

Motion till riksdagen

2005/06:Sf425

av Per Westerberg m.fl. (m)

Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp

1 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen beslutar att den sjukpenninggrundande inkomsten skall utgöras av de senaste tolv månadernas inkomst eller 95 % av förväntad årsinkomst, fr.o.m. den 1 januari 2006, i enlighet med vad som anförs i motionen.
2. Riksdagen avslår regeringens förslag att höja taket för den sjukpenninggrundande inkomsten från 7,5 till 10 prisbasbelopp den 1 juli 2006, i enlighet med vad som anförs i motionen.
3. Riksdagen beslutar att avskaffa arbetsgivarnas medfinansiering i sjukförsäkringen fr.o.m. den 1 januari 2006, i enlighet med vad som anförs i motionen.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att statens kostnader för trafikskadades sjukpenning och sjukersättning bör överföras till trafikförsäkringen.
5. Riksdagen beslutar att 80 % av antagandeinkomsten i förtidspensionen skall vara pensionsgrundande fr.o.m. den 1 januari 2006, i enlighet med vad som anförs i motionen.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ändrade regler för uppdrag och näringsverksamhet för den som har hel förtidspension.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om resurser till Försäkringskassan för rehabilitering och försäkringsläkare.
8. Riksdagen anvisar med följande ändringar i förhållande till regeringens förslag anslagen under utgiftsområde 10 enligt uppställning:

Anslag	Anslagsförändring
A 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.	-3 650 000 000
A 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar m.m.	-2 600 000 000
A 19:6 Försäkringskassan	400 000 000

Fel! Okänt namn på

2 Politikområde 19:1 Sjukpenning och rehabilitering m.m.

I augusti 2005 var 227 000 personer sjukskrivna. Enligt Försäkringskassans enkätundersökning från mars 2005 anser 60 procent av de sjukskrivna själva att de skulle kunna arbeta, åtminstone deltid. Det måste anses som ett socialförsäkringspolitiskt misslyckande att mer än hälften av dem som befinner sig i sjukförsäkringssystemet egentligen inte hör hemma där.

Det är viktigt att den offentliga sjukförsäkringen ger ett skydd mot orimliga inkomstbortfall när man är sjuk. Alla riskerar vi att drabbas av sjukdom som medför att arbete inte är möjligt. I dessa fall måste det finnas en grundläggande trygghet för de som drabbas. Som i all försäkringsverksamhet måste det dock finnas en tydlig självrisk och kontroll för att sjukförsäkringen inte skall överutnyttjas.

Forskningen visar att såväl antalet karensdagar som ersättningsnivån i sjukförsäkringen spelar roll för antalet sjukfrånvarande. Sjukfrånvaron började öka i Sverige 1996/1997 efter det att ersättningen höjts.

Mot denna bakgrund motsätter vi oss regeringens förslag att höja taket i sjukförsäkringen till 10 basbelopp. En sådan höjning skulle sannolikt leda till att fler höginkomsttagare sjukskrevs. Flertalet arbetstagare med inkomster över nuvarande tak har dessutom viss ersättning för inkomstbortfall över taket.

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

Vi föreslår att den sjukpenninggrundande årsinkomsten (SGI) skall utgöras av de senaste 12 månadernas inkomst. För den som har gått upp eller ner i arbetstid beräknas SGI i stället efter aktuell inkomst multiplicerad med 0,95. Dels är det mer rimligt att man får ersättning i förhållande till en inkomst man faktiskt har haft än i förhållande till en inkomst man tror sig komma att få, dels är det lättare att kontrollera riktigheten i en faktisk historisk inkomst än i en förväntad inkomst för Försäkringskassan. Den sammantagna effekten på offentlig sektor, exklusive ålderspensionssystemet, beräknas uppgå till 0,3 miljarder kronor 2006.

Vi har även ett antal förslag för att förbättra kontrollen av överutnyttjande och fusk.

Vi 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.

Vi föreslår att arbetsgivarnas medfinansiering med 15 procent av sjukpenningkostnaden för anställda slopas fr.o.m. årsskiftet. Arbetsgivarnas medfi-

nansiering av sjukpenningkostnaden för anställda infördes den 1 januari 2005. Samtidigt sänktes arbetsgivaravgiften för att kompensera arbetsgivarna för den ökade kostnaden. Vår främsta farhåga var att medfinansieringen skulle göra arbetsgivarna mer tveksamma till att anställa människor med en sjukdomshistoria men även dem som tillhör en grupp som löper större risk att bli sjukskrivna, exempelvis äldre kvinnor. Dessa grupper riskerar därmed att bli diskriminerade. Men vår oro gäller också de små företagen, där en enda persons sjukskrivning kan äventyra företagets överlevnad. Undantagen från medfinansieringen, deltidssjukskrivning och rehabiliteringspenning, är dessutom godtyckligt satta och kan ofta inte påverkas av arbetsgivarna.

Att medfinansieringen avskaffas innebär att staten tar över kostnader från arbetsgivarna för sjukförsäkringen på 2,5 miljarder kronor 2006. Förslaget finansieras genom en motsvarande höjning av arbetsgivaravgifterna.

Vi 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.

3 Politikområde 19:2 Aktivitets- och sjukersättningar

Minskningen av sjukskrivningarna de senaste två åren beror framför allt på att de sjukskrivna har förtidspensionerats. I augusti var 553 000 personer förtidspensionerade i Sverige. Av dessa hade 70 000 förtidspensionerats det senaste året. De sammanlagda utgifterna för sjukskrivningarna och förtidspensionerna beräknas enligt regeringen öka med 25 procent under åren 2004 och 2008. En sådan utveckling kan vi inte acceptera. Att stärka incitamenten och möjlighet-

Fel! Okänt namn på

erna för förtidspensionerade att återvända till arbetslivet är nödvändigt, både ur ett mänskligt och ur ett ekonomiskt perspektiv.

Vi anser att tiden man har arbetat måste få större betydelse för ålderspensionen. Vi menar därför att reglerna för att beräkna ålderspension, som är mer generösa än i sjukförsäkringen, är för generösa i förtidspensionen. Vi föreslår att 80 procent av antagandeinkomsten (den inkomst som förtidspensionen beräknas på) skall vara pensionsgrundande.

Det innebär att den som har inkomstbaserad förtidspension kommer att få lägre ålderspension. Liksom tidigare finns dock en undre gräns i ålderspensionen i form av en garantipension. För den som i dag har förtidspension på garantinivå innebär förslaget ingen förändring jämfört med i dag när man blir ålderspensionär. Förslaget medför en besparing för offentlig sektor, exklusive ålderspensionssystemet, på 2,6 miljarder kronor 2006.

Vi föreslår att möjligheten att ha ett uppdrag eller näringsverksamhet som tar 1/8 av en vanlig arbetstid i anspråk och ändå ha kvar sin förtidspension tas bort. Regeln har kommit till för att man inte skall behöva avsäga sig ett mindre uppdrag vid sidan av arbetet om man blir förtidspensionär. Kontrollproblemen är emellertid betydande. Regeln har även kommit att utnyttjas för rena försäkringsbedrägerier där en person uppbär hel förtidspension och samtidigt har en näringsverksamhet som denne påstår inte tar mer tid än fem timmar i veckan att sköta, men som i verkligheten kan innebära ett heltidsjobb. Vi anser att man antingen skall få avsäga sig sitt uppdrag och avveckla sin näringsverksamhet om man inte har någon arbetsförmåga eller gå ned till 3/4 förtidspension om man vill behålla uppdraget/verksamheten.

4 Politikområde 19:6 Allmänna försäkringskassor

Vi föreslår att alla sjukintyg som inkommer till Försäkringskassan, efter arbetsgivarnas sjuklöneperiod på två veckor, skall granskas av en försäkringsläkare. Vi vill därför anslå 30 miljoner kronor utöver regeringen för att utbilda och anställa försäkringsläkare.

Nuvarande ansvarsfördelning för rehabilitering fungerar inte tillfredsställande, då arbetsgivarna ofta underlåter att göra rehabiliteringsutredning. Vi vill därför ge Försäkringskassan huvudansvaret för rehabiliteringen. I Försäkringskassans samordningsansvar skall ingå ett ansvar för att initiera en rehabiliteringsutredning och se till att den slutförs. Försäkringskassan kan bestämma att det faktiska utförandet av utredningen skall göras av någon annan, t.ex. arbetsgivaren, företagshälsovården eller primärvården och då ersätta denna part för detta. Vi föreslår därför att Försäkringskassan får extra resurser för att köpa rehabiliteringsutredning i de fall den inte utför den själv.

För att försäkringskassorna skall kunna fullgöra de nya uppgifter vi vill lägga på dem krävs mer resurser. Därtill kommer att försäkringskassorna redan i dagsläget har svårt att hinna med rehabiliteringsärendena. Försäkringskassan behöver mot denna bakgrund mer resurser både till personalför-

Fel! Okänt namn på

stärkningar och till köp av rehabiliteringsutredningar och rehabiliteringsåtgärder.

Vi ökar därför Försäkringskassans anslag till rehabilitering med 370 miljoner kronor. Medicinsk rehabilitering bör liksom nu bekostas av sjukvården. I de fall där det egna landstinget har prioriterat ned den anställdes rehabilitering, eller inte har resurser att utföra den, bör Försäkringskassan dock kunna köpa medicinsk rehabilitering av annan vårdgivare för ovan angivna pengar.

Stockholm den 5 oktober 2005

Per Westerberg (m)

Tobias Billström (m)

Anita Sidén (m)

Anne Marie Brodén (m)

Anna Lilliehöök (m)

Anne-Marie Pålsson (m)

Karin Enström (m)