

## Motion till riksdagen 2005/06:Sf428

av **Göran Hägglund m.fl. (kd)**

# Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

*Motionen delad mellan flera utskott*

## 1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut.....	3
3	Inledning.....	5
4	Ett reformerat socialförsäkringssystem.....	5
5	En sjuk utveckling.....	7
5.1	Kostnaderna för ohälsan stiger.....	7
5.2	Målet om halvering av ohälsan långt borta.....	7
5.3	Över en halv miljon förtidspensionerade – och allt yngre.....	7
5.4	Socialdemokraternas trixande med förtidspensioner.....	8
5.5	Sverige i topp med sjukfrånvaron – varför?.....	8
6	Kristdemokraternas åtgärder för att minska sjukskrivningarna.....	9
6.1	Stärk det förebyggande arbetet – minska antalet nya sjukskrivningar.....	9
6.2	Stöd arbetsgivarna i ohälsarbetet.....	10
6.3	Certifiering av företagshälsovård och vidgad definition.....	11
6.3.1	Hälsokontroll skall ge avdragsrätt.....	11
7	Friskförsäkring – ett nytt system.....	12
7.1	Många långtidssjukskrivna kan jobba om de får hjälp.....	12
7.2	Rehabilitering lönar sig!.....	12
7.3	Kravet på en rehabiliteringsförsäkring från flera håll.....	13
7.4	Aktiv och snabbare rehabilitering är målet.....	14
7.5	Individen i centrum.....	14
7.6	En offentlig huvudaktör som samordnar alla insatser.....	15
7.6.1	Försäkringsgivarens uppdrag.....	15
7.6.2	Rehabiliteringsprocessens tre faser – snabbare rehabilitering.....	16
7.7	Individens rättigheter och skyldigheter förstärks.....	17
7.8	Arbetsplatsrådgivare.....	17
7.9	En omfattande utredning.....	17
7.9.1	Genomförande av Friskförsäkring.....	18

**Fel! Okänt namn på**

8	Ökad kvalitet, kontroll och kortare handläggningstider.....	18
8.1	Stoppa den rutinmässiga förtidspensioneringen .....	19
8.2	Omprovning av aktivitets- och sjukersättningar .....	19
8.3	Fusk är osolidariskt och oacceptabelt! .....	19
8.3.1	Påverka attityder genom opinionsbildning .....	21
8.4	Läkarnas ansvar i sjukskrivningsprocessen .....	21
8.5	Friskintyg i stället för sjukintyg.....	22
8.6	Rätt att kräva läkarintyg tidigare .....	22
8.7	Ytterligare kontrollåtgärder i sjukförsäkringen.....	23
9	Förbättra sjukförsäkringssystemet .....	24
9.1	Avskaffa medfinansieringen som leder till selektering.....	24
9.2	Individanpassad sjukersättning – slopa de fasta stegen .....	25
9.3	Karensdagar.....	25
9.4	Sjukpenninggrundande inkomst (SGI) .....	25
9.5	Ny modell för trafikförsäkringen.....	26
9.6	Åtgärder i förtidspensionen .....	26
9.7	Oförändrat tak i sjukförsäkringen.....	27
9.8	Finansiell samordning.....	27
9.9	Övriga anslagsförändringar .....	27

## 2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om socialförsäkringssystemets utformning.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ett brett och långsiktigt perspektiv för att förebygga ohälsans orsaker.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att definitionen av företagshälsovård skall vidgas och att en certifiering av företagshälsovården genomförs.<sup>1</sup>
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att hälsokontroller skall omfattas av företagshälsovården och därmed avdragsrätt för arbetsgivaren.<sup>2</sup>
5. Riksdagen begär att regeringen återkommer till riksdagen med lagförslag för en ny friskförsäkring som sätter individen i centrum med en offentlig aktör, i enlighet med vad som anförs i motionen.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att regeln om att en rehabiliteringsutredning alltid skall göras av arbetsgivarna upphör till förmån för att en friskförsäkring införs.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att arbetsgivare skall få en personlig arbetsplatsrådgivare.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att slopa regeln om att Försäkringskassan efter ett år skall pröva om sjukpenning skall övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att ompröva tidigare beslutade aktivitets- och sjukersättningar.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att arbetet med fusk i socialförsäkringarna kräver mer resurser, möjlighet att samköra fler register mellan olika myndigheter samt strängare påföljder.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om attitydfrändringar och vikten av information om sjukförsäkringens syfte.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om läkarnas ansvar i sjukskrivningsprocessen.
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att läkarintygen utformade av Socialstyrelsen skall vara obligatoriska och benämnas ”friskintyg”.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om rätten för arbetsgivare att begära läkarintyg från första sjukdagen, att beslut om aktivitets- och sjukersättning fattas av tjänstemän på Försäkringskassan samt att Försäkringskassan och Skatteverket ges ett ökat ansvar för bedrägeriundersökningar.
15. Riksdagen beslutar att avskaffa arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen, i enlighet med vad som anförs i motionen.

**Fel! Okänt namn på**

16. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag till avskaffande av de fasta stegen i sjukersättningen, i enlighet med vad som anförs i motionen.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ytterligare en karensdag fr.o.m. år 2007, dock med bibehållet högriskskydd på 10 dagar.
18. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag till regeländring i den nuvarande karensdagsbestämmelsen så att vissa anställda inte missgynnas, i enlighet med vad som anförs i motionen.
19. Riksdagen beslutar om en ny beräkningsgrund för den sjukpenninggrundade inkomsten (SGI), i enlighet med vad som anförs i motionen.
20. Riksdagen beslutar att införa en ny modell för trafikförsäkringen, i enlighet med vad som anförs i motionen.
21. Riksdagen beslutar om en förändrad beräkning av pensionsavgiften för dem som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning, i enlighet med vad som anförs i motionen.
22. Riksdagen avslår regeringens förslag om att höja taket i sjukförsäkringen, i enlighet med vad som anförs i motionen.
23. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om finansiell samverkan.
24. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att en del av de medel som Försäkringskassan tilldelas skall användas för att administrera den ”utvecklingspeng” som skall utgå till flyktingar.
25. Riksdagen anvisar med följande ändringar i förhållande till regeringens förslag för budgetåret 2006 anslagen under utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp enligt uppställning:

<b>Anslag</b>	<b>Regeringens förslag, tkr</b>	<b>Anslagsförändring, tkr</b>
19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	38 286 056	-6 291 000
19:2 Aktivitets- och sjukersättning	75 989 830	-2 600 000
19:6 Försäkringskassan	7 635 673	-745 000
<b>Summa totalt för utgiftsområdet</b>	<b>129 590 962</b>	<b>-9 636 000</b>

<sup>1</sup> Yrkande 3 hänvisat till AU.

<sup>2</sup> Yrkande 4 hänvisat till SkU.

### 3 Inledning

Sverige står just nu inför några av de största ekonomisk-politiska utmaningarna i modern tid; att få ner de gigantiska sjukskrivningstalen och bryta utanförskapet på arbetsmarknaden. Mer än en miljon människor i arbetsför ålder står i dag av olika orsaker utanför arbetsmarknaden. Den sammanlagda kostnaden för arbetslöshet, sjukpenning inklusive rehabilitering samt förtidspension har ökat dramatiskt de senaste åren. Bakom siffrorna döljer sig människor som många gånger förlorat hoppet om en bättre framtid. Socialdemokraternas politik för att möta dessa utmaningar har efter elva regeringsår kommit till vägs ände. Grundläggande förändringar och satsningar har uteblivit. Politiken har i stället präglats av å ena sidan handlingsförlamning och å andra sidan panikåtgärder. Men främst saknar den socialdemokratiska regeringen visioner om hur framtidens utmaningar ska mötas. I denna motion presenterar Kristdemokraterna förslag för att färre skall behöva hamna i långtidssjukskrivningar och fler skall kunna återvända till arbetet. Några av våra förslag är följande:

- Inför en friskförsäkring – snabbare och aktiv rehabilitering med en offentlig aktör som sätter individen i centrum.
- En individuell koordinator som driver på rehabiliteringsprocessen.
- Rätten till rehabilitering lagfästs – skyldigheten att vara aktiv förstärks.
- Avskaffa arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen.
- Inför friskintyg i stället för sjukintyg som samtliga läkare måste använda.
- Rätt att begära läkarintyg fr.o.m. den första sjukdagen.
- Utvidgad definition och certifiering av företagshälsovård.
- Utbildning i försäkringsmedicin för alla läkare på alla nivåer.
- Frånta rätten att skriva läkarintyg för dem som inte följer reglerna.
- Ompröva samtliga förtidspensioner (aktivitets- och sjukersättningar).
- Individanpassa sjukersättningen – steglös ersättning från 20 till 100 %.
- Satsa på arbetsplatsrådgivare som ett stöd i generell rehabiliteringsverksamhet och i enskilda rehabiliteringsfall.

### 4 Ett reformerat socialförsäkringssystem

Frågan om socialförsäkringarnas omfattning och utformning handlar ytterst om var gränsen mellan det offentliga och det privata ansvarstagandet skall dras. Varje del i ett socialförsäkringssystem bör därför prövas utifrån subsidiaritetsprincipen: vilken nivå är mest lämpad för beslutsfattande – individen, familjen, kommunen eller staten? När svaret på denna fråga avgörs är det flera faktorer som måste vägas in: hur påverkas möjligheterna till personligt inflytande och ansvarstagande? Hur påverkas människors trygghet och grundskyddet för dem med lägst inkomst? Hur påverkas drivkrafterna till arbete, utbildning och företagande, dvs. ekonomins funktionssätt i stort? Hur påver-

## Fel! Okänt namn på

kas risken för fusk och överutnyttjande? Kommer personer som i dag står utanför systemen att få del av dem?

Kristdemokraterna står bakom huvudtanken att staten är den aktör som bäst kan tillhandahålla ett generellt system för att försäkra människor mot vissa mer eller mindre påverkbara inkomstbortfall, men att dessa system även bör ge utrymme för egna lösningar och personligt ansvarstagande. Detta gäller i första hand vid sjukdom, arbetslöshet, barnafödande och pension. Till allra största delen kan dessa system betraktas som en omfördelning i tiden för en och samma person eller familj. Omfördelningen mellan olika personer och familjer påverkas huvudsakligen av grundskyddens nivå och hur systemen finansieras.

Dagens socialförsäkringssystem har emellertid brister i flera avseenden. De är för det första inte tillräckligt robusta för att skapa den ekonomiska trygghet som är en viktig del i ett välfärdssamhälle. Denna brist beror på både politiska och demografiska faktorer. Sedan 1990 har över 600 regeländringar gjorts i socialförsäkringssystemen. Därtill kommer den demografiska utvecklingen och att en mer rörlig arbetsmarknad i framtiden kommer att ställa helt nya krav på socialförsäkringarna. Socialförsäkringssystemet är för det andra inte heller översiktligt. Socialförsäkringarna omfattar ett 50-tal olika ersättningstyper. Dessa regleras i ett 20-tal olika lagar och administreras av ett tiotal olika huvudmän. För det tredje kan systemets effektivitet och träffsäkerhet också ifrågasättas. Drygt 350 miljarder kronor omfördelas årligen, men systemen omfattar inte alla. För det fjärde är kopplingen mellan avgifter och förmåner dålig och, för det femte, finns alltför många dåliga incitament inbyggda i systemen, vilket gör att arbete lönar sig dåligt eller t.o.m. inte alls för den enskilde i vissa fall. Även flexibiliteten kan ifrågasättas. Vissa av inkomstförsäkringarna kan t.ex. enbart tas ut som hel, trefjärdedels eller halv ersättning.

Det finns således ett stort behov av att reformera dagens socialförsäkringssystem. En nödvändig reformering av socialförsäkringarna låter sig dock inte göras hur snabbt eller lätt som helst. Det nya pensionssystemet föregicks av utredningar i ca 14 år även om huvuddelen av arbetet gjordes från 1992 till 1998. Pensionssystemet är ett tydligt exempel, där den livsinkomst man arbetar ihop utgör grunden för de avgifter man betalar in och sedan den pension man får. För dem som inte har kunnat arbeta ihop till en rimlig pension finns ett ”golv”, en garantipension, som finansieras av alla förvärvsarbetande via de vanliga inkomstskatterna. Denna typ av raka rör mellan vad man betalar in och vad man får ut behöver skapas i flera delar av socialförsäkringssystemet, men på lång sikt måste det också gå att fondera delar av systemen.

I ett kortare perspektiv bör socialförsäkringarna (pensionssystemet undantaget) renodlas och samordnas. Ett bättre samband mellan avgifter och förmåner – försäkringsmässighet – måste upprättas genom någon form av löne- och avgiftsväxling då det är fråga om att försäkra ett inkomstbortfall. I ett längre perspektiv är det sedan önskvärt att hela skatte-, avgifts- och transfereeringssystemet effektiviseras. Därtill bör även incitamenten för enskilda individer förbättras vid givna förmåner. Dessa förbättringar tillsammans, eller var och en för sig, skulle avsevärt kunna stärka den svenska ekonomins tillväxt-

kraft. En styrka med dessa reformer är att de kan genomföras utan att den offentliga sektorns totala omfördelade funktion behöver ändras.

Den socialdemokratiska regeringen har tillsatt en ensamutredare som skall se över sjukförsäkringen. Detta är, enligt vår mening, otillräckligt. Kristdemokraterna anser att en parlamentarisk kommitté snarast skall ges i uppdrag att utreda en samordning och renodling av socialförsäkringarna.

## 5 En sjuk utveckling

Efter elva socialdemokratiska regeringsår är nästan var sjätte svensk sjukskriven eller förtidspensionerad. Bakom de ökade ohälsotalen döljer sig först och främst utsatta människor med försämrad livskvalitet och mänskligt lidande. Men det innebär också dramatiska samhällskostnader. Utgifterna för ohälsan tar ensamma upp ca 17 % av statsbudgetens utgifter.

### 5.1 Kostnaderna för ohälsan stiger

Sveriges ekonomi är i fara och enskilda människor får vänta i årtal på rehabiliteringsinsatser på grund av regeringens handlingsförlamning inför de utmaningar som de höga ohälsotalen utgör. Det finns enligt föreliggande budgetproposition inget som tyder på en minskning i utgifterna för sjukförsäkringen. I stället förväntas kostnaderna inom utgiftsområdet för Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp öka med 10 miljarder kronor till 2008, vilket är en ökningstakt med 6,8 miljarder kronor om dagen!

### 5.2 Målet om halvering av ohälsan långt borta

Den senaste statistiken från Försäkringskassan är nedslående. Under 2004 utbetalades nästan dubbelt så många sjukpenningdagar som under 1997. Under de senaste sju åren har antalet personer som varit sjukskrivna i ett år eller längre ökat med 180 %. Nästan vartannat pågående sjukfall har pågått längre än ett år. Trots att antalet sjukpenningdagar nu sjunker (från en skyhög nivå) kommer, enligt Konjunkturinstitutet, det totala ohälsotalet bara att förbättras marginellt mellan 2005 och 2007. Enligt Finansdepartementets beräkningar kommer regeringens mål om att få ner sjukpenningdagarna till år 2008 inte att nås. I stället räknar man med att målet missas med 15 miljarder dagar!

### 5.3 Över en halv miljon förtidspensionerade – och allt yngre

Antalet personer med aktivitets- eller sjukersättning fortsätter att öka. I dag uppbär över en halv miljon personer, cirka 10 % av den arbetsföra befolk-

**Fel! Okänt namn på**

ningen, förtidspension i form av sjuk- eller aktivitetsersättning. Varje år beviljas dessutom ca 70 000 nya aktivitets- eller sjukersättningar. Sedan 1997<sup>1</sup> har totalt 127 000 nya aktivitets- och sjukersättningar beviljats. Under 2004 gick dessutom 19 % av de nytillkomna ersättningarna till personer under 40 år. Ökningen är mycket oroande eftersom det innebär att fler ställs mer permanent utanför arbetsmarknaden.

## 5.4 Socialdemokraternas trixande med förtidspensioner

Regeringens mål för att minska ohälsan är att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008. Samtidigt saknas det några mål om att antalet förtidspensionärer skall bli färre. Den 1 juli 2003 infördes en ny regel som innebär att Försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall överväga om sjukpenning skall övergå till förtidspension även om den sjukskrivne inte ansökt om

det. Den socialdemokratiska regeringen uppger att förslaget innebär ”en utgiftsminskning för staten”. Orsaken till denna ”utgiftsminskning” är att man förväntade sig att fler skulle förtidspensioneras samt att ersättningsnivån för förtidspension är 64 %, det vill säga mycket lägre än för sjukpenning. Samtidigt har det i medierna förekommit uppgifter om övertidsersättningar som Försäkringskassans handläggare uppfattat som ett slags bonus för att överföra personer från sjukpenning till aktivitets- eller sjukersättning. Antalet förtidspensionärer har också ökat dramatiskt.

Målet om en halvering av sjukdagarna men inget motsvarande mål om aktivitets- och sjukersättningar, införandet av en automatisk ”ettårsregel” och Försäkringskassans uppfattning om ett bonussystem innebär sammantaget att det har skapats incitament och signaler om att minska sjukdagarna bl.a. genom att förtidspensionera fler. Samtidigt innebär det även att utgifterna i statsbudgeten sjunker eftersom ersättningsnivåerna är lägre för förtidspensionärer. Det finns all anledning att ifrågasätta den socialdemokratiska regeringens trixande med förtidspensionerna (aktivitets- och sjukersättningarna) för att statistiskt dölja sjukskrivningar och kostnaderna för dessa.

## 5.5 Sverige i topp med sjukfrånvaron – varför?

Det finns inga enkla förklaringar till att ohälsotalen ökat så dramatiskt sedan 1997. Svaret går inte att finna i att vi har blivit sjukare. Av flera utredningars<sup>2</sup> arbete framgår det snarare att folkhälsan på senare år blivit något bättre. Svaret går heller inte generellt att finna i en sämre arbetsmiljö eller ett hårdare arbetsklimat. Den fysiska arbetsmiljön har genomsnittligt förbättrats under

<sup>1</sup> Budgetproposition 2000/01:1 Volym 6. Utgiftsområde 10.

<sup>2</sup> SOU 2003:13 (Utredningen om analys av hälsa och arbete) AHA – utredningsinstitut och mötesplats samt ”Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens” SAFIR 2003.



det senaste decenniet.<sup>3</sup> En studie av Arbetslivsinstitutet visar att utbrändhet är minst lika vanligt hos arbetslösa och studerande som hos förvärvsarbetande. I dag är nästan var femte sjukskriven samtidigt arbetslös. Av en enkätundersökning som RFV gjort bland långtidssjukskrivna framkommer det att hälften av sjukskrivningarna beror på andra faktorer än arbete eller arbetsmiljö<sup>4</sup>. Orsak till ohälsan kan inte heller härledas till att man exempelvis bor i en stressig storstadsmiljö. RFV har utrett frågan om de regionala skillnader som finns avseende sjukskrivningar och där framkommer det att norrlandslänen, särskilt norrländsk glesbygd, ligger över riksgenomsnittet för ohälsotalet och att större kommuner som exempelvis Uppsala och Jönköping ligger under riksgenomsnittet.

RFV:s enkätundersökning bland 15 000 långtidssjukskrivna visar att frågan om orsakerna till sjukskrivningar är komplexa. De långtidssjuka är långtifrån en homogen grupp och därmed heller inte mottagliga för samma typer av åtgärder.

Enligt ESO (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) är sjukfrånvaron i Sverige hög internationellt sett. Ur ett svenskt perspektiv är ett av huvudresultaten av en studie<sup>5</sup> att det finns ett starkare samband mellan sjukfrånvaron och konjunkturcykeln i Sverige än i övriga länder.

## 6 Kristdemokraternas åtgärder för att minska sjukskrivningarna

### 6.1 Stärk det förebyggande arbetet – minska antalet nya sjukskrivningar

En av de stora bristerna med dagens system ligger i det förebyggande arbetet. Kristdemokraterna vill betona att det förebyggande arbetet måste ses som en integrerad del i arbetet för att minska förekomsten av sjukfrånvaro. Det förebyggande arbetet måste ses i ett långsiktigt och brett perspektiv. Det räcker inte med att bara fokusera på arbetsplatsen och de problem som kan uppstå där. Vi behöver föra en politik som bidrar till att minska stressen och till att skapa goda förutsättningar för en förbättrad folkhälsa.

Möjligheterna för var och en att få ihop sitt livspussel påverkas av den förda politiken inom olika områden, och detta har blivit svårare med åren. Främst krävs det åtgärder för att öka valfriheten. För småbarnsföräldrar innebär det att man ges ansvar och ekonomiska förutsättningar för att själv kunna välja hur barnomsorgen skall utformas. Därigenom kan dagens stressade föräldrar och barn få mer tid med varandra och kombinationen av föräldraskap och arbetsliv underlättas. För majoriteten av den svenska befolk-

<sup>3</sup> ”Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens” SAFIR 2003.

<sup>4</sup> RFV 2002:16 Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete.

<sup>5</sup> Ds 2002: 49 Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.

## Fel! Okänt namn på

ningen handlar det om att ha ett ökat ekonomiskt handlingsutrymme och för detta krävs sänkta skatter, främst för låg- och medelinkomsttagare.

Inom arbetsmarknadspolitiken handlar det om att utrymmet för den enskilde att påverka omfattning och förläggning av sina arbetstider behöver öka eftersom det ger en positiv inverkan på det upplevda arbetsklimatet. Semesterlagen bör förändras så att betald semester utöver fyra veckor skall kunna tas ut som arbetstidsförkortning. Ett individuellt kompetenssparande för arbetstagare bör snarast införas. Därmed skapas bättre förutsättningar att avbryta ett arbete som inte är positivt för individen och att utveckla sig själv och därmed stärka sin ställning på arbetsmarknaden.

Öppna upp för en mångfald av vårdgivare; privata, kooperativa och ideellt drivna. För vårdens anställda leder detta till fler arbetsgivare och karriärvägar, ökad lönekonkurrens och nya möjligheter till utveckling i arbetet.

Sjukskrivningstid av medicinska skäl skall kortas genom snabbare vård. Kvaliteten och tillgängligheten inom sjukvården bör förstärkas genom fler vårdplatser, rekrytering av mer personal och införandet av en nationell vårdgaranti för att korta vårdköer.

Kristdemokraterna vill förstärka antalet yrkesinspektörer och genomföra en nationell utbildningsinsats för 3 000 nyckelpersoner på arbetsplatser och myndigheter i dessa frågor. Vi vill även anslå medel för forskning inom ohälsområdet samt tillse att det finns en högskoleutbildning i rehabilitering.

## 6.2 Stöd arbetsgivarna i ohälsarbetet

I den socialdemokratiska regeringens senaste propositioner ställs återigen de stora kraven på arbetsgivarna. Men man måste ha i åtanke att det är Försäkringskassans ansvar att samordna insatserna. I dag får arbetsgivarna sällan det nödvändiga stödet från Försäkringskassan när det gäller rehabiliteringsarbetet. En ny Temoundersökning<sup>6</sup> visar att sju av tio företagare upplever att de inte får hjälp av Försäkringskassan och att endast 6 % har en särskild kontaktperson på Försäkringskassan. Man kan inte förvänta sig att varje enskilt företag skall känna till landstingens och socialtjänstens verksamhet. Den kompetensen måste Försäkringskassans rehabiliteringshandläggare stå för.

Det förebyggande arbetet ute på arbetsplatserna är viktigt. Detta är arbetsgivarnas ansvar tillsammans med företagshälsovården. Här skall arbetsgivarna arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbete som lagen föreskriver. Den nuvarande arbetsmiljölagstiftningen är bra och ger redan i dag arbetsgivarna ett stort ansvar för arbetsmiljön. Regeringen bör följa upp att den efterlevs.

<sup>6</sup> Svenskt Näringsliv har låtit Temo fråga 609 företagsledare med företag av olika storlek om deras syn på sjukfrånvaro och sjukförsäkring. "Företagare om sjukskrivningar och sjukfrånvaro". September 2005.

### 6.3 Certifiering av företagshälsovård och vidgad definition

Drygt 70 % av alla arbetsplatser har i dag någon form av företagshälsovård. Innehållet i företagshälsovårdsavtalen är dock sådant att bara ca 50 % har tillgång till regelbundna undersökningar och uppföljning. Andelen på arbetsmarknaden som täcks av företagshälsovård har minskat sedan början på 1990-talet då det statliga stödet till företagshälsovården drogs in.

Som mest täcktes ca 82–83 % av arbetsplatserna av företagshälsovård. Skatteverket har i ett ställningstagande nyligen skärpt tolkningsutrymmet för vad som är att betrakta som skattefri och avdragsgill företagshälsovård<sup>7</sup>. Enligt Skatteverket kan endast sådan hälsovård som är en direkt del av arbetsmiljöarbetet betecknas som företagshälsovård. Som exempel nämns regelbunden lungröntgen av personer som arbetar i rökig miljö, hjärtundersökningar på idrottsmän och blodtrycksmätning av personer som arbetar i stressig miljö. Riskerna med denna skärpning är dels att osäkerheten om vad som kan betraktas som arbetsmiljörelaterad företagshälsovård innebär att färre företag vågar ta risken att teckna avtal om företagshälsovård för sina anställda, dels att företagshälsovårdens innehåll kommer att behöva ändras. De senaste årens utveckling mot att företagshälsovården i allt större utsträckning har inriktat sig på att upptäcka psykosociala problem på ett tidigt stadium för att motverka långtidsfrånvaro kommer sannolikt att förändras eftersom arbetsmiljön i sig sällan är förklarande. I stället kan företagshälsovården inrikta sig på att endast förebygga direkta fysiska skador och sjukdomar relaterade till arbetet. Enligt ett EU-direktiv om företagshälsovård har arbetsgivaren skyldighet att tillse att de anställda har tillgång till företagshälsovård. Tidigare har Sverige kunnat hävda att EU-direktivet uppfyllts på grund av en starkt utbredd företagshälsovård. I och med Skatteverkets ställningstagande kan dock antalet företag som anlitar företagshälsovård sjunka, och på så sätt uppfylls inte längre EU-direktivet.

Kristdemokraterna vill framhålla företagshälsovårdens betydelse i arbetet med att få ned sjukfrånvaron. Genom den nya Friskförsäkringen som Kristdemokraterna vill införa kommer företagshälsovårdens roll att stärkas. De är en resurs i arbetet med det systematiska arbetsmiljöarbetet som lagen föreskriver (tidigare kallad internkontroll). Kristdemokraterna anser att definitionen av företagshälsovård måste vidgas. I samband med detta bör även en certifiering av företagshälsovården genomföras, enligt Företagshälsovårdsutredningens förslag.

#### 6.3.1 Hälsokontroll skall ge avdragsrätt

I dag definieras inte hälsokontroller av personal på en arbetsplats utförda av privata vårdgivare som ”företagshälsovård”. Därmed kan arbetsgivaren heller inte göra avdrag för kostnaden. Kristdemokraterna anser att vad som är hälsoundersökningar relaterade till arbetsmiljön är snävt definierat. För att kunna

<sup>7</sup> 2005-05-13 (Dnr 130 230419-05/111).

Fel! Okänt namn på

bedöma sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa bör regelbundna hälsokontroller utföras. Därför finns det starka skäl att hälsokontroller omfattas av företagshälsovården och därmed avdragsrätt för arbetsgivaren.

## 7 Friskförsäkring – ett nytt system

### 7.1 Många långtidssjukskrivna kan jobba om de får hjälp

Trots att antalet långtidssjukskrivningar har ökat dramatiskt de senaste fem åren är antalet rehabiliteringsinsatser i princip oförändrade. Bara 9 % av dem som varit sjukskrivna mer än 60 dagar har genomgått en samordnad rehabilitering. Dessutom är det bara hälften av de sjukskrivna som vet vem som är deras kontaktperson på Försäkringskassan<sup>8</sup>. Bland de drygt 550 000 personer som i dag lämnat arbetsmarknaden med aktivitets- eller sjukersättning finns med all säkerhet många som hade kunnat komma tillbaka om de fått rehabiliteringsinsatser snabbt. Bara 1 % av förtidspensionärerna återvänder i dag till arbetslivet.

RFV:s stora undersökning bland långtidssjukskrivna visar att många av dem skulle kunna arbeta deltid eller heltid om de bara fick hjälp. Försäkringskassans nya studie "Sjukskriven i onödan?" visar att 32 % av de heltidssjukskrivna skulle vilja arbeta deltid med tanke på sin arbetsförmåga. Nästan 60 % uppger att de skulle kunna arbeta, åtminstone en del av sin normala arbetstid, om de i större utsträckning kunde påverka sin arbetssituation. Det är misshushållning med mänskliga och samhällsliga resurser då människor är sjukskrivna längre än nödvändigt!

### 7.2 Rehabilitering lönar sig!

Ett stort antal studier pekar på att aktiva sammansatta rehabiliteringsinsatser och ett snabbt agerande vid sjukskrivningar faktiskt ger positiva effekter för individen jämfört med passivitet. Dessa effekter kan avläsas på individens funktion, sjukdagar och in- eller återinträde i arbetslivet. Jämfört med dagens situation med relativt hög grad av passivitet ger förstärkt rehabilitering minskade sjukdagar och aktivitets- eller sjukersättningar.

En fördjupad rehabilitering ger inte bara positiva effekter för de individer som på olika sätt drabbats av sjukdom eller arbetsskada. På lite sikt innebär det även stora samhällsekonomiska vinster. Enligt de försiktiga antaganden, med ett omfattande antal undersökningar som bakgrund, som görs i utredningen *Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen*<sup>9</sup> skulle en fördjupad reha-

<sup>8</sup> "Sjukskriven i onödan?" Försäkringskassan. Maj 2005.

<sup>9</sup> SOU 2000:78.

bilitering medföra omfattande samhällsvinster: Om 7 000 personer deltar i ett rehabiliteringsprogram men endast

1 260 personer av dessa blir helt rehabiliterade, 1 400 personer rehabiliteras inte alls, medan övriga får 20 % arbetsförmåga skulle samhällsvinsten ändå uppgå till 9 miljarder kronor per år. Varje satsad krona ger på lite sikt 9 tillbaka med utredningens antaganden.

I utredningen görs också en beräkning för hur framgångsrika rehabiliteringsåtgärderna måste vara för att samhället inte skall förlora på dem. Enligt denna beräkning överstiger samhällsvinsten kostnaden för rehabilitering om var femte deltagare i fördjupad rehabilitering ökar sin arbetsinsats med 15 % och får ett minskat vårdbehov motsvarande 15 %.

I föreliggande budgetproposition redovisar regeringen att av dem som fått delta i någon form av samordnad rehabilitering hade 68 % efter sex månader uppvisat en ökad arbetsförmåga! Trots detta är det endast 9 % av dem som varit sjukskrivna längre än 60 dagar som fått delta i någon form av rehabilitering. Detta är högst anmärkningsvärt och ett slöseri med mänskliga resurser.

### 7.3 Kravet på en rehabiliteringsförsäkring från flera håll

Problemen med de skenande sjukförsäkringskostnaderna har lett till en tydlig ökning i debattintensitet på området. Flera seriösa och tunga instanser – bl.a. LO, TCO och Saco – har, liksom Kristdemokraterna, krävt att regeringen skall inrätta en ny rehabiliteringsförsäkring. Vad väntar den socialdemokratiska regeringen på?

Kristdemokraterna har länge motionerat i riksdagen om att rehabiliteringsmomentet måste få en betydligt starkare ställning i sjukförsäkringen. Vi har ett mycket väl utvecklat, konkret förslag om hur detta skulle kunna genomföras. Förslaget bygger på en statlig utredning vars betänkande offentliggjordes år 2000 men som ignorerats av regeringen. Utredningen heter ”Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum” (SOU 2000:78). Kristdemokraterna satsar sammanlagt 8,79 miljarder kronor de närmaste tre åren på en kraftigt förbättrad Friskförsäkring (se tabell nedan). Sjukförsäkringen är huvudentäkt. Staten bör skjuta till den del som är rimlig för att finansiera rehabilitering för de 25 % som inte har en traditionell arbetsgivare, exempelvis arbetslösa.

Specifikation av kostnaderna för Friskförsäkringen:

Fel! Okänt namn på

### **Tabell - 1 Ny och samordnad Friskförsäkring**

#### **Ny och samordnad Friskförsäkring, kostnader vid helårseffekt**

<b><i>Miljoner kronor</i></b>	<b>2006</b>
Bättre rehabiliteringsutredningar (drygt 100 000 nivå-2-utredningar)	175
Mentorskap	50
Förstärkning med nya yrkesinspektörer	20
Ekonomiskt stöd till offentliga arbetsgivare	150
Egenföretagare får vidgad rätt till rehabilitering	85
Rehabiliteringsinsatser (nivå 3-utredningar inkl fördjupad rehabiliteringsutredning)	1 550
Avdrag för nuvarande medel till köp av rehabiliteringstjänster	-972
Köp av enklare hälso- och sjukvårdstjänster	70
Nationell metod- och utvärderingsenhet	25
Koordinatorer (ca 1000 nya heltidstjänster inkl försök med 30 arbetsplatsrådgivare)	480
Nationell utbildningssatsning	20
Anordningsbidrag till utökad rehabiliteringsutbud (inkl utredningsresurser)	500
Utökad rätt att studera med rehabiliteringsersättning	30
Arbetshjälpmedel	15
Stöd till mjukstart vid återinträde på arbetsmarknaden	215
Kompletterande arbetsmarknad – förlängd rehabiliteringsersättning	300
Forskningsmedel	60
Högskoleutbildning i rehabilitering	17
<b>Summa kostnader</b>	<b>2 790</b>

Tanken är att den nya försäkringen fortsättningsvis skall finansieras via arbetsgivaravgifter, men under en övergångsperiod på tre år skall staten stå som medfinansierare. Enligt utredaren behöver mellan 2,6 miljarder och 2,9 miljarder kronor per år satsas under en treårsperiod för att sätta i gång det nya arbetssättet.

## **7.4 Aktiv och snabbare rehabilitering är målet**

Ett stort antal studier pekar på att aktiva sammansatta rehabiliteringsinsatser och ett snabbt agerande vid sjukskrivningar faktiskt ger positiva effekter för individen jämfört med passivitet. Dessa effekter kan avläsas på individens funktion, sjukdagar och in- eller återinträde i arbetslivet. Jämfört med dagens situation med relativt hög grad av passivitet ger förstärkt rehabilitering minskade sjukdagar och aktivitets- eller sjukersättningar.

## **7.5 Individen i centrum**

I dag är det inte ovanligt att den försäkrade "bollas" mellan olika offentliga aktörer. Nuvarande fyra ansvariga sektorer (landstingens hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst, statens arbetsförmedling och Försäkringskassan) har

samma ansvar men olika mål och medel, vilket ofta gör att individer i dag hamnar mellan stolarna. Individens ställning i dagens rehabiliteringssituation varierar beroende på vilket regelverk som är aktuellt. För att sätta individen i centrum och komma bort från det uppifrån- och myndighetsperspektiv som präglar dagens system krävs det en förändring. Det kristdemokratiska förslaget om förstärkt Friskförsäkring sätter individen i centrum och låter därmed det offentliga anpassa sig efter individernas skiftande behov och önskemål.

## 7.6 *En offentlig huvudaktör som samordnar alla insatser*

I arbetet med ohälsa saknas det samhällsekonomiska perspektivet för närvarande. Den del av offentlig sektor som står för rehabiliteringskostnaden, dvs. sjukvården, har svårt att mäta resultatet av sitt arbete. Vid framgångsrik rehabilitering minskar kostnaderna i stället i en annan del av den offentliga sektorn, dvs. Försäkringskassan. Det omvända gäller också, när insatser i sjukvården uteblir ökar kostnaderna hos Försäkringskassan. Några samverkande incitament finns således inte och incitamenten finns heller inte hos alla parter.

Kristdemokraterna anser därför att tyngdpunkten för rehabiliteringsansvaret skall flyttas från de fyra nuvarande offentliga sektorerna (landstingens hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst, statens arbetsförmedling och Försäkringskassa) till en offentlig huvudaktör som har ett samordnande ansvar och erforderliga resurser. Vi föreslår Försäkringskassan som huvudaktör.

För att det ska fungera på ett professionellt sätt krävs det att det utbildas personer med särskild kompetens inom rehabilitering på Försäkringskassorna, s.k. koordinatörer. Varje enskilt ärende ska ha en koordinator. Denne bör ha god förmåga att självständigt driva rehabiliteringsprocessen med respekt för individens rättigheter och integritet, gärna med erfarenhet från olika delar av arbetslivet. Koordinatören driver på och följer rehabiliteringsprocessen och har på så sätt relativt god kontroll på om den försäkrade uppnått arbetsförmåga eller ej.

### 7.6.1 **Försäkringsgivarens uppdrag**

Den *första uppgiften* innebär att försäkringsgivaren även skall arbeta med förebyggande insatser.

Den *andra uppgiften* för försäkringsgivaren är att beräkna och betala ut ersättning till individen för dels inkomstförlust, dels andra ersättningar och bidrag som kan vara aktuella i det enskilda fallet.

Den *tredje uppgiften* är att ansvara för rehabiliteringsutredningen. En grundlig utredning är själva utgångspunkten för en lyckad rehabiliteringsprocess. Den måste också göras tidigare än vad som sker nu. Som regel ökar då förutsättningarna för framgång, och på så sätt minskar också kostnaderna för försäkringen.

Den *fjärde uppgiften* innebär att försäkringsgivaren aktivt skall verka för att den sjukskrivne individen kan komma åter i sitt tidigare arbete eller – om

**Fel! Okänt namn på**

detta inte är möjligt – i likvärdigt arbete. Om den sjukskrivne individen saknar anställning skall försäkringsgivaren i stället se till att individen uppnår arbetsförmåga.

Den *femte uppgiften* är att ansvara för uppföljning så att uppnådda positiva effekter kan vidmakthållas.

### **7.6.2 Rehabiliteringsprocessens tre faser – snabbare rehabilitering**

I vårt förslag skall rehabiliteringen komma in snabbt och ses som en process som består av tre faser. I praktiken råder det givetvis inte vattentäta skott mellan de olika faserna, tvärtom överlappar de varandra.

#### **Fas 1 – Rehabiliteringsutredning**

Det är mycket viktigt att processen kommer i gång så snart som möjligt efter insjuknandet. I Gerhard Larssons utredning föreslår man vid en avvägning att rehabiliteringsutredningen bör göras efter fyra veckors sjukskrivning eller tidigare om individen själv begär det.

Genom att rehabiliteringsprocessen kan komma i gång tidigare än i nuvarande ordning kan man komma ifrån mycket av den tid som den sjuke, enligt nuvarande ordning, är passivt sjukskriven.

Den nuvarande ordningen med att arbetsgivaren alltid skall inkomma med rehabiliteringsutredning upphör till förmån för Friskförsäkringen. Dagens system fungerar inte på ett tillfredsställande sätt. Det kan i vissa fall vara känsligt att arbetsgivaren utreder, speciellt med tanke på det växande antalet individer med stressrelaterade besvär. För vissa är lösningen inte att gå tillbaka till den gamla arbetsplatsen, vilket försvagar motivet för att den tidigare arbetsgivaren skall ha utredningsansvaret. Alltför i arbetslivet – för närvarande nästan var fjärde – saknar dessutom en traditionell arbetsgivare som kan utföra utredningen.

Även om arbetsgivaren med vår Friskförsäkring inte längre ansvarar för rehabiliteringsutredningen är det ändå viktigt att betona arbetsgivarens ansvar att medverka till att lämna nödvändiga uppgifter och information till försäkringsgivaren samt att även i övrigt bistå för att underlätta utredningen.

#### **Fas 2 – Sammansatta rehabiliteringsinsatser**

När rehabiliteringsutredningen är klar är det dags för själva rehabiliteringsinsatserna. Det kan röra sig om olika former av träning och aktiviteter för att individen skall återvinna funktioner, självförtroende och ibland motivation. Förutom behandling, medicinsk eller annan, kan olika rådgivningsinsatser – ekonomiska, sociala, psykologiska m.m. – komma i fråga.

#### **Fas 3 – Avslut, utvärdering, uppföljning**

Koordinatorn ansvarar för att följa upp och säkra de uppnådda rehabiliteringseffekterna i varje enskilt fall. Utvärdering av processen innebär att individens och övriga aktörers uppfattning om kvalitet fångas upp och dokument-



eras systematiskt. Denna information möjliggör och bidrar till framtida metodutveckling och mer generell utvärdering och forskning.

## 7.7 Individens rättigheter och skyldigheter förstärks

En förutsättning för lyckad rehabilitering är individens engagemang och medverkan. Samhället bör givetvis kunna kräva av individen att delta i aktiv rehabilitering. Detta kan dock endast göras genom att samhället i sin tur ställer upp med rehabiliteringsstöd. Det är denna balans mellan individens rättigheter och skyldigheter som saknas för närvarande. Kristdemokraterna anser att individen skall ges ett reellt inflytande i rehabiliteringsprocessen genom att han eller hon får vissa lagfästa rättigheter mot försäkringsgivare och rehabiliteringsaktörer. Om kravet på att delta aktivt i rehabiliteringen inte uppfylls kan det påverka ersättningen.

Varje person får även rätt till en mentor som kan fungera som ett stöd genom hela processen. Mentorstödet anpassas efter individen och kan t.ex. handla om en samtalspartner, bollplank och rådgivare inför olika val och beslut eller att vara individens talesman.

## 7.8 Arbetsplatsrådgivare

Många arbetsgivare, framför allt mindre företag, har svårt att leva upp till de skyldigheter och förväntningar som ställs på dem enligt nuvarande regler. Många företag saknar dels tillgång till adekvat professionell rådgivning i rehabiliteringsfrågor, dels att tillgången är både ojämn och bristfällig. Denna brist försvårar förebyggande insatser på arbetsplatserna, tidig upptäckt och en effektiv planering av rehabiliteringsinsatserna.

Arbetsgivarna skall därför erbjudas en personlig arbetsplatsrådgivare som ett stöd både när det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsverksamhet generellt och i enskilda rehabiliteringsfall. Genom stödet skulle arbetsgivarens kunskap om arbetsmiljölagens krav på arbetsanpassning och rehabilitering öka. Arbetsgivaren skulle också få ökade kunskaper om hur rehabilitering går till i praktiken. Därmed kan den arbetslivsinriktade rehabiliteringen integreras med det förebyggande arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen.

## 7.9 En omfattande utredning

Den utredning som ligger till grund för vårt förslag (SOU 2000:78) är förhållandevis omfattande och lägger ett stort antal förslag utöver det vi redogjort för här. Det rör sig bl.a. om

- en regional resultatenheter inom den regionala försäkringskasseorganisationen,
- en metod- och utvärderingsenhet,

Fel! Okänt namn på

- ekonomiskt stöd till offentliga arbetsgivare,
- vidgad rätt till rehabilitering för egenföretagare,
- kompetensförstärkning av handläggarpersonal och
- utökad rätt att studera med rehabiliteringsersättning m.m.

Sammantaget stämmer dessa förslag väl överens med vad Kristdemokraterna länge eftersträvat, nämligen resurssatsningar på rehabiliteringsområdet för tidiga åtgärder och höjd kompetens inom försäkringskasseorganisationen. Utredaren belyser också på ett bra sätt att vissa personer behöver hjälp med arbetsmarknadsinriktade åtgärder för att komma tillbaka i arbete.

### 7.9.1 Genomförande av Friskförsäkring

Gerhard Larsson gör en god analys av behoven av rehabilitering och arbets-sätt, och Kristdemokraterna ställer sig positiva till utredarens förslag om en ny Friskförsäkring. Vi instämmer dock inte i utredarens förslag att en ny fristående myndighet kallad Rehabiliteringsstyrelsen införs. I övrigt anser vi det viktigt att reformen får genomslag så snart som möjligt. Genom regeringens senfärdighet har vi redan gått miste om dyrbar tid. Riksdagen bör fatta ett principbeslut enligt utredningens förslag samt ge regeringen i uppdrag att påbörja erforderligt lagstiftningsarbete. Dessutom måste en organisationskommitté tillsättas.

## 8 Ökad kvalitet, kontroll och kortare handläggningstider

I tider av neddragningar under 1990-talet har arbetsgivarna inte ansett sig ha vare sig tid eller resurser att prioritera rehabiliteringsarbetet. Samtidigt har försäkringskassorna fått utstå kraftiga neddragningar så att inte heller de kunnat arbeta aktivt med rehabiliteringsarbetet. I takt med att antalet sjukskrivningar ökat har kassorna tvingats prioritera utbetalningar av sjukpenning. Personella resurser har således flyttats över från rehabiliteringssidan till utbetalningssidan. I efterhand kan man konstatera att denna kortsiktiga prioritering blivit mycket kostsam.

Bristande rehabiliteringsinsatser på grund av resursneddragningar och ökad mängd sjukfall är inte det enda problemet inom sjukförsäkringen. JO har påpekat allvarliga brister med anledning av det kraftigt ökade antalet anmälningsärenden som inkommit. När beslut fattas på felaktiga grunder eller handläggningstiderna blir för långa är den enskildes rättssäkerhet i fara. Av budgetpropositionen framgår det att bristerna kvarstår.

Redan för tre år sedan föreslog Jan Rydh i Sjukförsäkringsutredningen<sup>10</sup> att regeringen skulle ge sjukförsäkringen ett temporärt resurstillskott för att komma till rätta med den onda cirkel försäkringskassorna befinner sig i. På

<sup>10</sup> SOU 2000:121.

grund av regeringens senfärdighet har behovet av detta resurstillskott bara ökat. Utan en fungerande administration kommer arbetet med ohälsan aldrig att lösas. Samtidigt har vi avvisat den administrativa belastning som förslaget om att alltid kräva in ett beslutsunderlag från arbetsgivarna skulle innebära för försäkringskassorna.

Kristdemokraterna satsar 2,79 miljarder kronor år 2006 på rehabiliteringsinsatser, och därför avvisar vi en del av de medel som i form av en engångssatsning tillförs Försäkringskassan.

## 8.1 Stoppa den rutinmässiga förtidspensioneringen

Den socialdemokratiska regeringen har infört en regel som innebär att Försäkringskassan senast efter ett år skall överväga om sjukpenning skall övergå till sjukersättning. En stor del av de långtidssjukskrivna har fortfarande efter ett helt år inte fått någon rehabilitering. Detta problem löses inte genom att en tidsgräns sätts för utbyte av sjukpenning till andra ersättningsformer. Risken är snarare att sjukpenning rutinmässigt övergår till sjuk- eller aktivitetsersättning efter ett år i stället för att lägga fokus kring att rehabiliteringsinsatser sätts in så snabbt som möjligt. Alla rehabiliteringsmöjligheter måste nämligen först uttömmas innan man övergår till en ersättningsform som utgår från en mer permanent arbetsoförmåga. Sjuk- och aktivitetsersättning skall beviljas endast om arbetsförmågan bedöms förhindra återgång till något arbete eller till utbildning som kan leda till en anställning.

## 8.2 Omprövning av aktivitets- och sjukersättningar

Trots att antalet långtidssjukskrivningar över 30 dagar har ökat dramatiskt de senaste fyra åren är antalet rehabiliteringsinsatser relativt oförändrade. Kristdemokraterna anser att en successiv omprövning av samtliga tidigare beviljade aktivitets- och sjukersättningar bör genomföras. De som först bör komma i fråga är de som förtidspensionerats de senaste åren där en ordentlig rehabiliteringsutredning aldrig gjordes. På så sätt kan vi finna de som med rätt insatser både skulle kunna och vilja återgå till arbetslivet. Även av de nybeviljade sjuk- och aktivitetsersättningarna bör, liksom i dag, löpande omprövning göras.

## 8.3 Fusk är osolidariskt och oacceptabelt!

När Kristdemokraternas dåvarande partiordförande Alf Svensson nämnde ordet fusk för tre år sedan var kritiken inte nådig och förnekandet från den socialdemokratiska regeringen öronbedövande. I dag talar alla öppet om fusk och missbruk av våra socialförsäkringssystem. Till och med Socialdemokraterna, som så sent som för ett halvår sedan förnekade förekomsten av missbruk och fusk eller skyllt på socialförsäkringsadministrationens bristande informat-

## Fel! Okänt namn på

ion kring systemet, vill nu se över hur fusk ska stävjas, och i budgetpropositionen återfinns flera rubriker med ordet "fusk".

Kristdemokraterna var det första partiet som vågade stå för kampen mot fusk. Den kampen är nu viktigare än någonsin. Frågan om bidragsfusk är viktig eftersom det i grunden hotar principen som hela vår generella välfärd vilar på; solidaritet. Solidariteten bygger på ett ömsesidigt socialt kontrakt. De som kan försörja sig gör det och bidrar genom att betala skatt för att hjälpa dem som av olika skäl hamnar i en mycket svår situation. Att fuska är att stjäla från såväl den som är svårt sjuk eller handikappad som den som går till arbetet varje dag. Resultatet är att tilltron till systemet urholkas. Hur litet fusket än må vara måste frågan därför prioriteras.

Kristdemokraterna föreslår tre åtgärder för att bekämpa bidragsfusk:

1. *Mer resurser till Försäkringskassan för arbete mot fusk och missbruk.* Försäkringskassan betalar ut drygt 400 miljarder kronor i olika bidrag och ersättningar varje år. Samtidigt läggs bara ca 28 miljoner kronor på arbetet mot fusk och missbruk och endast 16,5 årsarbetare arbetar som fuskkontrollanter. Kristdemokraterna har länge krävt att Försäkringskassan skall få ytterligare resurser för att ha fler kontrollanter, göra fler hem- och arbetsplatsbesök och ha fler samtal. Vi välkomnar således den nya satsningen som görs i budgetpropositionen.
2. *Fler samkörningar av register mellan olika myndigheter.* År 2002 möjliggjordes ökat elektroniskt informationsutbyte mellan Försäkringskassan, CSN och arbetslöshetskassan. Detta har gett mycket goda resultat. Mellan 2003 och 2004 har de felaktiga dubbelutbetalningarna minskat med ca 12 miljoner kronor. Möjligheten att samköra register bör spridas till andra myndigheter, t.ex. Migrationsverket, länsstyrelserna och Skatteverket. I första hand är det dock arbetslöshetskassan och socialtjänsten som är i behov av detta.
3. *Straff för bidragsfusk – snabbt och kännbart.* För att ett kontrollsystem skall ha någon förebyggande effekt krävs det att man uppfattar att man löper risken att upptäckas om man fuskar och att konsekvenserna skulle bli allvarliga.
  - Liksom vid skattefusk bör ränta utgå vid felaktigt utbetalade bidrag.
  - För att kunna få tillbaka felaktigt utbetalade bidrag bör det även övervägas om återkrav kan kvittas mot ett annat bidrag.
  - I dag växer högarna med polisanmälningar från Försäkringskassan. Ärendena prioriteras inte, och av 930 polisanmälningar år 2004 hade endast 70 lett till åtal. Förutom bristande resurser menar polis och åklagare att det är svårt att finna bevis i dessa ärenden. I dag krävs det att man bevisar att den anmälda har haft uppsåt när denne t.ex. lämnat oriktiga uppgifter. Kristdemokraterna menar att det måste bli lättare att lagföra bidragsfuskar. Liksom i skattebrotts-hänseende skall det räcka med att bevisa grov oaksamhet för att fällas för brottet.

### 8.3.1 Påverka attityder genom opinionsbildning

Regeringen erkänner i budgetpropositionen att en del av förklaringen till de dramatiskt ökade sjukskrivningstalen beror på en förskjutning av attityderna till sjukskrivning. Detta kan delvis bero på bristande kunskaper om syftet med sjukförsäkringen. Det är vanligt att man gör en vidare tolkning av försäkringen än att den skall gälla för medicinskt betingade sjukdomstillstånd. Det som var tänkt att vara en sjukförsäkring har i mångas medvetande kommit att betraktas som en inkomstbortfallsförsäkring. Det förekommer också att sjukskrivning, eller ibland hot om detta, tillgrips som ett sätt att uttrycka missnöje med olika förhållanden på arbetsplatsen. Olika undersökningar har också pekat på en sådan förskjutning till såväl sjukförsäkringen som andra sociala trygghetssystem. Enligt en undersökning som presenterades i juni 2004 ansåg 40 % att trötthet eller osämja med arbetskamrater är godtagbart skäl för sjukskrivning. Enligt en ny mätning som Försäkringskassan utfört har attityderna till hur man kan använda sjukförsäkringen blivit något mer restriktiva det senaste halvåret. Till viss del har debatten om fusk med olika socialförsäkringssystem påverkat denna attitydförändring men även RFV:s informations-satsning "Hela Sverige – halva sjukfrånvaron".

Det är av största vikt att legitimiteten för socialförsäkringssystemet inte urholkas. Som ett led i att stärka legitimiteten måste arbetet med att informera om sjukförsäkringens syfte ges ett stort utrymme. Vi måste återupprätta försäkringstanken.

## 8.4 Läkarnas ansvar i sjukskrivningsprocessen

Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen är av största betydelse. Det sjukintyg som utfärdas leder i de flesta fall till att sjukersättning betalas ut av Försäkringskassan. Såväl för individen som med tanke på samhällets kostnader är det mycket viktigt att precisionen ökar i sjukskrivningsprocessen – detta inte minst för att den enskilde skall få den adekvata behandling och rehabilitering som främjar en snabb återgång till arbetslivet.

Varje läkare måste vara medveten om att en sjukskrivning innebär utfärdande av en "check" som dras av arbetsgivaren och senare statskassan och belastar den kostnad som redan i dag är så hög att den hotar andra välfärdssystem. Riksrevisionsverket har påpekat att det saknas drivkrafter för läkarna att bidra till kortare sjukskrivningar och mera precisa intyg. Verkets mening är att det behövs en tydligare koppling mellan läkarnas sjukskrivning och kostnadsansvaret och att detta bör belysas ytterligare.

Vidare måste den sammantagna och långsiktiga konsekvensen av att ta en person ur arbetslivet bedömas ur ett helhetsperspektiv av den intygslämnande läkaren. Varje sjukskrivning rymmer nämligen en inneboende risk för isolering och passivisering.

Att läkaren lämnar sjukintyg av omsorg om patientens behov av försörjning är förståeligt i sig inom ramen för nuvarande system men strider naturligtvis mot sjukförsäkringens syfte.

Fel! Okänt namn på

## 8.5 Friskintyg i stället för sjukintyg

För två år sedan beslutades att den sjukskrivande läkarens uppgift skulle vara att fokusera på individens arbetsförmåga och i första hand deltidssjukskrivning. Sedan dess har deltidssjukskrivning tillämpats i större utsträckning. Eftersom läkarnas sjukintyg fortfarande väger mycket tungt som underlag för sjukskrivning krävs det dock ytterligare förtydliganden. I dag saknas det ett föreskrivet formkrav på hur läkarintyg skall vara utformat. Försäkringskassan har dock i samråd med Socialstyrelsen fastställt ett formulär för sådana läkarintyg. Vi anser att dessa läkarintyg bör göras obligatoriska. För att i större mån fokusera vid det friska vid intygsskrivandet vill vi kalla sjukintyg för friskintyg. Norge har till exempel bytt ut sitt tidigare sjukintyg mot ett nytt intyg ”Medisinsk vurdering av arbetsmuligheter ved sykdom”. Här bedömer läkaren om det finns tungt vägande medicinska grunder för att en person skall vara borta från arbetet, både vid den första sjukskrivningen och vid senare sjukskrivningar. Läkare som låter bli att följa de nya reglerna kan förlora rätten att skriva läkarintyg som underlag för försäkringsersättningar. Det bör tillämpas också i Sverige.

För att läkaren skall kunna göra en medicinsk bedömning av arbetsförmåga krävs det kunskap om arbetsförhållanden för den som söker sjukintyg. I dag tillhandahålls dessa uppgifter enbart av den som söker sjukintyget. På grund av sekretesskydd kan en läkare inte kontakta arbetsgivaren utan den försäkrades medgivande eller genom honom/henne. Vi anser att läkare alltid skall efterfråga mer utförlig beskrivning av arbetsuppgifter av den försäkrade samt när så krävs be att få tala med arbetsgivaren. Om den försäkrade inte bistår i detta avseende bör detta framgå av intyget.

Försäkringskassan godtar i princip automatiskt de intyg som läkare i dag utfärdar.

Eftersom kraven på intyg och utlåtanden måste vara höga är det anmärkningsvärt att den försäkringsmedicinska utbildningen bland läkare fortfarande är mycket svag. Denna fråga utvecklas vidare i en särskild motion om försäkringsläkare och försäkringsmedicinsk utbildning.

## 8.6 Rätt att kräva läkarintyg tidigare

I Sverige är det under de första sju dagarna i en sjukskrivning i praktiken upp till individen att avgöra huruvida han eller hon är sjuk. Det räcker att anmäla sig sjuk. Först från och med den åttonde dagen krävs ett läkarintyg för att ha rätt till fortsatt ersättning från sjukförsäkringen. I vissa fall kan dock arbetsgivaren redan i dag begära att få ett läkarintyg från första sjukdagen.

I en nyligen presenterad OECD-rapport rekommenderas Sverige att införa krav på läkarintyg på ett tidigare stadium än i dag. Dessutom visar en ny

studie<sup>11</sup> utförd av IFAU att om svenskarna år 1988 varit tvungna att uppvisa ett läkarintyg från tredje dagen, som i många andra europeiska länder, skulle sjukfrånvaron i Sverige ha varit ungefär 10 % lägre än med krav på läkarintyg från åttonde dagen. Vid ett genomfört experiment mildrades kravet på läkarintyg och sjukfrånvaron ökade samtidigt markant. Sjukfrånvarons medellängd ökade från 11,86 till 12,64 dagar, eller med 6,6 %. Sannolikheten att återgå till arbete visade sig vara störst dagen innan läkarintyget måste uppvisas.

Kristdemokraterna anser att arbetsgivaren skall ha möjlighet att begära ett läkarintyg tidigare än vad som i dag är möjligt. Det skall således vara möjligt att kräva ett läkarintyg fr.o.m. den första sjukdagen. Rättigheten skall finnas men givetvis inte utnyttjas i onödan. Det kan även ingå som ett led i rehabiliteringsarbetet om någon har många sjukfall och är sjukskriven av flera olika läkare under olika diagnoser. Detta kan i sin tur vara tecken på andra bakomliggande faktorer som till exempel sociala problem, psykisk ohälsa eller arbetsrelaterade faktorer. Erfarenheterna från Danmark, Finland och Tyskland visar att tidiga insatser är viktiga för att undvika långtidssjukskrivning.

## 8.7 Ytterligare kontrollåtgärder i sjukförsäkringen

Allians för Sverige föreslår att arbetsgivare ges en lagreglerad rätt att kräva sjukintyg av sina anställda från första sjukdagen. Vidare skall beslut om aktivitets- och sjukersättning fattas av tjänstemän på Försäkringskassan med hjälp av underlag från försäkringsläkare. Försäkringskassan och Skatteverket ges ett ökat ansvar för bedrägeriundersökningar.

Allians för Sverige kommer därtill att föreslå ytterligare åtgärder för att förbättra förutsättningarna att minska kostnaderna för sjukfrånvaron. Det gäller dels att förbättra möjligheterna till vård och rehabilitering, dels att motverka överutnyttjande av försäkringen. Sammantaget skall förslagen minska kostnaderna för sjukskrivningarna med 2,3 miljarder kronor 2006.

<sup>11</sup> Rapport 2005:7 ”Hur påverkar kravet på läkarintyg sjukfrånvaron? Erfarenheter från ett socialt experiment.” Patrik Hesselius, Per Johansson, Laura Larsson. IFAU.

Fel! Okänt namn på

## 9 Förbättra sjukförsäkringssystemet

### 9.1 Avskaffa medfinansieringen som leder till selektering

Allians för Sverige föreslår att arbetsgivarnas medfinansiering efter andra sjukveckan med 15 % av sjukpenningkostnaden för anställda slopas fr.o.m. årsskiftet. Det innebär att arbetsgivarna avlastas kostnader på 2,5 miljarder kronor 2006.

Förslaget finansieras genom en motsvarande höjning av arbetsgivaravgifterna.

Den medfinansiering av sjukpenningen som införts av den socialdemokratiska regeringen är bara ytterligare ett sätt att vältra över kostnaderna för sjukpenning på arbetsgivarna. Det vittnar också om en dogmatisk syn på vad som orsakar ohälsa. Långt ifrån all ohälsa kan relateras till arbetslivet eller arbetsplatsen. Av en enkätundersökning som RFV gjort bland långtidssjukskrivna framkommer det att hälften av sjukskrivningarna beror på andra faktorer än arbete eller arbetsmiljö. Gerhard Larsson har i sin utredning<sup>12</sup> prövat frågan om ett utökat ekonomiskt arbetsgivaransvar. Han menade att det varken i andra länder eller i Sverige gett någon effekt. Förslaget leder snarare till att den samordnade rehabiliteringen riskerar att fördröjas än mer.

Det största problemet med arbetsgivarnas medfinansiering är risken för en ökad selektering på arbetsmarknaden med indelning av arbetsökande i ett A och B-lag efter deras fysiska förutsättningar. Arbetsgivaren kommer att tveka att anställa någon som har varit långtidssjukskriven, är kroniskt sjuk eller har funktionshinder. Detta ser vi tydligt hända i dag.

Sedan den utökade medfinansieringen införts visar Försäkringskassan att det skett en kraftig ökning av uttaget av hälsointyg. De flesta som begär ut intyget anger att det är arbetsgivaren som vill ha det i samband med en anställningsintervju. Enligt en ny Temoundersökning<sup>13</sup> lägger fler företag en ökad vikt vid att undersöka arbetssökandes sjukdomshistoria. Den som varit sjuk ofta kommer således att ha mycket svårt att byta arbete. I Temoundersökningen anger nästan sju av tio företagare att risken för sjukfrånvaro gör företaget mer försiktig med att anställa över huvud taget.

Den socialdemokratiska regeringen talar å ena sidan ofta om att riva hinder och öppna arbetsmarknaden för fler. Sedan lägger man å andra sidan fram förslag som så uppenbart leder i motsatt riktning, alltså till en ökad sortering och selektering. Denna utveckling vill Kristdemokraterna inte medverka till. Kristdemokraterna vill avskaffa medfinansieringen.

<sup>12</sup> SOU 2000:78 "Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum".

<sup>13</sup> Svenskt Näringsliv har låtit Temo fråga 609 företagsledare med företag av olika storlek om deras syn på sjukfrånvaro och sjukförsäkring. "Företagare om sjukskrivningar och sjukfrånvaro". September 2005.



## 9.2 Individanpassad sjukersättning – slopa de fasta stegen

Kristdemokraterna anser att det är viktigt att man betonar och fokuserar på individens arbetsförmåga hellre än arbetsoförmåga. Därför är det bra med en utgångspunkt som i större utsträckningar handlar om möjlighet till deltidssjukskrivning. För att ytterligare stärka detta synsätt och samtidigt i högre utsträckning se till individuella möjligheter bör man helt slopa de fasta stegen i sjukersättningen som i dag är 25, 50, 75 eller 100 %. Problematiken med dessa fasta steg belyses bäst genom ett exempel. En person som i dag arbetar till 50 % och får ersättning till 50 % skulle inte kunna öka arbetsinsatsen med 10 % även om detta enligt dennes läkare skulle vara möjligt. Vi anser att dagens system inte tillvaratar den individuella förmågan. Systemet uppmuntar heller inte till ökad arbetsinsats om det inte ryms inom ramen för de fasta stegen. Detta är enligt vår mening helt fel. Kristdemokraterna förespråkar följaktligen största möjliga flexibilitet genom att möjliggöra en ersättning med en individanpassad procentsats mellan 25 och 100 %.

## 9.3 Karensdagar

För att kunna finansiera ökade satsningar på vård och omsorg föreslår Kristdemokraterna att det införs ytterligare en karensdag fr.o.m. år 2007 med ett högriskskydd på 10 dagar per år. Genom denna åtgärd, som vi betraktar som tillfällig, får de som har få sjukdagar per år bära en större årlig självrisk än för närvarande. Högriskskyddet på 10 dagar gör att de som ofta är sjuka får en oförändrad årlig självrisk. Den huvudsakliga besparingen uppstår genom att arbetsgivaravgiften höjs för företagen med 0,23 procentenheter. Därmed är förslaget ekonomiskt neutralt för företagen. Kristdemokraterna kommer att på sikt fasa ut förslaget om den andra karensdagen när det finns ekonomiskt utrymme för detta.

Regeringen har för ett år sedan aviserat att en teknisk översyn skall göras av karensdagen för vissa arbetstagare och att man avser att återkomma till riksdagen med en proposition i denna fråga. Någon sådan har ännu inte lagts fram.

## 9.4 Sjukpenninggrundande inkomst (SGI)

Allians för Sverige föreslår att den sjukpenninggrundande årsinkomsten (SGI) skall utgöras av de senaste 12 månadernas inkomst. För den som har gått upp eller ned i arbetstid beräknas SGI i stället efter aktuell inkomst multiplicerad med 0,95.

Den sammantagna effekten på offentlig sektor, exklusive ålderspensionssystemet, beräknas uppgå till 0,3 miljarder kronor 2006.

#### Fel! Okänt namn på

När det gäller såväl sjuk-, föräldra- som arbetsskadeförsäkringen finns det skäl att tydliggöra vilka inkomster som man "försäkrar" och att denna inkomst inte i alltför stor utsträckning går att påverka på kort sikt. Kristdemokraterna anser därför att den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) i sjuk-, arbetsskade- och föräldraförsäkringen skall beräknas på ett genomsnitt av de senaste 12 månadernas inkomst. Detta leder till att belastningen på anslaget kan minskas med 300 miljoner kronor år 2006.

## 9.5 Ny modell för trafikförsäkringen

Allians för Sverige föreslår att statens kostnader för trafikskadades sjukpenning och sjukersättning överförs till trafikförsäkringen. En sådan reform bedöms på sikt ge stora samhällsekonomiska vinster i form av ökad trafiksäkerhet, förbättrad rehabilitering och minskade skadekostnader. Erfarenheterna från bl.a. Finland visar att både skadefrekvensen och de totala kostnaderna kan minskas betydligt.

För 2005 uppskattas statens sjukpenning- och sjukersättningskostnader till följd av trafikskador till knappt 8 miljarder kronor. Därav utgör kostnader för sjukskrivningar ca 1 miljard kronor och förtidspensioner knappt 7 miljarder kronor. Den sammanlagda skulden för framtida utbetalningar för att täcka historiska kostnader beräknas till ca 70 miljarder kronor.

Samtliga tillkommande kostnader för skador som inträffar efter den 31 december 2005 skall bäras av trafikförsäkringen. Därtill införs en särskild trafikförsäkringsavgift för att täcka avvecklingskostnaderna för de befintliga trafikskadorna. Avgiften tas ut som ett procentuellt påslag på trafikförsäkringspremien.

Förslaget innebär att statens kostnader för befintliga trafikskador minskar med 0,8 miljarder 2006 samt att en premieintäkt på 2 miljarder kronor tillkommer på statens inkomstsida. Sammantaget förbättras statens finansiella sparande med 2,8 miljarder kronor 2006.

Beräkningen är baserad på att reformen kan genomföras omgående. Besparingens storlek kan dock komma att ändras och förskjutas något i tiden.

## 9.6 Åtgärder i förtidspensionen

Allians för Sverige föreslår att 80 % av antagandeinkomsten (den inkomst som förtidspensionen beräknas på) skall vara pensionsgrundande. Detta innebär att pensionsförmånen blir densamma som i sjukförsäkringen.

Förslaget medför en besparing för offentlig sektor, exklusive ålderspensions-systemet, på 2,6 miljarder kronor 2006

Förslaget innebär att belastningen på anslaget minskas med 2 700 miljoner kronor år 2006.

## 9.7 Oförändrat tak i sjukförsäkringen

Allians för Sverige motsätter sig regeringens förslag att höja taket i sjukförsäkringen till 10 basbelopp.

Förslaget förbättrar det finansiella sparandet med 0,8 miljarder 2006.

Mot bakgrund av de explosionsartade kostnaderna för ohälsan anser Kristdemokraterna att en höjning av taket i sjukförsäkringen får anstå. I stället måste satsningar på rehabilitering av dem som länge väntat prioriteras. Anslaget avlastas således med 800 miljoner kronor år 2006.

## 9.8 Finansiell samordning

När regeringen till slut valde att förelägga riksdagen ett förslag om finansiell samordning var det välkommet. Kristdemokraterna anser dock att den finansiella samordning som regeringen föreslår omgärdas av ett regelverk som inte medger ett optimalt utnyttjande av resurserna. Lagen kommer även i fortsättningen att begränsa möjligheterna till finansiell samordning och förhindra värdefulla lokala initiativ i samordningen. AMS måste vara mer delaktig i denna verksamhet.

Regeringen saknar tyvärr fortfarande en politik för att förbättra själva rehabiliteringen på individnivå. Det är väl känt att aktiva, tidiga och individuellt anpassade rehabiliteringsinsatser ökar den sjukskrivnes chanser att komma tillbaka till arbetet. Friskförsäkringen som Kristdemokraterna föreslår har ett individperspektiv som förslaget till finansiell samordning saknar.

## 9.9 Övriga anslagsförändringar

Anslaget till Försäkringskassan påverkas av Kristdemokraternas förslag om att avskaffa dagens avtal med kommunerna när det gäller flyktingar. Vi vill i stället införa en utvecklingspeng som följer individen och som fördelas och utbetalas av Försäkringskassan. Försäkringskassan skall använda 10 miljoner kronor för detta ändamål år 2006 och ytterligare 25 miljoner kronor för vardera året 2007 och 2008. Medlen avser administrering av utvecklingspengen samt medel till kommunerna för bl.a. sfi-undervisningen. Denna fråga utvecklas vidare i Kristdemokraternas integrationsmotion.

**Fel! Okänt namn på**

Stockholm den 5 oktober 2005

*Göran Hägglund (kd)*

*Stefan Attefall (kd)*

*Mats Odell (kd)*

*Johnny Gylling (kd)*

*Ragnwi Marcelind (kd)*

*Sven Brus (kd)*

*Maria Larsson (kd)*

*Inger Davidson (kd)*

*Helena Höj (kd)*

*Chatrine Pålsson (kd)*