

## Motion till riksdagen 2005/06:Sf335

av **Birgitta Carlsson m.fl. (c)**

# Minskad sjukfrånvaro genom samordnad arbetslivsförsäkring och rehabgaranti

*Motionen delad mellan flera utskott*

## Sammanfattning

I denna motion läggs Centerpartiets förslag för ett bättre fungerande arbete för att minska sjukfrånvaron (sjukskrivningar och förtidspensioner) genom förbättrad rehabilitering och uppföljning. Våra viktigaste förslag är:

- Slå samman sjukförsäkringen, arbetsskadeförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen till en samordnad arbetslivsförsäkring med en gemensam myndighet och lokala arbetslivskontor istället för dagens försäkringskasskontor och arbetsförmedlingar, detta för att kunna arbeta bredare med att hjälpa människor tillbaka till egen försörjning. Detta gamla centerkrav förverkligas nu i Norge.
- Inför en tydlig arbetslinje i dagens sjukförsäkring och ge en mer aktiv roll åt försäkringsadministrationen i arbetet för att minska sjukfrånvaron, t.ex. efter mönster av Finland eller Tyskland.
- Inför en rehabiliteringsgaranti som ger varje person som är sjukskriven mer än fyra veckor en samordnande kontaktperson (rehabiliteringslots), en uppföljnings- och rehabiliteringsplan samt vid behov rätt till åtgärder.
- Avskaffa arbetsgivarnas sjukpenningavgift som innebär att de får betala 15 procent av en sjukskriven anställds inkomst till staten, detta eftersom det leder till att arbetsgivarna inte vågar anställa personer med förhöjd risk för sjukskrivning – t.ex. personer som tidigare varit långtidssjukskrivna, förtidspensionerade eller arbetslösa men även funktionshindrade och personer med sociala problem. 15-procentsavgiften motverkar arbetet för att få tillbaka människor till arbetslivet.
- Ge arbetsgivaren möjlighet att begära sjukintyg från första dagen. Det blir en flexibel möjlighet som i flertalet fall inte kommer att användas men som ger möjlighet att ingripa mot anställda som man vet sjukskriver sig utan grund.

Fel! Okänt namn på

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om en tydlig arbetslinje och en mer aktiv roll för försäkringsadministrationen i arbetet mot sjukfrånvaron.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om kvinnoperspektivet i arbetet för att minska sjukfrånvaron.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om införande av en samordnad arbetslivsförsäkring.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om ett tydligt arbetsmål i sjukförsäkringen.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att arbetsgivarnas sjukpenningavgift bör avskaffas.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om nationella riktlinjer för sjukskrivning.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om att ge arbetsgivarna möjlighet att begära sjukintyg från första dagen.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anförs om ett tydligare inträde i sjukförsäkringen och en kontroll av försäkringsläkare efter fyra veckors sjukskrivning.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en rehabiliteringsgaranti.
10. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om införande av rehabiliteringslots.
11. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Försäkringskassan skall ha huvudansvaret för att genomföra rehabiliteringsutredning.
12. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om förlängd tjänstledighet för att pröva ett nytt jobb.<sup>1</sup>
13. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om en avstämningsstation efter sex månaders sjukskrivning.
14. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att ge Försäkringskassan och Skatteverket utökad undersökningsansvar.
15. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att ge Försäkringskassan och Skatteverket möjlighet att samköra relevanta register.
16. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag om ett mer tillåtande regelverk för finansiell samordning.
17. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om förändrad beräkningsgrund för sjukpenninggrundande inkomst.
18. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att involvera arbetsmarknadens parter i arbetet för att minska sjukfrånvaron, bl.a. vad avser de avtalade försäkringarna.

**Fel! Okänt namn på**

19. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om kontroller och adekvata rehabiliteringsåtgärder riktade till mottagarna av sjukersättning och aktivitetsersättning.
20. Riksdagen begär att regeringen återkommer med förslag till förtydligande av 7 kap. 3 § lagen om allmän försäkring, med syftet att förtydliga att arbetsförmågan hos personer som uppbär sjukersättning skall prövas mot hela arbetsmarknaden.

<sup>1</sup> Yrkande 12 hänvisat till AU.

Fel! Okänt namn på

## Inledning

Sjukfrånvaron (frånvaro från arbetslivet på grund av sjukskrivning eller förtidspension) är ett av vårt samhälles största problem, dels därför att så många människor som skulle vilja arbeta har blivit systemets fångar, förvägras hjälp att komma tillbaka eller hitta ett nytt jobb, dels på grund av bristande uppföljning och rehabiliteringsinsatser såväl för sjukskrivna som för förtidspensionerade, mentala och systemmässiga spärrar mot att söka nytt jobb samt en politik som inte är tillräckligt bra på att skapa efterfrågan på arbete. Varje människa som vill arbeta men som förvägras möjligheten är ett misslyckande.

Sjukfrånvaron är också ett samhällsekonomiskt problem av betydande proportioner. Ökad sjukfrånvaro, långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar utvecklades under åren 1997–2003 till ett av de största hoten mot svensk ekonomi. Fram till 2003 mer än fördubblades sjukfrånvaron trots en allt högre takt i beviljandet av förtidspension (sjukersättning). Under de senaste åren har sjukskrivningarna börjat minska, men eftersom samtidigt mellan 60 000 och 80 000 personer varje år förts över i förtidspension har den samlade sjukfrånvaron stagnerat på en mycket hög nivå. För närvarande (september 2005) är omkring 550 000 personer förtidspensionerade och drygt 90 000 personer har varit sjukskrivna i längre än ett år. Sjukförsäkringen beräknas kosta omkring 40 miljarder kronor för 2005 och förtidspensionerna kommer att uppgå till nästan 75 miljarder. Arbetskadeförsäkringen beräknas kosta knappt sju miljarder. Enligt vissa forskare finns skäl att befara att den långsiktiga trenden för sjukfrånvaron fortfarande är i stigande trots att vi ser en temporär nedgång (Palmer 2005) bl.a. på grund av konjunkturläget.

De samlade offentliga kostnaderna för sjukfrånvaron uppgår således till omkring 120 miljarder kronor, men det är bara en mindre del av samhällets kostnader. Till det kommer företagarnas ansvar för sjuklön som har uppskattats till ca 15 miljarder. Men framför allt handlar det om ett stort bortfall av produktion och skatteintäkter. Det handlar om värdet av de varor och tjänster som de sjukskrivna och förtidspensionerade skulle ha producerat om de varit på jobbet, liksom kostnaderna för att skola in vikarier. De sammanlagda samhällsekonomiska kostnaderna för sjukfrånvaro har beräknats till i storleksordningen 250 miljarder kronor per år.

Särskilt allvarligt är att antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning, dvs. förtidspension, fortsätter att öka mycket kraftigt. 2006 beräknas kostnaden uppgå till hisnande 76 miljarder kronor – en ökning med 50 procent sedan 2002. Föga är vunnet om antalet sjukskrivna kan minskas om antalet förtidspensionerade bara fortsätter att öka. Politiken mot ohälsa får inte ensidigt fokusera på sjukförsäkringen utan måste ta ett helhetsgrepp på hela den del av befolkningen i arbetsför ålder som slås ut från arbetsmarknaden på grund av ohälsa.

Utvecklingen måste brytas. Centerpartiet har under flera års tid kritiserat regeringens passivitet i frågan och utvecklat förslag för att möjliggöra minskade sjukskrivningar. I det sammanhanget har vi tidigare ställt upp målet att halvera antalet sjukskrivna till år 2008. Vi kan konstatera att regeringen har gjort vår målsättning till sin. Den har dock försett målet med så generösa

möjligheter att öka antalet förtidspensionerade att det förefaller som om målet till stor del ska uppnås genom att de sjukskrivna skyfflas över i något annat transfereringssystem.

## Alarmerande utveckling av antalet förtidspensionerade

Förtidspensioneringarna har ökat mycket snabbt under senare tid. Beslutet att prövning av huruvida en person ska beviljas sjuk- och aktivitetsersättning ska fattas efter ett års sjukskrivning accelererar denna utveckling. Eftersom rehabiliteringsinsatserna i huvudsak riktas till de långtidssjukskrivna finns en betydande risk att de personer som förtidspensioneras aldrig kommer att återgå i arbete även om nya förtidspensioneringar prövas vart tredje år. Det är en oacceptabel politik. I ljuset av den fortgående förändringen av befolkningens demografiska sammansättning är det av största samhällsekonomiska vikt att den faktiska pensionsåldern kan höjas, inte – som idag – sänkas.

Syftet med förtidspensioneringar ska inte vara att minska den ekonomiska påfrestningen på socialförsäkringssystemen eller att hyfsa sjukfrånvaro eller arbetslöshetsstatistiken. Självfallet finns det fall där förtidspension från en medicinsk eller psykiatrisk synpunkt är den enda realistiska lösningen, men systemtrixande av detta slag är ett svek mot de drabbade och ur finanspolitisk synvinkel en synnerligen kortsiktig åtgärd. Målsättningen ska vara att långtidssjuka och förtidspensionerade som inte nått upp till pensionsåldern ska rehabiliteras och återgå till arbetskraften.

För att effektivt arbeta för en minskad sjukfrånvaro räcker det inte att i efterhand sätta in åtgärder för att bota de sjukdomar, skador eller besvär som uppkommit. Ett offensivt arbete för att förbättra medarbetarnas hälsa och öka antalet långtidsfriska har bedrivits mycket framgångsrikt hos vissa stora arbetsgivare i näringslivet, bl.a. Stora Enso och Scania i Södertälje.

## Livsmiljön – inte bara arbetsmiljön – orsakar ohälsa

Självfallet är människors arbetsvillkor en viktig orsak till de ökade sjukskrivningarna. Ökad stress och en arbetssituation som man känner att man har svårt att påverka är en viktig förklaring till att just den offentliga sektorns personal är så hårt drabbad. Men förklaringen är mer komplex än att arbetsmiljön generellt sett försämrats. Faktum är att den fysiska arbetsmiljön generellt sett förbättrats inom flertalet yrkessektorer. Människor som äter onyttigt, dricker och röker för mycket och motionerar för lite har en betydligt sämre hälsa än människor som har en hälsosam livsstil. Inte minst spelar livsstilen en stor roll för människors förmåga att orka igenom hela arbetslivet.

Den stress många människor känner i arbetslivet kan också ha sina orsaker i förhållanden utanför arbetslivet. Dålig ekonomi, svårighet att hinna med sina barn, relationsproblem eller sociala problem i familjen bidrar också till en större risk för sjukskrivning. Många människor – särskilt bland dem som har små ekonomiska marginaler – känner en stor vanmakt i dagens samhälle. Att

## Fel! Okänt namn på

stärka dessa människors sociala och ekonomiska situation och att öka deras självbestämmande genom exempelvis sänkta skatter och ett förbättrat stöd till barnfamiljerna minskar risken för att social och ekonomisk stress tar sig uttryck i sjukskrivningar. Att stärka familjerna minskar också risken för relationsproblem.

Det finns många tecken på en generellt ökad psykisk ohälsa i dagens Sverige. En växande andel anger sig må dåligt, och särskilt bland unga människor förefaller vantrivseln bli allt vanligare. Även om sjukskrivning ofta är en dålig medicin för denna form av lidanden så kan vantrivsel och vanmakt medföra svårigheter för människor att göra ett bra arbete. Den psykiska ohälsans och vantrivselns utveckling måste därför följas med stor uppmärksamhet.

Den kraftiga ökningen av sjukskrivningarna och särskilt långtidssjukskrivningarna speglar säkerligen att många människor mår dåligt i dagens samhälle. Ändå förefaller det klart att nivån på antalet sjukskrivna speglar förändringar i attityden till att sjukskriva sig har förändrats. Det är möjligt att en del människor uppfattar ramarna för vad som är legitim grund för sjukskrivning som vidare än vad som avsågs vid försäkringens inrättande. Attityder är inte något statiskt utan påverkas av såväl samhällsdebatten som av hur systemen är uppbyggda.

Det är en angelägen uppgift att hitta andra och mer verkningsfulla metoder att motverka depressioner och olust än att acceptera sjukskrivning som enda lösning på dessa problem.

Som ovan påpekats spelar den samlade livssituationen och livsstilen en stor roll för ohälsan. Stora folkhälso- och livskvalitetsvinster kan sannolikt åstadkommas genom att arbeta med attityder till framför allt motion och kosthållning. En förklaring till den snabbt ökande ohälsan bland unga löntagare är en otillräcklig fysisk träning i ungdomsåren. Att utveckla friskvårdens, idrottens och hemkunskapens utrymme i skolan är därför en långsiktig åtgärd för en bättre folkhälsa, något vi berör i en annan motion. Försöksverksamhet i bl.a. Västerbotten visar att offensivt upplysningsarbete från landstingets sida verksamt kan bidra till att öka människors kunskaper om hur de kan förbättra sin hälsa. Enligt Centerpartiets uppfattning bör alla samhällets aktörer göras delaktiga i arbetet för ett hälsosammare samhälle. Dessa frågor tas bl.a. upp i Centerpartiets motion om hälsa.

En studie från Familjemedicinska Institutet (Fammi) från 2003 ger en antydning om att en stor del av det totala antalet sjukskrivna egentligen inte har medicinska skäl för sjukfrånvaro. Enligt studien har enbart omkring 60 av 100 fall av långtidssjukskrivning en primärt medicinsk orsak; ”13 fall skulle få bättre hjälp hos arbetsförmedlingen, 15 hos arbetsgivaren och 12 av socialtjänsten”. Fammistudien bekräftar tidigare undersökningar av sjukfrånvaron i vissa Norrlandslän där sambandet mellan brist på arbetstillfällen och sjukskrivningar tycks vara betydande. Om Fammistudiens resultat överensstämmer med verkligheten innebär det begränsningar i möjligheten att sänka sjukfrånvaron genom enbart rehabinsatser.

Fammistudien tycks också bekräfta att problem med trivseln eller samarbetet på arbetsplatsen ofta hanteras genom sjukskrivning. Det är föga förvånande eftersom trakasserier och andra personkonflikter ofta har en direkt

## Fel! Okänt namn på

påverkan på det psykiska välbefinnandet och mycket väl kan leda till psykisk och psykosomatisk ohälsa. Enligt Centerpartiet är det av stor betydelse att denna problematik uppmärksammas och att ansträngningarna för att bekämpa vuxenmobbing skärps. Men kränkningar mot individer ska lagföras, inte sopas under mattan genom att den drabbade individen skuldbeläggs och med knäckt självförtroende parkeras i sjukförsäkringssystemet.

Andra trivselproblem som har sin grund i vantrivsel med eller bristande förmåga att leva upp till arbetsuppgifterna bör lösas genom att den anställde tar steget och byter arbetsplats eller erbjuds kompletterande utbildning. Här krävs av allt att döma en förändring av den svenska attityden till arbete. En ökad rörlighet på arbetsmarknaden skulle förutom bättre välbefinnande och minskade sjukskrivningar sannolikt bidra positivt till den ekonomiska dynamiken och därmed till tillväxten. Vi återkommer nedan med förslag på hur en sådan attitydförändring ska underlättas.

### Arbetsmiljön

Arbetsmiljöns stora betydelse för hälsan har stått i centrum för debatten om sjukfrånvaron. Det råder inget tvivel om att arbetsmiljön har en stor roll för hur vi mår, men samtidigt måste det poängteras att ett ensidigt fokus på arbetsmiljön utan beaktande av individernas eget ansvar kan leda fel. Arbetsmiljön i Sverige är knappast sämre än i andra länder med väsentligt lägre sjukfrånvaro. Och trots effektiviseringar är det inte troligt att arbetsmiljön generellt sett försämrats under det senaste årtiondet.

De höga ohälsotalen i den kommunala och landstingskommunala sektorn som indikerar ett misslyckande för dessa arbetsgivares personalansvar är dock väl dokumenterade. Ledarskapet i vård- och omsorgssektorn brister ofta. Beslutsvägarna är långa. Cheferna förefaller ofta ha mer fokus på sitt budgetansvar och sina administrativa uppgifter än på att leda, uppmuntra och stötta i arbetet. Politiskt beslutsfattande skapar samtidigt speciella drivkrafter som faktiskt kan förstärka den upplevda vantrivseln. Mångfalden av mål för verksamheten kan även upplevas som frustrerande. Dessa iakttagelser bekräftas delvis av de jämförelser som gjorts av personalens trivsel bland vård- och omsorgspersonal inom offentlig respektive privat drift. Särskilt i vårdsektorn förefaller den privatanställda personalen mer tillfreds.

### Sociala problem

Personer med sociala problem av olika slag får ofta svårigheter att uppfylla sina arbetsuppgifter och fungera väl i arbetsplatsens sociala kontext. Inte heller här är det egentligen förvånande att det resulterar i frånvaro under sjukförsäkringens täckmantel. I Sverige finns uppskattningsvis 200 000–300 000 personer med allvarliga alkoholproblem. Vi har mellan 20 000 och 30 000 regelmässiga narkotikamissbrukare. Flertalet av dessa har eller har haft en förankring på arbetsmarknaden. Återkommande frånvaro och nedsatt arbetsförmåga medför dock en belastning för arbetsgivaren och som alternativ till avsked kan långtidssjukskrivning i dessa fall vara ett sätt att bli kvitt problemen i visst samförstånd.

## Fel! Okänt namn på

Det är svårt att se några enkla lösningar på alkohol- och drogrelaterade problem, men personer skulle, enkelt uttryckt, få bättre hjälp av socialtjänsten än av primärvården. Oavsett vilken bidragsform individen får sin försörjning från är det viktigt att problemen registreras och att behandling erbjuds. Därför är samverkan mellan försäkringsmyndigheterna och socialtjänsten, exempelvis i form av finansiell samordning, av stor betydelse.

Enligt en nyutkommen antologi om sjukfrånvaron som givits ut av Arbetslivsinstitutet påverkar den ökade alkoholkonsumtionen sjukfrånvaron, men inverkan är inte särskilt betydande. Man kan dock inte bortse från risken att en varaktigt högre alkoholkonsumtion kan öka utslagningen från arbetsmarknaden på sikt.

## Arbetslöshet och sjukskrivning

En jämförelse mellan antalet arbetslösa och ohälsotalet visar på ett starkt omvänt samband. När arbetslösheten stiger går sjukskrivningarna ner och vice versa. Förklaringen till detta samband är av allt att döma sammansatt. Enligt vissa forskare är huvudorsaken att personer med hög ohälsorisk fungerar som ett slags arbetskraftsreserv som får gå först när arbetsgivarna tvingas minska antalet anställda, och som på nytt får anställning när tiderna är goda. Enligt vår bedömning är detta en rimlig delförklaring som dock knappast kan förklara hela förändringen. Ökad sjukfrånvaro och förtidspensioner motsvarar ett arbetskraftsbortfall som nästan helt motsvarar den ökade sysselsättningen. En sådan utveckling förutsätter en ökad generell sjukfrånvaro långt utanför denna "arbetskraftsreserv".

En viktigare förklaring är sannolikt att människors attityder till sjukfrånvaro i viss mån påverkas av konjunkurläget och hur säker man känner sig på sin anställning. I dåliga tider ökar benägenheten att gå till jobbet också vid ett nedsatt välbefinnande. När man känner sig säker på sin arbetsplats kan man göra en mer generös tolkning av vad som är giltigt skäl till sjukskrivning.

Det finns också ett direkt samspel mellan sjukförsäkringssystemet och arbetslöshetsförsäkringssystemet på så sätt att arbetslösa eller personer med risk för arbetslöshet har incitament att försöka kvalificera sig för sjukskrivning, dels för att förlänga sin a-kasseperiod, dels för att villkoren i sjukförsäkringssystemet generellt är mer generösa än i a-kassesystemet. Detta har nu delvis åtgärdats. Under vissa perioder och i vissa delar av landet har en praxis utvecklats som innebär att personer som har svårt att hitta ny anställning, delvis med de lokala myndigheternas goda minne, parkerats i sjukförsäkringssystemet i avvaktan på beslut om förtidspension.

Långvarig arbetslöshet har en nedbrytande effekt på självförtroende, motivation och yrkeskunskaper. Det är därför egentligen inte förvånande att många arbetslösa efter hand mår så dåligt att läkare finner för gott att sjukskriva dem. Dessa personer skulle kunna få bättre stöd och hjälp om kunskap om arbetslöshetsproblematik och ohälsoproblematik kunde kombineras bättre i myndigheternas arbete för att hjälpa personen tillbaka till arbetslivet.



## **Inlåsnings- och dåliga drivkrafter**

Även om det inte finns någon anledning att ifrågasätta att människor sjukskriver sig för att de av olika skäl mår dåligt är det samtidigt troligt att arbetet med att bekämpa ohälsan motverkas av de inlåsnings effekter och incitamentsstrukturer som socialförsäkringarnas konstruktion och den svenska arbetsmarknadens bristande flexibilitet medför. Trots att många människor vantrivs med sin anställning är det alltför få som självmant söker sig till en ny. I många fall kan ett byte av yrkesbana eller arbetsplats medföra försämrade anställningsvillkor, lägre lön eller studier under sämre ekonomiska villkor. För människor som blivit sjukskrivna och inte kan rehabiliteras så att de kan återgå till sitt gamla arbete är det ofta mer fördelaktigt att förbli sjukskriven eller få förtidspension än att söka sig till ett nytt yrke med lägre lön.

En särskild komplikation medför de avtalade förmåner som en stor andel av de förvärvsarbetande omfattas av. För dessa personer uppgår den sammanlagda sjukersättningen till närmare 90 procent av lönen – förmåner som man förlorar om man väljer att säga upp sig. Med tanke på de merkostnader som dagligt förvärvsarbete medför i form av resor, mat, kläder m.m. innebär det i de flesta fall att ekonomiska drivkrafter helt saknas för att återgå i arbete. Även vid förtidspension träder avtalade förmåner in. Krasst uttryckt är rehabiliteringsarbetets framgång från detta perspektiv helt avhängigt av den sjukskrivnes egen motivation och försäkringskassornas förmåga att utöva kontroll och ställa korrekta diagnoser av den sjukskrivnes arbetsförmåga.

## **Ett misslyckat rehabiliteringsarbete**

Det står helt klart att samhällets arbete för rehabilitering av långtidssjukskrivna har misslyckats. I början av 1990-talet genomfördes en rehabiliteringsreform i syfte att få till stånd tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser. Den har dock inte åstadkommit det som var avsikten. Ansvarsfördelningen var ofullständig, vilket medfört att de insatser för rehabilitering som görs präglas av sektorisering och bristande långsiktighet. De gemensamma målen är oklara. Den enskilde individen riskerar att komma i kläm mellan olika regler och finansieringskällor.

Resurserna för rehabilitering är otillräckliga och dåligt organiserade. Under senare år har förbättringar skett men mycket återstår fortfarande att göra. Försäkringskassorna som har det överordnade och samordnande ansvaret får ofta ett otillräckligt utredningsunderlag från arbetsgivarna och sjukvården. Arbetsgivarna har inte alltid kompetens och motivation att leverera rehabiliteringsutredningar i tid. Härigenom uppkommer förseningar som kan bli ödesdigra. Det är väl dokumenterat att den sjukskrivne redan efter ett par månader börjar tappa förankringen och tappar motivationen att återgå i arbete. Försäkringskassan har inte på ett tillfredsställande sätt uppfyllt sin samordningsroll gentemot de övriga aktörerna. Systematiken vid hantering av rehabiliteringsärendena har blivit otillfredsställande.

Kunskapen om hur effektiva rehabiliteringsinsatser ska byggas upp har ökat under senare år. Rehabiliteringsinsatsernas effektivitet är i hög grad beroende av att de kan sättas in relativt tidigt. Redan efter några veckor börjar

## Fel! Okänt namn på

den sjukskrivne mentalt ställa in sig på varaktig sjukfrånvaro. Kontakterna med arbetsplatsen blir färre och nya rutiner uppstår samtidigt som gamla försvinner. Känslor av skuld, otillräcklighet eller bristande förståelse kan förstärka denna effekt. I fall där den sjukskrivne upplevt stark vantrivsel eller stress på jobbet är det knappast ovanligt att han eller hon undviker att över huvud taget tänka på sin gamla arbetsplats. Att vidta snabba rehabinsatser eller annan uppföljning är alltså lika viktigt för att förhindra en passivisering som för själva rehabiliteringseffekten.

Kvalitativa rehabiliteringsåtgärder innebär vid sidan av den direkta reha-beffekten att denna mentala omställning motverkas. Rehabilitering i nära anslutning till arbetsplatsen har i många fall visat sig effektiv. Att personen inte vill återgå till den gamla arbetsplatsen kan inte vara ett skäl att inte inleda rehabilitering. Denna bör dock i sådana fall antingen kombineras med åtgärder för att ändra eller hantera de problem som ledde fram till sjukskrivningen eller kompletteras med hjälp att söka sig en ny arbetsplats.

Mycket av det rehabiliteringsarbete som utförs idag är av god kvalitet. Problemet är att resurserna inte på långt när är tillräckliga för att möta rehabiliteringsbehoven. Ofta är tillgången godtycklig och beroende av den sjukskrivnes egna initiativ. När det handlar om medicinsk behandling och rehabilitering behöver den sjukskrivne ofta vända sig till flera olika aktörer såsom Försäkringskassan, primärvården, sjukvården m.m. vilket tar energi och motivation.

## Vad behöver göras?

De åtgärder som har vidtagits för att minska sjukfrånvaron är fortfarande otillräckliga. För att nå framgång krävs av allt att döma ett spektrum av åtgärder som förändrar drivkrafterna för alla de aktörer som har de största förutsättningarna att påverka utvecklingen, nämligen staten, arbetsgivarna och de anställda:

- Statens ansvar består i att utöva en rimlig kontroll samt att säkerställa en fungerande och effektiv rehabilitering som är dimensionerad efter de stora behoven.
- Arbetsgivarnas ansvar består i att utforma arbetsvillkoren på ett sådant sätt att de anställda ges rimliga möjligheter att fullfölja sina arbetsuppgifter utan att dessa leder till ohälsa samt att inom rimliga gränser vara delaktiga i rehabiliteringsarbetet.
- De anställdas ansvar består i att ta ett ansvar för sin egenvård och sitt förebyggande arbete, att inte överutnyttja ersättningssystemen samt att konstruktivt delta i rehabiliteringsarbetet.

Regeringens förda politik har i första hand riktat in sig på att öka arbetsgivarnas ansvar. Till sjuklöneansvaret har fogats en straffavgift på 15 procent av lönen för sjukskriven personal. Erfarenheterna från andra länder tyder på att denna strategi är riskabel. Arbetsgivarna tenderar att bli mer selektiva vid

anställningar och därmed försvåras ytterligare möjligheterna för t.ex. förtidspensionerade eller tidigare sjukskrivna att få ett nytt arbete. Åtminstone de privata arbetsgivarna har redan kännbara drivkrafter att förebygga sjukfrånvaro eftersom produktionsbortfallet kan vara mycket kostsamt.

De anställdas ansvar är troligen inte tillräckligt tydligt. Generösa ersättningsnivåer och avtalade tilläggsförsäkringar innebär att de ekonomiska drivkrafterna att undvika sjukskrivning knappast finns. Attityden är ofta att den sjukskrivne är ett offer för yttre omständigheter som medfört sjukdom eller depression. Men det individuella beteendet kan i högsta grad minska risken för sjukskrivning. Ekonomiska drivkrafter och en mer motiverande och proaktiv hälsovård kan spela en stor roll för att öka medborgarnas investeringar i den egna hälsan.

Staten och det offentliga har ett stort ansvar för den uppkomna situationen. Den svenska sjukförsäkringen är påfallande passiv jämfört med sina motsvarigheter i exempelvis Finland och Tyskland. Dess primära mål är att betala ut ersättning, och upprätthållandet av en arbetslinje har alltför länge kommit i andra hand. Den offentliga hälso- och sjukvården har inte varit tillräckligt effektiv i sitt förebyggande arbete, och läkarnas hantering av sjukskrivningar har präglats av en alltför okritisk hållning till patienternas önskemål om sjukskrivning. Köer till medicinska behandlingar, sjukgymnastik, psykiatri och andra medicinska/psykiatriska rehabiliteringsinsatser har medfört att sjukskrivningarna ofta fått dra ut på tiden alldeles för länge.

Att skärpa upp de statliga och offentliga myndigheternas hantering av sjukfrånvaron är en komplicerad uppgift som likväl måste genomföras om ytterligare utslagning från arbetsmarknaden ska kunna förebyggas. En tydlig arbetslinje måste markeras och försäkringsadministrationen måste axla en mycket mer aktiv roll för att både kontrollera, rehabilitera och motivera både sjukskrivna och deras arbetsgivare i syfte att hjälpa sjukskrivna och förtidspensionerade tillbaka till arbetsmarknaden, bekämpa all onödig sjukfrånvaro och försvara en hållbar trygghet vid sjukdom. Detta bör ges regeringen till känna.

## Kvinnor är hårdast drabbade

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. För närvarande står kvinnorna för 61,7 procent av den samlade sjukfrånvaron. Detta förhållande har sannolikt en nära koppling till ojämlikheten mellan kvinnor och män i arbetslivet och i hemlivet. Kvinnor är överrepresenterade i yrken – inte minst i den offentliga sektorn – där arbetstagarna upplever sig ha liten kontroll över uppgifter och tid. Färre kvinnor är chefer och fler arbetar direkt med ansträngande uppgifter dagligen, antingen fysiskt eller psykiskt. Det är ett faktum att äldreomsorgen – som är en av de sektorer som kräver mest muskelstyrka på dagens arbetsmarknad är nästan exklusivt kvinnodominerad. Då kvinnor i högre utsträckning dubbelarbetar, är det också de som drabbas hårdast.

Kunskapen är sämre vad gäller prevention, rehabilitering och behandling av kvinnors ohälsa, och det kan bidra till utslagning eller längre sjukskriv-

**Fel! Okänt namn på**

ningar än vad som annars skulle vara möjligt. Analyser av och forskning kring hälsoutvecklingen har ofta begränsats till specifika kvinnosjukdomar och psykiska problem. Folkhälsoarbetet måste vidgas för att belysa kvinnors situation ur andra perspektiv. Vad som ovan anförts om kvinnoperspektivet i arbetet för att minska sjukfrånvaron bör ges regeringen till känna.

## En samordnad arbetslivsförsäkring

Förklaringarna till de höga sjukskrivningstalen är således komplexa och orsakerna långtifrån entydigt förknippade med fysisk och psykisk ohälsa. De lokala försäkringskassorna har av många olika skäl svårt att möta hela denna problematik som ofta inbegriper arbetslöshet och sociala problem. Det finns därför, enligt Centerpartiet, starka skäl att radikalt öka samordningen av kampen mot sjukskrivningar och kampen mot arbetslöshet. Därför bör sjukförsäkrings-, arbetsskadeförsäkrings- och arbetslöshetsförsäkringssystemen slås ihop till en samlad arbetslivsförsäkring med gemensam lagstiftning, harmoniserade villkor för förmåner och åtgärder samt som en följd av detta ett sammanförande av administrationen.

Det kan noteras att Norge nu organiserar om sina sjukförsäkringar efter denna modell. Dess motsvarighet till Försäkringskassan slås samman med dess motsvarighet till AMV och arbetsförmedlingarna.

Lagstiftningen som reglerar social- respektive arbetslöshetsförsäkringarna bör förenklas och sammanföras i en lagstiftning som tydligt markerar en arbetslinje. Dess innebörd ska vara att försäkringarna ska vara kopplade till insatser som gör att försäkringstagarna rehabiliteras eller utbildar sig för att bli anställningsbara. Parallellt med detta bör försäkringsförmånerna harmoniseras genom att ersättningsnivåer, golv och tak likställs. Fokus ska ligga på åtgärder för att återställa eventuell nedsatt arbetsförmåga eller förbättra personens anställningsbarhet.

Socialförsäkrings- och arbetsmarknadsmyndigheterna bör föras samman till en myndighetsstruktur som kan matcha den samordnade försäkringen. På det lokala planet skapas arbetslivskontor som tar över uppgifterna från såväl arbetsförmedling som försäkringskasskontor.

Åtskilliga fördelar skulle uppnås genom en sådan samordnad arbetslivsförsäkring:

- Ett effektivare ”rehabiliteringsarbete” oavsett om det handlar om arbetslösa eller sjukskrivna. Gränsfall kan fångas upp bättre och ges mer adekvat hjälp när olika typer av kompetens kan poolas.
- Minskad rundgång i systemet och minskad felanvändning av systemen.
- Större uppmärksamhet på den samlade sysselsättningssituationen och arbetskraftstillgången.
- Större rättvisa och ett enklare system för den enskilde.
- Administrativa effektivitetsvinster vid sammanslagning av två myndighetsstrukturer.

## Fel! Okänt namn på

Arbetslivskontoret bör också ha ett lokalt bevakningsansvar. Vid upptäckt av förhöjd ohälsa på en arbetsplats bör arbetslivskontoret kunna genomföra inspektion och lämna förslag till åtgärder.

Det finns problem med en sammanslagen arbetslivsförsäkring enligt denna modell. För det första medför det alltid svårigheter att slå ihop två olika myndighetsstrukturer med olika kulturer. Vi gör dock bedömningen att synergieffekten kraftigt bör överstiga sammanslagningskostnaden. Det är inte heller enbart skadligt att utmana befintliga myndighetskulturer. Inte minst Arbetsmarknadsverket har upprepade gånger kritiserats för effektivitetsbrister som delvis har sin grund i de värderingar som ”sitter i väggarna”.

Harmonisering av ersättningsnivåer och kvalificeringsvillkor erbjuder andra svårigheter att övervinna. A-kassan har ett någorlunda generöst tilltaget golv, vilket sjukförsäkringen saknar. Taket i a-kassan uppnås redan vid genomsnittsinkomsten medan sjukförsäkringen ger maximal ersättning vid en inkomst på 7,5 basbelopp, dvs. drygt 24 000 kr i månaden. Bara att säkerställa likartade golv och tak förutsätter antingen betydande resurstillskott eller justeringar som omfördelar mellan grupperna.

Å ena sidan medför en harmonisering av ersättningsnivåerna förändringar i de incitamentsstrukturer som byggts upp i systemen och som samverkar med olika åtgärdsprogram. Å andra sidan ska dessa svårigheter inte överdrivas. Behovet av motivationsskapande moment bör vara likartat i båda systemen, och när en bättre fungerande struktur byggts upp för arbetet med rehabilitering av fysisk och psykisk ohälsa kommer likheten att öka.

För en harmonisering talar dessutom såväl rättviseskäl som pedagogiska skäl. Med samordnade ersättningsnivåer försvinner alla incitament att växla mellan systemen. För medborgaren är det enklare att förhålla sig till och förstå ett sammanhängande system. Det är svårt att värja sig från misstanken att de jämförelsevis njuuga taken i a-kassan har att göra med att detta system i lägre grad angår medelklassen än sjukförsäkringssystemet. Det finns ingen principiellt hållbar grund för att arbetslösa ska ha ett sämre ekonomiskt skydd än sjukskrivna.

Ur pedagogisk synvinkel är det värdefullt att markera likheten mellan arbetslöshet och långvarig sjukskrivning eftersom det måste stå helt klart att samhället i båda fallen ställer krav och erbjuder stöd som syftar till att återföra förmånstagaren i arbete. En sådan effekt uppnås genom en samordnad försäkring.

En modell för att harmonisera försäkringarnas ersättningsnivåer skulle vara att harmonisera försäkringarnas golv till 200 kr om dagen samt att därefter utjämna taken på den nivå där de minskade utgifterna från sjukförsäkringen motsvarar de ökade för arbetslöshetsförsäkringen. Det skulle sannolikt motsvara ett tak på 7 basbelopp. Dessa frågor tarvar dock närmare utredning.

Också inträdet i och kvalifikationsgrunderna för ersättningssystemen skiljer sig åt. I sjukförsäkringssystemet ingår en karensdag innan arbetsgivarens sjuklöneansvar inträder. Detta sträcker sig sedan i två veckor innan den statliga sjukförsäkringen tar över. För a-kassan gäller fem karensdagar (arbetsdagar). Huruvida dessa inträdesregler kan och bör harmoniseras vid en sammanslagning av försäkringarna bör utredas. En möjlig lösning skulle här vara att

**Fel! Okänt namn på**

utsträcka karenperioden vid arbetslöshet till den tidpunkt då arbetsgivarnas sjuklöneansvar upphör.

Riksdagen bör låta regeringen återkomma med förslag till riksdagen på en samordnad arbetslivsförsäkring i enlighet med det som ovan anförts.

## **Andra åtgärder för att minska sjukskrivningarna**

Centerpartiets förslag om en samordnad arbetslivsförsäkring är ett förslag som skulle bidra till ett bättre arbete mot såväl ohälsa som arbetslöshet. I arbetet mot ohälsan har vi även föreslagit en rad andra förslag som bildar ett sammanhållet paket. Vissa av delarna blir inaktuella i takt med att den nya arbetslivsförsäkringen kommer på plats.

### **Ett tydligt arbetsmål i sjukförsäkringen**

I lagen om allmän försäkring (AFL) bör på tillämpliga ställen, framför allt tredje kapitlet, införas ett tydligt arbetsmål med innebörden att sjukförsäkringens syften är att säkerställa den sjukskrivnes ekonomiska trygghet under sjukdom som medför tillfälligt minskad arbetsförmåga samt att med rehabilitering och andra åtgärder säkerställa att den sjukskrivne kan återgå i egen försörjning med återställd arbetsförmåga så snart som möjligt och lämpligt med hänsyn tagen till den sjukskrivnes hälsa. Sjukförsäkringen syftar inte till varaktig försörjning. Vad som ovan anförts om ett tydligt arbetsmål i sjukförsäkringen bör ges regeringen till känna.

### **Avskaffa arbetsgivarnas sjukpenningavgift**

Arbetsgivarna har naturligt starka ekonomiska drivkrafter att förebygga sjukskrivning och ohälsa på grund av de kostnader för produktionsbortfall och inskolning av ny personal som är förknippade med sjukskrivningar. I den mån de inte tar sitt ansvar i dagens läge är det osannolikt att de ytterligare ekonomiska drivkrafter som regeringen pålagt dem kommer att leda till åsyftat resultat. Internationella erfarenheter tyder på att ett omfattande arbetsgivaransvar för den sjukskrivnes sjukpenningkostnader inte ger åsyftad effekt, utan leder till att man blir mer restriktiv att anställa personer som man bedömer har hög risk att bli sjukskrivna. Detta motverkar direkt åtgärdens syfte och försvårar för personer med en historia av lång sjukskrivning eller förtidspension att återgå i arbete. Det slår också hårt mot andra grupper som har svårt att få fäste på arbetsmarknaden, t.ex. äldre, personer med tidigare alkohol- eller drogproblem, funktionshindrade och möjligen även invandrare.

Arbetsgivarnas skyldighet att betala en sjukpenningavgift på 15 procent av den sjukskrivnes lön för hela den tid denne uppbär sjukpenning slår fel, drabbar grupper med svag ställning på arbetsmarknaden och måste därför upphävas. Detta bör ges regeringen tillkänna.

### **Nationella riktlinjer för sjukskrivning**

Försäkringskassans generaldirektör vill införa riktlinjer för sjukskrivning, som bl.a. ska ange lämplig längd på sjukskrivning för olika diagnoser, i syfte att stödja läkarna och skapa en likhet i tillämpningen över landet. Detta förslag bör verkställas.

Utöver detta bör Socialstyrelsen ges i uppdrag att identifiera de diagnoser där det finns anledning att tro att det ofta finns restarbetsförmåga eller att överutnyttjande förekommer. För dessa diagnoser bör det utvecklas riktlinjer för hur arbetsförmågan ska prövas. Inriktningen bör vara att det vid dessa fall ska krävas övertygande skäl för att arbetsförmågan är nedsatt och att sjukskrivning är en lämplig behandling ur medicinsk synvinkel för att sjukskrivning ska kunna komma i fråga. Riktlinjerna ska komma alla sjukskrivande läkare till del vilket kan förväntas medföra en mer välavvägd, rättvis och stram hållning till sjukskrivning. Vad som anförts om nationella riktlinjer bör ges regeringen till känna.

### **Nationellt hälsonät som stöd för läkaren i sjukskrivningsprocessen**

Centerpartiet vill bygga ut ett nationellt hälsonät, dvs. en IT-infrastruktur för hela hälso- och sjukvårdssektorn. En del av detta system är införande av elektroniska journaler/hälsopass där bl.a. alla åtgärder från olika läkare framgår. En sådan journal kan ge den sjukskrivande läkaren en bättre bild av patientens hälsostatus, förebygga felaktig läkemedelsförskrivning m.m. Den kan även på ett sekretesskyddat sätt ge en signal om den sjukskrivne nyligen nekats sjukskrivning av en annan läkare. Centerpartiet väcker förslag om Nationellt Hälsonät, elektroniska journaler och hälsopass i partiets motion om hälso- och sjukvården.

### **Stärk arbetsgivarens delaktighet i sjukskrivningsprocessen**

Eftersom arbetsgivaren har sjuklöneansvar bör hon eller han även ha möjlighet att kontrollera de anställdas skäl för sjukskrivning. Det är inte troligt att en sådan möjlighet skulle medföra ett systematiskt bruk av arbetsgivaren, men denne fick en rimlig möjlighet att inskrida mot personal som ofta stannar hemma från jobbet utan tillräckliga skäl. Vad som anförts om att ge arbetsgivaren möjlighet att begära sjukintyg från första dagen bör ges regeringen till känna.

### **Ett tydligare inträde i sjukförsäkringssystemet**

Läkaren som patienten går till måste se till patientens bästa och skapa en trygg atmosfär som gör att läkaren kan få en så heltäckande bild av sjukdomstillstånd och sjukdomshistoria som möjligt. Läkaren har sedan till uppgift att ställa en diagnos och utfärda ett läkarintyg. Det kan och ska inte vara läkarens uppgift att vara domare i sjukskrivningsärendet. Med diagnosen och läkarintyget som underlag så gör F-kassan en sjukskrivning. För att säkerställa att alla längre sjukskrivningar bedöms korrekt, samt att åtgärder kan inledas för

## **Fel! Okänt namn på**

att förebygga en utdragen sjukskrivning och återföra patienterna i egen försörjning, behövs det ett tydligare inträde i sjukförsäkringssystemet.

När den sjukskrivne övergår från arbetsgivarens sjuklöneansvar till sjukpenning (fr.o.m. den tredje veckan) ska Försäkringskassan alltid konsultera försäkringsläkare för diagnoserna på den av Socialstyrelsen upprättade listan.

Efter fyra veckors sjukfrånvaro ska den sjukskrivne genomgå en undersökning av en försäkringsläkare. Denna undersökning ger samtidigt ett underlag för vidare åtgärder inom ramen för rehabgarantin som beskrivs nedan.

Försäkringskassan kommer att behöva anställa fler försäkringsläkare för att klara denna nya uppgift. Det är dock angeläget att en sådan utbyggnad sker. Dels för att säkerställa en bättre kontroll av att sjukskrivning sker på korrekta grunder, dels för att den sjukskrivnes grunder för sjukskrivning inte bör bedömas enbart på andra läkares underlag. Antalet sjukfall över fyra veckor är inte så stort att uppgiften ter sig oralistisk. Den utbyggda kapaciteten kan därutöver användas för undersökningar längre fram i sjukskrivningen.

Vad som ovan anförts om ett tydligare inträde i sjukförsäkringssystemet och en kontroll av försäkringsläkare efter fyra veckors sjukskrivning bör ges regeringen till känna.

## **Rehabiliteringsgaranti**

Efter fyra veckors sjukskrivning ska Försäkringskassan/arbetslivskontoret i samarbete med den enskilde, arbetsgivaren och primärvården börja utarbeta en rehabiliteringsplan som i preliminär form ska vara färdig redan efter sex veckors sjukskrivning så att rehab-åtgärder då – om det är medicinskt möjligt – ska kunna inledas. Samarbetsvilja i rehabiliteringsprocessen från den långtidssjukskrivnes sida ska vara ett villkor för att få behålla sin ersättning.

Vi bedömer att det bör vara möjligt att genomföra rehabgarantin med dels de resurstillskott som regeringen föreslagit till Försäkringskassan, dels genom samordningsvinster via finansiell samordning. Tillgången på utbildad personal kan vara ett hinder vid ett snabbt genomförande av en rehabiliteringsgaranti, men redan genom att varje individ blir sedd och snabbt får en rehabplan är mycket vunnet. Effektiviteten i de åtgärder som redan görs – i offentlig och privat sektor, ofta på den enskildes eget initiativ – skulle också kunna ökas om de samordnades.

Vad som ovan anförts om en rehabiliteringsgaranti bör ges regeringen till känna.

## **Rehabiliteringslots**

Som ovan beskrivits möts den långtidssjukskrivne i behov av rehabilitering ofta av ett dåligt mottagande och otillräckliga insatser. I ett läge när motivationen kan vara låg är det ofta för mycket begärt att den enskilde själv ska kämpa sig till insatser och hålla kontakt med flera olika myndigheter och vård-/rehabiliteringsgivare. Lösningen på grundproblemet är naturligtvis att åtgärda myndighetsstrukturen så att den blir mer transparent – något som skulle bli följderna av en samordnad arbetslivsförsäkring enligt ovan. En lös-



## **Fel! Okänt namn på**

ning på kort sikt är att den enskilde efter sex veckors sjukskrivning får sig tilldelad en kontaktperson vid Försäkringskassan som följer upp rehabiliteringsplanen, samordnar rehabinsatserna och lotsar den enskilde mellan de olika aktörer som kan vara inblandade. Detta bör ges regeringen till känna.

### **Ge Försäkringskassan ansvar att skriva fram rehatutredningar**

Arbetsgivarens ansvar för att genomföra rehabiliteringsutredning vid fall av längre sjukfrånvaro fungerar otillfredsställande. Särskilt mindre arbetsgivare saknar resurser, kompetens samt kanske även motivation för att genomföra rehatutredningar. Resultatet blir att mycket tid förloras i inledningen av längre sjukfall eftersom Försäkringskassan inte vidtar några åtgärder förrän rehabiliteringsutredningen har genomförts. För att få en bättre ordning och snabbare utredning bör Försäkringskassan ges ansvaret att genomföra rehabiliteringsutredning samtidigt som arbetsgivarna görs skyldiga att bistå försäkringstjänstemännen med uppgifter. Arbetet med rehatutredning ska inledas omedelbart efter fyra veckors sjukskrivning om skäl finns till detta. Vad som ovan anförts om att Försäkringskassan ska ha huvudansvaret för att genomföra rehabiliteringsutredning bör ges regeringen till känna.

### **Rätt till ett års tjänstledighet för att pröva nytt jobb**

De höga sjukskrivningstalen är delvis ett resultat av en för låg rörlighet på arbetsmarknaden. Människor söker sig inte i tillräckligt stor utsträckning bort från arbetsplatser där de vantrivs eller bort från arbetsuppgifter som har en negativ hälsoeffekt. En strategi för att minska sjukfrånvaron måste uppmuntra människor att ställa sig frågan om man befinner sig på rätt plats i arbetslivet. Denna fråga bör väckas såväl före sjukskrivningen som i rehabiliteringsarbetet. Med möjlighet att vara tjänstledig i upp till ett år för att pröva ett nytt jobb sänks tröskeln att lämna den trygghet som en fast anställning innebär. Vad som anförts om att förlänga möjligheten till tjänstledighet för att pröva ett nytt jobb i upp till ett år bör ges regeringen till känna.

### **Avstämningsstation efter sex månaders sjukskrivning**

Efter sex månaders sjukskrivning bör alla sjukskrivna få sin arbetsförmåga prövad mot hela arbetsmarknaden. Avstämningen bör ske i medverkan av arbetsförmedlingen och den medicinska expertis som kan behövas. Försäkringskassan ska vid denna avstämning ta ställning till om personen kan återgå till arbetslivet, om än inte till det arbete som personen är sjukskriven från. Om så är fallet ska personen föras över till a-kassan och arbetsförmedlingen. Sjukskrivna som är under pågående behandling men som bedöms kunna återgå till sin tidigare anställning ska kunna kvarstå i sjukförsäkringen till dess behandlingen eller rehabiliteringen är avslutad. Personer som inte bedöms kunna återgå i arbete det närmaste året ska övergå i sjukersättning. Prövningen mot hela arbetsmarknaden ska upprepas var sjätte månad. Vad som anförts om en avstämningsstation efter sex månaders sjukskrivning bör ges regeringen till känna.

Fel! Okänt namn på

### **Ge Försäkringskassan och Skatteverket ökat undersökningsansvar**

Trots att Försäkringskassan utökat sina kontroller av fusk inom sjukförsäkringen leder få anmälningar till polisundersökning och åtal. Detta beror på att socialförsäkringsbrott hamnar relativt långt ned i polisens prioritering av vilka brott som ska bekämpas. För att vi bättre ska kunna försvara sjukförsäkringen och andra socialförsäkringar mot fusk och bedrägerier bör Försäkringskassan och Skatteverket ges ett utökat undersökningsansvar, med innebörden att de ska göra kompletta bedrägeriundersökningar som sedan kan lämnas direkt till åklagare utan att först passera polisen. Denna modell tillämpas för närvarande på försök i Västmanland. Vad som anförts om att ge Försäkringskassan och Skatteverket utökat undersökningsansvar bör ges regeringen till känna.

Det borde vara en självklarhet att Försäkringskassan och Skatteverket kan samköra relevanta register för att beivra brott. En sådan möjlighet bör omgående införas. Detta bör ges regeringen till känna.

### **Finansiell samordning**

Medel reserverade till bidrag omvandlas till aktiva åtgärder i ett samarbete mellan Försäkringskassan och andra myndigheter såsom primär- och sjukvården, arbetsförmedlingen och kommunernas socialtjänst. Härigenom kan dels resurser mobiliseras till vård och rehabilitering, dels en bättre helhetsbild av den sjukskrivnes situation uppnås. Erfarenhet från nittioalets försök med Finsam visar att denna typ av insatser ger mycket god utväxling i form av minskade sjukskrivningstider och därmed förknippade kostnader. Permanent finansiell samordning är grunden för Centerpartiets förslag till rehabiliteringsgaranti och nationell vårdgaranti. Dessvärre har regeringen avvisat möjligheten att släppa fram den finansiella samordningen, genom att ställa mycket hårda villkor för att finansiell samordning ska få genomföras. Centerpartiet har tidigare föreslagit en förändring av lagstiftningen som radikalt skulle öka möjligheterna till finansiell samordning på alla nivåer. Det bör räcka att två myndigheter eller huvudmän vill samarbeta. De poolade resurserna bör få uppgå till 10 procent av respektive myndighets budget. Kraven på att alla myndigheter ska bidra lika mycket bör slopas. Riksdagen bör av regeringen begära förslag om ett mer tillåtande regelverk för finansiell samordning.

### **Förändrad beräkning av sjukpenninggrundande inkomst**

SGI ska beräknas på genomsnittsinkomsten under de senaste 24 månaderna före sjukskrivningsperiodens inledning. Det medför en rättvisare sjukpenning som är bättre anpassad till ett arbetsliv där fler och fler har varierande arbetsinkomster, men innebär också en viss justering nedåt av den genomsnittliga ersättningsnivån, vilket något förstärker den enskildes incitament att eftersträva återgång i arbete. Förslag om detta återfinns i Centerpartiets budgetmotion.

## Översyn av de avtalade försäkringsförmånerna

De mellan arbetsmarknadens parter avtalade tilläggsförsäkringarna mot inkomstbortfall vid exempelvis sjukdom har stor påverkan på många löntagares incitament att använda socialförsäkringarna. Från detta perspektiv kan det vara önskvärt att tydligare än hittills involvera arbetsmarknadens parter i arbetet mot sjukskrivningarna bl.a. vad avser de avtalade försäkringarna. Avtalsrätten bör inte inskränkas. Detta bör ges regeringen till känna.

## Stabilisera kostnaderna för förtidspensioneringarna

En nyckelfråga för att få ned kostnaderna för ohälsan är att omgående bromsa ökningen av antalet förtidspensionerade (förmånstagare av sjukersättning och aktivitetsersättning). Genom att minska antalet långtidssjukskrivna minskas också inströmningen till sjuk- och aktivitetsersättningssystemet. Centerpartiet stöder tidsgränsen om tre år för beviljad ersättning och därefter bevilja förlängning efter prövning. Det är viktigt att adekvata rehabiliteringsinsatser riktas också till denna grupp. Detta bör ges regeringen till känna.

Det kan däremot ifrågasättas huruvida regeln om att förtidspensionering ska prövas efter ett års sjukskrivning är välgrundad. Risken finns att människor, på grund av bristfälliga rehabiliteringsinsatser, parkeras i förtidspension av huvudsakligen statistik-kosmetiska eller kortsiktiga finansiella skäl. Det är samhällsekonomiskt och humanitärt nödvändigt att ambitionen att återföra människor till arbetskraften inte avslutas efter ett år. Det måste understrykas att nedsatt arbetsförmåga i det arbete den sjukskrivne hade innan han eller hon blev sjuk inte får vara tillräcklig grund för förtidspensionering. Sjuk- och aktivitetsersättning ska bara beviljas om arbetsförmågan av medicinska eller psykiatriska skäl bedöms förhindra återgång till *något* arbete eller till utbildning som kan leda till anställningsbarhet i ett yrke där de aktuella medicinska eller psykiatriska hindren inte är relevanta. Riksdagen bör av regeringen begära förslag om att 7 kap. 3 § lagen om allmän försäkring (AFL) förtydligas i detta avseende.

Stockholm den 28 september 2005

*Birgitta Carlsson (c)*

*Kenneth Johansson (c)*

*Birgitta Sellén (c)*

*Margareta Andersson (c)*

*Annika Qarlsson (c)*

*Jan Andersson (c)*