

Motion

1981/82:2209

Olof Palme m. fl.

Ändringar i sjukförsäkringen m. m. (prop. 1981/82:144)

1 Propositionen

I propositionen infriar nu mittenregeringen ytterligare ett av sina till moderaterna utställda löften. Det sociala trygghetssystemet beskärs genom en rad ändringar i sjukförsäkringssystemet. Det principiellt och praktiskt viktigaste förslaget avser ett återinförande av de tre karensdagar som slopades genom 1966 års riksdagsbeslut. För att tillgodose den interna opinionen i centerpartiet söker man visserligen ge intryck av att det skulle vara fråga om två karensdagar. Men för att göra detta har man ändrat karaktären av insjuknandedagen för vilken ersättning inte skall utgå i något fall. Den grundläggande principen för insjuknandedagen ändras helt. Det är således tre karensdagar som kommer att gälla. I övrigt innebär förslagen:

- ett särskilt "högriskskydd" införs för den som haft 10 karensdagar (varvid dock första dagen i varje sjukperiod – den s. k. insjuknandedagen – ej räknas som karensdag)
- ersättningsnivån sänks från 90 till 87 % under de första 90 dagarna för löner upp till 5 1/2 gånger basbeloppet; för den som har en lön därutöver och upp till 7 1/2 gånger basbeloppet är ersättningsnivån för denna del av lönen 60 %
- nyss nämnda försämringer avser även bl. a. arbetsskadeförsäkring och havandeskapspenning
- avdraget på sjukpenningen vid sjukhusvård höjs från 35 till 40 kr.
- ersättningen från tandvårdsförsäkringen sänks från 50 till 40 % för behandlingar upp till 2 500 kr.
- hot om minskad ersättning från sjukförsäkringen till företagshälsovården
- arbetsmarknadens parter uppmanas att se till att försämringarna drabbar alla lika, dvs. ändra ingångna avtal så att de överensstämmer med regeringsförslaget.

Regeringsförslaget om ändringar i sjukpenningsförsäkringen beräknas innebära en övervältring av 1 870 milj. kr. på de sjuka. Det motsvarar 13–14 % av försäkringens kostnader. Förutsättningen för detta är dock att man lyckas försämla sjuklönen för t. ex. de offentliganställda och de privatanställda tjänstemännen. Förslaget om höjt sjukhusavdrag inbringar

17 milj. kr. och nedskärningen i tandvårdsförsäkringen ca 200 milj. kr.

Det bör framhållas att moderata samlingspartiet inte visat sig nöjt med dessa nedskärningar utan vill gå längre. Deras förslag, översatt i karensdagar, innebär 7-8 karensdagar.

2 Sjukförsäkringens utveckling

2.1 Som en bakgrund till det framlagda regeringsförslaget kan det finnas skäl att erinra om utvecklingen av den allmänna sjukförsäkringen.

1955 infördes den allmänna sjukförsäkringen efter ett mångårigt förberedelsearbete. Reformen innebar att medborgarna garanterades inte bara ersättning för sjukvårdsutgifter utan även kompensation för inkomstbortfallet. I det avseendet var sjukförsäkringen banbrytande på den allmänna försäkringens område.

Högern bekämpade naturligtvis reformen.

Enligt de regler som fastställdes vid reformens genomförande skulle ingen sjukpenning utgå de tre första dagarna, insjuknandedagen inräknad. Den regeln hade övertagits från den frivilliga försäkringen, som fanns i de tidigare erkända sjukförsäkringarna. Innan den allmänna sjukförsäkringen infördes utgjorde den genomsnittliga sjukpenningen 2:57 kr. per dag, och hundratusentals människor stod utanför den frivilliga försäkringen.

Tidigt restes kravet att karensdagarna skulle avskaffas. Stora grupper hade avtalsvägen tillförsäkrat sig sjuklön under karensdagarna. Karensregeln kom därför i praktiken att främst gälla de stora grupperna av LO-medlemmar. Med all rätt framstod detta som en stor orättvisa. Denna skillnad sträckte sig även till kompensationsnivån.

Den fackliga rörelsen hade vid flera avtalsrörelser fört fram karensdagsfrågan utan att kunna uppnå en lösning. När denna väg inte var framkomlig återstod den väg som förde ATP och pensionsfrågan till en lösning, nämligen lagstiftningsvägen.

I samverkan med den fackliga rörelsen utarbetade socialdemokratin riktlinjer för att genom lagstiftning lösa karensdagsfrågan. 1966 beslöt riksdagen på förslag av den socialdemokratiska regeringen att avskaffa karensdagarna inom den allmänna sjukförsäkringen. Reformen trädde i kraft 1967.

Alltsedan sin tillkomst hade sjukförsäkringen varit så avvägd att den motsvarande 65 % av inkomstbortfallet efter karensdagarna. Sjuklönen för tjänstemännen kompengade däremot 80 % eller mera av inkomsten. Genom reformen höjdes kompensationsnivån till drygt 80 % även för LO-grupperna. 1974 följde nästa stora sjukförsäkringsreform. Då höjdes kompensationsnivån till 90 %, och sjukpenningen gjordes ATP-grundande och skattepliktig.

2.2 Vid sidan av sjukförsäkringen finns för det stora flertalet arbetstagare olika sjuklönesystem. Dessa sträcker sig långt tillbaka i tiden och ger olika ersättningar till skilda grupper av anställda. Sammanfattningsvis innebär de nuvarande reglerna följande:

<i>Anställda</i>	<i>Insjuknandedagen</i>	<i>Sjukdomstiden</i>
i kommun och landsting	90 % av lönen	90 % av lönen
i statlig tjänst	92 % av lönen	92 % i 30 dgr sen 94 %
arbetare i privat tjänst	Ingen ersättning (om sjukdom ej anmälts samma dag den inträffar)	90 % av lönen
tjänstemän i privat tjänst	100 % av lönen	100 % (efter 3 mån 95 %)

2.3 Sjukpenningförsäkringens syfte är att ge en kompensationsgrad om 90 % av den inkomst som förloras vid sjukdom. Beroende på systemets tekniska utformning får dock vissa grupper av arbetstagare en lägre kompensationsgrad. Det gäller bl. a. skiftarbetare samt deltids- och korttidsanställda.

Dessa förhållanden har påtalats bl. a. av Landsorganisationen. Efter motioner härom i riksdagen tillsattes också sjukpenningkommittén med uppgift att överväga hur man skulle komma till rätta med dessa problem. Genom tilläggsdirektiv förvandlades dock det ursprungliga uppdraget till att bli en fråga om hur man skulle kunna genomföra försämringar i sjukförsäkringssystemet. Resultatet av denna ändrade inriktning kan avläsas i propositionen.

Sjukpenningkommittén har i sitt betänkande (SOU 1981:22) Sjukersättningsfrågor redovisat hur det skulle vara möjligt att lösa de uppgifter som angavs i de ursprungliga direktiven. Företrädarna för vårt parti och löntagarorganisationerna har härom framhållit följande:

Kommitténs undersökningar har enligt vår bedömning tvärtom visat att det tycks vara fullt möjligt att lösa problemen inom den nuvarande sjukförsäkringen genom att generellt knyta ersättningsrätten till arbetsdagar i stället för kalenderdagar. Den hårda tidspresen genom regeringens tilläggsdirektiv har dock gjort att kommittén inte tillräckligt ingående har kunnat utforma och analysera effekterna av ett sådant system.

Vi anser därför att regeringen bör ge sjukpenningkommittén möjlighet att ytterligare arbeta med förslaget om ändringar inom den nuvarande sjukpenningförsäkringen för att skapa en mer enhetlig och rättvisande ersättning vid korttidsfrånvaro och för vissa deltids- och delårsanställda. Därvid bör även konsekvenserna av ett system om obligatoriskt arbetsgivarinträde belysas närmare, eftersom även detta alternativ på grund av

tidspressen inte kunnat utförligt behandlas i det nu framlagda betänkandet.

Vi vill understryka det angelägna i att frågorna om en mer rättvis ersättning vid korttidsfrånvaro och för vissa deltids- och delårsarbetande löses inom den nuvarande sjukförsäkringens ram. Tilläggsdirektiven kan ge uppfattningen att kompensationsnivån vid korttidsfrånvaro ligger mycket högt. I själva verket har ju i stället stora grupper av anställda inte tillförsäkrats den kompensationsnivå på 90 % av förlorad arbetsförtjänst som försäkringen syftar till, utan deras ersättning svarar mot 30-65 % av inkomstbortfallet, vilket innebär att systemet som helhet fortfarande innehåller starka orättvisor mellan olika grupper.

2.4 I propositionen anges mycket kortfattat att de överväganden om ökad "självrisk" som redovisats av sjukpenningkommittén mottagits kritiskt. Även om sådana företeelser inte tycks bekymra regeringen kan det likväl konstateras att det är endast Svenska arbetsgivareföreningen och SHIO som ställer upp på förslaget. Det var också SAF som hösten 1976 ställde krav på införande av karensdagar. De fackliga organisationerna och de båda kommunförbunden (som ju tillika är arbetsgivare inom den offentliga sektorn) avstyrker. Detta gör även bl. a. statens handikappråd som hävdar att ett "självrisksystem med försämrat ekonomiskt skydd skulle därför komma att bli särskilt kännbart för handikappade".

LO anför följande:

Att försäkra sjukförsäkringen är inte att minska den offentliga sektorn utan att minska utrymmet för privat konsumtion. Att minska utrymmet för privat konsumtion genom försäkringar i sjukförsäkringen är att låta de sjuka bära bördorna – ju mer eller ju oftare sjuk, desto tyngre börda. Försäkringarna kan dessutom, beroende på utformningen, innebära sociala orättvisor av annat slag. Men redan det förhållandet att besparingarna skulle inriktas på de människor som är sjuka är enligt LO:s uppfattning en tillräcklig invändning mot att på denna väg söka begränsa den privata konsumtionen.

I TCO:s yttrande framhålls bl. a. följande:

Begreppet "ökad självrisk" är något överraskande i detta sammanhang. "Självrisk" förekommer i sakförsäkringen av bilar, hem o. dyl. där man till viss del själv kan påverka skadeutvecklingen genom olika skyddsåtgärder och allmän varsamhet. Underlåter man att skydda sig effektivt tar man därmed medvetet en egen risk. Att i en allmän sjukförsäkring överföra sådant synsätt till människors sjukdom och arbetsskada kan uppfattas som speglade en cynisk uppfattning att detta skulle vara självförvållat.

Några remissinstanser som avstår från att ta ställning till "självriskförslaget" betonar att sådana åtgärder bör godtas endast om de drabbar alla försäkrade lika. Detta gäller bl. a. försäkringsöverdomstolen och riksförsäkringsverket. I detta avseende hänvisas till den analys som gjorts i avsnitt 3.3.

Riksrevisionsverket pekar i sitt yttrande på att besparingseffekterna troligen totalt sett blir mindre än vad kommittén beräknade:

De minskade sjukpenninginkomsterna kan i sin tur leda till ökad belastning på transfereringssystemen till den del förmånerna i dessa system är inkomstprövade. Även belastningen på den kommunala socialvården kan komma att öka. En annan – i varje fall marginell – effekt – – – torde vara – – – minskade inkomster till statsbudgeten i form av indirekta skatter.

Som framgår av denna redovisning finns det bland remissinstanserna en nära nog totalt negativ inställning till förslaget om att t. ex. återinföra karensdagar.

3 Utveckling av och orsaker till sjukfrånvaro

3.1 Vi har i åtskilliga sammanhang kunnat konstatera att det i de borgerliga regeringsförslagen praktiskt taget aldrig redovisats ett underlag som visar innebörd och effekter av förslagen. Priset i detta avseende tog socialministern genom sina förslag om ändringar av basbeloppet. Också den nu framlagda propositionen sällar sig på denna punkt till sina föregångare. Av detta skäl gör vi i det följande en redovisning för hur sjukfrånvaron utvecklats sig och orsakerna härtill.

Det skulle inte varit svårt för regeringen att under beredningsarbetet tränga in i dessa frågor; en utmärkt sammanställning har nämligen publicerats av en av de under socialdepartementet lydande myndigheterna (socialstyrelsen 1981:6. Sjukfrånvaron i Sverige).

3.2 I mitten på 1960-talet, när vi fortfarande hade karensdagar i sjukförsäkringssystemet, var antalet ersatta sjukdagar per försäkrad och år (det s. k. sjukalet) 15,7. I samband med att karensdagarna togs bort beräknades av den socialdemokratiska regeringen att sjukalet skulle öka med 20 % genom karensdagens borttagande och 10 % genom den höjda kompensationen. Det dröjde emellertid innan den beräknade ökningen inträffade. År 1970 hade sjukalet stigit till 19,8, år 1976 till 22,9. Därefter har dock sjukalet minskat, till 19,4 år 1981. Genom denna minskning har kostnaderna för sjukpenningsförsäkringen reducerats; en dags minskning beräknas nämligen f. n. spara 600 milj. kr.

Under åren 1975–1980 steg kostnaderna för sjukpenningsförsäkringen för anställda från 7 556 milj. kr. till 12 132. Det betyder en ökning med 60 %. Men under samma tid ökade priserna (uttryckta i basbeloppet januari 1975 – januari 1980) med 54 %. Räknat i fasta priser har alltså ökningen varit mycket måttlig. Under januari–november 1981 låg utgifterna endast ca 175 milj. kr. högre än under motsvarande period 1980 (11 368 milj. kr. mot 11 194). Det kan således konstateras att den senare hälften av 1970-talet reellt sett inte lett till ökade sjukpenningskostnader.

Huvuddelen av kostnaderna avser de långa sjukfallen: 48 % av kostnaderna avser fall som är längre än tre månader. Fall som är högst sex dagar tar i anspråk 13 % av kostnaderna. Som anges i propositionen kan man ur

statistiken också utläsa att antalet korta sjukfall minskat. De nämnda uppgifterna visar att det är långtidsfrånvaron som är helt dominerande, både i fråga om antal ersatta dagar och i fråga om kostnader. Åtgärder som kan minska långtidsfrånvaro har därför stor betydelse för sjukförsäkringens kostnader.

3.3 Propositionen förbigår helt det faktum att sjukfallsfrekvensen är mycket olika för skilda arbetstagarkategorier. Som framgår av följande tabell – hämtad ur L. Gladh, S. Gustafsson och I.-B. Lundgren, En samhällsekonomisk analys av frånvaron (arbetslivscentrum) – har arbetare regelmässigt högre frånvaro än tjänstemän; det enda undantaget är kvinnliga tjänstemän i statlig tjänst.

Uttag år 1978 av sjukledighet efter yrkesställning och socioekonomisk grupp

	Produktionsbortfall i relation till faktiskt arbetad tid (%)	
	Kvinnor	Män
Statligt anställda:		
arbetare	5,7	9,0
tjänstemän	9,2	3,3
Kommunalt anställda:		
arbetare	8,5	8,2
tjänstemän	7,3	2,4
Privat anställda:		
arbetare	10,8	8,1
tjänstemän	6,3	4,8

Man kan också notera skillnader i fråga om sjukfallens längd. Enligt statistiska centralbyråns undersökning 1976 hade arbetare inom SAF-LO-området den lägsta andelen korta sjukfall men den högsta andelen långa sjukfall. Detta framgår av följande tabell:

Sjukfall efter varaktighet år 1976 bland olika grupper av anställda

Kategori	Procentuell fördelning efter sjukfallens längd			Sjukfall per anställd
	1-3 dgr	4-29 dgr	30- dgr	
Arbetare inom SAF-LO-området	40,8	49,3	9,9	2,1
Tjänstemän inom SAF-området	55,8	39,3	4,9	1,3
Kommunalt anställda	47,9	45,0	7,1	1,7
Landstingsanställda	54,3	38,5	7,2	1,9
Statsanställda	56,6	36,9	6,5	1,6

I den nyss nämnda sammanställningen av socialstyrelsen konstateras det mycket starka samband som råder mellan sjukfrånvaron och den fysiska arbetsmiljön. Man erinrar om att enligt SCB:s rapport om arbetsförhållanden och sjukfrånvaron 1975/76 var antalet sjukpenningsdagar per år 3–4 gånger fler bland dem som utsätts för följande s. k. belastningsfaktorer: tunga lyft, upprepade ensidiga arbetsrörelser, olämpliga arbetsställningar, skakningar och vibrationer, dagliga svettningar än bland dem som inte utsätts för någon av dessa faktorer. Vilken enskild faktor som än tagits fram i olika undersökningar – det må gälla värme, kyla och drag eller svårt nedsmutsande arbete eller farliga ämnen eller buller eller olycksfallsrisker eller den psykosociala miljön – framträder ett helt entydigt mönster: det är de arbetstagare för vilka dessa faktorer slår igenom som har en högre sjukfallsfrekvens. Och omvänt är det så att sjukfrånvaron bland de privatanställda tjänstemännen var lägst i chefsbefattningar; för statsanställda har konstaterats att med högre utbildningsnivå följer en lägre sjukfrånvaro. I en rapport från Stockholms läns landsting, som är en av landets stora arbetsgivare med 62 000 anställda, sägs:

Man kan också med hjälp av samma statistik ge en bild av en frisk och en sjuk landstingsanställd. Den friska är en man i åldern 30–39 år. Han arbetar som läkare eller lärare. Den sjuke är en äldre kvinna i något av yrkena städerska, ekonomibiträde eller sjukvårdsbiträde.

Som framhållits i en av LO och TCO utgiven skrift (Fakta om sjukfrånvaron) orsakas en betydande andel av sjukfrånvaron inom LO-området av arbetsolycksfall och arbetssjukdomar (över 120 000 per år).

Inga förskönande omskrivningar av mittenregeringens socialminister om "utökad självrisk", "högriskskydd", "likabehandling" eller "de nödvändiga sparåtgärderna skall påverka alla lika" kan dölja att denna "reform" – för att använda moderaternas talesätt – slår hårdast på de grupper som har en dålig arbetsmiljö. Det är mot denna bakgrund som socialdemokratin – med stöd också av den alldeles övervägande remissopinionen – bestämt avvisar återinförandet av karensdagar i sjukförsäkringen. Centern och folkpartiet har – med stöd av moderater och Svenska arbetsgivareföreningen – däremot åter beträtt klasslagsstiftningens väg i svensk socialpolitik.

3.4 Som argument för att försämma sjukförsäkringen brukar ibland anföras att förmånerna missbrukas, särskilt av de yngre åldersgrupperna. SBC:s undersökning visar dock att missbruket måste bedömas som lågt:

— endast 17 procent av sjukfrånvarodagarna för den undersökta gruppen är icke läkarkontrollerad.

Korttidsfrånvaron (3,1 dagar/år, 1,1 fall/år) förefaller rimlig med hänsyn till tillfälliga hälsobrister på grund av förkylningar, infektioner, menstruationsbesvär, migrän, enkla olycksfall osv. Något missbruk av sjukförsäkringen i nämnvärd omfattning tycks således inte föreligga.

Även andra undersökningar, som åberopas av socialstyrelsen, stöder detta uttalande. Det bör i sammanhanget också nämnas att det finns många som har svårare sjukdomar och kraftigt nedsatt hälsa men som inte sjukskriver sig någon gång under ett år. I en undersökning av medelålders manliga byggnadsarbetare framkom en grupp med låg korttidsjukfrånvaro som senare utvecklade hjärtsjukdom, magsår eller neuros; författarna tolkade detta så att en del går till arbetet trots trötthet och psykiska symtom, vilket skulle kunna bidra till att en långvarig sjukdom senare utvecklas. Detta har också påtalats av läkarexpertis.

Antalet sjukdagar stiger med åldern. De yngre har dock relativt sett många sjukfall med i genomsnitt kort varaktighet. Orsakerna härtill är inte tillfredsställande utredda; i socialstyrelsens rapport uttrycks önskemål om en närmare analys av de ungas sjukfrånvaro och deras hälsotillstånd, vårdutnyttjande etc. I SCB:s undersökning förs en diskussion om olika tänkbara förklaringsgrunder till nämnda förhållande.

Det går således inte att på grundval av föreliggande material hävda att det skulle förekomma ett utbrett missbruk av sjukförsäkringen och då särskilt från de ungas sida.

4 Innebörd och konsekvenser av försämringarna

4.1 Regeringsförslaget omfattar, som framgår av avsnitt 1, flera försämringar: dels av sjukpenningsförsäkringen, arbetsskadeförsäkringen och havandeskapspenningen dels av sjukpenningsavdraget vid sjukhusvård dels av tandvårdsförsäkringen. I det följande görs en bedömning av innebörd och konsekvenser av de olika förslagen.

4.2 Till sina verkningar är förslaget om återinförande av karensdagarna det som betyder mest. Här ligger den alldeles dominerande besparingen, 1 840 milj. kr. av de 2 210 som beskärningarna av sjukpenningsförsäkringen betyder brutto.

För att tillgodose den interna oppositionen inom centern har det emellertid blivit nödvändigt att så långt möjligt dölja att det är fråga om tre karensdagar. Först på s. 21 i propositionen erkänner departementschefen detta förhållande. Hon anför där:

Möjligheten för en företagare att välja tre dagars karenstid bör därvid slopas, eftersom detta alternativ är likartat det som nu införs för övriga försäkrade.

Följden av manipulationerna har blivit att den första karensdagen (i propositionen benämnd insjuknandedagen trots det upplösta sambandet med tidpunkten för insjuknandet) kommit att hamna utanför högriskskyddet. Detta skydd urholkas därmed till att avse inte 10 dagar som sägs i propositionen utan i realiteten 15–20 dagar. Till detta kommer att även den verkliga insjuknandedagen kan föranleda viss inkomstförlust.

I följande tabeller visas den sammanlagda försämringen av karensdagar, den nya tillämpningen beträffande insjuknandedagen samt den lägre ersättningsnivån:

Försämringen av sjukpenningförmånerna efter årsinkomst vid sjukfall om fyra dagar

Inkomst/år	Dag ¹	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Total förlust under 4 da- gars sjukdom	Förlorad ersättning före hög- riskskydd
40 000	99	99	99	4	301	1 485
60 000	148	148	148	5	449	2 220
70 000	173	173	173	4	523	2 595
80 000	197	197	197	6	597	2 955
90 000	222	222	222	7	673	3 330
100 000	247	247	247	9	750	3 705
133 500	329	329	329	37	1 024	4 935 ²

¹ I de fall insjuknandedagen i dag kunnat tillgodoräknas, dvs. i 30 % av fallen.

² Vid en årsinkomst mellan 5,5 och 7,5 basbelopp (f. n. 97 900–133 500 kr.) utgår endast 60 % i ersättning i detta intervall.

De totala effekterna kan dock bli än mer kännbara för dem som har kortare sjukfall (allergier, menstruationsbesvär etc.). För den som är sjuk i två dagar vid upprepade tillfällen, krävs tio sjukfall (dvs. 20 dagar utan ersättning) innan högriskskyddet träder i kraft. Detta illustreras i följande tabell.

Försämringen av sjukpenningförmånerna efter årsinkomst vid sjukfall om två dagar

Inkomst/år	Dag 1 ¹	Dag 2	Total förlust under 2 dagars sjukdom	Förlorad ersätt- ning före hög- riskskydd
40 000	99	99	198	1 980
60 000	148	148	296	2 960
80 000	197	197	394	3 940
100 000	247	247	494	4 940

¹ Se föregående tabell.

Som påvisats i avsnitt 3.3 kommer dessa förändringar dock inte att drabba alla på likformigt sätt, alldeles oavsett om försämringarna skulle slå igenom för alla grupper på arbetsmarknaden. De som främst kommer i skottgluggen är arbetargrupperna, vilka har en sämre arbetsmiljö än övriga arbetstagar-kategorier. För t. ex. livsmedelsarbetare gäller att de inte har rätt, av smittoskäl, att gå till arbetet om de är förkylda, har små sår på händerna etc.

Det kan alltså vara fråga om relativt lindriga åkommor som man inom ett annat yrke ej skulle avstå från arbete för. För dem som t. ex. arbetar inom vården eller barnomsorgen finns också smittoriskerna: mot patienter och barn.

Följden av de orättfärdiga förslag som nu läggs fram blir alltså att det är vissa grupper som drabbas hårdare än andra. I andra sammanhang har man i varje fall från socialministerns parti talat om att "kroppsarbetets nödvändighet och dess betydelse för välståndsutvecklingen måste klargöras och dess villkor förbättras".

Man kan vidare få en förstärkning av det förhållandet att en del väljer att, trots sjukdom, gå till arbetsplatsen: därav kan följa ökad smittorisk för arbetskamrater och, om det sker upprepat, även risker för den enskilde på längre sikt.

Till dessa rena försämringar för medborgarna kan också läggas att hanteringen av sjukpenningsförsäkringen blir betydligt krångligare genom regeringsförslaget.

4.3 För den som behöver sjukhusvård kommer ytterligare en minskning av sjukpenningen att ske genom att avdraget vid sjukhusvård ökas till 40 kr. Därmed har detta avdrag fördubblats under de borgerliga regeringsåren. Även om höjningen kan synas vara begränsad, måste den i detta sammanhang ses tillsammans med införandet av karensdagar och sänkningen av ersättningsnivån.

4.4 Tandvårdsförsäkringen har påtagligt urholkats under de borgerliga regeringsåren. År 1976 ersattes 50 % av kostnaderna under 1 500 kr., 75 % därutöver. Den högre procentsatsen gällde dessutom för förebyggande åtgärder och proteser, och kostnader för ädla metaller ersattes helt. I dag har kostnadsgränsen höjts till 2 500 kr. och de särskilda bestämmelserna om förebyggande åtgärder etc. slopats.

Nu föreslår regeringen en ytterligare nedskärning genom att procentsatsen 50 sätts ned till 40. Och även om flertalet behandlingar håller sig inom en gräns om 500 kr., och försämringen i dessa fall rör sig om högst 50 kr., är det ändå att notera att det här är fråga om ytterligare ett led i en serie av försämringar.

4.5 I början av 1976 tillkallade den socialdemokratiska regeringen en särskild utredningen med uppdrag att över frågan om företagshälsövården och den yrkesmedicinska verksamheten. Målet som slogs fast var att alla löntagare skulle ha tillgång till företagshälsövård. En av de frågor utredningen skulle överväga var den hittillsvarande avvägningen mellan förebyggande och sjukvårdande åtgärder: i direktiven uttalades bl. a. att "när det gäller behovet av sjukvård bör det i största möjliga utsträckning tillgodoses inom den offentliga primärsjukvården". Utredningens arbete beräknas enligt den senaste kommittéberättelsen vara avslutat vid stundande årsskifte.

Några år innan denna utredning tillkallats hade riks försäkringsverket och socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att se över ersättningsregler m. m. för bl. a. företagshälsovården. Förslagen lades fram i en promemoria år 1977 (Ds S 1977:3). Om de genomförts skulle de på sikt medföra succesivt ökande kostnader.

Regeringen aviserade tidigare att den nuvarande ersättningen till företagshälsovården helt skulle slopas. Detta möttes av kraftiga protester, bl. a. från arbetsmarknadens parter. Regeringen har i propositionen tillfälligt böjt undan för kritiken men vidhåller likväl att nedskärningar skall göras.

Det socialdemokratiska partiet har vid sin senaste kongress antagit följande riktlinjer för bl. a. företagshälsovårdens utveckling:

Arbetarrörelsens grundsyn är att hälsopolitiken skall föras också inne i företagen. Företag och förvaltningar måste därför ta ett socialt ansvar. Det är inte fråga om att bortse från kraven på effektivitet och lönsamhet. Våra företag måste överleva i en hård internationell konkurrens. Men lönsamheten och effektiviteten får inte drivas så hårt att människorna blir lidande.

Vi kan inte acceptera att människor förslits på arbetsplatser med långa sjukskrivningar och kanske förtidspensionering som följd och att sedan andra anställs på precis samma arbete och utsätts för samma förslitning. Företagshälsovården måste därför i högre grad arbeta förebyggande. Det betyder att på ett tidigare stadium kunna gå in med stöd till en rehabilitering och krav på anpassning av arbetsplatsen och arbetskraven till den enskildes förutsättningar. Företagshälsovårdens sjukvårdande uppgifter måste komma i andra hand.

För vår del kommer detta uttalande att vara utgångspunkten vid vår prövning av utredningens kommande förslag. Enligt vår mening finns det inte anledning att nu binda sig för några särskilda uttalanden om omfattningen eller konstruktionen av samhällets stöd till företagshälsovården.

5 Regeringens uppmaning till arbetsmarknadens parter

Regeringen tar i propositionen också ett steg av utomordentligt allvarlig principiell natur. Man riktar nämligen mycket kraftiga uppmaningar till arbetsmarknadens parter att se till att de i propositionen framlagda försämringarna får slå igenom också i de avtal om sjuklön m. m. som finns på arbetsmarknaden. I ett tidigare skede, så sent som när proposition 1981/82:30 lades fram, räknade man med att lagstifta härom. Denna ståndpunkt har man dock övergivit.

Det var länge en inom stora delar av borgerligheten omhuldad ståndpunkt att staten genom lagstiftning skulle reglera förhållandena på arbetsmarknaden. Succesivt började emellertid den uppfattningen växa fram hos arbetsgivarna att det vore lyckligast om, som dåvarande arbetsgivar direktören yttrade, "parterna på arbetsmarknaden principiellt inrikta sig på att ordna sina mellanhavanden själva". Denna linje, som fick ett av sina första uttryck genom det s. k. huvudavtalet, har sedan fullföljts och blivit en viktig

del av förhållandet mellan arbetsmarknadens parter. Staten avstod från att genom lagstiftning reglera förhållandena på arbetsmarknaden.

Det finns en rad avtal mellan arbetsmarknadens parter; här är sjuklöneavtalen aktuella, men man kan också nämna komplexet av arbetsmarknadsförsäkringar. Statsmakterna har inte tidigare ansett sig böra föreskriva efter vilka grunder de skall utformas och vilken uppbyggnad och innehåll de skall ha. Inom ramen för den fria förhandlingsrätten måste det ankomma på parterna att utforma löne- och anställningsvillkoren. Från den synpunkten framstår det som ett betydande avsteg från en snart femtioårig praxis att från statsmaktens sida hävda hur dessa avtal skall förändras. Detta avsteg är inte på något sätt jämförbart med den lagstiftning som utformats till skydd för sjuka, äldre osv.

I sparpropositionen i fjol höst förklarade regeringen att för att åstadkomma en likvärdig självrisk behövdes en lagstiftning. När man insåg konsekvenserna härav och att man därigenom gett sig på arbetsmarknadsparternas fria förhandlingsrätt vill man nu i stället att riksdagen skall göra ett uttalande i frågan.

Innebörden av ett sådant uttalande måste avse att genom riksdagens påtryckning skall arbetsgivarna i de kommande avtalsförhandlingarna lyckas försämla de offentligt anställdas och tjänstemännens avtalsreglerade sjukförmåner.

Detta understryker hur orimligt förslaget i sin helhet är. Vi kan inte av viktiga principiella skäl gå med på att riksdagen genom dylika omvägar söker öva påtryckning på arbetsmarknadsparternas handläggning av sjuklöneavtalen. Vi avvisar därför förslaget.

6 Sammanfattning av vår inställning

Den borgerliga regeringstiden har försatt landet i en utomordentligt besvärlig ekonomisk situation. Den borgerliga politikens huvudsakliga inslag har varit att göra nedskärningar i det social trygghetssystemet, i ungdomens utbildningsmöjligheter och i kommunernas resurser. Samtidigt har man gett ut stora förmåner till redan välbeställda grupper; bara förmånerna till aktieägarna kostar hundratal miljoner varje år. Mittenpartiernas tvingas hela tiden att anpassa sig till moderaternas politik och deras ännu längre gående krav på nedskärningar. På sjukförsäkringsområdet skulle moderaternas förslag kunna leda till 7–8 karensdagar.

Det framgår klart av kostnadsberäkningarna i propositionen att av de s. k. besparingarna skulle den helt dominerande summan tas in på karensdagens återinförande. Samma beräkningar visar att insjuknandedagen förvandlas till en reell karensdag och att det sålunda inte är fråga om att införa två karensdagar utan i verkligheten tre. Ett återinförande av karensdagarna riktar sig främst mot industrins arbetargrupper och de sämst ställda grupperna i samhället. Detta kan socialdemokratien inte acceptera. Vi har

också tidigt och bestämt avvisat de borgerliga partiernas attacker på sjukförsäkringen.

Det går aldrig att lösa landets problem genom de borgerliga metoderna. Erfarenheterna talar här sitt tydliga språk. Socialdemokratin har i sitt program *Framtid för Sverige* anvisat vägarna för hur vi vill lösa landets kris med bevarad social trygghet. Vi kan således inte godta regeringsförslagen om försämringar av den sociala tryggheten.

Vid bedömningen av regeringsförslaget måste man också ta hänsyn till att det riskerar att allvarligt störa en redan från början komplicerad avtalsrörelse

7 Hemställan

De försämringar som föreslås i propositionen avstyrkas av oss. Härav följer att anslaget *Bidrag till sjukförsäkringen* behöver höjas med 155 milj. kr.

Med stöd av det anförda hemställs

1. att riksdagen avslår regeringens förslag om lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
2. att riksdagen avslår regeringens förslag om lag om ändring i lagen (1981:691) om socialavgifter,
3. att riksdagen avslår regeringens förslag om lag om ändring i lagen (1956:293) om ersättning åt smittobärare,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om tandvårdsförsäkringen,
5. att riksdagen till *Bidrag till sjukförsäkringen* för budgetåret 1982/83 anvisar ett förslagsanslag av 3 480 000 000 kr.,
6. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om sjukförsäkringen inom avtalsområdet.

Stockholm den 18 mars 1982

OLOF PALME (s)

CURT BOSTRÖM (s)

INGVAR CARLSSON (s)

HANS GUSTAFSSON (s)

LILLY HANSSON (s)

LENA HJELM-WALLÉN (s)

PAUL JANSSON (s)

GÖRAN KARLSSON (s)

OLLE WESTBERG (s)

i Hofors

MAJ-LIS LANDBERG (s)

ESSEN LINDAHL (s)

LISA MATTSON (s)

THAGE PETERSON (s)

ANNA-GRETA SKANTZ (s)

INGVAR SVANBERG (s)

LARS ULANDER (s)

VALTER KRISTENSON (s)

