

# Så bygger vi välfärdsstaten – fem angelägna välfärdsreformer

## 1 Inledning

Den svenska modellen består av många olika delar, som tillsammans kan skapa hög jämlikhet, hög sysselsättning och hög tillväxt. Men sedan 1990-talet har ojämlikheten ökat i takt med att de offentliga välfärdsåtagandena minskat och arbetslösheten blivit väsentligt högre än under de fyra decennier som föregick 1990-talskrisen. I denna motion föreslås nationella reformer på fem områden som är centrala för att öka jämlikheten. Förslagen berör: pensionssystemet, tandvården, köfri vård, privata försäkringspatienter samt socialförsäkringarna. Vår uppfattning är att Socialdemokraterna bör gå till val på dessa reformer.

### 1.1 Jämlikhet gynnar tillväxten

Från borgerligt håll, men också från vissa skolbildningar inom nationalekonomin, framhålls att det inte ska vara möjligt att i längden kombinera hög grad av jämlikhet med hög tillväxt, hög grad av regleringar på marknaderna och stor offentlig sektor med effektivitet och stor facklig makt med låg arbetslöshet. Den svenska efterkrigstiden, men också i viss mån dagens svenska förhållanden, visar emellertid att det är fullt möjligt att uppnå alla dessa mål, givet att rätt institutionella förhållanden skapas. Det vetenskapliga stödet för detta synsätt har sedan finanskrisen stärkts, och mycket tyder, något förenklat, på att ekonomier kan befinna sig i hög- respektive lågsysselsättningsjämviktslägen, där det förra skapas genom att upprätthålla en hög aggregerad efterfrågan och produktivitetstillväxt. Ur samhällsekonomiskt och politiskt perspektiv föredrar vi högsysselsättningsläget, men liberala ekonomier tenderar att röra sig mot lågsysselsättningsjämviktslägen. Det krävs vissa institutionella ramverk – starka fackföreningar, arbetsmarknadsregleringar och sociala skyddsnät – för att pressa ekonomin mot högsysselsättningsjämviktslägen. Den underliggande logiken för detta är följande:

- 1) En jämnare fördelning av inkomsterna leder till ökad konsumtion. Detta följer av att människor med lägre inkomster i genomsnitt spenderar en större del av sina inkomster än människor som har höga inkomster. Konsumtionen driver i sig självt tillväxt, men bidrar också till strukturomvandling genom fler innovationer som i sig självt kan vara produktivitetshöjande.
- 2) För det andra innebär en mer jämlik fördelning av inkomsterna att löneläget pressas uppåt. Högre löneökningar kan förvisso leda till för hög inflation som i sin tur leder till ökade räntor, men rätt avvägt högt löneläge leder till ökad produktivitetstillväxt, dels till

följd av ökad strukturomvandling, dels till följd av ökade incitament för företagen att substituera arbete med kapital. Denna kanal genom vilken hög jämlikhet leder till stigande tillväxt och strukturomvandling var en av de grundläggande tankarna i den solidariska lönepolitiken.

- 3) Jämlikhetsskapande trygghetssystemen leder i sig självt till ökad acceptans för förändringar och därmed högre strukturomvandlingstakt och produktivitetstillväxt. Det möjliggör större rörlighet på arbetsmarknaden. Dels genom att en generös arbetslöshetsförsäkring gör det möjligt att byta jobb, utan att riskera stora inkomstförluster. Dels genom att generös arbetslöshetsförsäkring pressar upp reservationslönerna och skapar en mer sammanpressad lönestruktur, vilket minskar barriärerna mot att byta jobb mellan branscher med hög produktivitetstillväxt (tillverkningsindustri) och låg produktivitetstillväxt (många tjänstesektorer).

Ökad jämlikhet främjar således tillväxt och sysselsättning. Arbetarrörelsen har en solid nationalekonomisk grund när den föreslår nya jämlikhetsskapande reformer. Men nya välfärdsreformer är inte endast rationellt ur ett tillväxtperspektiv, utan handlar i grunden om tilltron till välfärdsstaten och till arbetarrörelsen. Det folkliga stödet för gemensamma lösningar är avhängigt att den gemensamma sektorn faktiskt levererar vad den utlovar eller vad som vore rimligt att förvänta sig av den. Det är tveksamt om den idag gör det inom en rad områden. Med de reformer som föreslås i denna motion skulle denna leverans av välfärd förbättras på en rad områden, och samtidigt skulle försäkringssystemen bli bättre. Sammantaget skulle jämlikheten öka och säkerligen också stödet för välfärdsstaten.

## 2 Pensionsreform

Det gemensamma pensionssystemet är en grundläggande del av den svenska modellen. Det ska ge ett värdigt liv och en god försörjning till den enskilde när den aktiva arbetsperioden är över. Principen för pensionssystemet ska vara att pension är uppskjuten lön.

Det nya systemet förutsågs ge löntagarna en något högre pension än det tidigvarande förmånsbaserade systemet. Beräkningar visade att pensionerna i snitt skulle bli cirka 70 procent av slutlönen. Resultatet blev emellertid betydligt lägre, närmare 60 procent.

Det nya pensionssystemet, som nu testats under både hög- och lågkonjunkturer, har inte heller lyckats förhindra en utbredning av den relativa fattigdomen bland äldre i Sverige.

Med det nuvarande pensionssystemet har risktagandet för den enskilde också ökat i och med inslag av automatiska regleringar, den så kallade bromsen, och en delvis marknadsanpassad modell med privat sparande och fondförvaltning genom premiepensionssystemet.

Bromsen slår till när det uppstår obalanser mellan tillgångar och skulder i pensionssystemet, vilket innebär att pensionerna sänks genom att delningstalen av pensionerna ökar. Denna broms är orättvis och har slagit hårt mot många pensionärer. Pensionssystemet måste tillföras mer pengar så att den så kallade bromsen kan avskaffas. Introduceringen av premiepensionssystemet har lett till en större pensionsspridning. Personer med samma livsinkomst har i allt större utsträckning fått ett ojämlikt utfall beroende på om och var man placerat sina pengar. Det är inte rimligt att storleken på pensionerna ska vara avhängigt hur väl man placerar pensionspengar på börsen.

Idag tvingas många på grund arbetsskador och utslitning ta ut sin pension tidigare än 65 år. Det är orimligt. Det måste finnas fungerande skyddsnät. Det nyliga beslutet om att knyta pensionsåldern, den så kallade riktåldern, till medellivslängden riskerar också få orimliga effekter på jämlikheten. Trots att det är den totala livsarbetstiden som behöver öka, premieras av oklara skäl arbete i slutet av arbetslivet mer än arbete i början detsamma. LO-grupper har tidigare inträde på arbetsmarknaden än akademiker. Dessa grupper har också kortare medellivslängd och den ökning i medellivslängd som skett sedan pensionsreformen på 1990-talet är ytterst ojämlikt fördelad. Jämställdhetsmyndigheten påpekade i sitt remissvar på utredningen om höjd pensionsålder följande: ”För kvinnor med enbart förgymnasial utbildning har medelåldern ökat med bara 0,3 år mellan år 2000 och 2015. För kvinnor med eftergymnasial utbildning är ökningen 1,6 år och för män med eftergymnasial utbildning 2,4 år under samma period.”

Det borde således vara antalet år i förvärvsarbete som har störst effekt på pensionen, inte när dessa utförs under en persons levnad. För att motverka dessa effekter bör den undantagsbestämmelse som gör det möjligt att få garantipension vid 65 års ålder om man uppfyllt ett särskilt förvärvsvillkor om 44 års arbete, utsträckas så att det också ska kunna tillämpas för den inkomstbaserade pensionen, syftande till att individer som haft ett tidigt inträde på arbetsmarknaden och långt arbetsliv även fortsättningsvis ska kunna erhålla inkomstrelaterad pension från 65 års ålder, utan att behöva göra förtida uttag.

**Socialdemokraterna i Skåne föreslår att partikongressen beslutar**

att Socialdemokraterna uttalar att inriktningen för ett reformerat pensionssystem bör vara att en genomsnittlig löntagare vid pension erhåller minst 70 procent av slutlönen.

att pensionssystemet tillförs mer pengar så att den så kallade bromsen kan avskaffas

att inkomster från pension, socialförsäkring och arbetslöshetsförsäkring beskattas likvärdigt med inkomst från förvärvsarbete

att ett individer som uppfyller förvärvsvillkoret om 44 års arbete ska kunna få inkomstpension från 65 års ålder, utan att inkomstpensionens nivå påverkas

### 3 Tandvårdsreform

I den svenska tandvårdslagen anges att målet är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Jämfört med många andra länder är svenskarnas munstatus överlag god, men ingen kan hävda att vi lever upp till ambitionen om tandvård på lika villkor. Människor med högre utbildning och högre inkomster besöker tandvården oftare och uppskattar i högre utsträckning den egna tandhälsan som bra, jämfört med människor med lägre utbildningsnivå och lägre inkomster, som besöker tandvården i lägre utsträckning och har sämre tandhälsa. Störst skillnad mellan olika utbildningsnivåer ses i antal intakta tänder en person har, en skillnad som märks redan i yngre åldrar. Tandhälsan i landet bland sjukskrivna och arbetslösa är klart sämre än den bland sysselsatta och skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper har ökat. Inkomstskillnader förstärker skillnader i tandhälsa, många avstår från tandvård av ekonomiska skäl och att även barns tandhälsa påverkas av socioekonomiska faktorer. Vi vet vidare att det finns samband mellan tandhälsa och övrig hälsa, exempelvis hjärt- och kärlsjukdom.

Ojämligheten i tandhälsa hänger samman med de höga kostnaderna för tandvårdsbesök. En basundersökning hos tandläkare har idag ett referenspris på 865 kronor och för behandling kan man behöva betala tusentals och ibland tiotusentals kronor. De höga priserna beror på att den statliga prisregleringen av tandvårdstaxan avskaffades 1999 och fri prissättning infördes. Sedan dess bestämmer en privattandläkare själv sin taxa och Folktandvårdens priser fastställs av regionerna. Det finns en statlig referensprislista som anger vad ett normalpris för en behandling kan vara, men Riksrevisionen har konstaterat att systemet inte fungerar eftersom de angivna summorna tenderar att utgöra golv för tandläkarnas priser. I den senaste statliga utredningen, ”När behovet får styra”, framgår att inte i någon region följer de privata vårdgivarna denna lista och endast i 2 av 21 regioner följer den offentliga folktandvården listan.

Det sätt som tandvården är organiserad på idag är inte förenligt med välfärdsstatens principer. För sjukvården, vilken däremot följer välfärdsstatens principer, gäller att individen har rätt till sjukvård efter behov och medicinsk prioritering, och hen skyddas mot höga kostnader av ett högkostnadsskydd som uppgår till 1.150 kronor per år för öppenvård. Det finns inga sakligt medicinska skäl till att skilja på hälso- och sjukvård av kroppen i stort och av tänderna.

Bakgrunden till dagens uppdelning har historiska orsaker. Det är svårt att se att om vi i dag börjat skissa på ett generellt skattefinansierat välfärdssystem, då skulle komma till slutsatsen att för just tänder borde patienterna själva stå för merparten av kostnaderna medan övrig hälso- och sjukvård huvudsakligen ska betalas via skattsedeln.

Flera reformer har genomförts under de senaste två decennierna. Dessa har minskat ojämlikheten och kostnaderna för individerna. Den senaste statliga utredningen lägger visserligen ett antal förslag i rätt riktning, i synnerhet förslaget om att en vanlig undersökning bara ska kosta 200 kronor. Men detta bör troligen också ses mot bakgrund av det snävt formulerade uppdrag som utredningen haft att förhålla sig till, i det att den inte skulle presentera förslag som kräver att mer resurser tillförs. Sett till de faktaunderlag som utredningen tar fram, talar allt för att ett högkostnadsskydd för tandvården bör införas. Utredningens beräkning visar att det skulle kosta 6–7 miljarder att införa ett högkostnadsskydd i tandvården motsvarande det som finns i sjukvården.

Hur tandvården ska organiseras bör utredas vidare. En möjlighet är att organisera den på samma sätt som primärvården och låta den fungera på samma sätt, där offentliga och privata vårdgivare ackrediterar sig. Förutsättningarna för att få blocköverskridande acceptans för en sådan lösning torde vara tämligen goda.

### **Socialdemokraterna i Skåne föreslår att partikongressen beslutar**

Att ett högkostnadsskydd på samma nivå som gäller i sjukvården införs i tandvården

## **4 Köfri vård**

Långa köer både till besök och behandling i specialistvården är ett stort problem i Sverige. Det gäller inte minst väntetiderna till operationer. Situationen har sin grund i att behovet av vård har ökat när vården klarar av att göra mer; vi lever längre och den medicinska utvecklingen har kommit långt. Detta är en välfärdsutveckling som är positiv. Men att fortsätta att upprätthålla en god kvalitet och tillgänglighet i vården kostar. Under flera decennier har det utbildats alldeles för lite sjukvårdspersonal för att vården ska kunna hålla jämna steg med utvecklingen. Köerna har därmed blivit ett permanent tillstånd.

#### 4.1 Stärk vårdgarantin

Idag finns en vårdgaranti som innebär att man, efter att ha remitterats till specialistvården från sin vårdcentral, ska få sitt första besök på sjukhus inom 90 dagar. När man fått ett beslut om en viss behandling, till exempel om man behöver opereras, ska man få en tid för detta inom 90 dagar. Ingen region är dock i närheten av att uppfylla detta. Snarare än en garanti för patienten har vårdgarantin snarast blivit till en målsättning för regionerna, där en 80-procentig måluppfyllelse åtminstone inofficiellt betraktas som godkänt. Coronapandemin har förvärrat köläget, men det var redan tidigare alldeles för långa köer.

Även inom cancervården är tillgängligheten för dålig. Sedan några år finns särskilda tidsgränser kopplade till de standardiserade vårdförloppen i cancervården, men inom flera förlopp uppvisar många regioner förfärande låga tillgänglighetssiffror. Nyligen visade exempelvis IVO att skånska cancerpatienter kan ha avlidit till följd av att de inte fått åtgärd i tid.

Det är i grunden en märklig ordning att vårdgarantin fungerar som en målsättning för regionerna, snarare än en rättighet för patienterna. När snävare tidsgränser för vårdgarantin diskuteras bör detta finnas i åtanke, d v s snävare tidsgränser kommer inte att ge avsedd effekt så länge vårdgarantin är en målsättning och inte en rättighet. Det förs också en diskussion om helt individualisera vårdgarantin. Om det skulle mynna ut i oklara rättigheter avseende inom vilken tid man som patient har rätt till åtgärd eller besök, vore det en olycklig förändring. Däremot skulle differentierade tidsgränser för olika tillstånd och diagnoser kunna vara en väg att gå. Då skulle dagens vårdgarantin kunna omvandlas till faktiska rättigheter för patienterna inom vissa särskilt allvarliga områden, exempelvis cancersjukdom. Den stärkta vårdgarantin måste dock genomföras stegvis och i takt med att utbildningen av vårdpersonal ökas.

#### **Socialdemokraterna i Skåne föreslår att partikongressen beslutar**

Att Socialdemokraterna verkar för att stärka regionernas skyldighet att uppfylla vårdgarantin.

#### 4.2 Säkra kompetensförsörjningen

För att det ska vara möjligt att få bort köerna i den svenska vården, måste vårdutbildningarna byggas ut. Det som främst begränsar vården är nämligen bristen på personal.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) uppskattar att behoven av att anställa fler inom hälso- och sjukvård fram till år 2029 kommer att öka med omkring 1 procent årligen, vilket innebär

drygt 1 800 personer per år. Samtidigt beräknas drygt 4000 personer gå i pension under samma period, vilket sammantaget ger ett mycket stort rekryteringsbehov. 18 av 21 regioner uppgav i en enkät från Socialstyrelsen att man hade brist på psykologer och läkare.

Det finns också stor brist på personal med specialistkompetens. I samma enkät från Socialstyrelsen uppgav mer än hälften av regionerna att de hade brist på fler än 20 specialiteter. De tre legitimationsyrken som flest landsting bedömde att det råder brist på är specialistsjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor och barnmorskor. När det gäller specialistsjuksköterskor uppgav samtliga regioner brist. Konkret innebär det att många operationssalar står tomma på grund av att det saknas nyckelkompetenser som anestesijuksköterskor. Det råder också brist på undersköterskor.

Andelen sjuksköterskor som har en specialistsjuksköterskeexamen minskade mellan 1995 och 2014 från 65 procent till 45 procent. Antalet specialistsjuksköterskor har också minskat stadigt under samma period. Fram till år 2035 beräknas efterfrågan på specialistsjuksköterskor öka med cirka 30 procent. Systemet med specialistutbildningar, som är ett gemensamt ansvar mellan regioner och stat, är dock inte tillräckligt utbyggt. Det råder fortfarande stora olikheter i villkor för sjuksköterskor som vill studera till specialistsjuksköterska. De flesta sjuksköterskor får betala sina studier själva och övriga förutsättningar för att studera är ofta knapphändiga, eftersom studier ska kombineras med heltidsarbete och familjeliv, något som resulterar i att många avbryter sina specialiststudier i förtid.

Alla regioner måste ta sin del av ansvaret genom att införa eller bygga ut specialistutbildningsanställningar, samtidigt som staten i motsvarande grad bygger ut specialistutbildningarna på universiteten och högskolorna. Att sjuksköterskor kan vidareutbilda sig till specialister bygger dock på att det från början finns tillräckligt många som är grundutbildade.

### **Socialdemokraterna i Skåne föreslår att partikongressen beslutar**

Att Socialdemokraterna verkar för att utöka grundutbildningarna av sjuksköterskor och läkare, så att inom en femårsperiod kompetensförsörjningen av grundutbildad vårdpersonal säkras

Att antalet specialistutbildningsplatser för sjuksköterskor byggs ut.

## **5 Stopp för gräddfiler i sjukvården**

År 2017 hade nästan 650 000 svenskar privat sjukförsäkring. Det är mer än en sexdubbling sedan år 2000. Försäkringarna innebär att innehavarna kan få vård hos någon av de privata vårdgivare som försäkringsbolaget har avtal med. Många av dessa privata vårdgivare har även avtal med

regionerna. De är i så fall skyldiga att leverera den mängd vård som de avtalat med regionerna, men så länge de gör det kan de utnyttja all övrig kapacitet till att behandla privatfinansierade patienter. Förra året öppnade ett privat cancersjukhus i Lund som, enligt egen utsago, tar emot patienter utan kötid. Det kan därför konstateras att vi nu har en situation där det även till livshotande sjukdomar finns två köer – en för privatförsäkrade och en för offentligfinansierade patienter.

Privat vårdverksamhet måste bedrivas i enlighet med de lagar som reglerar vård och omsorg, där hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetslagen är de två tyngsta. Utöver HSL:s skrivningar om vård efter behov så är lagarna dock inriktade på att garantera en god och säker vård för den enskilda patienten. I praktiken verkar alltså frågor om vilka privatfinansierade patienter som tas emot och i vilken ordning hanteras som vilken affärstransaktion som helst: Så länge den produkt eller tjänst som säljs håller den standard som lagen kräver får man lov att sälja den till vem som helst utan medicinsk prioritering.

För en privat vårdgivare som har avtal med en region gäller alltså att de måste leverera den vård som omfattas av avtalet, men så länge de gör det kan de ta emot hur många försäkringspatienter som helst även om dessa har väntat kortare tid än de offentligfinansierade patienterna som fortfarande står i kö. Det här är naturligtvis hela poängen med privata sjukförsäkringar, att den försäkrade ska få snabbare vård, det vill säga gå före den offentliga kön. Det är också så de marknadsförs. Länsförsäkringar skriver: ”Du slipper långa väntetider och får snabbt rätt vård om du blir sjuk.” I praktiken innebär det att patienten garanteras besök hos behandlare med specialistkompetens inom 7 vardagar och operation inom 20. Får patienten inte det kompenseras hen med 1000 kronor för varje extra dag av väntan. Skandia lovar också operation inom 20 dagar. If och Bliwa har båda en vårdgaranti som garanterar att behandling börjar inom 14 vardagar. Capio förklarar pedagogiskt hur detta går ihop: Samtliga försäkringsbolag de har avtal med har tillgång till ett urval av ”öronmärkta” tider på deras mottagningar. Innebörden är glasklar: det går idag att köpa sig före i vårdköerna.

Ibland anförs att de privata sjukvårdsförsäkringarna bidrar till att avlasta den offentliga vården, eftersom de som köper sig privat vård då lämnar de offentliga vårdköerna så att dessa blir kortare. Det är emellertid ett problematiskt argument i flera avseenden. Till att börja med så kvarstår orimligheten i att vård då fördelas efter plånbok istället för behov. Det riskerar också att urholka den offentliga välfärden genom att underminera generaliteten och därmed minska betalningsviljan till det allmänna hos de grupper som har tillgång till de privata försäkringarna. Och även om man skulle vara beredd att acceptera de problemen så är argumentet fortfarande i grunden felaktigt eftersom brist på personal med rätt kompetens är den viktigaste flaskhalsen



som minskar tillgängligheten i den offentliga vården. Den läkare eller sjuksköterska som behandlar en försäkringspatient kan självklart inte samtidigt behandla en offentligfinansierad patient. Då utbildningen av vårdpersonal är finansierad med skattemedel, har borde skattebetalarna ha rätt att ställa vissa krav på hur den vård organiseras i vilken vårdpersonalen sedan kommer att arbeta. Detta är synnerligen så i ett läge då det råder brist på personal. Den socialdemokratiska regeringen har agerat i frågan (se proposition 2016/17:166 *Privata sjukförsäkringar inom offentligt finansierad sjukvård*, som avlogs av riksdagen i maj 2017). Det är osannolikt att läget i riksdagen kommer att bli annorlunda framöver, men det förändrar inte vad vi som parti kan driva. Detta bör vara en förändring i lagstiftningen som inte endast berör de vårdenheter/sjukhus som tar emot både försäkringsfinansierade och privatfinansierade patienter, utan reglerar all verksamhet som definierats som särskilt medicinskt prioriterad.

#### **Socialdemokraterna i Skåne föreslår att partikongressen beslutar**

Att för vissa medicinskt prioriterade områden, som Socialstyrelsen ges i uppdrag att definiera, ska privata sjukförsäkringar förbjudas.

Att för övriga områden ska gälla att den entreprenör som har avtal med en sjukvårdshuvudman inte också ska få ta försäkringspatienter.

## **6 Socialförsäkringar ska försäkra tidigare inkomst**

Trygga och starka socialförsäkringar är en grundbult i den svenska välfärdsmodellen.

Socialförsäkringarna är ett viktigt stöd under livets olika skeenden. En persons välstånd ska inte stå och falla med exempelvis arbetslöshet eller sjukdom, utan det är vid dessa tillfällen som socialförsäkringar är extra viktiga. Trygga individer och minskade klyftor stärker Sverige och gynnar jobbtillväxten. Utgångspunkten för socialförsäkringarna är att de för de allra flesta ska försäkra en viss procentandel av tidigare inkomst. Detta är en central del i den generella välfärden. För att upprätthålla trygga och starka socialförsäkringarna krävs förändringar inom en rad olika områden.

Sedan den ekonomiska krisen på 1990-talet har flera socialförsäkringar försvagats och ersättningsnivåerna har inte följt inkomstökningarna. Alltfler har inkomster som överstiger taken i försäkringarna. För att värdet av socialförsäkringarna inte ska minska över tid krävs att de tak som finns i socialförsäkringarna och arbetslöshetsförsäkringen förändras i takt med levnadsstandarden i samhället. Socialförsäkringarnas tak bör inte baseras på dagens prisbasbelopp

utan ska följa den allmänna löneutvecklingen. Den grundläggande principen i den svenska välfärdsmodellen är dess generella karaktär. Det är därför centralt att socialförsäkringssystemen försäkrar inkomster. Prisbasbeloppet baseras dock inte på den generella inkomstutvecklingen, utan på prisutvecklingen. Försäkringssystem som i sina tak är bundna till prisbasbeloppet kommer således att utgå från en grundtrygghetsprincip, snarare än de principer som den generella välfärdsmodellen utgår ifrån.

Det går vidare inte att motivera att taken är olika höga. Taket i föräldraförsäkringen är 457 000, vilket motsvarar en månadslön på knappt 40 000 kr. I sjukförsäkringen är taket 380800 och för VAB 357 000, vilket 31 730 motsvarar respektive 29 750. För såväl VAB som sjukskrivning innebär detta att omkring hälften av löntagarna inte får ut 80 procent av lönen. Taket i a-kassan är drygt 25 000 kronor (men tillfälligt höjt under coronapandemin), vilket innebär att inte ens en tredjedel av de arbetslösa får 80 procent av den tidigare lönen. Det innebär att arbetslöshetsförsäkringen inte längre kan betraktas som en inkomstbortfallsförsäkring, utan snarare får ses som en grundtrygghetsförsäkring.

Därför föreslår Socialdemokraterna i Skåne att en modell ska utarbetas där taken höjs till föräldraförsäkringsnivå, vilken föreslås vara normbildande för övriga försäkringar, och därefter indexeras med löneutvecklingen. Ersättningsgraden ska därutöver höjas från dagens 80 procent till 90 procent.

## 6.1 Sjukförsäkringen

Utgångspunkten för sjukförsäkringen måste vara att den ska täcka det inkomstbortfall som uppkommer vid sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga. För att sjukförsäkring ska vara ett bra skydd är det därför ett viktigt steg att höja ersättningsnivån till 90 procent. Vidare måste principen vara att den som är sjuk har rätt till ersättning. Den bortre gräns om 180 dagar då individens arbetsförmåga prövas mot hela arbetsmarknaden innebär att man i praktiken inte tillämpar en sådan princip. Det är tveksamt om den förändring som nyligen genomfördes avseende 180-dagarsgränsen är tillräcklig för att råda bot på problematiken att sjuka människor utförsäkras.

Alltfler personer har inkomster som överstiger taket i sjukförsäkringen. Sjukförsäkringens tak ska därför höjas till samma nivå som gäller för föräldraförsäkringen och indexeras med löneutvecklingen.

Den karensdag som idag finns i sjukförsäkringen kan innebära att arbetstagare av ekonomiska själ inte går hem vid sjukdom. Detta kan långsiktigt få konsekvenser på sjukfrånvaron och leda till sjukdomsspridning på arbetsplatser. Låginkomsttagare och kvinnor drabbas hårdast ekonomiskt av karensdagen, och dessa grupper är också ofta mer utsatta eftersom många i miljöer där de träffar mycket folk. Så fallet med exempelvis förskolepersonal och anställda i handeln. Ett led i att stärka sjukförsäkringen, inte minst för dessa grupper, är därför att avskaffa karensdagen. Som ett första steg bör den schablonersättning som tillämpats under corona bli förlängd.

## 6.2 En trygg och jämställd föräldraförsäkring

Föräldraförsäkringen är också en viktig försäkring där utgångspunkten måste vara att den ska täcka det inkomstbortfall som uppkommer vid föräldraledighet. Det ska inte vara en ekonomiska fråga att stanna hemma med sitt barn. Ersättnivån bör höjas till 90 procent.

Föräldraförsäkringens tak ska vara normbildande. Sjukförsäkring, försäkring vid vård av sjukt barn samt arbetslöshetsförsäkringens höjs successivt till samma nivå.

Det idag ojämna uttaget av föräldraförsäkringen får konsekvenser för kvinnors löneutveckling och leder till sämre ersättningar i exempelvis arbetslöshetskassa, sjukförsäkring och pension. Det ojämna uttaget av föräldraförsäkringen tenderar också att cementera fördelningen av det obetalda arbetet i hemmet. Ett viktigt steg för att få en mer jämställd arbetsmarknad, nå jämställda pensioner och ökad jämlikhet mellan könen, är att få ett jämnt uttag av föräldraförsäkringen som tas ut sammanhängande under barnets första levnadsår och byggs ut. Utifrån ett barnperspektiv är det också viktigt att barn får en ökad närhet till mer än en förälder eller vårdnadshavare.

Förändringarna som föreslås syftar till att underlätta för ett mer jämställt uttag av föräldraförsäkringen. Idag tar kvinnor ut drygt tvåtredjedelar av föräldraledigheten. Det visar, att trots reformer för ökad jämlikhet, är det fortfarande kvinnor som tar det huvudsakliga ansvaret för barnen. För att ändra det måste takten öka för genomförandet av att föräldraförsäkringen individualiseras med målet att försäkringen delas lika mellan vårdnadshavarna.

## 6.3 Arbetslöshetsförsäkringen

En arbetslöshetsförsäkring som ger inkomsttrygghet vid arbetslöshet är en viktig del i den svenska modellen. Arbetslöshetsförsäkringen förhindrar lönedumpning och säkerställer att arbetsmarknaden kan fortsätta utvecklas och genomgå strukturomvandlingar samtidigt som flexibiliteten värnas. Arbetslöshetsförsäkringen har också en betydelsefull funktion i att hålla efterfrågan uppe när ekonomin är svag och arbetslösheten hög. En hög a-kassa ser även till att

kompetens används rätt och att kvalificerad arbetskraft inte konkurrerar om yrken med lägre kompetenskrav.

En rätt utformad arbetslöshetsförsäkring bidrar följaktligen till ekonomisk trygghet för den enskilde samtidigt som den stärker arbetsmarknadens och ekonomins utveckling.

Idag är inte a-kassan en inkomstförsäkring för merparten av löntagarna. För att stärka tilliten till a-kassan och öka täckningsgraden ska taket i a-kassan höjas till samma nivå som föräldraförsäkringen. Även om grundbeloppet har höjts under senare tid men behöver ytterligare förstärkas.

För att arbetslöshetsförsäkringen ska vara attraktiv och inkluderande krävs också att villkoren för att kvalificera sig till att a-kassan reformeras. I dagsläget är det många på arbetsmarknaden som har korta och otrygga anställningar. Detta innebär en stor osäkerhet för den enskilde. Därför bör kravet för kvalificering till a-kassan förändras från dagens tolv månader till sex månader.

Genom karensdagarna utsätts den som blir ofrivilligt arbetslös för en stor självrisk eftersom ingen ersättning betalas ut under de första sex dagarna. Detta innebär en betydande inkomstförlust för den enskilde i en situation där denne redan är utsatt. Karensdagarna måste succesivt avlägsnas för löntagare som blivit ofrivilligt arbetslösa.

Borttagandet av studerandevillkoret från a-kassan, som genomfördes av Alliansregeringen 2007, har lett till en sämre matchning på arbetsmarknaden. Studerandevillkoret innebar att studenter kunde kvalificera sig till a-kassan utifrån en viss karenstid. Sedan slopandet av studentvillkoret har studenter tvingas ta andra jobb än vad man utbildats till. Det är ett slöseri med både individens och samhällets resurser och därför bör ett studerandevillkor återinföras.

### **Socialdemokraterna i Skåne föreslår att partikongressen beslutar**

- att en ny modell för alla socialförsäkringar, inklusive arbetslöshetsförsäkringen, skapas där taket baseras på den allmänna löneutvecklingen och inte prisbasbelopp
- att föräldraförsäkringens tak blir normbildande för övriga socialförsäkringar vars tak successivt höjs till denna norm
- att taket i sjukförsäkringen som ett första steg höjs till motsvarande 10 prisbasbelopp
- att taket i föräldraförsäkringen höjs till 12 prisbasbelopp
- att ersättningsnivån i sjukförsäkringen höjs till 90 procent
- att karensdagen i sjukförsäkringen avskaffas
- att skapa bättre ersättningsvillkor i sjukförsäkringen för långtidssjuka.
- att ersättningsnivån i föräldraförsäkringen höjs till 90 procent

att Socialdemokraterna uttalar en viljeinriktning om att taket i  
arbetslöshetsförsäkringen ska ligga på en nivå som innebär att minst 80 procent av  
alla heltids- och deltidsarbetande har sina löner försäkrade till 90 procent  
ersättningsnivå under hela arbetslöshetsperioden  
att de tillfälliga förbättringar som gjorts i a-kassan med anledning coronapandemin  
permanentas  
att grundbeloppet i a-kassan höjs till 510 kronor  
att karensdagarna vid ofrivillig arbetslöshet tas bort  
att ett studerandevillkor till a-kassan införs