

# Sammanfattning

Syftet med rapporten är att undersöka om avtalsförsäkringarna och andra kompletterande försäkringar påverkar arbetsutbudet. Ersättning från social- eller arbetslöshetsförsäkring är oftast inte den enda ersättningen vid inkomstbortfall för den som inte är i arbete. Den totala ersättningen vid frånvaro kan ses som en ersättningstriangel där basen i triangeln utgörs av socialförsäkringen. Den byggs sedan på med dels avtalsbestämda ersättningar, dels privata försäkringar.

## *Kollektivavtalade försäkringar och ersättningar*

Avtalsförsäkringar och andra avtalade ersättningar är beslutade i kollektivavtal tecknade mellan arbetsmarknadens parter. Det finns avtalsförsäkringar eller avtalade ersättningar på alla områden där det finns socialförsäkringar. I denna rapport fokuserar vi på avtalsbestämda ersättningar/försäkringar och privata försäkringar vid sjukdom (sjukpenning, sjukersättning) och arbetslöshet.

De kollektivavtalade ersättningarna och försäkringarna omfattar alla anställda på arbetsplatser där arbetsgivaren har slutit kollektivavtal. För att täckas av ett kollektivavtal behöver den anställde inte själv vara medlem av en fackförening. Det räcker med att det finns ett kollektivavtal på arbetsplatsen. Enligt Medlingsinstitutet omfattas 3,6 miljoner anställda av kollektivavtal (inklusive hängavtal), vilket motsvarar ungefär 91 procent av alla anställda.

Av de totalt 91 procent anställda som täcks av ett kollektivavtal och därmed av avtal om kompletterande ersättning vid sjukdom och arbetslöshet är inte alla kvalificerade för sådan ersättning vid inträffad sjukdom eller arbetslöshet. Många avtal kräver att villkor avseende anställningstid och ibland ålder är uppfyllda. Andelen som kvalificerar sig för kompletterande ersättning är mycket högre vid sjukdom än vid arbetslöshet. Andelen som uppfyller kraven för att

få kompletterande arbetslöshetsersättning varierar kraftigt mellan branscher och sektorer, eftersom kraven om anställningstid och ålder skiljer sig markant åt mellan avtalen.

Ersättningarna i kollektivavtalen är oftast utformade så att de kompletterar ersättningen från socialförsäkringen eller arbetslöshetsförsäkringen genom att (i) höja ersättningen under inkomsttaket, (ii) ge ersättning för inkomstbortfall över taket samt (iii) i en del fall även förlänga ersättningsperioden. I några avtal betalas ersättningen istället som en klumpsumma. Det finns regler som begränsar hur stor den ersättning får vara som kompletterar sjukpenning och a-kassa men inte för den som kompletterar sjukersättning. För att bli beviljad en kollektivavtalad ersättning vid sjukdom krävs i samtliga sektorer förutom kommunal och landstingskommunal sektor att ersättning från Försäkringskassan har beviljats. För att få avtalad kompletterande ersättning vid uppsägning pga. arbetsbrist krävs inte att man får a-kassa.

För de flesta betalas den kollektivavtalade ersättningen ut automatiskt vid sjukdom och arbetslöshet. Det finns dock undantag där den anställde själv måste ansöka om ersättning. Givet att individen har information om de försäkringar denne täcks av är detta inget problem, men så är inte alltid fallet. En tidigare studie (Sjögren Lindquist och Wadensjö, 2007) visar att mellan 15 och 40 procent inte hade fått ersättning från sin avtalade gruppsjukförsäkring trots att de var berättigade till den. Den främsta förklaringen är troligen bristande information; de har en försäkring men vet inte om det och söker därför inte ersättning.

### *Andra privata försäkringar*

Socialförsäkringarna kan utöver avtalsförsäkringarna även kompletteras av privata försäkringar. Dessa tecknas antingen som grupp-försäkringar genom t.ex. en fackförening eller som individuella försäkringar. I en del fall ingår grupp-försäkringen i medlemsavgiften till fackföreningen. Det finns privata försäkringar som kompletterar socialförsäkringarna vid sjukdom (sjukpenning, sjukersättning), arbetslöshet, nedsatt arbetsförmåga till följd av arbetsskada och ålderspensionering. I denna rapport behandlar vi privata försäkringar som ger ersättning vid sjukdom och arbetslöshet.

De privata sjukförsäkringarna är utformade som månadsersättningar, kapitalförsäkringar där en engångsersättning faller ut vid långvarig sjukdom och/eller diagnosförsäkringar där ett belopp betalas vid ställd diagnos. De flesta privata sjukförsäkringarna tecknas som gruppsjukförsäkringar för fackförningsmedlemmar. De flesta men inte alla fackförbund erbjuder sina medlemmar kompletterande sjukförsäkring. Det finns ingen lagstadgad övre gräns för hur stor den kompletterande privata sjukförsäkringen får vara.

Merparten av de privata inkomstbortfallsförsäkringarna vid arbetslöshet tecknas genom fackföreningarna och de ingår ofta i medlemsavgiften. Gemensamt för inkomstbortfallsförsäkringarna vid arbetslöshet är att de ger ersättning för inkomstbortfall över taket i arbetslöshetsförsäkringen. Det finns en lagstadgad begränsning för hur stor ersättningen får vara.

Försäkringsbolagen som säljer privata arbetslöshetsförsäkringar har som villkor för ersättning att a-kassan har beviljat ersättning. För flertalet grupptecknade sjukförsäkringar gäller att sjukpenning eller sjukersättning från Försäkringskassan måste ha beviljats för att den privata försäkringen ska betalas. Den som blir sjuk eller arbetslös måste själv söka ersättning från försäkringsbolaget. Det finns anledning att tro att många som har en privat inkomstförsäkring vid sjukdom eller arbetslöshet, inte minst de som har försäkringar som följer av medlemskap i en fackförening, saknar kunskap om att de är försäkrade och därför inte söker om ersättning. En del fackföreningar skickar automatiskt ut en anmälningsblankett till inkomstförsäkringen vid arbetslöshet till de medlemmar som anmäler sig till a-kassan, vilket leder till att problemet sannolikt blir mindre.

Förekomsten av privata försäkringar har ökat kraftigt under 2000-talet. År 2009 hade 70 procent av fackförbundens medlemmar en inkomstförsäkring som ingick i medlemsavgiften vilket innebär att mer än 2,3 miljoner anställda hade en inkomstförsäkring som kompletterar a-kasseersättningen (de som hade tecknat en individuell försäkring är inte medräknade). Siffror från Försäkringsförbundet för år 2009 visar att nästan 1,5 miljoner hade en privat sjukförsäkring som gav månadsersättning och att hela 2,1 miljoner hade en sjukförsäkring som gav kapitalersättning; tal som kan jämföras med att ca 4,8 miljoner tillhörde arbetskraften. De kompletterande försäkringarna är således mycket viktiga kompletterande inkomstkällor vid frånvaro.

*Kompletterande försäkringar och arbetsutbudet*

Hur kan då de kompletterande försäkringarna påverka arbetsutbudet? Enligt nationalekonomisk sök teori påverkas arbetslöshetens längd av nivån på arbetslöshetsersättningen och hur länge ersättning kan betalas ut. Ju högre arbetslöshetsersättningen är, desto större krav ställer den arbetslöse på lön och andra villkor hos jobberbjudanden då man har bättre råd att vara arbetslös och desto längre blir därför arbetslöshetsperioden. Sannolikheten för att en arbetslös ska få ett arbete ökar mot slutet av ersättningsperioden; de krav man ställer på lön och arbetsvillkor minskar när utförsäkringarna närmar sig. Ju kortare den maximala ersättningsperioden är, desto kortare är den genomsnittliga tiden i arbetslöshet. Eftersom avtalsförsäkringarna och andra till a-kassan kompletterande försäkringar höjer den totala ersättningen en arbetslös får och i vissa fall även förlänger ersättningsperioden tänker man sig att de kompletterande försäkringarna leder till att fler har råd att vara arbetslösa. Dessa personer kan därför tänkas ställa högre krav när de söker nytt arbete och det leder i sin tur till att antalet arbetslöshetsdagar ökar.

På samma sätt resonerar man vad gäller sjukförsäkringen. Är ersättningen hög har individen bättre råd att vara sjukskriven. Om skillnaden är liten mellan lönen och ersättningen vid sjukfrånvaro, är sannolikheten större att individen sjukanmäler sig. Är ersättningsperioden lång kommer individen att kunna vara sjukskriven längre då försörjningen är tryggad. Eftersom avtalsförsäkringarna och andra privata kompletterande försäkringar toppar upp inkomsten från den allmänna sjukförsäkringen kan man från ovan förda resonemang förvänta sig att fler har råd att vara sjukskrivna och detta under en längre period än om det inte fanns några kompletterande försäkringar.

Diskussionen ovan bygger på att människors beteende påverkas av ekonomiska incitament. Självklart påverkar även andra faktorer sannolikheten för att någon blir arbetslös, arbetslöshetens längd och sjukfrånvaron. Individen kan t.ex. inte själv påverka företagsnedläggningar, personalneddragningar och omstruktureringar på arbetsmarknaden där den kompetens som efterfrågas förändras. Sjukdom inträffar oftast slumpmässigt och tillfrisknandet kan i många fall inte påverkas av individen. Inte heller kan individen påverka sjukvårdens tillgänglighet och kvalitet.

En annan viktig faktor som påverkar arbetsutbudet är de institutioner som finns i sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen. Det är inte individen ensam som avgör hur lång sjukfrånvaroperioden blir eller om en förtidspension beviljas, utan läkare och Försäkringskassan är ”grindvakter” i sjukförsäkringen. Det finns även borte gränser för hur länge sjukpenning kan betalas från Försäkringskassan, arbetslöshetskassorna utreder och beslutar om rätten till ersättning och det finns en borte gräns i a-kassan.

Ytterligare en viktig komponent i hur ekonomiska incitament i sjukförsäkringen, arbetslöshetsförsäkringen och de kompletterande försäkringarna påverkar arbetsutbudet är individens kunskap om försäkringarna. Om kunskapen om en försäkringsersättning är bristfällig fattar individen andra beslut än om kunskapen är god. Kunskapen om de kompletterande försäkringarna är lägre än kunskapen om socialförsäkringarna. I många fall måste individen själv ansöka om kompletterande ersättning. Känner man inte till att man har en kompletterande försäkring söker man heller inte ersättning från denna. I dessa fall påverkas naturligtvis inte individens arbetsutbud av att det finns avtalsförsäkringar.

Hur ser det då ut i verkligheten? Finns det bevis för att ersättningens storlek och längd påverkar människors beteende? Ja, merparten empirisk forskning om arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen nivå eller ersättningsperiodens längd finner stöd för att såväl ersättningsnivå som längden på den maximala ersättningstiden förlänger frånvaroperioderna. Forskningen om sjukpension visar att förekomsten av och nivån på sjukpensionen har en negativ effekt på arbetsutbudet.

Det finns hittills endast två empiriska studier om avtalsförsäkringarna och arbetsutbudet. Den ena visar att en höjning av sjukpenningtillägget leder till ett minskat arbetsutbud (Hesselius och Persson, 2007). Den andra visar att de som har högre avtalade ersättningar vid sjukersättning (förtidspension) har lägre sannolikhet att återvända i arbete efter en period av ohälsa och högre sannolikhet att lämna arbetskraften (Arbetsgivarverket, 2007).

I denna rapport har vi genomfört två egna undersökningar. Vi undersökte om det fanns något mönster i sjukskrivningarna vid arbetsolycksfall som kunde påvisa att (TFA/PSA) påverkat arbetsutbudet negativt. Vi förväntade oss en nedgång i andelen som återgick till arbete strax före den 15:e sjukdagen och en markant uppgång från och med den 15:e sjukdagen eftersom TFA/PSA beviljas först efter 15 frånvarodagar men då även retroaktivt. Vi

fann inget stöd för vår hypotes. Istället visar vår analys att över 50 procent av alla frånvaroperioder efter en arbetsolycka avslutas inom en vecka. Vi ser en ökad återgång i arbete efter en vecka samt också efter precis två och tre veckors frånvaro. Detta beror troligtvis på kravet om läkarintyg efter en vecka och att läkare i stor utsträckning sjukskriver veckovis. Vi ser således inte att TFA/PSA-ersättningen påverkar arbetsutbudet. Vad som däremot tydligt påverkar arbetsutbudet är systemet med läkarintyg efter en vecka samt läkares val av sjukskrivningsperiod. Det visar på betydelsen av den institutionella ramen – läkarna är en typ av ”grindvakter” i försäkringssystemet.

Vi undersökte även om sänkningen av den avtalade sjukpensionen för statligt anställda som genomfördes 1 januari 2008 ledde till att färre statligt anställda ansökte om sjukersättning efter sänkningen. Vi fann inget stöd för vår hypotes. En förklaring kan vara att sänkningen om fem procentenheter var för liten. Efter sänkningen är den totala ersättningsnivån för statlig sektor fortfarande högre än i övriga sektorer.

En annan förklaring till vårt resultat är bristfällig information. Om de statligt anställda inte kände till sänkningen av ersättningen kan denna inte heller ha påverkat deras beslut om att ansöka om sjukersättning. Med tanke på att kunskapen om avtalsförsäkringarna är sämre än kunskapen om socialförsäkringarna skulle detta kunna vara en förklaring. Å andra sidan går de som ansöker om sjukersättning nästan alltid från sjukpenning till sjukersättning. De statligt anställda får ett avtalat sjuktillägg som kompletterar sjukpenningen. Detta utbetalas automatiskt. Således bör denna grupp vara mer informerad än andra om att det finns avtalsförsäkringar och därför mer benägna att införskaffa kunskap om den kompletterande ersättning som utgår vid sjukersättning.

Ytterligare en tolkning av vårt resultat är att de som är sjuka ansöker och därmed blir beviljade en sjukersättning oavsett sänkningen av ersättningen för att de är så sjuka att de inte kan arbeta.

Påverkar då avtalsförsäkringarna arbetsutbudet? Hesselius och Persson (2007) fann i sin studie av AGS-KL att en ökning av ersättningen för långtidssjuka i kommuner och landsting från 80 till 90 procent den 1 januari 1998 ledde till en förlängning av sjukperioden med knappt 5 dagar. Vilhelmsson (Arbetsgivarverket, 2007) fann att statligt anställda har större sannolikhet för att sjukpensioneras och lägre sannolikhet att återgå i arbete efter ett

sjukfall än anställda i övriga sektorer. Vilhelmsson tolkar detta som ett resultat av att statligt anställda har högre avtalad ersättning än anställda i övriga sektorer. Våra studier av TFA/PSA samt sjukersättningstillägget i statlig sektor ger dock två exempel på att arbetsutbudet inte påverkas negativt av att avtalsförsäkringarna toppar upp socialförsäkringen.

De fyra ovan nämnda studierna skiljer sig åt i olika avseenden. Olika ersättningar studeras under olika tidsperioder. Informationen om de olika ersättningarna och förändringarna av dem kan ha skiljt sig åt. I en av studierna undersöks en höjning av ersättningen och i en annan en sänkning. Vår slutsats är att det inte går att säga att ingen eller alla avtalsförsäkringar eller förändringar av dem påverkar arbetsutbudet. Istället är vår slutsats att det är viktigt att analysera ersättningarna var för sig, analysera såväl sänkningar som höjningar samt jämföra effekter under olika perioder. Vidare kan nivån på ersättningen ha en betydelse. En höjning från 60 till 70 procent kan ha andra effekter än en höjning från 80 till 90 procent eller från 90 till 100 procent; sambandet behöver inte vara linjärt. Ytterligare en aspekt som bör belysas är att de kompletterande ersättningarna är relativt okända och vi skulle kunna få en annan effekt på arbetsutbudet om de blev mer kända, till exempel genom omfattande informationskampanjer.

Två andra slutsatser är att ersättningssystemen är mycket komplexa och svåra att överblicka samt att det råder ett nära samspel mellan socialförsäkring, avtalsersättning/försäkring och annan privat försäkring. Kompensationsnivåerna i avtalsförsäkringarna följer ofta nivåerna i socialförsäkringen, antingen genom automatiska justeringar eller genom omförhandlingar. Ersättning beviljas i flertalet fall utan ny prövning om Försäkringskassan eller en arbetslöshetskassa har beslutat om ersättning. Även privata bolag har i många fall som villkor för ersättning att ersättning betalas av Försäkringskassan eller arbetslöshetskassa. Politiker och andra beslutsfattare bör därför ha kunskap om hur de olika försäkringssystemen kompletterar varandra samt hur förändringar i socialförsäkringen påverkar andra försäkringsersättningar.

