ökade försäkringsinslag är störst. Och utredningen förordar ökad avtalsförsäkring, dvs ”grupp-poolning”, trots att man betonar fördelen av nationell poolning.<sup>1</sup>

#### REFERENSER

Lindbeck, A (2006a), ”Sustainable Social Spending”, *International Tax and Public Finance*, vol 13, s 303-324.

Lindbeck, A (2006b), ”Welfare State”, *The New Palgrave*, andra upplagan, Palgrave-McMillan, Basingstoke.

Lindbeck, A m fl (1993), *Nya villkor för ekonomi och politik*, SOU 1993:16.

<sup>1</sup> Mina synpunkter har utvecklats närmare i Lindbeck (2006a, 2006b).

*Gabriel Urwitz*

Tack Assar. Nu låter vi Mårten Palme komma in och sedan får Anna kommentera.

*Mårten Palme*

Även jag tycker att det är en välskriven och rolig utredning. Det är som en deckare med massor av problem som radas upp och sedan rusar man igenom texten för att komma till lösningarna på slutet. Man säger att sociala system, om de är fungerande, inte behöver reformeras eller reformeras väldigt sällan. Så är det inte med den svenska sjukförsäkringen. Sedan 1991 har det genomförts tio reformer, det är nästan en om året. Den paradoxala slutsatsen av detta är att det säkert behövs en reform till.

Det här med mer försäkring och mer försäkringsmässighet upprepas nästan som ett mantra genom hela rapporten. Om jag förstår rätt så är definitionen på försäkringsmässighet någon form av riskpoolning och att den finansieras genom en öronmärkt skatt. Det är någon sorts aktuariell rättvisa på makroplanet, att man aggregerar upp allt för att täcka kostnaden för försäkringen, men samma sak gäller inte på gruppnivå eller på individuell nivå och som ni påpekar tydligt innebär försäkringen stora inkomstfördelningar mellan olika grupper i samhället.

Jag tycker att det finns andra aspekter på försäkringsmässighet. En definition av försäkringen är att man definierar den som en riskpoolning och om den här verksamheten inte går ihop kommer den att läggas ner – att verksamheten sker under en sk hård budgetrestriktion. Ett centralt förslag är att man ska göra försäkringen mer självständig, men hur självständig den föreslås bli är för mig inte riktigt klart. Jag var själv med i SNS Valfärdspolitiska råd där vi också behandlade sjukförsäkringen. Vi hade ett liknande förslag,

men vi gick lite längre i beskrivningen än att det ska vara någon form av autonomitet och att man i princip skulle kunna arrendera ut den här rättigheten, att bedriva sjukförsäkringen, till andra aktörer än Försäkringskassan, en autonom förvaltare. Jag tycker att det är ett centralt element att man ska kunna göra det. Ni för en diskussion om vad som bör ske om försäkringen inte går ihop. Vad jag förstår är det i första hand höjda arbetsgivaravgifter ni har i tankarna i sådana fall. Jag tycker att man bör ha en utökad autonomitet. Förvaltaren måste vara väldigt angelägen om att den går ihop. Det är väl den största lärdomen av den enorma uppgången, som Assar talar om, i utnyttjandet av sjukpenningen mellan 1996 och 2002 då den fördubblades. Det tog lång tid innan man överhuvudtaget erkände att det fanns ett problem, det diskuterades i fyra år innan man tyckte att det kanske förekom missbruk. Det var en alldeles för långsam reaktion. En nyckelfråga är hur man får förvaltaren av försäkringen att agera som under en hård budgetrestriktion. Kanske kan vi i detta avseende lära något av de japanska bankerna. När banken går omkull sitter bankcheferna offentligt och gråter.

Ett annat centralt förslag i kommitténs rapport är ettårsregeln, att rätten till sjukpenning upphör efter ett år. I SNS Valfärdspolitiska Råd hade vi ett liknande förslag, men vårt gick ut på att man skulle slå ihop sjukersättningen, dvs förtidspensionssystemet, och sjukpenningen till ett system. Efter ett år skulle man sänka ersättningsnivån så att alla gick över till den ersättningsnivå som finns i sjukersättningen i dag. Detta skulle ge incitament till att man omprövar sin situation i de här långa fallen. I dag är det ju så att vissa kan hanka sig kvar i sjukpenning som ger högre ersättning i många år, medan andra flyttas över till sjukersättningssystemet där de

inte omfattas av trygghetslagar plus att det är stigmatiserande. En fördel med vårt förslag är att den stigmatisering som sjukersättningen innebär skulle motverkas. Jag tror att det är en viktig aspekt. Det stora problemet, vilket understryks i rapporten, är uppgången i sjukersättningsutnyttjandet bland unga. Det är egentligen mer kostsamt för samhället på lång sikt än uppgången i utnyttjandet av sjukpenningförsäkringen.

Ett tredje förslag från SNS Valförordningsråd var att införa differentierade sjukförsäkringspremier med avseende på hur mycket arbetsgivaren utnyttjar systemet i stället för det här medfinansieringssystemet. Ett sådant system skulle ge arbetsgivarna incitament att minska sjukfrånvaron, samtidigt som man behöll en viss omfördelning från hög- till låginkomsttagare.

Jag håller inte riktigt med Assar och Anna om att de stora omfördelningar som sjukförsäkringssystemet medför, sker utan effektivitetsförluster. Liksom andra omfördelningar medför den allmänna sjukförsäkringen med samma premier att en rad incitament ändras.

Ni räknade ut omfördelningarna 2002, innan medfinansieringsreformen, och det skulle vara intressant att se hur mycket av den här omfördelningen som motverkades av medfinansieringsreformen. Det var 27 miljarder som omfördelades och om 15 procent tas bort med medfinansieringsreformen, så måste det vara en av Sveriges mest regressiva reformer genom tiderna. Incitament på företagsnivå behandlas inte så mycket i rapporten.

Ett annat viktigt förslag i rapporten är att man ska förstärka företagshälsovården och då frågar man sig vad arbetsgivarna har för incitament. Det är möjligt att det är bra med företagshälsovård, det är svårt att bedöma. Det är oklart för mig vad företagen har för incitament i att utöka den här verksamheten, och

framför allt vad det har med förslaget om sjukförsäkringar att göra. På något sätt tycker jag det ligger utanför. I den mån det har med sjukförsäkringssystemet att göra ser jag inte att ni bygger in några incitament i försäkringen för att förbättra företagshälsovården.

Sammanfattningsvis är många av förslagen mycket attraktiva och som goda deckare ser man då fram emot del två, dvs införandet av det nya systemet.

*Gabriel Urwitz*

Tack för det. Nu får Anna kommentera.

*Anna Hedborg*

Först Assars problem med att se hur det skulle kunna gå att anpassa försäkringen sedan man väl levererat den till tjänstemännen. Vi säger att det bara är riksdagen som kan ta ut en obligatorisk avgift, så själva avgiftsbeslutet måste ligga i riksdagen, liksom därmed i praktiken de allmänna villkor som följer. Sedan menar vi att man kan låta bli att fatta fler beslut i riksdagen. Man måste naturligtvis ha en procedur för på vilket sätt man kommer överens om vad avgiften ska bli. Ordningen måste vara den, precis som i de japanska bankerna, att försäkringens mål blir väldigt tydligt. Folk behöver en bra försäkring men vill inte betala massor av pengar för den varje år i avtalsrörelsen. När man tittar på andra länders lösningar av olika slag, eller för den delen våra egna avtalsförsäkringar, är ju de snarast mycket mer stabila i villkoren, än vad den allmänna försäkringen varit. Man söker lösningar och i första hand blir det premierna som förändras, under förutsättning att man skapat en bra försäkring som ger de ersättningar som man är överens om och som ger trygghet. I andra hand får man titta på hur man hanterar försäkringen.

Den viktigaste mekanismen för att styra försäkringen, inklusive det som

ska vara företagshälsovårdens uppgift, är att gå in tidigt nog. Den bästa hanteringen är den som aldrig blir sjukdom. En tillräckligt bra företagshälsovård som verkligen blir specialiserad på att gå mellan individen och företaget och försöka göra anpassningarna så tidigt som möjligt, är själva klon i reformen: att man får ner våra absurda tider. Det krävs säkert mycket mer än så, vi har också en del andra förslag, men just att man har ett instrument väldigt nära människor och arbetsplatser är nog det som verkligen kan leda till att man kommer igång så tidigt som vi vill. Det kommer naturligtvis fortfarande att finnas människor som kommer att vara sjukskrivna länge och då kommer vi till frågan om ettårsgränsen och ert förslag om att man skulle ha en sänkt ersättning efter ett år. Det är i dag ingen sänkt ersättning efter ett år för de flesta. Lika många får höjd som sänkt ersättning. I alla avtalen ligger det ersättningar som höjer ersättningen till över 80 procent. Ofta får man lite bättre ersättning när man förtidspensioneras och det är ett typexempel på de här samspelseffekterna mellan avtal och allmän försäkring som det vore trevligt att ha lite mer ordning på.

Hur mycket paralleller kan man dra till pensionssystemet och dess avgiftsbestämning? Man måste komma ihåg både vad som är likheter och skillnader. Pensionssystemet är i dag väldigt mycket mindre försäkring än sparande. Ett av skälen till att man kan resonera om behovet av avgiftsbestämda pensioner är att om var och en ska ha 20 års förväntad ersättning, så är det en sparandefråga. Vem ska spara till vem med mindre generationer som kommer efter stora generationer? Försäkringsdelen i pensionssystemet är den lilla snutten på slutet, när man dör före eller efter 80-årsåldern. Det är i dag en mycket liten del av pensionssystemet som är försäkring,

det mesta är sparande och därför kan det vara rättvist att avgiftsbestämma pensionerna om man ska lösa generationsproblemet.

Men sparande är precis motsatsen till försäkring. Den geniala idén med försäkring är att man inte behöver spara utan man betalar premier i stället och kan därmed slippa spara. Det är själva riskhanteringen som ska utlösa betalning. Om du tar en hemförsäkring får du fullt stöd nästa dag om det råkar vara så olyckligt att det är nästa dag det händer något. Det är själva risken man försäkras mot. Man kan naturligtvis tänka i termer av att man ska spara till bufferten, men det är inte försäkring, det är raka motsatsen. När man har en inkomstrelaterad premie som man har i socialförsäkringarna, är det ändå en premie. Man mäter både vad man ska få tillbaka och vad man betalar med hjälp av inkomsten.

Frågan om a-kassan respektive sjukförsäkringen: att a-kassan är statlig i nästan alla länder beror ju på att risken inträffar samtidigt, att den är konjunkturrellt bestämd och att det inte finns några försäkringsbolag som klarar av det, för det är så svårt att försäkra en risk som inträffar med den sortens samvariation över tid. Sjukförsäkringen däremot ska inte behöva variera över tid och därför säger vi att det är den som man kan hantera på det självständiga viset och låta nettot gå mot löneutrymmet, för det blir rätt signal. Det är något fel på sjukförsäkringen om den varierar för mycket medan a-kassan alltid kommer att variera med konjunkturen. Försäkringarna är olika och måste behandlas olika. Och i allmänhet är a-kassan i de flesta länder finansierad av statsmedel eftersom bara staten kan klara av finansieringen när det verkligen behövs.

Aktuarisk rättvisa har Assar och jag talat om tidigare. Det var vår poäng att det inte har med rättvisa att göra, att



man råkar ingå i ett kollektiv som har turen att inte vara så sjukt. Man kanske kan avskilja grupper som har olika stor risk och då kan man på marknaden utnyttja det faktum att man ingår i en viss lågriskgrupp och få bättre och billigare försäkring. Men det har inte särskilt mycket med rättvisa att göra.

Det här med differentierade premier för arbetsgivare. Medfinansieringen var tänkt som en måttlig differentiering men dock i form av en självrisk, kan man säga. Arbetsgivarna var inte så roade av det heller utan de ville ha försäkring och det får man respektera. Vad är det folk faktiskt är beredda att betala försäkring för? Det gäller både för individerna som får avstå löneutrymme om man tar ut arbetsgivaravgifter och för arbetsgivarna som har anledning att fundera över om de vill ha försäkring eller självrisk. Min gissning är att den motvilja som har varit utbredd mot rehabiliteringsansvar hos arbetsgivarna talar för att man föredrar en försäkring.

Det låter så bra med differentierade premier, men i praktiken stöter man snabbt på stora problem. I vår typ av samhälle behöver man en ganska stor portion gemensam och allmän försäkring och då får man mängder med gränsdragningsproblem. Vi är dessutom vana vid stora premiekollektiv både från arbetsgivar- och arbetstagarhåll. Att gå från fyra jättekollektiv med enhetliga premier till ett enda förefaller effektivt.

*Gabriel Urwitz*

Tack. Då lämnar jag ordet till Assar som vill lämna en kort kommentar.

*Assar Lindbeck*

Jag antydde tidigare att det finns goda skäl till nationell poolning i sjukförsäkringen. Argumenten för grupp-poolning är starkare i arbetslöshetsförsäkringen. En möjlighet är att anpassa avgifterna i arbetslöshetsförsäkringen till frekvensen

arbetslöshet inom olika branscher. Om de fackliga organisationerna driver upp lönerna på ett visst område, och arbetslösheten där stiger, då vet medlemmarna att avgifterna för arbetslöshetsförsäkringen ökar just för dem. Man kan också tänka sig högre avgifter för arbetslöshetsförsäkringen i cykliska branscher än i andra branscher. I dag subventionerar vi cykliska branscher genom att de anställda, eller företagen, där inte behöver betala högre avgifter trots att branschen karaktäriseras av relativt höga kostnader i form av hög arbetslöshet.

Men det finns också incitamentsproblem bland administratörerna av försäkringssystemen. Tanken bakom Annas förslag med en självständig administration av sjukförsäkringen är delvis att försöka skapa administrativa enheter som hushållar med skattebetalarnas resurser. Men det är svårt att se hur det ska gå till. Även om chefen för hela systemet ”gråter i TV”, som Anna uttryckte saken, så påverkas inte nödvändigtvis beteendet hos den personal som sitter öga mot öga med den person som vill bli sjukskriven. Alla tjänstemän kan ju inte gråta i TV! Det här problemet har varken utredningen eller någon annan löst, dvs att skapa incitament för administratörerna på basnivå att hushålla med statens resurser.

Mårten nämnde att poolning på nationell nivå leder till effektivitetsförluster inom sjukförsäkringen. Det är naturligtvis sant. Mårten menade att problemet delvis kan lösas genom differentierade avgifter, så att avgifterna blir högre för företag där många är sjukskrivna – dvs poolning som begränsas till företagsnivå. Det borde kunna fungera hyggligt när det gäller arbetsskadeförsäkringen. Det finns starka skäl varför företag med många arbetsskador ska betala högre avgifter än andra; företagen får incitament att förbättra arbetsmiljön. Men när det gäller allmän sjukför-



säkring är det inte så lätt att införa en differentiering på företagsnivå, s k *experience rating*. Det är inte företags fel om folk bryter benen under t ex skidsemestern eller blir förkylda på tunnelbanan; företagen kan knappast genom egna åtgärder minska sådana risker bland de anställda.

Kan företagshälsovården verkligen klara kontroll av sjukskrivning och rehabilitering bättre än annan sjukvård, frågar Märten också. Den kan troligen göra två saker bättre. Det ena är att den har ett informationsövertag i förhållande till allmänläkare, och därmed har lättare att se om en viss person behöver sjukskrivas med hänsyn till det jobb han faktiskt har. En annan fördel är att företagshälsovården har större kunskap om rehabiliteringsmöjligheterna för just den typen av jobb som en viss person har, eller kan tänkas få, inom företaget.

Slutligen: Anna menade att alla länder har statlig arbetslöshetskassa. Med det har vi inte i Sverige. Vi har en statligt finansierad arbetslöshetskassa, som sköts i anslutning till de fackliga organisationerna. Det är ett ganska egendomligt system: oavsett hur mycket fackföreningen driver upp lönerna, och därmed arbetslösheten i en viss sektor, är det bara att skicka räkningen till staten. Det är inget bra system. Jag hade gärna sett att bristerna i just det systemet hade fått större utrymme i rapporten.

*Gabriel Urwitz*

Nu släpper vi in publiken. Jag ber er tydligt tala om vem ni är och också fatta er kort och koncist.

*KG Scherman*

Jag var Annas företrädare som generaldirektör på Riksförsäkringsverket i 15 år och har sett de här problemen på nära håll, precis som Anna. Min fråga till Anna är följande:

Anna, du talar gärna om en självständig försäkring. På några ställen i betänkandet står det ganska neutralt att "om det blir en obalans kan man antingen ändra på avgifterna eller ändra på villkoren". På en fråga svarar du emellertid att "ja, men i verkligheten blir det i första hand avgiften man får ändra". Jag förstår och sympatiserar med ditt svar men måste konstatera, att då är det inte så mycket kvar av det där med en "självständig försäkring". Jag skulle vilja att du kommenterar detta.

För min egen del tror jag det här är en helt avgörande punkt i tolkningen av vad du egentligen föreslår. I övrigt är det många och mycket vackra ord som presenteras, som "en evidensbaserad rehabilitering" och "en välstrukturerad arbetsförmågebedömning" osv. Jag tror inte att du fört de frågorna så väldigt mycket framåt. Så slutfrågan är: vad är det egentligen i utredningen du tror kommer leda till ett positivt resultat, till skillnad från tidigare utredningar?

*Stig Tegle*

Jag tycker man ska vara explicit med det som Märten Palme försökte antyda, att det inte finns något samband mellan å ena sidan försäkringssystemet som försäkring och rehabiliteringens effektivitet å den andra. Vi kan utgå från en fyrfältstabell: bra-dålig rehabilitering respektive bra-dålig sjukförsäkring. Det finns inget samband empiriskt/internationellt mellan de fyra rutorna. Det tror jag är viktigt att slå fast. Med bra rehabilitering menar jag det som antyds här att det t ex är första linjen (arbetsledaren på jobbet) som tar kontakt så fort någon är sjuk. Bra system finns i Norge och Finland. I Australien har man ett annat system där rehabilitering sköts via företag på marknaden. Jag tycker alltså inte att man ska blanda ihop dessa två delar och sälja in förändringar i försäkringssystem som inte har någon relevans för

själva rehabiliteringsprocessen. Det stora problemet i Sverige är ju den bristande rehabiliteringen. Det vore bra om man kunde vara mera explicit på den punkten när sjukförsäkringsfrågor presenteras för politikerna.

#### *Gunnar Benktander*

Jag är medlem av Nationalekonomiska Föreningen sedan 1944. För 60 år sedan var jag på en nordisk brandförsäkringskongress i en nordisk huvudstad. En dag var stadens polismästare inviterad att hålla föredrag. Han hävdade att om det inte fanns brandförsäkring så skulle antalet bränder vara hälften av vad de då var. Detta sagt med hänsyftning till missbruk av försäkringar.

#### *John Hassler*

Även om man skulle vilja så är det svårt att komma runt att detta är vettiga och kloka resonemang som Anna för fram. Jag har en fråga och ett påstående rörande omfördelningarna som sker i systemet. Du talade om de omfördelningar som sker mellan höginkomsttagare och låginkomsttagare och kvantifierade dem och visade att de är stora. För att bedöma fördelen med ett kollektivt system där man poolar allting, måste man ta hänsyn till alla transfereringar som sker, inte minst de horisontella: smålänningar betalar förmodligen till norrlänningar, olika branscher betalar till varandra osv. Har ni någon uppfattning om hur stora de här horisontella omfördelningarna är och hur skadliga de är ur ett incitamentsperspektiv, men också kanske ur ett horisontellt rättviseperspektiv? Det är frågan.

Påståendet gäller incitamentsfrågorna. Jag tror inte det finns någon fördel med att ha omfördelningar mellan olika grupper inom ramen för ett försäkringssystem. Argumentet borde vara ungefär så här, den avgift man betalar kan delas in i en aktuarisk del och en transferering.

Om man har ett icke-aktuariskt försäkringssystem så kan man separera avgiften i en aktuarisk del och bara en skatt. Vad man kallar skatten spelar ingen större roll, den har samma incitaments-effekter ändå. För låginkomsttagare däremot, som har en aktuariskhet åt andra hållet, skulle det här vara en subvention till arbetet vilket skulle ha en positiv incitamentseffekt.

#### *Danne Nordling*

Jag tänkte ta upp frågan om skatteklarn och ett resonemang som utmynnar i frågan huruvida de ökar i det här förslaget. Om vi gör analogin med brandförsäkringar, men inte utifrån *moral hazard*-problematiken, utan vi tar en villaägare som har en låg inkomst och köper sig en villa och skaffar sig en brandförsäkring. Den uppgår till ett visst belopp. Sedan byter han upp sig när han börjar tjäna mer pengar och då skaffar han sig en dyrare brandförsäkring för att villan är dyrare osv. Det finns en koppling i hans försäkringspremie till hans inkomst, men skulle han arbeta extra skulle han inte betala in mer på villaförsäkringen eller brandförsäkringen, utan det är först när han byter upp sig till den dyrare villan som han kommer att betala extra.

Men med det system som Anna Hedborg antyder kommer var och en som arbetar extra att betala en extra försäkringspremie för en inkomst som man inte alls tänker sig att behöva försäkra mot inkomstbortfall i form av sjukfrånvaro. Då får man en skadlig snedvridande skattekil. Skulle man sedan också inkorporera avtalsförsäkringarna, då skulle man omvandla dem till arbetsgi-varavgifter för alla. För den här personen med normal inkomst skulle dessa extra avgifter framstå som en ren löneskatt och därmed öka skattekil, öka svartarbetet och de problem som följer av skatteklarna. Är det särskilt välbe-

tänkt? Är det inte den andra vägen vi ska gå – att göra om alltsammans till avtalsförsäkringar så mycket vi kan? Då kan vi få ner skattekilarna så att man själv kan arbeta flexibelt och extra som man vill. Eventuellt kan man i ett system med avtalsförsäkringar betala in lite mer för att försäkra sin extrainkomst, men det ska inte vara obligatoriskt.

### *Anna Hedborg*

Det är självklart att om det inte funnits sjukförsäkringar eller bara dåliga sjukförsäkringar skulle folk inte vara lika mycket sjuka. Det är en av poängerna med sjukförsäkringar att man faktiskt kan vara sjuk och få ersättning om man inte kan arbeta. Sedan är det också självklart att det finns problem med hur man håller utnyttjandet på plats: hur vet man att det är rätt personer som får pengarna? Det får man arbeta med och jag tror det blir bättre med en självständig försäkring än med den nuvarande ordningen när inte bara villkoren utan alla möjliga idéer om vad det är man ska göra i sjukskrivningsprocessen flyter in i systemet från politikerna.

Det är ju inte så i dag att försäringen inte finansieras, utan den finansieras av arbetsgivaravgifter. Men man har gjort om arbetsgivaravgifterna till allmänna skatter. Det senaste reformarbetet har handlat om att man tagit arbetsgivaravgifterna för att finansiera andra saker och därför varit tvungen att göra reformen att återigen sänka taket. Jag tycker det är ganska intressant hur man tror att man ska komma undan att både folk och företag tycker att man faktiskt har betalt en gång. När man höjde taket fick PTK igenom tio procent extra under taket för sina medlemmar, vilket de var de enda som inte hade tidigare, vilket säger något om att arbetsgivarna faktiskt tycker att avgifterna är löneavgifter som löntagarna har betalat ur sitt löneutrymme. Och

det får man väl anse, det brukar i alla fall alla ekonomer göra. Man kan röra till det, genom att inte hålla någon ordning på vad som är avgifter och vad som egentligen hör till det ena eller andra. Vi kommer att fortsätta att ändra i systemet på det här sättet som vi gör, hit och dit, fram och tillbaka, om man inte får den stabilitet som innebär att man vet att de här pengarna går till försäkringen och de ska täcka försäkringens kostnader. Och gör de inte det så får man göra något åt det.

Min gissning är att det ändå i första hand, om man sköter sig väl, kommer att handla om premien och då är det små förändringar. Om man sköter sig dåligt kommer det att bli en diskussion om vad det är man måste göra i stället. Det kommer som ett brev på posten om det kostar en halv procent i löneutrymme. Ni brukar gilla drivkrafter på Nationalekonomiska Föreningen och det är precis vad det handlar om. Ett tydligt signalsystem som talar om för alla inblandade, företag och parter som ska förhandla, vad effekterna blir. Det blir ett väldigt mycket mer tydligt signalsystem än det vi har i dag om man skapar den här självständigheten.

Varför skulle detta leda till ett positivt resultat jämfört med annat? Ja, därför att hittills har man oftast reformerat via kapphästar. Ibland har det handlat om att man tyckt att nu måste vi ändra på villkoren, ibland har det handlat om att man ska ha rehabiliteringsutredningen gjord inom sex veckor och ibland inom åtta veckor, och det blir inte gjort vare sig inom sex eller åtta veckor, osv. Det är inte logiken i systemet som styr och jag tror att det här med signalsystem och drivkrafter i systemet handlar just om att man måste bygga ett logiskt system där det är rätt att göra rätt, där det syns och märks om man gör rätt. Jag är övertygad om att det då krävs lite rejäla tag som handlar om att man faktiskt får

överge gamla sätt att reagera. För det är något nytt man skapar med en självständig försäkring som ska fungera på ett annat sätt.

Jag har tänkt i två år och det här är det bästa jag kommit på. Jag tror att det skulle bli ganska stor skillnad. Många människor vill göra rätt i systemet. Det är faktiskt inte så att sjukdom är så roligt vare sig för dem som drabbas eller för dem som ska betala. Och det är ganska svårt att verkligen få hela systemet att fungera väl, oavsett vad man har för system. Det är en bra mycket större chans att man ändå får just signalsystemet lite mer på plats med både den självständiga ekonomin och tidsgränsen och med ett helt annat systematiskt sätt att arbeta med arbetsmarknadsinsatser.

Jag är inte den som tycker att LAS i största allmänhet är dålig. Jag är ganska säker på att det faktum att vi har mer sysselsättning i äldre åldrar än de flesta andra länder delvis är beroende av LAS. Men LAS har en baksida. Folk stannar för länge på sina jobb som de egentligen inte trivs med eller kan ha med sin sjukdom. Och sedan blir det för sent.

Med en tidsgräns på ett år så gäller det att se till att man gör så mycket man kan innan det året har gått, inklusive ser till att det verkligen händer något. Att arbetsgivaren inte bara använder det som ett sätt att straffa ut sig från att behöva göra det är arbetsgivarens ansvar. Men om man sedan har gjort det och ändå har arbetsförmåga kvar och menar allvar med arbetslinjen, då blir man arbetslös. Men då måste man också ha ett system som behandlar folk någorlunda rimligt i den situationen, så att de inte omedelbart förlorar en massa pengar och så att de får stöd att hitta sitt nya jobb. Konstigare än så är det inte tänkt, men det är rätt stora förändringar i relation till det sätt som vi varit vana att tänka på, som ställer ganska mycket krav

både på arbetsgivare och arbetstagarhåll om det skulle bli verklighet.

Så till frågan om det skulle vara så förskräckligt om man tjänar mer pengar, att både tjäna in nya rättigheter och betala premier genom proportionella arbetsgivaravgiften. Det blir väl mindre skattekilrar om man får utdelning på de arbetsgivaravgifter man redan betalar till sjukförsäkringen i form av rättigheter i den allmänna försäkringen? Problemet i dag är ju taken, det är de som skapar skattekilrar i systemet. Om man tar bort taken och ger både rättigheter och tar ut avgifter blir skattekilrarna mindre.

#### *Gunnar Eliasson*

Av diskussionen att döma verkar det så gott som självklart att det nya systemet, liksom det gamla, ska vara helnationellt. Hade det inte varit rationellt att även diskutera några mer distribuerade alternativ? Ambitionen är ju, som du just nämnde, att lösa problem långt nere på mikroplanet. Målet är, så långt jag kan tolka din presentation, att systemet ska få fram friska människor som kan återföras i arbete. Man måste då gå väldigt långt ner på mikroplanet för att överhuvudtaget kunna hantera sådana problem, så långt ned att administration från en nationell nivå blir ohanterlig och förmodligen kommer i konflikt med systemets ambitioner i övrigt. Ett sådant heltäckande nationellt system måste t ex bygga på mycket standardiserade regler. Det ska tillämpas på en extremt heterogen försäkringsmassa. Dessutom ska man ta hänsyn till fördelningskonsekvenserna. Det går bara, som John Hassler påpekade, inte ihop. Det är omöjligt att administrera fram effektivitet på mikroplanet i ett sådant system, där effektiviteten dessutom knappast kan definieras. Varför inte ta ned ambitionerna något? Har ni funderat på att bryta upp det nationella systemet i

konkurrerande enheter, där man får betalt i förhållande till hur bra man löser de mikroproblem ni anser viktiga, t ex i "företagshälsovården" när det gäller att återföra människor till meningsfullt arbete? Och varför inte ekonomiska incitament som gör att både företag och enskilda arbetstagare strävar mot att lösa samma problem utan myndigheter som mellanhand? Det bör finnas hur många organisatoriska lösningar som helst, men ni tycks ha valt en lösning jag tror är mindre lämplig, utan att diskutera alternativen. Dessutom, för att komma tillbaka till John Hasslers kommentar: Uppgiften blir i praktiken omöjlig om ni dessutom ska ta långtgående fördelningspolitiska hänsyn.

#### *Anna Hedborg*

Det är väl det som är klurigt med den rollfördelning vi föreslår, att å ena sidan får man fördelarna av det stora allmänna och lika systemet vad gäller rättigheter och ersättningar, och å andra sidan kan man bygga underifrån via företagshälsovården men med kraft i utbyggnadslusten genom att man delvis får betalt från försäkringen om man gör rätt saker. Det får byggas upp i den takt man kommer överens om lokalt eller på branschnivå. Man kommer dessutom förhoppningsvis att kunna skaffa den expertis i företagshälsovård som är specialiserad på det egna företags särart, alltså bygghälsa, bankhälsa osv.

#### *Gunnar Eliasson*

Det kommer att behövas skraddarsydda lösningar. Hur bygger man in incitament i systemet så att de kommer till stånd?

#### *Anna Hedborg*

Man måste kanske inte det om det man får subventionerat är en specialist som hjälper till att hantera sjukfrågorna som är stora frågor i alla företag. Företagshäl-

sovården är billig jämfört med mycket annat och jag tror absolut att det skulle kunna vara något många företag skulle vara intresserade av. Blir det sedan bra blir fler intresserade.

#### *Gabriel Urwitz*

Trots att jag är mötesordförande skulle jag vilja ställa en fråga. Jag råkar ha viss kunskap om företagshälsovård eftersom jag är ordförande i ett företag som äger Previa. Jag har inte läst utredningen men tycker att ni greppar över otroligt stor problematik, komplex problematik, och ska försöka lösa den i ett hugg, vilket jag tror är nästintill omöjligt. Jag är lite inne på vad Stig Tegle sa, ett av de stora problemen är att få ner tiderna i systemet. Det är fruktansvärt att vi kunnat skapa ett system som så totalt kört ner i diket. Man kan vänta upp till ett och ett halvt år på en sjukskrivning och man kan vänta på rehab-utredningar hur länge som helst och dessutom kommer de ibland inte till stånd. Det är fruktansvärt att vi kan ha ett modernt samhälle som har det svenska systemet. Vi borde alla skämmas för att vi tillåtit detta ske. Då är det ändå så att den snabbaste och bästa lösningen är företagshälsovården, för det är ändå så att man måste ta tag i arbetsförmågebedömningen. Den som bäst kan göra arbetsförmågebedömningen är arbetsgivaren ihop med den anställda och det är då företagshälsovårdens uppgift att kunna göra detta. Jag tror att bara genom att delegera sjukskrivning och rehab-utredning till företagshälsovården, så skulle man i steg ett vinna otroligt mycket tid. Tar man det steget får man avvakta för att se effekterna av detta. Det blir dramatiska effekter därför att jag tror att företagen har ett stort självintresse av att lösa de här problemen. Det är en mycket stor kostnad för företagen att ha det som det är i dag. Man måste ta det steget för att få ner tiderna och sedan kan man över-

blicka systemet bättre än vad man kan göra i dag.

Ni är inne på att primärvården och företagshälsovården ska fungera ihop men eftersom de bl a finansieras helt olika tror jag att det kommer ta tio år innan vi kommit ur startblocken för en sådan förändring. Att göra om hela systemet i ett steg är alldeles för ambitiöst. Man måste bryta ner förändringarna i steg och då är första steget att se till att man skapar system som får ner ledtiderna dramatiskt, vilket är ganska lätt.

#### *Anna Hedborg*

Det vi säger i skriften om företagshälsovården och också i betänkandet är att om man verkligen ska bli kraftfull i sin roll som den som sköter sjukskrivningarna, så måste man ha sjukkontakter med individen. Då behöver man i företagshälsovården ägna sig åt den närsvårdd som primärvården representerar. Det är så man på ett självklart sätt också blir individens doktor, vilket är viktigt för förtroendet. Man kan bygga en företagshälsovård som har sin professionella lojalitet såväl gentemot individen, företaget som försäkringen. Du kanske tror att vi ska kriga med primärvården i tio år, men det behöver man inte alls göra. Ska det här få möjligheter att gälla över hela vårt avlånga och glesa land, så måste primärvården vara inblandad. I Finland, där man har den här ordningen och som har en stabil sjukförsäkring på en lägre nivå, är primärvården t o m skyldig att åta sig företagshälsovårdsuppgifter. Man kan tänka sig att småföretag på landsbygden i Sverige, som inte har någon företagshälsovård, kommer att behöva en primärvård som utvecklas åt det hållet.

#### *Gabriel Urwitz*

Dilemmat med den svenska modellen hittills är ju att sedan man avreglerade företagshälsovården i början på 1990-

talet och tog bort subventionerna, har man hållit isär företagshälsovården och primärvården. I dagens system får det inte ske någon koppling mellan de två vårdområdena även om det sker ett visst missbruk, dvs att klienter inom företagshälsovården slussas genom separata köer in i primärvården.

#### *K G Scherman*

När man avreglerade företagshälsovården 1993 så tillsatte man en utredning och jag var utredningsman. I det förslag jag då lade fram aktualiserade jag att man skulle ge företagshälsovården möjlighet att syssla med individens hälso- problem i allmänhet, alltså primärvård, vilket var att gå på tvärs mot gällande ideologi och skapade mycken irritation i Arbetsmarknadsdepartementet. Ideologerna på arbetsmiljösidan och Landstingsförbundet och, om jag minns rätt, läkarkåren, sa nej. Den här problematiken var en av funderingarna bakom frågan om vad den egentliga finessen med Annas förslag är. Jag är övertygad om att de som ska driva detta projekt vidare måste bestämma sig för vad som är huvudsaken och sedan driva den. Anna har lyckats uttala varenda god tanke som finns tillgänglig, det vågar jag påstå, trots att jag inte läst alla skrifterna. Men man måste skapa en strategi som gör att de bra sakerna faller ut i någon viss ordning. Jag vill gärna ge det här chansen, men man måste bestämma sig och företagshälsovården är ju ett av de verkligt svåra områdena att ge sig in på.

#### *Anna Hedborg*

Jag har talat med många om företagshälsovården och det är ganska intressant att det finns en sorts befrielse. Så det är väl kanske dags med företagshälsovård och sjukvård. Det som är motståndarens bästa argument är egentligen att det ska inte vara gräddfil in i specialistvården och det tycker jag Jan Bröms, som skri-

vit vår lilla skrift, löst på ett elegant sätt när han föreslår att företagshälsovården ska få chansen att mot betalning få diagnostik gjord i specialistsjukvården. Om man då faktiskt diagnostiserar något som behöver specialistvårdens insatser, då hamnar man i den vanliga landstingskän. Det tror jag är väldigt förlösande.

*Gabriel Urwitz*

Mina damer och herrar, klockan har blivit mycket och det är dags att avsluta mötet. Jag tackar Anna, Assar och Mårten samt övriga för en stimulerande debatt.