

Motion till riksdagen

1989/90:Sf346

av Sigge Godin m.fl. (fp)

Sjukförsäkringen

Sjukförsäkringen är ett omistligt inslag i det svenska välfärdssystemet. Genom försäkringen finansieras kostnader i samband med läkarvård och annan sjukvårdande behandling, läkemedelsinköp, tandvård, sjukhusvård, sjukresor samt kostnadsfria läkemedel och förbrukningsartiklar. Det viktigaste syftet med försäkringen är emellertid att kompensera för det inkomstbortfall som följer av sjukfrånvaro. Sjukpenning utgår i regel med 90 % av arbetsinkomsten upp till 7,5 gånger basbeloppet (222 700 kr. år 1990). Utanför den allmänna försäkringen finns det för många arbetstagare kompletterande system som täcker den återstående delen av inkomstbortfallet.

Sjukförsäkringen finansieras genom statsbidrag och genom socialavgifter från arbetsgivare och egenföretagare. Avgiften utgör 10,1 % av avgiftsunderlaget för arbetsgivare och 9,6 % av avgiftsunderlaget för egenföretagare.

Kostnadsstegringen i sjukförsäkringen har varit mycket kraftig under senare år. För år 1990 beräknas utgifterna uppgå till närmare 60 miljarder kronor. Av detta utgör omkring två tredjedelar utgifter för sjukpenningutbetalningar.

Den ökade sjukfrånvaron är av flera skäl oroande. I första hand är den ett symptom på allvarliga brister i arbetslivet. Många arbetsmiljöer och arbetssituationer är ännu sådana att de ger upphov till skador och ohälsa. Delar av frånvaron kan också ha samband med vantrivsel och bristande arbetstillfredsställelse. Speciellt kvinnornas högre sjukfrånvaro inger oro. Omfattande förändringar i arbetslivet behövs för att möta dessa problem.

I andra hand är den ökade frånvaron ett symptom på brister inom hälso- och sjukvården. Särskilt markant är ökningen av de långa sjukskrivningarna. Bland de långvarigt sjukskrivna finns många som inte i rätt tid får en adekvat behandling i sjukvården eller de andra rehabiliteringsinsatser som de behöver. Detta beror bl.a. på köerna till många typer av operationer.

I tredje hand är kostnadsökningen ett symptom på brister i själva sjukförsäkringen. Stickprov under senare år har gett vid handen att missbruket av sjukförsäkringen har nått oacceptabla proportioner. Detta har i sin tur ett visst samband med att den ökande arbetsbördan i kassorna har lett till att kontrollen blivit eftersatt. Anhopningen av arbetsskade- och arbetssjukdomsärenden samt timsjukpenningreformen har kraftigt ökat belastningen på kassornas personal. En förändrad sjukskrivningspraxis har också lett till ett ökat antal långa sjukfall. Timsjukpenningen har vidare lett till att många

korttidssjukskrivna får ut mer i ersättning från sjukkassan än vad de under motsvarande tid skulle ha fått i arbetsinkomst.

Den snabba utgiftsökningen inom socialförsäkringssystemet har under 80-talet haft en tendens att tränga undan andra angelägna behov. Transfereringarnas tillväxt har lämnat ett mycket blygsamt utrymme för ökade insatser på en rad viktiga offentliga verksamhetsområden. Detta har i många fall drabbat socialt utsatta grupper. Folkpartiet har länge kritiserat denna utveckling och sökt hålla emot den snabba expansionen av socialförsäkringsutgifterna i syfte att möjliggöra en mer solidarisk välfärdspolitik. Även i år föreslår vi i olika motioner att omkring en miljard kronor satsas på "det glömda Sverige". Dessa insatser bör finansieras genom förändringar inom socialförsäkringssystemet som beskrivs i denna motion.

Vi föreslår fyra huvudsakliga förändringar:

1. Öka arbetsgivarnas ansvar för sjukfrånvaron och förenkla administrationen genom införande av en s.k. arbetsgivarperiod på 14 dagar.
2. Avskaffa överkompensationen vid korttidsfrånvaro, dvs. den ersättning som utgår utöver 100 procent av lönen!
3. Samordna arbetsskadeförsäkringen med sjukförsäkringen!
4. Öka läkarnas kostnadsmedvetande vid sjukskrivning och förskrivning av läkemedel!

1. Arbetsgivarperiod

Socialförsäkringssektorns omslutning under år 1989 utgjorde ca 237 miljarder kronor. Denna summa finansieras till tre fjärdedelar av socialavgifter. Socialavgiften utgör ett procentuellt påslag på bruttolönen. Till detta kommer den obligatoriska arbetsmiljöavgiften. Avgiften till sjukförsäkringen uppgår f.n. till 10,1%.

Denna avgift är lika hög för alla arbetsgivare. Sjukfrånvaron varierar däremot kraftigt mellan olika typer av arbetsplatser, regioner, yrkeskategorier m.m. Alder och kön har dessutom en betydande inverkan på sjukalet. Dessa variationer medför att en del arbetsgivare subventionerar andra arbetsgivare, samtidigt som andra med hög sjukfrånvaro bland de anställda kommer lindrigare undan.

Det faktum att sjukförsäkringsavgiften inte är kopplad till faktiskt utnyttjande ger arbetsgivaren dåliga incitament till initiativ för att förbättra arbetsmiljön och på så vis minska sjukfrånvaron. Vi anser att en viss differentiering vore till nytta. En sådan kan lättast införas genom att systemet förses med en "självrisk". Ersättningen under de första fjorton dagarna bör utbetalas och finansieras av arbetsgivaren, medan försäkringskassan som hittills bör stå för finansieringen av de längre sjukfallen. De ökade kostnaderna för arbetsgivarna bör därvid kompenseras genom en sänkning av arbetsgivaravgiften. Gjorda beräkningar tyder på att sänkningen vid införande av en 14 dagars arbetsgivarperiod borde uppgå till 2,3 %. För arbetsgivare med genomsnittlig frånvaro uppstår härvid ingen ekonomisk förändring, medan däremot arbetsgivare med hög resp. låg frånvaro kan göra förluster resp. vinster.

Ett införande av arbetsgivarperiod skulle kunna ge upphov till en hel rad positiva effekter, nämligen:

- Arbetsgivarna får starka motiv att genast ta itu med sjukfrånvaron genom olika initiativ till arbetsmiljöförbättringar och bättre arbetsledning.
- De långa sjukfallen bör förhoppningsvis kunna bli färre, eftersom alla långa sjukfall börjar som korta sjukfall. Arbetsgivarnas ökade engagemang för att minska korttidsfrånvaron genom arbetsmiljöinsatser bör i viss utsträckning kunna förebygga uppkomsten av långa sjukfall.
- Fusket inom sjukförsäkringen skulle minska, eftersom arbetstagaren inte kan vara på sin arbetsplats när vederbörande sjukskrivit sig.
- Försäkringskassorna skulle avlastas tunga administrativa uppgifter och större resurser skulle kunna inriktas på rehabilitering och de långa sjukfallen. Även positivt inriktade kontrollinsatser (t.ex. enligt den s.k. Trelleborgsmodellen) skulle kunna öka.

Systemet med arbetsgivarperiod och det besläktade systemet med arbetsgivarinträde är inte oprövat. Vi vill peka på de positiva erfarenheterna från den statliga sektorn liksom från våra nordiska grannländer och Västtyskland. Så vitt vi har kunnat utröna framförs det i dessa länder inte någon kritik mot den roll som arbetsgivarna har tilldelats i sjukförsäkringssystemet. Vi hänvisar på denna punkt till ESO-rapporten Ds 1988:68 "Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning".

Vissa invändningar mot arbetsgivarperioden förtjänar emellertid att tas på allvar. En farhåga som ofta framförts är att ett större risktagande för arbetsgivaren skulle innebära att grupper med stor förväntad frånvaro (t.ex. handikappade och småbarnsföräldrar) skulle få svårare att hävda sig på arbetsmarknaden. Det är dock viktigt att påpeka att dessa problem finns redan idag. En annat problem kan vara att arbetsgivare med ett fåtal anställda skulle gå miste om den riskspridning som finns inbyggd i det nuvarande systemet.

Särskilda modifieringar i modellen kan erfordras för att hantera dessa problem. I vissa situationer kan det t.ex. vara lämpligt att det allmänna träder i arbetsgivarens ställe som riskbärare för frånvaron hos personer som har svårt att göra sig gällande på arbetsmarknaden. En möjlighet är också att nuvarande modell bibehålls för arbetsgivare med mycket få anställda. Vi förutsätter att regeringen överväger dessa frågor i samråd med arbetsmarknadens parter.

Vid införande av arbetsgivarperiod blir det rationellt för arbetsgivarna att sammanföra de 90 % av arbetsinkomsten som för närvarande täcks av sjukförsäkringen med det överskjutande belopp som för närvarande utgår på grund av avtal. I praktiken torde reformen därför leda till en hundraprocentig sjuklön från arbetsgivaren, utan karensdag. Vi är på principiella grunder tveksamma till en så hög kompensationsnivå, men konstaterar att frågan om kompensationsnivåns höjd numera har blivit en avtalsfråga som riksdag och regering har begränsade möjligheter att påverka.

Utöver en arbetsgivarperiod på 14 dagar finns starka skäl för införande av arbetsgivarinträde under resterande sjukskrivningsperiod. Om den försäkrade sjukanmäler sig till arbetsgivaren finns det praktiska skäl att även i fortsättningen låta arbetsgivaren administrera ersättningen.

2. Avskaffa överkompensationen vid korta sjukfall (ersättning som överstiger arbetsinkomsten)!

Mot. 1989/90
Sf346

Vid sjukskrivning skall inkomstbortfallet från försäkringskassan kompenseras med 90 % av arbetsförtjänsten. I samband med sjukpenningreformen 1987 blev resultatet att många försäkrade vid sjukdom idag får en betydligt högre kompensationsnivå.

Tidigare beräknades sjukpenningen på den genomsnittliga årsinkomsten. De som arbetade deltid eller var studerande stora delar av året fick i vissa situationer en betydligt lägre ersättning från försäkringskassan än motsvarande löneavdrag.

Timsjukpenningreformen innebar att sjukpenning under de 14 första sjukskrivningsdagarna utbetalas för de dagar förvärvsarbete skulle ha ägt rum. Detta leder till överkompensation om inkomsterna är ojämnt fördelade i tiden (s.k. koncentrerad heltid). Infaller sjukskrivningen under en period då inkomsten är lägre blir ersättningen ofta högre än motsvarande arbetsinkomst.

När reformen genomfördes varnade folkpartiet mycket bestämt för denna effekt. Det fanns redan då beräkningar från RRV som tydde på att över 500 milj. kr. skulle rinna iväg i överkompensation. Arbetsgivarverket påvisade samtidigt att anställda med koncentrerad deltid genom att begära undantag från arbetsgivarinträde kunde nå kompensationsnivåer på upp till 150 % av normal arbetslön.

Dessa varningar negligerades av regeringen och riksdagsmajoriteten. De undersökningar som gjorts efter reformens genomförande bekräftar att överkompensation ofta förekommer. Vi hänvisar bl.a. till RFVs rapport till regeringen "Erfarenheter av sjukpenningreformen" (RFV anser 1988:7). Överkompensation vid sjukdom är med stor sannolikhet en av flera orsaker till den kraftiga ökningen av utgifterna inom försäkringen.

Genom införande av arbetsgivarperiod upphävs i praktiken den misslyckade timsjukpenningreformen. Ett av de huvudproblem som reformen avsåg att lösa, nämligen kravet på en mer rättvis ersättning till deltidsarbetande med ojämnt fördelad arbetstid, kommer härigenom att lösas enligt den andra huvudmodell som många remissinstanser förordade inför denna reform. Denna modell är både mer rättvis och mer ekonomisk för försäkringssystemet.

I regeringen proposition 1989/90:62 om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivsfondens verksamhet föreslås ökade resurser till försäkringskassorna för bl.a. kontrollverksamhet av sjukskrivna. I budgetpropositionen föreslås att denna kontrollverksamhet tillsammans med nya åtaganden skall ges resurser omfattande 92 milj. kr. under kommande budgetår. Ett införande av arbetsgivarperiod medför en kraftigt minskad belastning på försäkringskassorna, vilket bör ge utrymme för insatser på andra eftersatta områden, såsom arbete med långtidssjuka. Ökade personalresurser krävs därför inte, och vi yrkar mot den bakgrunden avslag på regeringens äskande i denna del. Vi vill dock understryka att försäkringskassan även med ett system med arbetsgivarinträde och arbetsgivarperiod skall ansvara för eventuell kontrollverksamhet.

I samma proposition (1989/90:62) föreslås ytterligare nivåer i sjukpenningförsäkringen, nämligen en fjärdedels och tre fjärdedels sjukpenning. Detta är ett steg i rätt riktning för att underlätta rehabiliteringsarbetet. Enligt vår mening finns det emellertid skäl att helt lämna den stela låsningen till fasta nivåer. Det bör vara läkaren, försäkringskassan och arbetsgivaren som i samråd med den försäkrade avgör vilken procentandel som bör tillämpas. Det bör således bli möjligt att vara sjukskriven i en omfattning av t.ex. 90 % om detta skulle främja rehabiliteringen.

3. Samordna arbetsskadeförsäkringen med sjukförsäkringen!

Arbetsskadeförsäkringen är redan i dag samordnad med den allmänna sjukförsäkringen på så sätt att ersättning utges från sjukförsäkringen för de första 90 dagarna sedan skadan uppkom (samordningstiden). Från arbetsskadeförsäkringen utgår efter samordningstidens slut i princip full ersättning.

Antalet arbetsskadeärenden har ökat mycket kraftigt. År 1984 var antalet ärenden som skulle prövas hos försäkringskassan drygt 54 000. För år 1989 beräknas motsvarande antal ärenden vara drygt 119 000. Försäkringens kostnader har under samma period ökat från 1,6 miljarder till 8,8 miljarder. Handläggningstiderna för beslut var år 1988 drygt tolv månader. Enligt riks-försäkringsverkets beräkningar i augusti 1989 var 1 050 handläggare då sysselsatta med handläggning av arbetsskadeärenden.

Att arbetsskadeförsäkringen i många fall motverkar sitt eget syfte är vid det här laget allmänt erkänt. Många som väntar på prövning av sina ersättningsanspråk är svagt motiverade att genomgå en rehabilitering. Genom försäkringsdomstolarnas allt generösare kriterier har fler och fler typer av skador och sjukdomar kommit att klassificeras som arbetsrelaterade. Detta får helt naturligt till konsekvens att det strömmar in fler ansökningar.

Samtidigt har den ersättning som utgår vid vanlig sjukdom genom avtal som omfattar flertalet arbetstagar höjts till 100 % av inkomstbortfallet. Motivet för att vidmakthålla en separat arbetsskadeförsäkring har därmed försvagats.

Som skäl för att vidmakthålla arbetsskadeförsäkringen i nuvarande form anförs ibland behovet av information om risker i arbetsmiljön. Vi delar bedömningen att denna information är viktig men menar att även uppgifter om sjukfall har betydelse för arbetet att utveckla arbetsmiljön och upptäcka speciella riskfaktorer.

Mot denna bakgrund föreslår vi att en utredning om en integration av arbetsskadeförsäkringen med sjukförsäkringen omgående inleds. I avvaktan på utredningens överväganden förordar vi att den s.k. samordningstiden förlängs från nuvarande 90 dagar till 180 dagar. Detta borde minska tillströmningen av nya ärenden vid försäkringskassorna och därmed möjliggöra en snabbare behandling av återstående ärenden.

5. Läkarnas kostnadsansvar

En stor utgift inom sjukförsäkringen avser läkemedelsförmånerna. Även på detta område har det noterats en kraftig kostnadsutveckling under senare

år. Utgifterna år 1990 beräknas uppgå till 6,9 miljarder kronor. År 1970 var utgifterna 516 miljoner och år 1980 2,3 miljarder.

Denna utgiftsökning beror i stor utsträckning på utvecklingen av nyare och dyrare läkemedel, men även på läkarnas förskrivningsvanor och terapi-traditioner. De beslut som läkaren tar om sjukförsäkringsinsatser får inga ekonomiska konsekvenser vare sig för dem själva eller för sjukvårdshuvudmännen. Detta gäller såväl läkemedelsförskrivningar som sjukskrivningar. Läkarna får heller aldrig några rapporter om storleksordningen på de utgifter de orsakat sjukförsäkringen. Vi tror att detta är olyckligt och att det försvagar kostnadsmedvetandet inom sjukvården.

Mot denna bakgrund vill vi föreslå att ett system för återförande av information till läkare införs. Härigenom bör läkarna regelbundet få upplysningar om vilka utgifter som deras beslut har orsakat socialförsäkringen genom läkemedelsförskrivningar och sjukskrivningar.

6. Överföring av medel från sjukförsäkringen till sjukvården

En person som är i behov av t.ex. en kranskärlsoperation får ofta gå och vänta på insatsen under orimligt lång tid. Till den sjuke utbetalar försäkringsskassan sjukpenning, samtidigt som samhället går miste om produktion. Dessutom utsätts den sjuke för ett svårt lidande, vilket delvis är orsakat av sjukdomen. Att inte få tillhöra en arbetsgemenskap tar ytterligare på livslusten och kan lätt medföra psykiska störningar. Denna långa väntan på operation kan medföra allvarliga följsjukdomar av både somatisk och psykisk karaktär. Detta kan omöjliggöra ett återinträde på arbetsmarknaden. Förtidspension blir för många det enda alternativet.

Många som köar för en operation är pensionerade. Även för dessa patienter medför den långa väntetiden lidande och risker för följsjukdomar eller i värsta fall en alltför tidig död. Kommuner och landsting kan påverkas indirekt t.ex. genom tillkommande kostnader för färdtjänst och hemtjänst samt genom fördyrad sjukvård.

Från både mänskliga och ekonomiska utgångspunkter finns det därför starka skäl att ta krafttag mot köerna inom sjukvård. I en annan motion från folkpartiet om sjukvård föreslår vi att det belopp som regeringen äskar för detta ändamål ökas kraftigt, genom att ytterligare 229 milj. kr. anslås för att eliminera köer i sjukvården.

Regeringen har länge motverkat en överföring av medel från sjukförsäkringen till sjukvården i syfte att kapa köerna. Enligt vår mening bör sådana försök i stället uppmuntras. Väl genomtänkta projekt som t.ex. det s.k. Bohus-försöket bör kunna bidra både till en bättre sjukvård och en dämpad utgiftsutveckling inom sjukförsäkringen.

7. Kvinnornas höga sjukfrånvaro

Kvinnorna har genomgående en högre sjukfrånvaro än män. För år 1988 var kvinnornas sjuktal 28,7 och männens var 22. Sedan 1983 har kvinnornas sjuktal ökat betydligt mera än männens. Ökningen för kvinnorna har varit 9,2 och för männen 4,6. Kvinnorna svarar därmed för mer än 2/3 av sjuktalens ökning under perioden.

Det finns sannolikt en rad olika orsaker till dessa skillnader mellan könen. En viktig faktor är vår höga och ökande förvärvsfrekvens bland kvinnor. Här finns också ett skäl till att sjuktalet som helhet har ökat under senare år. Kvinnornas högre sjuktal avspeglar också att ansvarsfördelningen i hemmen ännu är ojämn.

Det höga sjuktalet bland kvinnor är en varningssignal som tyder på brister i arbetslivet. Om det höga sjuktalet skall kunna sänkas måste dessa problem ägnas ökad uppmärksamhet. Vi anser att skillnaderna i sjukfrånvaron mellan män och kvinnor bör kartläggas och analyseras som underlag för fortsatta överväganden om hur arbetslivets villkor ska kunna förbättras.

8. Kostnadskonsekvenser

Att uppskatta de ekonomiska effekterna av de förslag vi här har framfört rymmer betydande svårigheter. På längre sikt räknar vi med att kostnadstrycket ska kunna dämpas med åtskilliga miljarder kronor årligen bl.a. genom att sjuktalet pressas tillbaka, att läckaget av överkompensation stoppas och att trycket mot arbetsskadeförsäkringen dämpas. Men redan på kort sikt bör man konservativt kunna räkna med minst en miljard kronor i minskade utgifter.

För den största posten i denna besparing står avskaffandet av överkompensationen vid korttidsfrånvaro. Kostnaden för detta bedömdes före reformen uppgå till över 500 milj. kr. Den ökning av sjuktalet som därefter har ägt rum, de stickprov som har företagits samt den ökning av den genomsnittliga dagernsättningen som har inträtt gör det rimligt att nu uppskatta överkompensationen till minst 700 milj. kr. Införandet av arbetsgivarperiod anser vi kortsiktigt bör kunna leda till en kostnadsminskning på minst 100 milj. kr. Förslaget om förlängd samordningsperiod förutses som tidigare medföra en besparing om 150 milj. kr. Den minskade arbetsbördan inom försäkringskassorna gör det i första hand möjligt att avstå från den föreslagna administrativa förstärkningen på 92 milj. kr. Slutligen räknar vi med att ett höjt kostnadsmedvetande inom sjukvården genom bättre rapportering på kort sikt ska kunna leda till en nettobesparing på 50 milj. kr. för sjukförsäkringen. På längre sikt bedömer vi att de förändringar vi här har föreslagit bör kunna leda till kostnadsminskningar om flera miljarder kronor.

Hemställen

Med hänvisning till det anförda hemställs

1. att riksdagen hos regeringen begär förslag till införande av s.k. arbetsgivarperiod enligt de riktlinjer som angivits i motionen,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om överkompensationen vid korttidsfrånvaro,
3. att riksdagen för budgetåret 1990/91 till B 2 Allmänna försäkringskassan anslår 92 milj. kr. mindre än regeringen föreslagit eller således 475 350 000 kr.,
4. att riksdagen hos regeringen begär förslag om avskaffande av de fasta nivåerna i sjukpenningförsäkringen.

5. att riksdagen hos regeringen begär utredning av en integration av arbetsskadeförsäkringen med sjukförsäkringen,

6. att riksdagen beslutar förlänga den s.k. samordningstiden mellan arbetsskadeförsäkringen och sjukförsäkringen från 90 till 180 dagar,

[att riksdagen hos regeringen begär förslag till åtgärder för att ge läkarna information om kostnadseffekter av sjukskrivningar och läkemedelsförskrivningar.¹]

7. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om åtgärder för kartläggning och analys av manlig och kvinnlig sjukfrånvaro,

8. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om överföring av medel från sjukförsäkringen till sjukvården.

Stockholm den 25 januari 1990

Sigge Godin (fp)

Barbro Sandberg (fp)

Maria Leissner (fp)

Ingrid Ronne-Björkqvist (fp)