



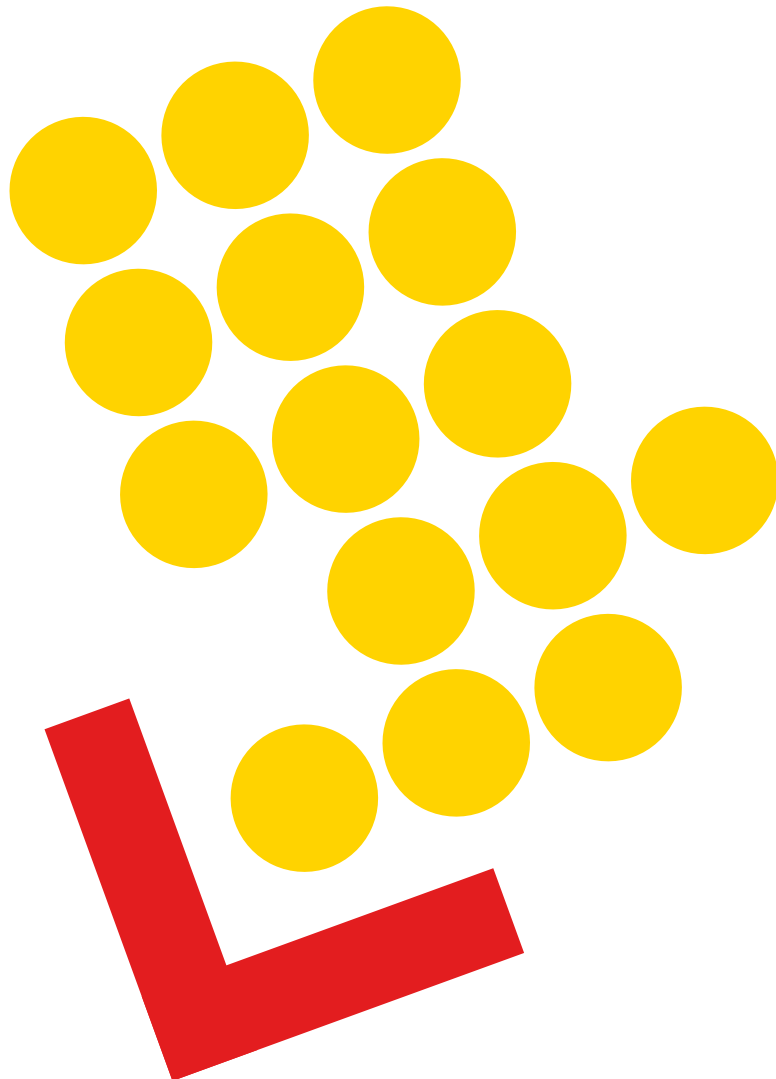
Sjukas rätt till stöd

En idéskrift om morgondagens sjukförsäkring

Författare:

ÅSA FORSELL och LINDA GRAPE,

Näringspolitiska enheten.



Förord

Allt för många människor är sjukskrivna allt för länge, utan att deras chanser att åter arbeta tas tillvara. Bördan bärs inte bara av samhället i form av förlorad arbetskraft och höga kostnader för sjukfall som drar ut på tiden. Det är den sjukskrivne som inte får hjälp tillbaka till arbetslivet som drar det tyngsta lasset. Det är misslyckanden inom ramen för sjukförsäkringen och dess praktiska tillämpning, tillsammans med otydligheter i anställningsskyddet och ansvaret för rehabilitering, som ligger bakom att så många som hamnat i ohälsa far illa. Människor förlorar fotfästet i arbetslivet på ett sätt som inte borde ske.

Insatser behövs för att skapa en bättre fungerande sjukskrivningsprocess, och frågan om sjukförsäkringens framtida utformning är just nu en punkt på den rikspolitiska dagordningen. I november 2006 presenterade socialförsäkringsutredningen sitt slutbetänkande. Utredningen har bidragit med intressanta skrifter och analyser. Det finns emellertid anledning att se kritiskt på vissa reformtankar som utredningen fört fram. Under 2007 förväntas regeringen tillsätta en parlamentarisk utredning med uppgift att ta fram förslag till en reform av socialförsäkringarna.

Syftet med denna skrift är delvis att belysa brister som drabbar de sjukskrivna i dagens system. Men framför allt är ambitionen att teckna konturerna av det skydd och stöd som människor som drabbas av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom bör få rätt till. Att skapa bättre förutsättningar för att stötta människor ur ohälsa och åter till arbete står i fokus.

Denna idéskrift om morgondagens sjukförsäkring är framtagen inom ramen för ett välfärdsprojekt som initierades av LO-kongressen 2004. Projektet leds av en förbundsgemensam styrgrupp. Gruppen består av representanter för sex LO-förbund: Anders Ferbe, andre vice ordförande IF Metall, Lars-Åke Almqvist, förste vice ordförande Kommunalarbetareförbundet, Janne Rudén, förbundsordförande Seko, Jörgen Eriksson, enhetschef vid Byggnadsarbetareförbundets försäkringsenhet, Ella Niia, förbundsordförande Hotell och restaurangfacket, samt Susanna Gideonsson, förste vice ordförande Handelsanställdas förbund. Erland Olauson, LOs förste vice ordförande, är styrgruppens ordförande. Skriften är författad av Åsa Forssell och Linda Grape vid LOs näringspolitiska enhet. Synpunkter och förslag har inhämtats från en rad personer inom LO-kansliet.

Stockholm, april 2007

Innehåll

Sammanfattning	3
Vår bild av problemen idag.....	3
Vår skiss för framtiden.....	5
Kapitel 1 – Inledning	7
Utgångspunkter	7
Behovet av en reform.....	8
En skiss över morgondagens sjukförsäkring.....	8
Politiska förutsättningar	9
Kapitel 2 – Viktigt skydd för LO-medlemmarna.....	11
Mycket ojämnt fördelad risk.....	11
Omfattande omfördelning genom sjukförsäkringen	12
Det samlade ekonomiska skyddet vid ohälsa – kort beskrivet	13
Kapitel 3 – Sjuk blir dubbelt drabbad, en problembeskrivning	16
Rehabilitering som uteblir.....	19
Rationellt att inget göra.....	22
Människor faller mellan stolarna	25
Otydlighet raserar trygghet i försäkringen.....	26
Brister i det ekonomiska skyddet för den som blir sjuk.....	28
Kapitel 4 – Morgondagens sjukförsäkring.....	31
1. Ett gott ekonomiskt skydd vid sjukdom, och skyddad tid med sjukpenning.....	31
2. Omställning under perioden med sjukpenning	34
3. Omställning efter perioden med sjukpenning	38
4. Ett gott ekonomiskt skydd efter sjukpenning.....	39
Hur ska framtidens sjukförsäkring bäst organiseras?	41
Källförteckning	44

Bilaga 1: Samlad ersättning vid ohälsa – en översikt

Bilaga 2: Sammanfattande presentationsbilder

Bilaga 3: Socialförsäkringsutredningen sammanfattad

Sammanfattning

Vår bild av problemen idag

Långa sjukskrivningar är en viktig förklaring till den höga sjukfrånvaron i Sverige. Två femtedelar av de pågående sjukskrivningsfallen har pågått i ett år eller mer. I vissa fall kan långtidssjukskrivning givetvis vara berättigat, men mycket tyder på att många människor i onödan fastnar i sjukskrivning. Varken arbetsgivare eller försäkringskassa uppfyller kraven på rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna.

Det är i många sjukskrivningsfall rationellt för alla inblandade att inget göra, att låta sjukskrivningen fortgå med ersättning från sjukförsäkringen i form av sjukpenning. Den som är sjukskriven från en anställning riskerar denna om han eller hon går med på rehabilitering med inriktning på ett annat jobb. Den som är sjukskriven riskerar också sin anställning om han eller hon går tillbaka till sitt jobb med en fortsatt nedsättning av arbetsförmågan. Om arbetsgivaren anser att han eller hon inte kan utföra något arbete av betydelse kan saklig grund för uppsägning anses föreligga.

Arbetsgivaren har enligt arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring ett utbrett ansvar för att ta tillvara medarbetares arbetsförmåga. Ändå är det otydligt vilka insatser som kan krävas av arbetsgivaren för att en sjukskriven anställd ska kunna komma tillbaka till jobbet. Det finns en motsättning mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och rätten att besluta om den egna verksamheten. Den senare segrar i många fall. Därför blir det många gånger rationellt även för arbetsgivaren att inget göra för att rehabilitera den sjukskrivne. Också det lokala facket blir en passiv åskådare.

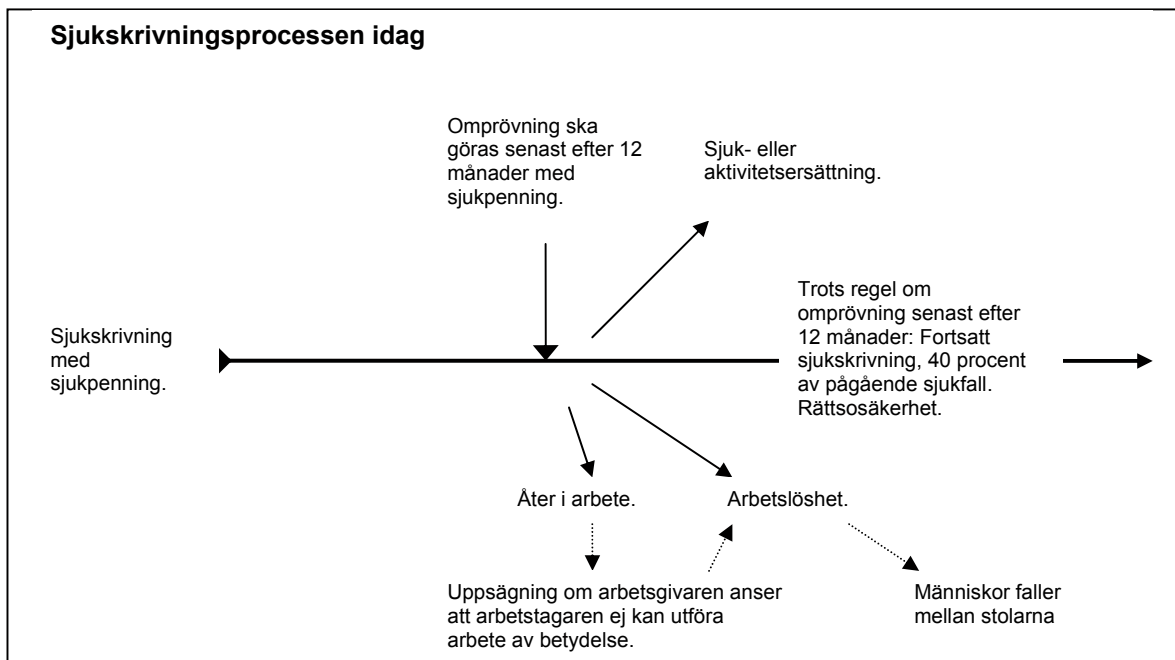
Att sjukskrivningar drar ut på tiden drabbar i den sjukskrivne hårdast. Chanserna att återgå till arbete krymper när sjukfrånvaron blir längre. Tidiga insatser är det som bäst kan hjälpa den sjukskrivne tillbaka till arbete. De långa sjukskrivningarna riskerar att leda till utslagning från arbetslivet.

För den som går sjukskriven längre än ett år finns idag ett stort mått av rättsosäkerhet förknippat med sjukskrivningen. Regelverket säger att försäkringskassan ska göra en prövning av sjukskrivningen senast efter 12 månader. Vid denna prövning ska arbetsförmågan på nytt bedömas, och det ska avgöras om den sjukskrivne bör övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning. Tillämpningen av denna regel är dock inte konsekvent. Som en konsekvens av detta skapas en stor osäkerhet för den långtidssjukskrivne. När sjukskrivningen överskridit dessa 12 månader riskerar han eller hon att när som helst få besked om att sjukpenningen setts över och dragits in.

Vad som har uppmärksamrats under de senaste åren när försäkringskassan vidtagit åtgärder för att strama upp handläggningen, nämligen att människor fått plötsliga besked om indragen sjukpenning, belyser denna rättsosäkerhet. Detta har i många fall resulterat i att människor fallit mellan stolarna. De har av försäkringskassan ansetts för friska för sjukpenning, men av arbetsförmedlingen bedömts vara för sjuka för att kunna stå till arbetsmarknadens förfogande.

I skissen nedan illustreras sjukskrivningsprocessen som den fungerar idag.

Sannolikheten att avbryta sjukskrivningen och återgå till arbete minskar kraftigt under de första tre till fyra månaderna. Samtidigt vet vi att arbetsgivare inte ens genomfört en rehabiliteringsutredning i mer än hälften av sjukfallen som pågått längre än 60 dagar det granskade året 2004.



Först och främst är det människor som kommer i behov av sjukförsäkringen som drabbas av att tillämpningen av den leder till otydlighet och rättsosäkerhet. Men det är också ett legitimitetsproblem för sjukförsäkringen att människor går sjukskrivna för länge. Det riskerar att urholka förtroendet för sjukförsäkringen, ett förtroende som är viktigt att bevara. Ett utbrett stöd för sjukförsäkringen är avgörande för att alla ska vilja vara med och solidariskt finansiera den.

Ur ett LO-perspektiv är ett bevarande av stödet för sjukförsäkringen av yttersta vikt. Risken att drabbas av ohälsa som leder till nedsatt arbetsförmåga är mycket skevt fördelad, och arbetare drabbas i större utsträckning än tjänstemän. Kvinnor i arbetaryrken är värst drabbade av svår långvarig sjukdom.

Med sjukförsäkringen följer även en omfattande omfördelning som gynnar LO-kollektivet. Försäkringen skapar en omfördelning från försäkringstagare med högre inkomster till försäkringstagare med lägre inkomster.

Vår skiss för framtiden

Med de förslag som formuleras i rapporten *Sjukas rätt till stöd – en idéskiss om morgondagens sjukförsäkring* finns flera mål:

- Tydliggöra ansvarsförhållanden.
- Öka rättsäkerheten för den sjukskrivne.
- Säkra god ekonomisk trygghet i försäkringen.
- Skapa ett system där alla gör vad de ska.
- Aktiva insatser tidigt, sjukskrivning får inte bli en tid av väntan.
- Friare användning av tiden med sjukpenning, återgång i arbete i fokus.

Inledningsvis bör betydelsen av ett väl fungerande arbetsmiljöarbete betonas. Att arbetet anpassas till människors individuella villkor måste vara en given utgångspunkt i en strävan att komma till rätta med ohälsa i arbetslivet. Arbetsmiljöer som bidrar till arbetstagares ohälsa måste kontinuerligt ses över och hälsorisker åtgärdas.

En stor utmaning består dock i att hitta sätt att hjälpa fler tillbaka till arbete efter en tid av sjukskrivning. I debatten hörs krav på striktare villkor och lägre ersättningsnivåer för att tvinga människor ur sjukförsäkringen. Till den typen av åtgärder sätter vi ingen tilltro. Det som idag saknas är rätt insatser i rätt tid. Det krävs dessutom ett arbetsliv som inte stänger ute den som inte har full arbetsförmåga. I det fackliga uppdraget är det centralt att ge stöd och hjälp för att arbetskamrater ska kunna komma tillbaka till arbete. Vi söker här ett system där det även blir en större angelägenhet för facket att arbeta med att stötta medlemmar som drabbats av nedsatt arbetsförmåga.

De huvudsakliga förslagen från styrguppen kan sammanfattas i några punkter:

- **Gott ekonomiskt skydd för den som blir sjukskriven.**
 - Högre tak i sjukförsäkringen.
 - Gärna taxerad - men inte gammal - inkomst som grund.
 - Rättvisare karens, karensavdrag istället för karensdag.
- **Tid med sjukpenning som skyddad period – friare användning av sjukskrivningstiden.**
 - Stärkt anställningsskydd, anställning skyddad under tid med sjukpenning.
 - Tidsgräns för sjukpenning, ca 14-15 månader.
- **Ökat tryck för bättre fungerande rehabiliteringsprocess.**
 - Tydliggörande av arbetsgivarens ansvar, ändringar i LAS. I utbyte ett mer överblickbart åtagande för arbetsgivaren.
 - Avtal för omställning, gärna branschöverskridande. Arbetsgivare med avtal slipper del av sociala avgifter som går till rehabilitering/omställning.
 - Ökad möjlighet till fackligt ansvarstagande genom avtal om omställning.
- **Förtydligande av ansvar för rehabilitering.**
 - Arbetsgivaren måste agera, annars återupptagen sjuklön.

- När arbetsgivaren gjort allt men inget hjälpt – samhällets ansvar.

• **Tydligare rätt till aktiva insatser även efter sjukskrivning.**

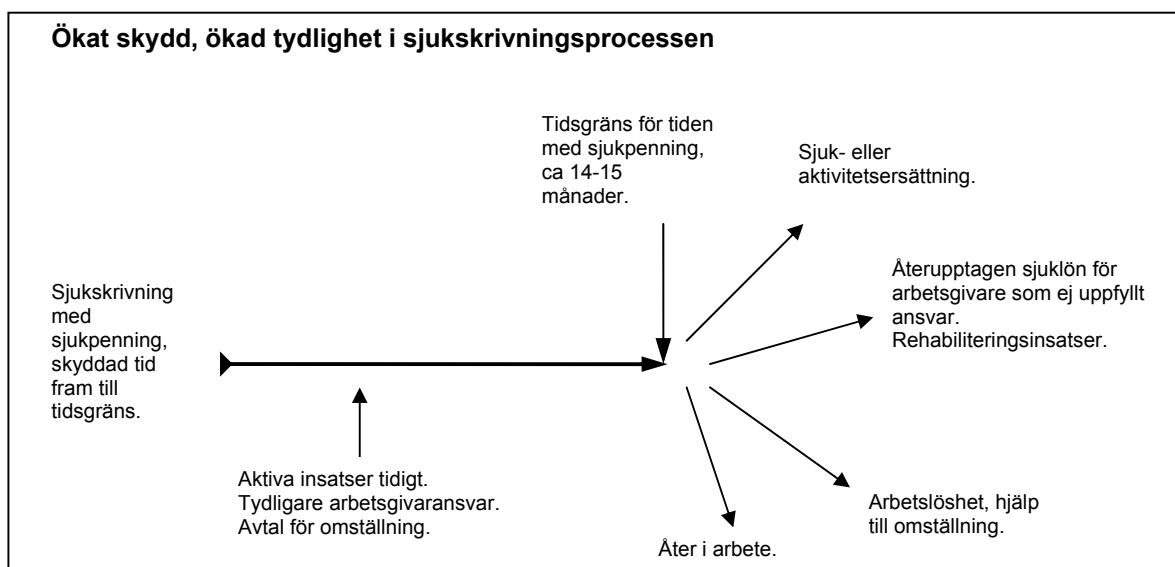
- Rätt till omedelbar individuell bedömning av behov.
- Rätt till individuellt utformad hjälp för att hitta tillbaka till arbetslivet.

• **Gott ekonomiskt skydd efter sjukskrivning.**

- Krav på bra arbetslöshetsförsäkring – förutsättning för denna skiss.
- Slut på sjuk- eller aktivitetsersättning som fattigdomsfälla: Högre ersättning, uppräknig med inkomstutvecklingen, bättre skydd för unga med få år i arbetslivet.

Med det vi föreslår under den tidsbegränsade sjukpenningen bör det dessutom skapas bättre underlag för bedömning av sjukersättning på hel- eller deltid. Detta är förutsatt att det fungerat som det ska under det första året, att den sjukskrivne givits möjligheter att exempelvis prova nya jobb. Om rehabiliteringen av sjukskrivna kan formas att fungera som den ska kommer också färre som återvunnit sin arbetsförmåga hamna i arbetslöshet. Vad som ska hända med dem som har arbetsförmåga, men inte i sitt gamla arbete, blir en fråga för arbetsmarknadspolitiken. Därför är en fungerande och bra sådan en förutsättning för denna skiss. Behoven av hjälp att hitta en ny plats i arbetslivet efter långvarig sjukfrånvaro finns redan idag, men kommer att tydliggöras.

I skissen nedan illustreras förslaget. Tiden med sjukpenning blir en skyddad period med möjligheter att exempelvis prova andra arbeten eller satsa på utbildning. Rätten till sjukpenning kan inte ifrågasättas, och anställningsskyddet består även om den anställde genomgår rehabilitering/omställning till annat jobb. Att tiden med sjukpenning ges en stoppunkt innebär en markering av att något annat måste ske. Sjukskrivning kan inte tillåtas dra ut mer på tiden. Sannolikheten att återvända till arbete är efter 14 till 15 månaders sjukskrivning mycket låg. Givetvis måste undantag från denna tidsbegränsning vara möjliga om särskilda skäl föreligger. Tiden med sjukpenning kan dock inte tillåtas bli en tid av väntan. Genom ett tydliggörande av arbetsgivarens ansvar och avtal för omställning är förhoppningen att skapa drivkrafter för aktiva insatser tidigt.



Kapitel 1 – Inledning

Utgångspunkter

En generell och solidarisk välfärd har länge varit utgångspunkter för LO. Det ska det också fortsätta att vara. Förändringar av hur vår välfärd är organiserad kan dock bli nödvändiga och när alternativ läggs fram bör de därför granskas noggrant. LO-kongressen har enats om vilka principer den samlade välfärdspolitiken ska bygga på, och dessa ska uppfyllas. Principerna är huvudsakligen tre.¹

Den första är att välfärden ska vila på lagstiftade rättigheter som är lika för alla. Den ska ge ett tillräckligt bra skydd för alla. Ingen får lämnas utan ekonomisk trygghet. I detta ligger en stark övertygelse om att våra socialförsäkringar ska vara så bra att man kan tala om ett verkligt skydd mot inkomstbortfall, inte enbart ett grundskydd. Avtalsförsäkringar ska bara ge ett kompletterande skydd.

Den andra principen är att vår välfärd även fortsättningsvis ska finansieras av oss alla gemensamt, solidariskt. Grupper med låg risk ska inte kunna, eller ens vilja, välja bort våra gemensamma försäkringslösningar för att istället söka skydd hos privata försäkringsgivare. Den riskdelning som socialförsäkringssystemet innebär ska bevaras.

Den tredje viktiga principen är att vår välfärd ska stödja arbetslinjen och ett i övrigt aktivt liv. En hög sysselsättningsnivå är dessutom en grundförutsättning för att välfärden ska kunna upprätthållas. Det är mer effektivt för samhället att människor med nedsatt arbetsförmåga arbetar utifrån sina förutsättningar än att de inte arbetar alls. Arbetslinjen går ut på att tillvarata varje individs vilja och förmåga att arbeta. Den bygger på ömsesidighet – en balans mellan rättigheter och krav. Den innebär *rätt* till utveckling och meningsfull sysselsättning när arbetsförmågan sviktar, samt ekonomisk trygghet vid omställning. Den innebär *krav* på aktivitet vid arbetslöshet och i övrigt en strävan att arbeta. Arbetslinjen är enligt LOs syn också en kompetenslinje som innebär att människor ska ges hjälp att ställa om för att kunna delta i arbetslivet.

Det primära i en översyn av sjukförsäkringen är att den som blir sjuk får ett så bra försäkringsskydd som möjligt. Det gäller ett ekonomiskt skydd såväl som hjälp och stöd för att komma tillbaka i arbete efter en sjukdomsperiod. Frågor som rör sjukförsäkringens organisering är underordnade utfallet för de som omfattas av försäkringen.

Ett grundläggande krav är att sjukförsäkringen tillämpas på ett rättssäkert sätt. Det är en förutsättning för att människor ska känna det som är det grundläggande syftet med alla försäkringar - trygghet. Sjukförsäkringen ska ge den som arbetar lugn genom vetskapen om att utebliven inkomst ersätts om arbetsförmågan sviktar på grund av ohälsa. Om människor inte känner denna trygghet sätts förtroendet för försäkringen i gungning. För tryggheten är det också viktigt att ersättningsnivåer och villkor är sådana att den som måste vara sjukskriven inte tvingas att kraftigt sänka sin levnadsstandard. Detta betonades vid LOs senaste kongress när beslut fattades om att verka för ett höjt tak och ett samlat skydd vid sjukdom som uppgår till 90 procent av löneinkomsten. Förutom att ersättningen ger ett verkligt inkomstbortfallsskydd är stabilitet i försäkringen viktigt. Människor behöver veta vad som gäller för att känslan av trygghet ska infinna sig. Det är viktigt att försäkringen är förutsebar.

¹ LO (2004) *Fackliga strategier för bättre byten*

Försäkringen måste också innebära hjälp och stöd för den individ som har drabbats av ohälsa, och som antingen behöver extra insatser för att återvända till sitt jobb eller hjälp att hitta en ny position på arbetsmarknaden. Detta stöd ska vara en rättighet för den enskilde. Ingen ska lämnas vind för våg, och ingen ska behöva fastna i en utdragen väntan på hjälp. Så är det tyvärr ofta idag.

Behovet av en reform

Många är sjukskrivna, och många är sjukskrivna länge. I början av 2007 gick omkring 200 000 svenskar hemma med sjukpenning. Två femtedelar av sjukskrivningarna pågår i mer än ett år.² Därutöver uppbär mer än en halv miljon människor sjuk- eller aktivitetsersättning, förtidspension som det tidigare hette.³ Tillsammans bildar dessa människor en stor andel av befolkningen i arbetsför ålder. Oavsett hur deras ohälsa tar sig uttryck har de en sak gemensamt – de är långtidsfrånvarande från arbetslivet.

Mycket tyder på att många i onödan fastnar i sjukskrivning. Människor fastnar i ett moment 22; de har en anställning som de inte kan återgå till, men som de inte vågar släppa. Arbetslösheten skrämmer. Den som prövar att återgå i sitt tidigare arbete och inte klarar det riskerar att hamna i en situation där arbetsgivaren kan anses ha saklig grund för uppsägning. Detsamma gäller den som prövar arbeten hos andra arbetsgivare. Den som varit sjukskriven mer än ett år riskerar dessutom att med mycket kort varsel få sin sjukpenning indragen. Arbetsgivaren å sin sida har ofta släppt taget, och myndigheterna gör inte heller vad de ska. Det blir en tid av väntan. I takt med att tiden går fjärras människan från arbetslivet, och ju längre avståndet växer desto svårare blir vägen tillbaka. Erfarenheter pekar på att chanserna att återgå till arbete krymper när sjukfrånvaron drar ut på tiden.

Att människor faller mellan stolarna, att de anses för friska för sjukpenning men för sjuka för att kunna stå till arbetsmarknadens förfogande, är också ett problem som LO har uppmärksammat tidigare.

Att så många människor slås ut från arbetslivet har blivit ett stort samhällsproblem, men den tyngsta bördan bär den sjukskrivne själv. Tiden som sjukskriven innebär inte bara en tid av sviktande hälsa. Inte sällan följer social isolering, förlorad gemenskap med de arbetskamrater som annars utgör dagliga kontakter, och inte minst en distansering från den yrkesroll som för många är central i livet.

En skiss över morgondagens sjukförsäkring

I första hand måste det förebyggande arbetsmiljöarbetet hela tiden förbättras. Att säkerställa att detta arbete bedrivs effektivt är en given utgångspunkt i en strävan att

² I februari 2007 hade 215 555 personer sjukpenning. Den senaste statistiken som talar om hur länge sjukfall pågått är från slutet av december 2006, då fanns 194 471 pågående sjukfall varav 78 277 (40,3 procent) hade pågått i mer än ett år (Försäkringskassan, månadsuppgifter mars 2007).

³ I mars 2007 hade 555 405 personer sjuk- eller aktivitetsersättning (Försäkringskassan, månadsuppgifter mars 2007)

komma till rätta med ohälsa i arbetslivet. Arbetsmiljöer som bidrar till arbetstagares ohälsa måste bli till miljöer där hälsorisker kontinuerligt ses över och åtgärdas.

En stor utmaning består dock i att hitta sätt att hjälpa fler tillbaka till arbete efter en tid av sjukskrivning. I debatten hörs krav på striktare villkor och lägre ersättningsnivåer för att tvinga människor ur sjukförsäkringen. Till den typen av åtgärder sätter vi ingen tilltro. Det som idag saknas är rätt insatser i rätt tid. Det krävs dessutom ett arbetsliv som inte stänger ute den som inte har full arbetsförmåga.

För att tidiga rehabiliteringsåtgärder ska komma till stånd krävs det att reglerna utformas så att det blir rationellt för alla inblandade att se till att rehabiliteringsåtgärder kommer igång så tidigt som möjligt. Ska det vara möjligt måste den som är sjuk känna trygghet, både när det gäller rätten till sjukpenning och rätten till anställningen, även om han eller hon prövar andra arbeten. Kraven på arbetsgivarna måste förtydligas. Samtidigt är det rimligt att en arbetsgivare som vidtar alla åtgärder som krävs kan överblicka omfattningen av ansvaret om en anställd blir sjuk eller skadas.

Socialförsäkringsutredningen föreslog en tidsgräns i sjukförsäkringen. Vi tror att det är rätt väg att gå för att göra omställning centralt i försäkringen. En tidsgräns skulle kunna bidra till att markera det temporära med sjukskrivning och betona att återgång i arbete måste vara målet. För att en tidsgräns ska få positiva effekter för den som drabbats av sjukdom krävs dock ett verkligt stöd för, och verkliga möjligheter till, återgång i arbete. Det krävs också en förstärkning av anställningsskyddet under motsvarande period. I de fall då en arbetstagare trots rehabiliteringsåtgärder inte kan återgå i arbete är en bättre ekonomisk trygghet än idag viktig. För den som blir arbetslös krävs arbetsmarknadspolitiska insatser såväl som ekonomisk trygghet.

Kort sammanfattat eftersträvar vi en lösning som innebär ett ökat skydd under tiden med sjukpenning, ett individanpassat stöd för återgång i arbete samt ökade drivkrafter för arbetsgivare, fack och berörda arbetstagare att arbeta med rehabilitering och omställning så tidigt som möjligt.

Med denna rapport dras de stora penseldragen av det skydd och stöd som vi vill se att människor som drabbats av ohälsa ges rätt till. Rapporten förmedlar en önskvärd färdriktning. På flera punkter behöver förslagen utvecklas på en mer detaljerad nivå.

Politiska förutsättningar

Det är med utgångspunkt i en stor oro för utslagningen från arbetslivet som en reform av sjukförsäkringen framstår som önskvärd. Att så många människor drabbas av ohälsa, och blir kvar i ohälsa under lång tid, är ett problem som kräver en lösning.

För att en reform ska få ett lyckat utfall krävs dock starka kopplingar till en väl fungerande arbetsmarknadspolitik, en politik som bygger på aktiva insatser där människor rustas för att kunna delta i arbetslivet utifrån sina förutsättningar. Det krävs också ett gott ekonomiskt skydd i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna så att människor står väl skyddade mot inkomstbortfall. Utan dessa kopplingar faller förutsättningarna för en framgångsrik reform.

Den politik som förs av den sittande borgerliga regeringen går dessvärre i en annan riktning. Resurserna till det arbetsmarknadspolitiska området har minskat. Inriktningen har ändrats på ett sätt som leder bort ifrån den aktiva arbetsmarknadspolitiken. Det

ekonomiska skyddet genom arbetslöshetsförsäkringen har försämrats. Mot denna bakgrund får de reformtankar som vi för fram betraktas som en förhoppning om en politisk inriktning i framtiden.

Kapitel 2 – Viktigt skydd för LO-medlemmarna

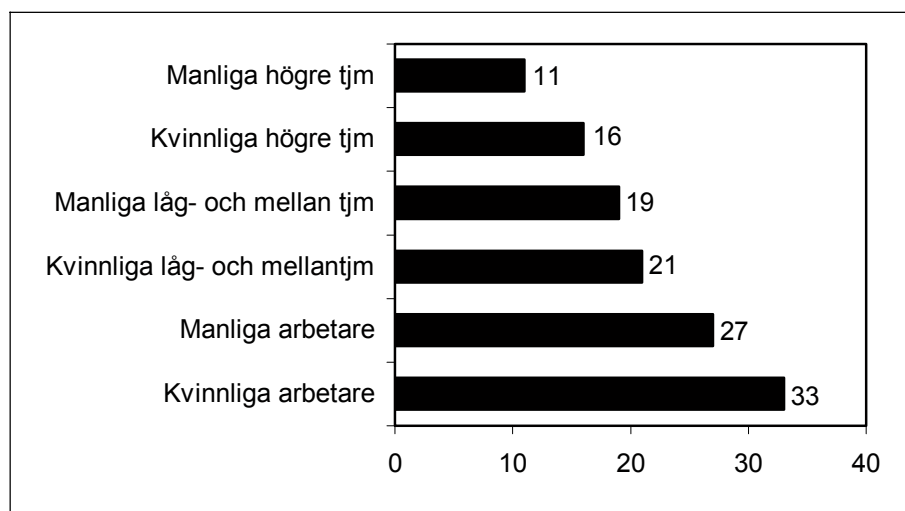
Mycket ojämnt fördelad risk

Sjukförsäkringen är av stor betydelse för den som inte kan arbeta på grund av ohälsa. Ingen kan på förhand veta om just hon eller han kommer att drabbas av sjukdom eller olycksfall som gör att arbetsförmågan blir nedsatt. Även om alla löper risk att drabbas är risken inte lika för alla, tvärtom så är den mycket skevt fördelad. LO-medlemmarna tillhör i stor utsträckning den grupp som löper störst risk att drabbas. Det skydd som sjukförsäkringen innebär blir därför av avgörande betydelse.

De klass- och könsmässiga skillnaderna i ohälsa framgår bland annat i den offentliga statistiken över levnadsförhållanden. Utifrån denna belystes skillnaderna med stor tydlighet i LO-rapporten *Ohälsans trappa* (2004).⁴ Det är arbetare, kvinnliga arbetare i synnerhet, som är särskilt utsatta för att drabbas av ohälsa, både kort- och långvarig.

Diagrammet nedan visar det som rapportens titel talar om – en ohälsans trappa utifrån yrke och kön. Det visar den ojämnt fördelade ohälsan bland personer i åldrarna mellan 45 och 64 år. Bland arbetare är andelen med svår långvarig sjukdom betydligt högre än den är hos tjänstemän. Genomgående syns att kvinnor drabbas i större utsträckning än män. Svår långvarig sjukdom är i denna åldersgrupp mest utbredd bland kvinnliga arbetare, och minst förekommande bland manliga högre tjänstemän. Tre gånger så många drabbas av svår långvarig sjukdom i den förstnämnde gruppen jämfört med den sistnämnda. Grupperna utgör ytterligheterna på ohälsans trappa.⁵

Svår långvarig sjukdom, "Ohälsans trappa" (Åldergruppen 45-64 år, andel i procent)



Källa: LO (2004) *Ohälsans trappa*, diagram 2

⁴ Rapporten bygger på sammanlagt cirka 6 800 intervjuer gjorda inom ramen för Statistiska centralbyråns årliga undersökningar av levnadsförhållanden åren 2002/03. Intervjupersonerna har klassificerats utifrån sitt aktuella yrke, arbetslösa personer efter sitt normala yrke och förtidspensionerade efter sitt huvudsakliga yrke under sitt yrkesverksamma liv.

⁵ LO (2004) *Ohälsans trappa*

Skillnaden mellan arbetarkvinnor och högre manliga tjänstemän blir dessutom ännu större om man ser till svår långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga som följd i samma åldersgrupp. Detta är fem gånger vanligare bland arbetarkvinnor i åldern 45-64 år än bland högre manliga tjänstemän i samma åldersgrupp.⁶

Ytterligare en rad bevis på den klass- och könsbundna ohälsan finns. Värk är till exempel en viktig ohälsaindikator, och resultaten i rapporten *Ohälsans trappa* visar att värk i skuldror, nacke och axlar är nio gånger vanligare bland kvinnor i arbetaryrken än bland högre manliga tjänstemän. Detta kan på goda grunder antas ha sin förklaring i skillnader i arbetsförhållanden där arbetarkvinnor utsätts för tunga lyft och olämpliga arbetsställningar. Sjukdomar i skelett och rörelseorgan är en av de viktigaste orsakerna till långtidssjukskrivningar och övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning. Sjukdomar av detta slag är 3,5 gånger vanligare bland arbetarkvinnor än bland högre manliga tjänstemän.⁷

Kvinnor i arbetaryrken är alltså värst utsatta för ohälsa. Dels har de en arbetsmiljö som i många fall sliter ut dem, och dels har de många gånger arbeten som kräver att de har hälsan i fullgott skick för att kunna arbeta. Medan tjänstemän ofta kan gå till sitt jobb trots en värkande rygg är det en omöjlighet för det vårdbiträde som i sitt dagliga arbete inte kan undvika att belasta sin kropp. En viktig aspekt i sammanhanget är att kvinnor många gånger också utför en större andel av det oavlönade arbetet i det egna hushållet.

Omfattande omfördelning genom sjukförsäkringen

I sjukförsäkringen delas risker solidariskt genom riskgruppsutjämning. Sjukförsäkringen är obligatorisk och alla betalar en procentuellt lika stor andel av sin inkomst till försäkringen. Hur olika risk vi alla löper att tvingas till sjukfrånvaro med sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning har ingen betydelse. Därigenom undviks att grupper som löper hög risk att bli sjuka eller skadade får en högre premie än andra. När sjukfall inträffar ger försäkringen ersättning i relation till den förlorade inkomsten. Den som har oturen att drabbas råkar därför inte ut för ekonomisk katastrof och blir inte tvingad att drastiskt sänka sin levnadsstandard.

Men riskgruppsutjämningen har också en annan effekt. Den bidrar till en omfördelning från människor med högre inkomster till människor med lägre inkomster. Att så blir fallet har sin grund i det som ovan redogjordes för: Ohälsan är mer utbredd inom arbetaryrken där inkomstnivån är lägre, och mindre förekommande i tjänstemannagrupper. På detta sätt skapar försäkringen en utjämning av inkomstskillnader.⁸ Den omfördelningseffekten förstärks också av inkomsttaket som gör att försäkringstagare med lön däröver inte får en lika stor andel av sin lön i ersättning som försäkringstagare med lön upp till inkomsttaket.⁹

⁶ LO (2004) *Ohälsans trappa*

⁷ LO (2004) *Ohälsans trappa*

⁸ Socialförsäkringsutredningen (2005) *Riskgruppsutjämning – viktigare än progressivitet* Samtal om socialförsäkring nr 5

⁹ Inkomsttaket i sjukförsäkringen är 7,5 prisbasbelopp. Med 2007 års prisbasbelopp på 40 300 kronor motsvarar detta en beräknad årsinkomst på 302 250 kronor, en månadsinkomst på drygt 25 000 kronor. Högre sjukpenninggrundande inkomst (SGI) medges ej.

Hela 29 miljarder kronor omfördelades under 2002 inom sjukförsäkringen, från grupper med lägre inkomster till grupper med högre inkomster. 2002 var ett år då sjukfrånvaron var som högst i Sverige. Den totala kostnaden för sjukförsäkringen uppgick det året till 91 miljarder kronor. Under 1996, ett år med relativt låg sjukfrånvaro, omfördelades ändå 12 miljarder kronor via sjukförsäkringen. Den totala kostnaden för sjukförsäkringen uppgick det året till 50 miljarder kronor.¹⁰

Det samlade ekonomiska skyddet vid ohälsa – kort beskrivet

Sjukförsäkringen är till för den som på grund av sjukdom eller skada fått sin arbetsförmåga nedsatt och därför inte kan arbeta. Sjukpenning ska vara en kompensation för den inkomst som går förlorad när arbetsförmågan är tillfälligt nedsatt. Sjuk- eller aktivitetsersättning kompenserar den som har en varaktig nedsättning av sin arbetsförmåga.¹¹ Den allmänna sjukförsäkringen och de avtalade tilläggsförsäkringarna utgör det samlade ekonomiska skyddet för den som inte kan arbeta på grund av sjukdom eller andra medicinska problem. Även om den allmänna försäkringen står för huvuddelen av kompensationen så är det dessa försäkringar som sammantaget avgör hur det ekonomiska utfallet blir för den enskilde.

Den allmänna sjukförsäkringen omfattar i princip alla som förvärvsarbetar, och fler därtill.¹² De avtalade försäkringarna ger varierande tillskott för de olika grupper av arbetstagare som omfattas av dem. Tilläggen har också olika betydelse för olika inkomstgrupper. För arbetstagare med lön som är högre än inkomsttaket i den allmänna försäkringen ger de ersättning för lönedelar som den allmänna försäkringen inte medger kompensation för. För arbetstagare med lön under taket ger avtalen värdefulla tillskott. För låginkomsttagare som lever på marginalen kan detta tillägg vara av mycket stor betydelse för hushållsekonomin.

I en betraktelse av det samlade skyddet vid nedsatt arbetsförmåga måste konstateras att de avtalade försäkringarnas betydelse har ökat med tiden. En förskjutning av ansvar har ägt rum, och fortsätter att ske, i och med att reallöner stiger. Andelen arbetstagare med inkomster ovanför inkomsttaket i den allmänna försäkringen ökar.¹³ Avtalsförsäkringarna träder i och med denna utveckling allt oftare in för att garantera en verklig kompensation för inkomstbortfall. Denna utveckling sätter naturligtvis betydelsen av de olika avtalens skillnader i fokus. I rutan nedan ges en kortfattad översikt av det skydd som den allmänna och de avtalade försäkringarna innebär.

¹⁰ Socialförsäkringsutredningen (2005) *Riskgruppsutjämning – viktigare än progressivitet* Samtal om socialförsäkring nr 5 (Brytpunkten för omfördelningen har vid beräkningarna legat på 6,5 prisbasbelopp vilket innebär att omfördelningen gått från personer med inkomster över denna nivå till personer med inkomster under densamma.)

¹¹ Sjukersättning betalas till den som är 30 år eller äldre, aktivitetsersättning betalas till den som är yngre än 30.

¹² För att ha rätt till sjukpenning ska man ha en SGI på minst 0,24 prisbasbelopp (knappt 9 700 kronor). Rätten till vilande SGI gör att också den som exempelvis är arbetslös har rätt till sjukpenning. För att ha rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning krävs viss anknytning till Sverige.

¹³ SOU 2006:86, sidan 86

FAKTA Skyddet för den som drabbas av nedsatt arbetsförmåga

Vid tillfälligt nedsatt arbetsförmåga: Sjukförsäkringen ger den som på grund av ohälsa inte kan arbeta 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI), efter en karensdag och sjuklön fram till sjukfallets 14:e dag. Därutöver träder de avtalade försäkringarna in för dem som omfattas av dem. Olika avtal är olika gynnsamma. Det finns inte bara skillnader i hur mycket försäkringarna ger i ersättning. Även tiden som ersättningen betalas ut och villkoren för att få del av tilläggen skiljer sig åt.

Skillnaderna mellan de fyra huvudsakliga avtalsområdena (privatanställda arbetare, privatanställda tjänstemän, kommun- och landstingsanställda samt statligt anställda) är inte så stora fram till och med sjukfallets 90:e dag. Inkomster som är lägre än inkomsttaket kompenseras så att ersättningsnivån når 90 procent. För inkomster högre än taket är dock privatanställda arbetare den enda grupp som inte får 90 procent av sin inkomst i ersättning under sjukskrivningens 15:e till 90:e dag. De högst avlönade bland de privatanställda arbetarna har därigenom ett lägre inkomtskydd än anställda med motsvarande lönenivåer inom andra avtalsområden. Det är oklart hur stor denna grupp är, eftersom olika beräkningar ger olika resultat. Klart är i alla fall att fler än var tionde, men färre än var femte av de privatanställda arbetarna har ett samlat inkomtskydd vid sjukdom som är lägre än 80 procent.

Efter den 90:e sjukdagen ökar skillnaderna. Avtalen är utformade efter hur försäkringstagarna inom områdena ser ut som grupp. För de privatanställda arbetarna ligger exempelvis tonvikten på löntagare med inkomster som är lägre än inkomsttaket i den allmänna försäkringen eftersom de utgör den absoluta lejonparten av kollektivet.

Vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga: För personer som bedöms ha varaktigt nedsatt arbetsförmåga utbetalas sjuk- eller aktivitetsersättning (S/A). Det finns tidsbegränsad S/A som ska omprövas vart tredje år. Ersättningen kan bestå av garantiersättning och/eller inkomstrelaterad ersättning. Den inkomstrelaterade ersättningen uppgår till 64 procent av tidigare inkomst (antagandeinkomst). Garantiersättning betalas ut om tidigare inkomst saknas eller är låg.

Det finns en huvudsaklig skillnad mellan beräkningen av en individs S/A och beräkningen av sjukpenningen. Det är individens framtida försörjningsförmåga som försäkras inom S/A (antagandeinkomst), och inte den aktuella inkomsten som i praktiken gäller för beräkningen av SGI för de allra flesta. Två olika inkomstmått används. Att den inkomstrelaterade ersättningen är 64 procent för den med S/A innebär alltså inte per automatik att individen får 16 procent mindre än vad sjukpenningen ger. Så är fallet bara då en individs antagandeinkomst är exakt i nivå med hans/hennes SGI.

För skyddet vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga är avtalsförsäkringarna av mycket stor betydelse för den enskilde. De ger ofta ersättning motsvarande 15 procent av tidigare inkomst och kan utgå under en lång följd av år.

Not: Se bilaga 1 för en översikt av ersättningen från den allmänna och de avtalade försäkringarna.

Den svenska sjukförsäkringen har ingen formell tidsgräns. Försäkringskassan ska dock inom ett år göra en prövning av den sjukskrivnes arbetsförmåga i relation till hela arbetsmarknaden. Om arbetsoförmågan då bedöms som varaktig ska den försäkrade istället få sjuk- eller aktivitetsersättning för viss tid eller livsvarigt. Trots denna regel pågår dock sjukskrivningar längre än ett år. 40 procent (drygt 78 000) av de pågående sjukfallen vid slutet av 2006 hade pågått i mer än ett år.

Det är oklart om något annat land än Sverige och Irland saknar en borte gräns för hur länge sjukskrivningar med sjukpenning får pågå. Irland har dock ett visst inslag av tidsgräns i och med att den försäkringstagare som inte betalat premien i minst 260 veckor, det vill säga fem år, får en tidsgräns på 52 veckor.¹⁴

¹⁴ Socialförsäkringsutredningen (2005) *Port och portvakt* Samtal om socialförsäkring nr 3

FAKTA Tidsgräns i sjukförsäkringen

I våra grannländer har ersättningsperioderna en maximal längd:

- I Danmark är ersättningstiden begränsad till 52 veckor under 18 månader, med två inledande sjuklöneveckor undantagna.
- I Norge är ersättningstiden begränsad till 52 veckor (260 vardagar) för arbetstagare och 50 veckor (250 vardagar) för uppdragstagare/egenföretagare.
- I Finland finns en begränsning i den meningen att ersättning för samma sjukdom är begränsad till 300 dagar (söndagar undantagna) under en tvåårsperiod.

*Källa: SOU 2003:50 Sjukpenninggrundande inkomst, skydd och anpassning, bilaga 8,
Försäkringskassan månadsuppgifter mars 2007*

Kapitel 3 – Sjuk blir dubbelt drabbad, en problembeskrivning

FAKTA Hög sjukfrånvaro – långa sjukfall

Den svenska sjukfrånvaron är hög. I februari 2007 gick mer än 215 000 svenskar hemma med sjukpenning. Mer än en halv miljon människor, drygt 555 000, hade sjuk- eller aktivitetsersättning. Även om en länge pågående ökning av antalet sjukskrivna tycks ha brutits, och vi nu ser lägre ohälsotal än vi sett de närmast föregående åren, så kvarstår problembilden. Sverige har fortfarande en hög nivå på sjukskrivningarna och sjuk- och aktivitetsersättningarna fortsätter att öka.

De svenska sjukskrivningstiderna är också långa. Sedan 1980-talets början har sjukfallens längder tilltagit, och det är de långa fallen som ligger bakom större delen av sjukfrånvaroökningen sedan 1990-talets mitt. Sjukskrivningar som pågått i ett år eller mer utgör omkring 40 procent av alla pågående sjukpenningfall, för tio år sedan var andelen 31 procent. Gränsen för att betrakta en sjukskrivning som lång går vanligtvis vid 90 dagar, och nämnas bör att hela 71 procent (142 055 personer) av antalet pågående sjukskrivningsfall i oktober 2006 hade passerat den gränsen.

Källa: Försäkringskassan, månadsuppgifter februari 2007, Försäkringskassans huvudkontor, statistikenheten 2007-01-11, SOU 2006:86; 97, Socialförsäkringsutredningen (2005) Sjukfrånvaro i tid och rum Samtal om socialförsäkring nr 2

Den tillfälliga lösning som sjukskrivning med sjukpenning ska utgöra bör inte bli längre än vad som krävs för att den sjukskrivne ska återfå sin hälsa, och därmed också sin förmåga att arbeta. Det finns dock tecken som tyder på att människor fastnar i sjukskrivning. Bilden av dessa utdragna sjukskrivningar stärks av en stor enkät bland sjukskrivna, i försäkringskassans rapport med den talande titeln *Sjukskriven i onödan* (2005) ges en bild av arbetsvilja och arbetsförmåga som inte tas tillvara. Drygt 10 000 sjukskrivna har i rapporten tillfrågats om sin situation.

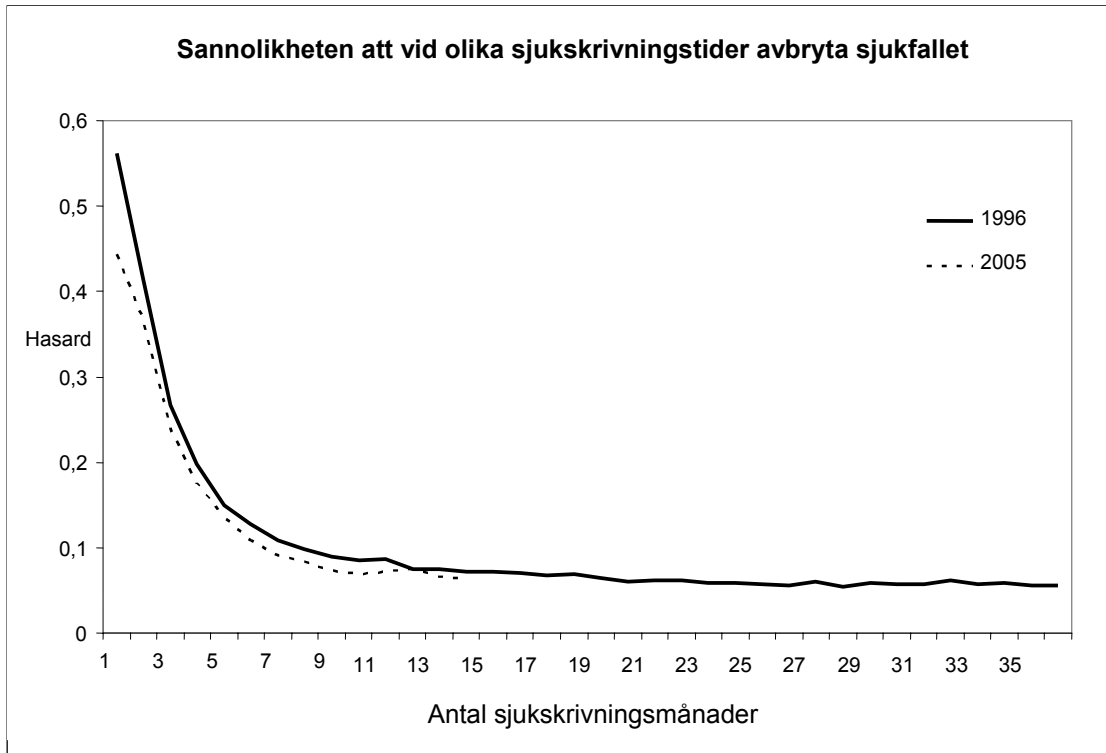
- Nästan 60 procent ansåg själva att de skulle kunna arbeta åtminstone en del av sin normala arbetstid under förutsättning att de fick bestämma över sin arbetssituation, till exempel genom att påverka arbetstid eller arbetsuppgifter.
- Drygt 30 procent av de heltidssjukskrivna uppgav att de, med den arbetsförmåga de har, skulle vilja arbeta deltid.
- Drygt 30 procent av de sjukskrivna ansåg att de tvingats vänta på utredning, specialistbesök eller behandling inom sjukvården. Inom denna grupp ansåg hela 40 procent att de skulle ha kunnat arbeta hel- eller deltid under väntetiden, förutsatt att de fick sin arbetssituation anpassad.

Dessa beskrivningar av att inte få hjälp för att kunna arbeta åtminstone deltid kan inte förklara sjukfrånvaron i sin helhet. Med tanke på att sjukfall som blir längre än ett år ökat i andel, och i dagsläget utgör 40 procent av alla pågående sjukpenningfall, bör dock vittnesmål om ofrivillig sjukfrånvaro från arbetslivet tas på allvar.

Att tid tillåts gå utan att den som är sjukskriven får del av insatser får konsekvenser. I takt med att en sjukskrivning drar ut på tiden minskar sannolikheten för att sjukfallet ska avbrytas. Den minskar kraftigt efter de första tre till fyra månaderna, visar en analys gjord inom ramen för socialförsäkringsutredningen.¹⁵

¹⁵ Socialförsäkringsutredningen (2006) *Nya siffror om socialförsäkringarna* Samtal om socialförsäkring nr 14

I diagrammet nedan åskådliggörs detta med stor tydlighet. Under 2005 var sannolikheten att en sjukskrivning skulle avbrytas inom en månad omkring 45 procent. För den som fortfarande var sjukskriven efter tre månader hade den sjunkit till knappt 30 procent. För den som efter sju månader fortfarande var kvar i sjukskrivning var sannolikheten lägre än 10 procent att avbryta sjukfallet inom den närmaste månaden. Av diagrammet framgår också att sannolikheten att avbryta sjukfallet var lägre 2005 än 1996 vid alla tidpunkter i sjukfallet.



Källa: Socialförsäkringsutredningen (2006) Nya siffror om socialförsäkringarna (Figur 4) Samtal om socialförsäkring nr 14

Not: Med hasard menas sannolikheten i varje tidpunkt att avbryta sjukfallet, givet att personen fortfarande är sjukskriven vid tidpunkten.

Även sannolikheten att en sjukskriven ska gå från sjukskrivning till arbete är avtagande med sjukskrivningstiden. En analys av sjukskrivningar under 2005 visar att sannolikheten att återgå till arbete var 36 procent för anställda som varit sjukfrånvarande i två månader. För anställda som varit sjukfrånvarande i tre månader var den 23 procent. En jämförelse med 1996 visar att sannolikheten sjunkit jämfört med sjukfallen då.

När en sjukskrivning drar ut på tiden ökar däremot det troliga för något annat – en övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning. Försäkringskassan bedömer sjukfallen och det resulterar allt oftare i att personer beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning.

Sannolikheten att den sjukskrivne ska övergå till arbetslöshet visar däremot ingen tydlig tendens. Den sjunker något under det första sjukskrivningsåret för att sedan ligga

relativt konstant på en mycket låg nivå.¹⁶ Allt eftersom tiden går och fler återgår i arbete eller får arbetsförmågan prövad mot hela arbetsmarknaden borde sannolikheten att övergå i arbetslöshet rimligtvis öka bland dem som fortfarande är sjukskrivna, men så är det inte.

Att insatser dröjer kan med andra ord få avgörande följder. Med en beskrivning lånad ur socialförsäkringsutredningen skulle läget kunna sammanfattas: ”Aktiva insatser av olika slag kommer ofta mycket sent eller inte alls och för många innebär sjukskrivningen en nedstigning i ett svart hål av väntan.”¹⁷

Detta ”svarta hål av väntan” kan av den sjukskrivne uppfattas som något utav ett moment 22. Det finns en vilja att ta sig ur sjukskrivningen och tillbaka till arbete, men stödet för att kunna göra det saknas och försök riskerar att leda till en förlorad anställning. Tiden går och i takt med den sjunker sannolikheten för att kunna återgå i arbete. Flera tänkbara orsaker finns till att ett sådant läge uppstår.

För det första måste konstateras att det för den som är sjukskriven från en anställning många gånger är tufft att acceptera om hälsan gör det omöjligt att återvända till arbetet. Det är troligt att människor i den situationen känner att det är en hög insats som krävs för att ställa in sikten på ett annat jobb. Det förutsätter i regel att den sjukskrivne säger upp sig och därmed ger upp den trygghet som en anställning innebär. Steget ut i arbetslöshet innebär inte bara en förlorad yrkesroll, utan också lägre ekonomisk ersättning. Det är inte heller konstigt om den som haft problem med sin hälsa känner tveksamhet och oro inför att ta detta steg. För den som i unga år gjort ett yrkesval kan det många gånger vara svårt att se hur en ny plats i arbetslivet skulle kunna se ut. För den som i sin ungdom exempelvis gick direkt till arbete och inte såg studier som ett alternativ är det inte alls givet att utbildning senare i livet känns rimligt.

För det andra är det tydligt att hjälpen till den sjukskrivne inte håller måttet. Den som är sjukskriven och i behov av rehabilitering kan inte vara säker på att insatser faktiskt kommer till stånd. Arbetsgivaren har ett vidsträckt ansvar för rehabilitering av sina anställda, men uppfyller det sällan. Ett problem är att arbetsgivaren ofta anser sig ha allt för lite att vinna på att engagera sig. Det är uppenbart att arbetsgivarens intresse av att få tillbaka den sjukskrivne anställde i arbete minskar med tiden, åtminstone i de flesta fall. En vikarie har då i regel lärts upp och inte sällan är det en yngre person som tagit över platsen. För arbetsgivaren innebär denna ersättare i regel en minskad risk för sjukfrånvaro. Inget, eller mycket lite, motiverar arbetsgivaren att anstränga sig för att få tillbaka den långtidssjukskrivne i arbete. Kvar i sjukskrivning fastnar individen.

Nästa avsnitt *Rehabilitering som uteblir* behandlar arbetsgivarnas men också försäkringskassans ansvar och misslyckanden. Bilden av hur det borde fungera sätts i kontrast med bilden av hur det faktiskt ser ut.

För det tredje är otydligheter i anställningsskyddet ytterligare en orsak till tröghet i sjukskrivningsprocessen. Det rättsliga läget bidrar inte till klargörande av ansvar. För den enskilde arbetstagaren, facket och arbetsgivaren blir lösningen många gånger att låta tiden med sjukpenning gå så länge det går. Om detta handlar avsnittet *Rationellt att inget göra*.

¹⁶ Socialförsäkringsutredningen (2006) *Nya siffror om socialförsäkringarna* Samtal om socialförsäkring nr 14

¹⁷ SOU 2006:86, sidan 61

Avsnitten *Människor som faller mellan stolarna, Otydlighet raserar trygghet i försäkringen* och *Brister i det ekonomiska skyddet för den som blir sjuk* ger ytterligare beskrivning av de problem vi ser.

Rehabilitering som uteblir

Sedan den så kallade rehabiliteringsreformen 1992 har arbetsgivarna det övergripande ansvaret för rehabilitering av sjukskrivna anställda. Sedan dess har inga omvälvande förändringar gjorts på rehabiliteringsområdet.¹⁸ En mängd återkommande utredningar visar emellertid att det länge har funnits en medvetenhet om brister i rehabiliteringsprocessen.¹⁹ Utredningarna har dock inte utmynnat i några stora förändringar. Reformen som genomförts har huvudsakligen berört sjuklöneperioden som varierats i tid. Rehabiliteringsansvaret har förblivit hos arbetsgivarna. I faktarutan nedan beskrivs detta ansvar.

FAKTA Arbetsgivarnas ansvar för att den som är sjuk får rehabilitering – som det ser ut idag*

Arbetsgivaren är enligt lagen om allmän försäkring (AFL) skyldig att vid sjukfall göra en så kallad *rehabiliteringsutredning* som slår fast vilka rehabiliteringsbehov den sjukskrivne har. En utredning ska göras när den anställde:

- varit sjuk i mer än fyra veckor
- varit sjuk sex gånger eller fler under en tolv månadersperiod
- själv ber om det

Inom åtta veckor ska utredningen skickas till försäkringskassan. Om behov av arbetslivsinriktad rehabilitering finns ska arbetsgivaren tillsammans med försäkringskassan och den anställde upprätta en *rehabiliteringsplan*. Denna ska tala om vilka åtgärder som behövs för att den anställde ska kunna börja jobba igen, vem som ska ta ansvar, när åtgärderna ska vara genomförda samt vad de kommer att kosta.

Arbetsgivaren är enligt arbetsmiljölagen inte bara skyldig att förebygga ohälsa, utan också att ”genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet”. Arbetsgivaren är också skyldig att ha ”en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet” för att klara de ovan nämnda skyldigheterna enligt AFL. I vilken omfattning anpassningar ska göras avgörs från fall till fall, faktorer som spelar roll är exempelvis arbetsplatsens storlek.

Källa: Försäkringskassan, *Lag (1962:381) om allmän försäkring*, *Arbetsmiljölagen (1977:1160)*

* Den 15 mars 2007 överlämnade regeringen en proposition med förslag om att ta bort arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning (prop. 2006/07:59).

De flesta arbetsgivare lever inte upp till sitt rehabiliteringsansvar. Med stöd av ett flertal granskningar satte socialförsäkringsutredningen i skriften *Rehabilitering – ett långt*

¹⁸ Den största förändringen vi sett är införandet av arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenning den 1 januari 2005, men med slopandet av densamma två år senare står vi åter på den grund som lades 1992.

¹⁹ Se exempelvis SOU 1998:104 *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar – betänkande av AGRA-utredningen*, SOU 2000:78 *Rehabilitering till arbete, en reform med individen i centrum – slutbetänkande av Utredning om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen* och SOU 2004:13 *Utveckling av god företagshälsövård, ny lagstiftning och andra åtgärder – betänkande av 2003 års företagshälsöversynsutredning*

lidandes historia (2006) ljuset på vad som framstår som ett mycket sviktande ansvarstagande:²⁰

- 2004 hade en rehabiliteringsutredning genomförts i knappt hälften (45 procent) av alla sjukfall som pågått längre än 60 dagar.
- Av de rehabiliteringsutredningar som genomfördes 2004 lämnades bara 29 procent in till försäkringskassan i tid.
- I nästan vartannat fall där en rehabiliteringsutredning gjorts hade arbetsgivaren stannat vid att avvakta medicinsk behandling/utredning, och inte själv vidtagit några som helst åtgärder. Eftersom det inte finns några krav på arbetsgivare att lämna in en förnyad utredning när det medicinska läget har klarnat är därmed varannan utredning i stort sett värdelös.

Dessa resultat talar sitt tydliga språk. Och med liknande tydlighet har bristerna förts fram även tidigare. I en rapport från försäkringskassan redan 1998 konstaterades att rehabiliteringsutredningar saknades i hela 75 procent av alla sjukfall som pågått i mer än 90 dagar. Detta blev en bidragande faktor till att det från och med den 1 juli 2003 blev obligatoriskt för arbetsgivare att lämna in en rehabiliteringsutredning.²¹ Eftersom inga sanktioner finns mot arbetsgivare som inte uppfyller detta obligatorium blev denna bestämmelse emellertid tämligen uddlös.

Två skäl brukar framhållas för att förklara slarvet med rehabiliteringsutredningar – att arbetsgivarens ansvar inte är tydligt nog samt bristande kompetens och engagemang.²²

Nu, 15 år efter reformen, tycks förändringar i rehabiliteringsansvaret vara på gång. Den borgerliga regeringen överlämnade i mars 2007 en proposition till riksdagen med förslag om att slopa arbetsgivarnas ansvar för rehabiliteringsutredningen. Enligt förslaget ska arbetsgivaren istället enbart åläggas att till försäkringskassan lämna de upplysningar som behövs för att klargöra rehabiliteringsbehovet. Upplysningarna ska enligt propositionen lämnas efter samråd med den försäkrade. Arbetsgivaren ska därefter ”svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering”.²³

I förslaget till ny lydelse i lagen om allmän försäkring som föreslås träda ikraft den 1 juli 2007 ingår också ett avskaffande av de tidsfrister som idag finns angående avstämningsmöte (senast två veckor efter att rehabiliteringsutredning kommit in, eller tio veckor för den som saknar arbetsgivare) och rehabiliteringsplan (senast två veckor efter avslutad rehabiliteringsutredning).²⁴ Tillsammans med en nyligen tillsatt översyn av hur företagshälsovården kan ges en mer central roll i sjukskrivningsprocessen indikerar detta en förändring i ansvarsfördelningen.

²⁰ Socialförsäkringsutredningen (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia* Samtal om socialförsäkring nr 10

²¹ SOU 2006:107, sidan 47

²² Socialförsäkringsutredningen (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia* Samtal om socialförsäkring nr 10, SOU 2006:107, sidan 242

²³ Regeringens proposition 2006/07:59 *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*

²⁴ Regeringens proposition 2006/07:59 *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*

FAKTA Försäkringskassans ansvar för att den som är sjuk får rehabilitering

Försäkringskassan har ansvar för tillsyn och samordning i sjukskrivningsprocessen. (För sjukskrivna som saknar anställning ansvarar kassan ensamt.) Alla som är sjukskrivna längre än 60 dagar ska tilldelas en *kontaktperson* vid försäkringskassan. Vidare är det försäkringskassans ansvar att se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska skäl är möjligt, och att rehabiliteringsplanen följs/uppdateras. Senast ett år in i en sjukskrivning ska försäkringskassan utreda om individen ifråga ska övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning (S/A).

Källa: Försäkringskassan, Lag (1962:381) om allmän försäkring, Arbetsmiljölagen (1977:1160)

I faktarutan ovan sammanfattas försäkringskassans ansvar i rehabiliteringsprocessen. Myndigheten, som ska utöva tillsyn och samordning, tycks också den misslyckas med sitt uppdrag.²⁵

- Trots att försäkringskassan ska påminna arbetsgivare som inte lämnat in en rehabiliteringsutredning gjordes detta bara i 22 procent av de försenade fallen 2004.
- Bara hälften av dem som 2004 hade varit sjukskrivna i mer än 90 dagar hade fått information om kontaktperson från försäkringskassan – detta trots att alla som varit sjukskrivna i 60 dagar har rätt till det.
- Bara fyra av tio med ett års sjukskrivning har kontaktats av försäkringskassan för en kartläggning av rehabiliteringsbehovet.
- I 35 procent av sjukfall som 2003 pågått i mer än 13 månader hade försäkringskassan ännu inte ens tagit ställning till arbetslivsinriktad rehabilitering.

Lagarnas formuleringar kan alltså ge intryck av att klarhet råder i rehabiliteringsprocessen. Men skenet bedrar. I själva verket finns en omfattande otydlighet och denna är mångbottnad. Begreppet rehabilitering är mycket brett. Det innefattar medicinsk, arbetslivsinriktad och social återanpassning. Ansvaret för de faktiska insatserna bärs av olika parter – arbetsgivaren, hälso- och sjukvården eller kommunen – beroende på dess art. Arbetsgivaren har förvisso huvudansvaret för att den anställde får rehabilitering, men om flera typer av insatser behövs är det försäkringskassan som ska samordna dem.

Å ena sidan har arbetsgivaren ansvar för att finansiera rehabiliteringsåtgärder som är möjliga inom eller nära den egna verksamheten, eller för att den anställde ska kunna vara kvar inom verksamheten. Men å andra sidan finns direktiv som gör att detta ansvar urvattnas. Socialförsäkringsutredningen pekar på hur detta sker genom formuleringar i Arbetarskyddsstyrelsens (numera Arbetsmiljöverket) kungörelse från 1994. Där står att arbetsanpassning och rehabilitering ”skall organiseras så att den kan bedrivas i samarbete med försäkringskassan och myndigheter som är berörda”, samt att: ”Försäkringskassan

²⁵ Försäkringskassan Analyserar 2005:17 *Rehabiliteringsutredning - plan för återgång i arbete*, Socialförsäkringsutredningen (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia* Samtal om socialförsäkring nr 10

kan i vissa fall bekosta rehabiliteringsåtgärder, till exempel i form av bidrag för arbetshjälpmiddel och utbildning.²⁶

Som tidigare nämndes finns inga sanktioner mot arbetsgivare som inte tar sitt ansvar och genomför den obligatoriska rehabiliteringsutredningen. Sedan 2004 ska dock försäkringskassan informera Arbetsmiljöverket om arbetsgivare som trots påminnelse inte lämnar in utredning. Arbetsmiljöverket ingriper inte i enskilda fall, men kan genomföra en inspektion när det är tydligt att en arbetsgivare systematiskt undviker utredningar och/eller anpassningsåtgärder. I slutändan kan verket utdöma vite. Detta förekommer dock knappast alls i praktiken. Under 2004 informerade försäkringskassan Arbetsmiljöverket i endast en procent av fallen.²⁷

Avslutningsvis måste också konstateras att kunskapsunderlaget när det gäller framgången för olika typer av rehabilitering är litet, och att framgångar för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är svåra att mäta. Det är troligen mycket svårt att slå fast vad som fungerar eftersom så många aspekter spelar in, inte minst graden av ohälsa bland dem som beviljas olika typer av åtgärder. Viktigt att beakta är också att det saknas statistik över den rehabilitering som fungerar utan försäkringskassans inblandning. Enligt den rehabiliteringsutredning som presenterade sitt betänkande i december 2006 kan åtminstone vissa slutsatser dras utifrån studier av effekterna av arbetslivsinriktad rehabilitering. Inledningsvis kan konstateras att 65 till 70 procent förbättrar sin arbetsförmåga sex månader efter avslutad rehabilitering, och att kritik om ineffektivitet snarare har sin grund i att det är de svåraste fallen som beviljas arbetslivsinriktad rehabilitering. Därutöver kan noteras att arbetsträning och utbildning är de åtgärder som bäst ökar individens arbetsförmåga.²⁸

Rationellt att inget göra

Den som blir sjukskriven ska inte av den anledningen förlora sitt jobb. Det är grundregeln i lagstiftningen som den ser ut idag. Sjukdom är inte saklig grund för uppsägning.²⁹

Undantag från denna huvudregel kan dock göras. Om arbetstagaren har en så betydande nedsättning av arbetsförmågan att hon eller han inte längre kan förväntas utföra något *arbete av betydelse för arbetsgivaren* föreligger saklig grund för uppsägning. Uppsägning kan också bli aktuell om arbetstagaren genomgår rehabilitering som syftar till att förbereda henne eller honom för andra arbetsuppgifter än dem som finns hos arbetsgivaren. Skulle den anställde få rätt till icke-tidsbegränsad sjukersättning på heltid har arbetsgivaren också rätt att omedelbart avsluta anställningen.

I lagen om anställningsskydd regleras arbetsgivarens *omplaceringsskyldighet*. Formuleringen lyder: ”En uppsägning är inte sakligt grundad om det är skäligt att kräva

²⁶ Socialförsäkringsutredningen (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia* Samtal om socialförsäkring nr 10, AFS 1994:01.

²⁷ Socialförsäkringsutredningen (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia* Samtal om socialförsäkring nr 10, Försäkringskassan Analyserar 2005:17 *Rehabiliteringsutredning - plan för återgång i arbete*

²⁸ SOU 2006:107, sidan 200ff

²⁹ Öman (2006) *Anställningsskyddspraxis*, tredje upplagan, sidan 149f; Lunnig och Toijer (2006) *Anställningsskydd, kommentarer till anställningsskyddslagen*, nionde upplagan, sidan 435f

att arbetsgivaren bereder arbetstagaren annat arbete hos sig”.³⁰ Om arbetstagaren inte kan klara sitt ordinarie jobb, men det finns andra *lediga* arbeten eller arbetsuppgifter hos arbetsgivaren som hon/han kan klara och är kvalificerad för, är arbetsgivaren alltså skyldig att omplacera arbetstagaren. Denna omplaceringsskyldighet måste betraktas i relation till de förpliktelser som kommer utav arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring.³¹ I föregående avsnitt *Rehabilitering som uteblir* gavs en sammanfattande bild av vilka rehabiliteringsskyldigheter arbetsgivaren enligt dessa lagar har.

Även om det i dessa lagar inte ges någon definition av begreppen arbetsanpassning och rehabilitering ger lagförarbeten vissa förtydliganden av vad som kan krävas av arbetsgivaren. Där poängteras också att det är viktigt att arbetsgivaren gör allt som är möjligt för att anställningen ska kunna bestå.³² I Arbetarskyddsstyrelsens (numera Arbetsmiljöverket) kungörelse med föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering finns också en definition. Där beskrivs åtgärder som kan användas för att anpassa arbetsituationen för att få en anställd att stanna kvar i eller återkomma till sitt vanliga arbete: ”Åtgärder som kan vidtas är anskaffande av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap eller förändringar i den fysiska arbetsmiljön. Förändringar kan också behöva göras i arbetsorganisationen, arbetsfördelningen, arbetsuppgifterna, arbetstiderna, arbetsmetoderna samt de psykologiska och sociala förhållandena. Andra åtgärder kan vara särskilda informationsinsatser, arbetsträning eller arbetsprövning. Byte av befattning eller personella stödinsatser kan också bli aktuellt.”³³

Det är trots detta otydligt vad som kan krävas av arbetsgivaren för att möjliggöra en omplacering av en anställd med nedsatt arbetsförmåga. Exempelvis frågan om arbetsgivaren kan anses tvungen att i någon utsträckning omorganisera sin verksamhet för att få till stånd en omplacering leder till otydliga svar. Svaret är nämligen beroende av vad som skäligen kan krävas. I slutändan är det upp till arbetsgivaren att avgöra. Omständigheterna i det enskilda fallet avgör. Bakom detta förhållande ligger att det när anställningsskyddslagen stiftades ansågs olämpligt att domstol ska fälla företagsekonomiska avgöranden.³⁴

I sin genomgång av arbetsgivares omplaceringsskyldighet i boken *Anställningsskyddspraxis* konstaterar författaren och vice ordförande i Arbetsdomstolen Sören Öman med anledning av detta: ”Det sagda innebär emellertid inte att domstolen måste godta varje påstående från arbetsgivarens sida om att det från företagsekonomisk synpunkt, eller på den offentliga sidan från motsvarande synpunkt, inte skulle vara lämpligt att genomföra en organisationsförändring... Arbetsgivaren bör redovisa de skäl som ligger bakom hans ståndpunkt och dessa skäl måste vid en objektiv bedömning framstå som godtagbara.”³⁵

Det finns dock en rad domar från Arbetsdomstolen som visar hur arbetsgivares konstaterande om åtgärders olämplighet ur just företagsekonomiskt hänseende tillåts få avgörande betydelse. Arbetsdomstolen godtar i stor utsträckning dessa argument från arbetsgivarens sida, och den sjukskrivne står som förlorare trots ett på pappret starkt

³⁰ Lag (1982:80) om anställningsskydd, andra stycket 7 §

³¹ Öman (2006) *Anställningsskyddspraxis*, tredje upplagan, sidan 152f

³² Öman (2006) *Anställningsskyddspraxis*, tredje upplagan, sidan 152

³³ AFS 1994:01

³⁴ Öhman (2006) *Anställningsskyddspraxis*, tredje upplagan, sidan 261f

³⁵ Öhman (2006) *Anställningsskyddspraxis*, tredje upplagan, sidan 262

lagstöd. Detta avsnitt avslutas med en beskrivning av ett fall i Arbetsdomstolen 2006 som illustrerar detta. Arbetsgivaren fick genom att hänvisa till praktiska och organisatoriska svårigheter rätt. Arbetstagaren som nekats omplacering förlorade sin anställning.

Utöver detta finns också en rad begränsningar av omplaceringsskyldigheten. Det gäller först och främst att arbetstagaren måste ha *tillräckliga kvalifikationer* för arbetet, och även om arbetsgivaren måste vara beredd på en viss upplärningsperiod kan inte omskolning krävas. Vilka kvalifikationer som krävs för en befattning är det upp till arbetsgivaren att avgöra. Även personliga förutsättningar får väga in i avgörandet om en arbetstagare är lämplig för en tjänst. Även formell och reell behörighet kan spela roll.³⁶

Det heter alltså att arbetsgivaren bär ett lagstadgat ansvar för att ta tillvara medarbetarnas arbetsförmåga. Men detta ansvar har oklara konturer. Det finns en motsättning mellan kraven som ställs på arbetsgivare om att medverka till rehabilitering som inte enkom syftar till återgång i den tidigare tjänsten utan också till nya arbetsuppgifter, och å andra sidan arbetsgivarens principiella rätt att besluta om sin verksamhet. Den senare segrar i många fall. Detta sker trots att det i motiven till de ändringar som gjordes i arbetsmiljölagen 1991 framgår att arbetsgivaren har skyldighet att utveckla sin organisation och anpassa arbetet till de enskilda arbetstagarnas förutsättningar.³⁷

Reglerna i lagen om anställningsskydd i kombination med övriga regler gör det därmed rationellt för alla parter – arbetsgivaren, facket och i värsta fall också arbetstagaren, att göra så lite som möjligt så länge arbetstagaren får sin försörjning genom sjukförsäkringen. Arbetsgivarens ansvar är svårdefinierat, vilket leder till att det är otydligt vad som krävs innan saklig grund för uppsägning kan anses föreligga. Därför gör arbetsgivaren ingenting så länge den anställde är borta från arbetet. Om arbetstagaren försöker men inte klarar att återgå i arbetet kan det leda till att saklig grund för uppsägning anses föreligga. Detsamma gäller om arbetstagaren prövar på rehabilitering till ett arbete på en annan arbetsplats. Därför kan det kännas tryggast att fortsätta vara sjukskriven. Om den sjuke ska kunna komma tillbaka till arbetsplatsen måste kanske arbetskamraternas arbete förändras, samtidigt som det inte finns några förutsättningar för att genom förhandlingar driva fram rehabiliteringsåtgärder. Därför blir också det lokala facket ofta en passiv åskådare. Det blir rationellt för alla att inget göra, och sjukskrivningen fortgår.

³⁶ Lunning och Toijer (2006) *Anställningsskydd, kommentarer till anställningsskyddslagen, nionde upplagan*, sidan 475f

³⁷ I boken *Anställningsskydd, kommentarer till anställningsskyddslagen* konstaterar Lars Lunning och Gudmund Toijer hur det i en dom från Arbetsdomstolen 1993 (AD 1993 nr 42) skedde just en modifiering av de i lagförarbetena så viktiga uttalandena om ändringar i arbetsorganisationen. Dessa uttalanden måste enligt domen betraktas med utgångspunkt i att det är arbetsgivaren som har den principiella rätten att besluta om sin verksamhet.

Arbetsdomstolen mål nr 57 2006

En postsorterare hade arbetat i 16 år då han blev långtidssjukskriven p.g.a. värk i höger axel och armbåge, senare också p.g.a. depression. Efter att ha varit sjukskriven i cirka 2 år blev han uppsagd. Arbetsgivaren menade att det var utsiktslöst att han skulle kunna återgå i arbete som brevbärare/sorterare, och att det inte heller funnits möjlighet att ge honom något annat arbete. Posten på orten hade cirka 415 anställda varav 360 brevbärare/postsorterare.

Att en arbetstagares arbetsförmåga är varaktigt nedsatt p.g.a. sjukdom eller skada är som regel inte saklig grund för uppsägning. Det gäller dock inte om nedsättningen är så väsentlig att arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren. Av central betydelse är om arbetsgivaren har fullgjort sina skyldigheter till rehabilitering och arbetsanpassning. Det innebär att arbetsgivaren är skyldig att vidta alla de åtgärder som skäligen kan krävas för att anställningen ska bestå. Exempelvis kan en viss omorganisation eller omfördelning av arbetsuppgifter krävas. Omfattningen av dessa skyldigheter får dock bedömas i det enskilda fallet. Av betydelse vid den prövningen är bl.a. arbetsplatsens storlek och om arbetstagaren medverkat i ansträngningarna att finna en lösning. Hur som helst åligger det alltid arbetsgivaren att göra en noggrann utredning av möjligheterna till rehabiliterings- och anpassningsåtgärder och eventuella oklarheter i dessa avseenden går ut över arbetsgivaren.

I det aktuella fallet menade Arbetsdomstolen att den medicinska utredningen visade att medlemmens arbetsförmåga som postsorterare vid tidpunkten för uppsägningen var helt nedsatt och varaktig. Att besvären därefter minskat och att det av nya läkarintyg framgick att de kanske inte var varaktiga saknade betydelse. Domstolen menade också att mannens hälsotillstånd var sådant att det inte funnits någon skyldighet för Posten att ens pröva att låta honom sortera posten med sin friska hand.

När det gällde omorganisation menade domstolen att det skulle krävas att medlemmen befriades från merparten av sina arbetsuppgifter. Det skulle därför ”vara förenat med betydande praktiska och organisatoriska svårigheter att genomföra en lösning som innebär att vissa moment... bryts ut och läggs på en särskild arbetstagare”. Det var därför inte skäligen att kräva att Posten skulle omfördela arbetsuppgifter på det sätt som facket föreslagit. Att medlemmen inte givits någon möjlighet alls att arbetsträna ansåg domstolen inte innebära att Posten brustit i sin rehabiliteringsskyldighet. Uppsägningen ansågs därför sakligt grundad.

Människor faller mellan stolarna

De senaste åren har åtgärder vidtagits i syfte att strama upp handläggningen inom sjukskrivningsprocessen. Detta har fått negativa konsekvenser för enskilda människor som hamnat utanför trygghetssystemen. Särskilt allvarligt är problemet för människor som i denna process faller mellan stolarna i och med att de knuffas utanför såväl försäkringskassans som arbetsförmedlingens ansvarsområde.

I ett flertal fall har personer av försäkringskassan bedömts som arbetsföra och fått sin sjukpenning indragen. När dessa personer sedan har sökt sig till arbetsförmedlingen har de bedömts vara för sjuka för att kunna ta något arbete. På detta sätt har människor tvingats att söka försörjningsstöd för att klara sin ekonomi och ge sig in i rättsliga processer för att få klarhet i vad som gäller. Det är oklart hur många som drabbats på det här sättet. Efter en förfrågan till förbunden fick LO emellertid på kort tid in ett stort antal exempel på hur medlemmar farit illa på grund av en bristande samsyn mellan myndigheterna. I faktarutan nedan återges ett litet urval av dessa fall.

För frisk för sjukpenning och för sjuk för arbete – att falla mellan stolarna

* Kvinna i 55-årsåldern, arbetslös och helt sjukskriven sedan mars 2003. Försäkringskassan beslutar i februari 2005 att rätt till sjukpenning inte förelåg. Kvinnan anses kunna stå till arbetsmarknadens förfogande. Arbetsförmedlingen rehab gör en arbetsprövning i oktober 2005 och konstaterar att kvinnan inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande ens i ett skyddat arbete såsom Samhall med lätt/enkel produktion, och skickar en underrättelse om detta till a-kassan, vilket gör att hon stängs av.

* Medlem 56 år, halv sjukersättning, halv sjukskrivning från arbete i butik. Försäkringskassan beslutar om indragen sjukpenning i november 2004. Kunde inte gå tillbaka på halvtid till butiken på grund av besvär, Handels förhandlade om uppsägning och medlemmen får sedan hösten 2005 a-kassa. Nu har dock arbetsförmedlingen skickat medlemmen på utredning för att bedöma arbetsförmågan och konstaterat att hon inte är arbetsför och därför inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande, vilket kommer att innebära indragen a-kassa.

* Kvinna, 44 år, arbetslös och helt sjukskriven sedan 2002. I juni 2004 drar försäkringskassan in sjukpenningen, hon uppmanas att anmäla sig till arbetsförmedlingen. Hon får a-kassa och anmäler sig till arbetsförmedlingen rehab men får ingen rehabilitering. Under våren 2005 hålls två avstämningsmöten med medverkande från försäkringskassan, arbetsförmedlingen, arbetsförmedlingen rehab och socialtjänsten. Man konstaterar att hennes arbetsförmåga är starkt begränsad och att hon därför knappast kan uppbära a-kassa. Mötena resulterar alltså i att hennes a-kassa blir indragen. Hon uppmanas att söka sjukersättning men får avslag på sin ansökan.

Fotnot: Samtliga dessa fall hade när de rapporterades till LO överklagats till länsrätten.

I två av de ovan återgivna fallen hade sjukpenningen utbetalats i cirka två års tid. Den anvisning som säger att försäkringskassan inom ett år ska pröva om personen ska övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning har alltså inte fått genomslag i dessa fall. Istället har tiden tillåtits att gå. Beslut om indragen sjukpenning har kommit som en överraskning för personerna ifråga. Vad dessa fall illustrerar är den totala rättsosäkerhet som skapas för människor som går kvar i sjukskrivning längre än 12 månader. Dessa sjukskrivna riskerar att med mycket kort varsel få sin sjukpenning indragen.

Att människor drabbas på det här sättet belyser med stor tydlighet att det finns brister i samarbetet mellan myndigheterna idag. LO har tidigare uppmärksammat detta, bland annat i en skrivelse till försäkringskassans generaldirektör våren 2006.

Åtgärder har vidtagits för att förbättra samarbetet mellan myndigheterna. Försäkringskassan och AMS har fått i uppdrag att uppmärksamma problem som uppstår i situationer likt dem som ovan beskrivits. Sedan den 1 mars 2007 är också det så kallade PILA-projektet (pilotinsatser för långtidssjukskrivna till arbete) igång i hela landet efter att ha körts som pilotprojekt i Västra Götaland och Västmanland. Inom projektet görs ett arbete med att se över sätt att tillvarata arbetsförmåga hos människor som varit sjukskrivna i två år eller mer. PILA-projektet belyser det reformbehov som finns och kan sägas utgöra en punktinsats som inte borde behövas.

Otydlighet raserar trygghet i försäkringen

Vad som i detta kapitel har beskrivits är en rad otydligheter i sjukskrivningsprocessen. Tillsammans bidrar de till att minska människors trygghet i försäkringen. Att sjukskrivning på grund av underlåtenheter från arbetsgivare och myndigheter blir till en

väntan på hjälp underminerar givetvis människors känsla av försäkring som en trygghet när arbetsförmågan sviktar. Att denna väntan i en rad fall dessutom har slutat med plötsliga besked om indragen ersättning från sjukförsäkringen, samtidigt som ersättning från arbetslöshetsförsäkringen nekas, leder till stor otrygghet.

En instabil tillämpning av försäkringens regler skapar också otydlighet och otrygghet i försäkringen. I en översyn av sjukskrivningstider syns att genomsnittliga sjukskrivningstider varierar i olika län, trots att åkommorna är desamma. På ett håll i landet leder en hjärtinfarkt till drygt 200 sjukdagar, på ett annat till drygt 300 dagar.³⁸ Det bör betonas att *vissa* regionala skillnader kan vara befogade. En viktig delförklaring bör kunna vara att olika branscher och yrken förekommer i olika hög grad i olika regioner och att arbetsförmågan bedöms, precis som den ska bedömas, i relation till den sjukas arbete. Personer inom vissa industriyrken är dömda att ha längre sjukskrivningstider än personer med tjänstemannajobb. Det är alltså inte helt orimligt att sjukskrivningstider varierar mellan regioner eftersom sammansättningen av arbeten ser olika ut. Olikheterna är emellertid så stora att de kan tyda på varierad tillämpning av sjukförsäkringen.

Även instabilitet i försäkringens regelverk bidrar till att urholka tryggheten eftersom de försäkrade får svårare att veta vilka villkor som faktiskt gäller. Återkommande ändringar av regelverket har präglat sjukförsäkringen. Särskilt ersättningsnivå har justerats gång på gång. Under 1990-talet var regeländringarna särskilt frekventa, men också efter det har ersättningsnivå och sjuklöneperiod ändrats flera gånger.

I en bra försäkring vet alla parter vad som gäller. Fyra egenskaper kan sägas utgöra försäkringens kärna, oavsett vilken typ av försäkring det handlar om:³⁹

- Försäkringen hanterar risk – den övertar försäkringstagarens risk genom att lova kompensation utifall att en händelse som innebär skada inträffar.
- Försäkringen sprider risk – den gör så att försäkringstagarna var och en inte behöver spara pengar för att ha till hands om en händelse med ekonomiska konsekvenser inträffar.
- Försäkringen ger trygghet – den ger lugn genom vetskapen om att kompensation kommer att ges *om* en händelse som innebär skada inträffar.
- Försäkringen ger en tydlig och stabil tjänst – den erbjuder försäkringstagaren tydlighet om vid vilka händelser försäkringen gäller och hur ersättningen ser ut, och den har villkor som är stabila över tid.

Stabilitet är alltså en av de viktigaste aspekterna av en försäkring. Finns stabilitet finns förutsättningar för tydlighet och därmed förutsebarhet. Detta är en förutsättning för att också den tredje punkten ovan ska kunna uppfyllas – att människor känner trygghet i försäkringen.

Den allmänna sjukförsäkringen har som sagt genomgått upprepade regelförändringar genom åren. Det är med andra ord snarare instabilitet än stabilitet som har kännetecknat försäkringen. I tabellen nedan ges en överblick av de förändringar av sjuklön och ersättningsnivåer som gjorts de senaste drygt 15 åren. Utöver dessa har också inkomsttaket i försäkringen varierats. Den senaste justeringen gjordes den 1 januari 2007

³⁸ SOU 2006:86, sidan 55

³⁹ Socialförsäkringsutredningen (2005) *Vad är försäkring?* Samtal om socialförsäkring nr 1

då den nyttillträdde borgerliga regeringen sänkte taket till 7,5 prisbasbelopp – bara sex månader efter att den socialdemokratiska regeringens höjning från 7,5 till 10 prisbasbelopp hade trätt i kraft.⁴⁰ Även andra förändringar i sjukförsäkringen har gjorts och vissa har blivit ovanligt kortlivade, till exempel den medfinansiering utöver sjuklöneperioden som infördes för arbetsgivare 2005 och som slopades den 1 januari 2007.

FAKTA: Reglerna för sjukpenning och sjuklön från 1990-talets början

	Sjuklöneperiod, Antal dagar	Ersättningsgrad i procent av inkomsten:					
		Dag 1	Dag 2-3	Dag 4-14	Dag 15-90	Dag 91-365	Dag 366-
- mars 1991	---	90	90	90	90	90	90
mars 1991 - dec 1991	---	65	65	80	80	90	90
jan 1992 – mars 1993	14	65	65	80	80	90	90
apr 1993 – juni 1993	14	0	65	80	80	80	80
juli 1993 – dec 1995	14	0	65	80	80	80	70(1)
jan 1996 – dec 1996	14	0	75	75	75	75	75
jan 1997 – dec 1997	28	0	75	75	75	75	75
jan 1998 – mars 1998	28	0	80	80	80	80	80
apr 1998 – jun 2003	14	0	80	80	80	80	80
juli 2003 – dec 2004	21	0	77,6	77,6	77,6	77,6	77,6
jan 2005 – jan 2007	14(2)	0	80	80	80	80	80
jan 2007-	14	0	80(3)	80(3)	80(3)	80(3)	80(3)

Källa: Socialförsäkringsutredningen (2005) Sjukfrånvaro i tid och rum Samtal om socialförsäkring nr 2, Försäkringskassan

(1) I vissa fall 80 procent.

(2) Arbetsgivaren finansierar 15 procent av sjukpenningen även efter sjuklöneperiodens slut.

(3) Ersättningen, 80 procent av SGI, multipliceras med faktorn 0,989.

För ofta återkommande ändringar i regelverket är som redan konstaterats inte bra för försäkringens trovärdighet. Den instabilitet som de skapar gynnar inte medborgarna, det vill säga försäkringstagarna, trygghet. De återkommande förändringarna är givetvis också skadliga för arbetsgivarnas tilltro till systemet. Alla parter vinner på stabilitet.

Brister i det ekonomiska skyddet för den som blir sjuk

Sjukförsäkringen ger på det hela taget ett gott ekonomiskt skydd för den som drabbas av ohälsa och därför inte kan arbeta. Men skyddet har brister.

För den som beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning kan detta vara porten till en fattigdomsfälla. Med tiden sker nämligen en successiv urholkning av ersättningen: Medan reallönerna i samhället stiger räknas ersättningen endast upp med prisutvecklingen, och den som går hemma med en varaktig nedsättning av arbetsförmågan får en stadigt sjunkande reell ersättning. För de grupper som då dessutom inte omfattas av kompletterande skydd förvärras situationen.

⁴⁰ Försäkringskassan

Unga drabbas ytterligare av ett tidigt inträde till en tillvaro med S/A. Bland unga i åldrarna mellan 20 och 29 år har andelen med aktivitetsersättning ökat årligen sedan slutet av 90-talet. Antalet personer i dessa åldrar nästan fördubblades mellan 1998 och 2005.⁴¹ Detta i kombination med att ersättningssystemet inte är anpassat till unga människor med kort historik i arbetslivet skapar en särskilt allvarlig fattigdomsfälla. I skriften *Tre försäkringar i en – en bra och två dåliga* (2006) lyfts fram hur fällan slår hårdare för unga:⁴²

- Yngre har i regel inte hunnit nå en stabil inkomstnivå vilket gör att beräkningen av deras framtida försörjningsförmåga (grunden för ersättningen) kan bli missvisande.
- Yngre personer missgynnas av den historiska inkomstberäkningen eftersom de i regel befinner sig i en lönestegrande process. Deras historiska inkomst är i regel lägre än den aktuella.

En annan aspekt värd att uppmärksamma är den roll som de avtalade försäkringarna spelar. Det kompletterade skydd som avtalsförsäkringar ger innebär betydande olikheter i utfallet för olika grupper. För de flesta är det ett gott skydd som ges, men alla omfattas inte av detta tilläggsskydd. Arbetstagare på arbetsplatser utan kollektivavtal står utan avtalsförsäkringarnas extra skydd, något som dessvärre inte uppmärksammats särskilt mycket. Utan det kompletterande skyddet står också de som genom exempelvis arbetslöshet har blivit utförsäkrade från de avtalsförsäkringar de tidigare omfattats av. Storleken på den sistnämnda gruppen hör till den svåraste att uppskatta.⁴³

⁴¹ Socialförsäkringsboken (2006) *På vuxenlivets tröskel* (1998 hade cirka 12 600 personer i åldrarna mellan 20 och 29 år det som idag heter aktivitetsersättning, 2005 var antalet cirka 21 400)

⁴² Socialförsäkringsutredningen (2006) *Tre försäkringar i en – en bra och två dåliga* Samtal om socialförsäkring nr 13

⁴³ Efterskyddet inom avtalsförsäkringarna är normalt 720 dagar. Det vill säga att den som exempelvis blir uppsagd på grund av arbetsbrist fortsätter att omfattas av avtalsförsäkringen som han/hon kopplades till genom sitt tidigare arbete under 720 dagar efter att anställningen upphört.

FAKTA Vilka saknar kompletterande skydd?

Det brukar sägas att omkring 90 procent av arbetstagarna får kompletterande skydd via avtalsförsäkringarna. En kartläggning gjord inom ramen för socialförsäkringsutredningen visar att andelen nog är mindre.

När det gäller avtalsersättningar bland personer med varaktigt nedsatt arbetsförmåga är slutsatsen att 37 procent av dem som har S/A och borde vara berättigade till avtalsersättning *inte* har det (omkring 157 000 personer). Det handlar alltså om S/A-berättigade individer som inte har arbetsskadelivränta och som inte enbart har garantiersättning, och som därmed skulle kunna omfattas av avtalsförsäkringarna. Men som alltså inte gör det. Att det är så kan enligt utredningen bara förklaras av att dessa personer arbetat på arbetsplatser utan kollektivavtal, eller att de blivit utförsäkrade.

Vad siffran är för sjukpenningens del är dock inte möjligt att ta fram utan en mycket stor osäkerhet. Detta främst eftersom det ur gruppen som inte har tillägg under sjukskrivning inte går att urskilja vilka som varit sjukskrivna så länge att de förbrukat sin rätt till den kompletterande ersättningen. Mycket tyder dock på att verkligheten är en annan än den ofta förekommande föreställningen om att bara 10 procent av arbetstagarna står utan kompletterande skydd från avtalsförsäkringar.

Källa: Socialförsäkringsutredningen (2006) Tre försäkringar i en – en bra och två dåliga Samtal om socialförsäkring nr 13, Arbetsmaterial Socialförsäkringsutredningen:

http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/kollektivavtalade_tillagg.pdf

Kapitel 4 – Morgondagens sjukförsäkring

Att människor fastnar i sjukskrivning så att den arbetsförmåga de eventuellt har inte tas till vara är oacceptabelt. Att genom striktare villkor och lägre ersättningsnivåer hoppas få fler att lämna sjukförsäkringen för att ta klivet tillbaka in på arbetsmarknaden är dock varken realistiskt eller humant. Vad som behövs är åtgärder av andra slag.

Först och främst behövs ett gott ekonomiskt skydd i sjukförsäkringen. Därutöver behövs individanpassad hjälp för människor att komma tillbaka till arbete. Detta stöd fordras såväl under tiden med sjukpenning som därefter, och fram till dess att individen åter tagit plats i arbetslivet. Mycket av sjukfrånvaroproblematiken är också frågor för arbetsmarknaden och arbetsmarknadspolitiken. Fler måste få plats i arbetslivet. Även personer som inte har full arbetsförmåga ska kunna arbeta i så stor utsträckning som deras hälsa tillåter. Den som haft otur att drabbas av ohälsa behöver hjälp och stöd för att hitta arbeten som passar hans eller hennes förutsättningar. Inte bara parterna på arbetsmarknaden, utan också det offentliga, behöver bli bättre på att ge detta stöd. Med stor säkerhet måste mer resurser satsas.

I detta kapitel diskuteras en möjlig väg att gå. Det som här skissas kan delas upp i fyra delar. Dessa utgör kapitlets disposition:

1. Ett gott ekonomiskt skydd vid sjukdom, och skyddad tid med sjukpenning
2. Omställning under en period med sjukpenning.
3. Omställning efter perioden med sjukpenning, för den med fortsatt behov.
4. Ett gott ekonomiskt skydd även efter sjukpenning för den som inte är åter i arbete.

1. Ett gott ekonomiskt skydd vid sjukdom, och skyddad tid med sjukpenning

Återställ det högre taket i sjukförsäkringen

Den som blir sjukskriven ska inte tvingas att kraftigt sänka sin levnadsstandard. Det primära med en inkomstförsäkring är att den ska täcka upp för inkomstbortfall. Inkomsttaket i sjukförsäkringen bör höjas så att fler kan få sjukpenning som motsvarar den löneinkomst de faktiskt betalat sin avgift utifrån. Detta skulle också stärka försäkringsmässigheten och stödet för sjukförsäkringen. Genom att risken för arbetsoförmåga på grund av sjukdom är så snett fördelad mellan hög- och låginkomsttagare leder även ett kraftigt höjt tak i sjukförsäkringen till fortsatt stor omfördelning.

Ersättningsgrundande inkomst – inte gammal men gärna taxerad

Det är den aktuella inkomsten som ska ligga till grund för ersättningen till den som blir sjukskriven. Det är nödvändigt för förutsebarhetens skull, för att människor ska känna trygghet i försäkringen. Inkomstbortfallsprincipen talar för att det ska vara en andel av den förlorade inkomsten som ersätts.

En modell med ett historiskt inkomstbegrepp kan inte accepteras. Det vill säga att inkomster som erhållits flera år tillbaka i tiden används som grund för beräkning av

sjukpenningen. En sådan beräkningsgrund kan slå mycket hårt och orättvist mot exempelvis en person som tidigare arbetat deltid, men som vid tidpunkten för sjukskrivning befann sig i heltidsarbete. Med en sådan beräkningsgrund riskerar också nytillträdde på arbetsmarknaden att förlora stort om de blir sjuka. Det är i regel under den inledande perioden i arbetslivet som inkomsten ökar som mest från år till år.

Det finns emellertid vissa fördelar med ett historiskt inkomstbegrepp om man med detta avser taxerad inkomst. Dels finns en pedagogisk aspekt. Det blir tydligt att det är den inkomst man betalar skatt på som är ersättningsgrundande, och att svartarbete inte genererar rättigheter inom sjukförsäkringssystemet. Dels kan man genom att använda den taxerade inkomsten stävja fusk som kan förekomma när sjukpenninggrundande inkomst uppges.

Formellt är det förväntad inkomst under kommande 12-månadersperiod som utgör beräkningsgrund för sjukpenningen. För de flesta motsvarar detta aktuell månadslön multiplicerat med tolv. För vissa grupper är dock beräkningen mer komplicerad och möjlig att manipulera. Det gäller främst personer med varierande inkomst och egenföretagare. Om det är taxerad inkomst som utgör grund för beräkningen blir den svår att manipulera i syfte att få en högre ersättning. Minskade möjligheter att fuska eller manipulera försäkringsersättningen stärker sjukförsäkringens trovärdighet.

Vi ser en annan lösning, en slags mellanväg med en historisk men ändå mycket aktuell taxerad inkomst som beräkningsgrund. Förslaget är ett slags ”nutidshistoriskt” inkomstbegrepp där man blickar tillbaka en eller två månader för att avgöra ersättningens storlek. På så vis kommer man inte särskilt långt ifrån den dagsaktuella inkomsten. Ett sådant upplägg är inte möjligt i det system för hantering av skatter och arbetsgivaravgifter som vi har i dag. Att genomföra en förändring i den riktningen bör emellertid vara tekniskt möjligt. Med dagens teknik och IT-system borde såväl skatter som arbetsgivaravgifter/sociala avgifter kunna betalas månadsvis till personliga skattekonton, och preliminära beslut om taxering fattas utan alltför lång tidsfördröjning.⁴⁴ Med detta förslag vinnas fördelarna med taxerad inkomst som grund för beräkning av sjukpenning. Samtidigt garanteras att det är en relativt aktuell inkomst som ersätts.

En rättvisare karens

Flera LO-kongresser har beslutat att verka för att karensdagen i sjukförsäkringen ska tas bort. I en försäkring finns en utbyttbarhet mellan självrisk och kontroll. En lägre självrisk ställer högre krav på kontroll. Om man politiskt tar ställning för en bibehållen självrisk i form av karens är det möjligt att konstruera denna på ett bättre sätt än idag. Viktigt är att karensen innebär ett likvärdigt utfall för alla.

Ett system med läkarintyg från första sjukdagen är inte en bra lösning. Det är inte rimligt att den som är sjuk, många gånger sängliggande, ska ta sig till läkare den första dagen. Det skulle också kunna verka negativt ur ett samhällsperspektiv genom att vara kostnadsdrivande för primärvården.

⁴⁴ Inom Skatteverket pågår just nu ett projekt med att skapa databaser för att sammanställa löner och bidrag. Tidigast hösten 2007 förväntas verket lämna ett formellt förslag till regeringen, men i januari 2007 gick man från Skatteverket ut och berättade om planerna på de två nya databaserna. Ambitionen är att göra uppgifter enklare, och att försvåra skatte- och bidragsfusk.

Ett så kallat karensavdrag motsvarande 20 procent av veckolönen skulle ge en betydligt rättvisare självrisk, en självrisk som inte slår hårdare mot den som har flera arbetsgivare eller den som har sin arbetstid ojämnt fördelad över arbetsdagarna.

Den orättvisa det innebär att tjänstemän i högre grad än arbetare kan gå till arbetet trots lättare åkommor, som exempelvis en förkylning, och således slippa både karensdag och kortare sjukskrivning kan man dessvärre inte komma åt.

Tiden med sjukpenning som en skyddad period

Det är viktigt att sjukskrivningar inte drar ut på tiden om det inte är nödvändigt för den sjukskrivnes återhämtning. Idealt vore att det inte behövdes någon tidsgräns i sjukpenningen, men de många långa sjukskrivningar som idag är en realitet pekar i en annan riktning. Långvarig sjukskrivning är ingen bra medicin för den som behöver återfå sin arbetsförmåga. Eftersom chansen att hitta tillbaka till arbetslivet minskar i takt med att sjukskrivningen blir längre bör tanken om en mer definitiv tidsgräns än den som finns idag inte avfärdas.

En tidsgräns, kombinerat med ett starkare anställningsskydd under motsvarande period, kan bidra till att minska utslagningen från arbetslivet. Den skulle tydligt markera en period inom vilken den sjukskrivne i trygghet ges tid att reparera sin hälsa, och får hjälp att hitta den bästa vägen tillbaka till arbete. En sådan tidsram kan fungera som ett signalsystem för alla inblandade – individen själv, arbetsgivaren, facket, försäkringskassan, arbetsförmedling och andra. Omställning kan sättas i centrum utan att vare sig omställningen i sig eller rätten till ersättning blir ifrågasatt. Målet om återgång i arbete tydliggörs för alla parter. Drivkrafter för arbetsgivare att lägga större energi på rehabiliteringsarbete kan skapas, liksom ett ökat fackligt ansvarstagande för att komma till rätta med ohälsa i arbetslivet.

Inte minst kan en tidsgräns för sjukpenningen bidra till att lösa problemet med att människor som varit sjukfrånvarande faller mellan stolarna när försäkringskassan och arbetsförmedlingen ser situationen ur skilda perspektiv. Det markeras när det absolut senast är dags att ansvaret för en människa flyttas från den ena myndigheten till den andra. Detta skulle eliminera risken för att människor tappas bort eller knuffas mellan myndigheterna.

Begränsningen för perioden med sjukpenning kan lämpligen bestämmas till omkring 14 till 15 månader. Perioden får inte vara för kort med tanke på att den både ska inrymma tid för medicinskt tillfrisknande och rehabiliteringsåtgärder. Undantag från tidsbegränsningen måste också vara möjliga. Exempelvis om återgång i arbete förväntas inom rimlig tid, om den sjukskrivne genomgår medicinsk behandling, eller om den medicinska situationen kräver det.

Att endast införa en tidsgräns räcker dock inte. Mer resurser måste satsas på att hjälpa de sjukskrivna att hitta tillbaka till arbete. I första hand till sitt tidigare jobb eller - om ohälsan omöjliggör det - till något annat arbete på samma arbetsplats. När detta visar sig omöjligt måste stöd och hjälp att finna ett annat arbete ges. Ambitionen bör vara att sjukskrivna som behöver hjälp inom ramen för arbetsmarknadspolitiken ska få det så tidigt som möjligt. Det kan konstateras att en tidsgräns öppnar för en friare användning av tiden med sjukpenning. Hur denna kan användas behandlas i avsnittet *Omställning under perioden med sjukpenning*.

Utformningen av en tidsgräns

Exakt hur en tidsgräns för tiden med sjukpenning bör utformas kräver ett noggrant utredningsarbete. Erfarenheter från länder med tidsgräns i sina sjukförsäkringar bör tas tillvara. Ett par viktiga aspekter har dock lyfts fram i arbetet med denna rapport.

För det första bör tidsgränsen inte leda till en skarp gräns mellan insatser på arbetsplatsen och insatser i samhällets regi. Tvärtom så bör den sjukskrivne kunna få del av insatser från samhället samtidigt som han/hon har sin anställning kvar, och med bibehållen sjukpenning under lika lång tid som tidsgränsen medger.

För det andra kan det vara lämpligt med någon form av kvalifikationskrav för omställningsåtgärderna under den tidsbegränsade sjukpenningperioden. Denna period får formen av en slags "arbetsplatssjukförsäkring" och frågan är om den som arbetat en väldigt kort tid i ett yrke ska ha rätt till en sådan omfattande trygghet. Omfattande omställningsinsatser får inte bli en slags smitväg till exempelvis högskolestudier och därför kan det eventuellt vara befogat med vissa villkor för att en person ska anses kvalificerad till denna omställningshjälp.

Riktlinjer för sjukskrivning – en fråga om trygghet

Behovet av riktlinjer för sjukskrivning har med anledning av varierande sjukskrivningstider på olika håll i landet betonats i debatten om sjukförsäkringen. Under 2007 kommer försäkringskassan och Socialstyrelsen att lägga fram riktlinjer för sjukskrivningar vid olika typer av diagnoser. Detta är positivt. Riktlinjer kan bidra till en mer rättssäker sjukskrivningsprocess och det är eftersträvansvärt. Det är bra att man arbetar för att skapa mer förutsebarhet. Det gynnar inte minst försäkringstagarna. I takt med att godtycklighet minimeras ges tryggheten i försäkringen möjlighet att växa och med det stärks också försäkringens legitimitet.

Det är dock viktigt att poängtera vikten av flexibilitet. Det är viktigt att i denna process bevaka hur utrymmet för individuell anpassning säkras, och att det är arbetsförmågan i relation till arbetet och de fysiska krav som detta ställer som avgör hur lång en sjukskrivning faktiskt blir. Här kan en väl fungerande företagshälsovård bidra till en korrekt bedömning av arbetsförmåga.

2. Omställning under perioden med sjukpenning

Det är vår övertygelse att en begränsning av perioden med sjukpenning inte räcker för att komma till rätta med de problem som har med sjukförsäkringen att göra. För det första behövs en bättre fungerande rehabilitering. Bättre insatser behövs, och de behövs tidigt i sjukskrivningsprocessen. Att sjukskrivningar blir en lång väntan på hjälp och stöd kan inte accepteras. Det är viktigt att betona att ett införande av en fastställd period med sjukpenning och förstärkt anställningsskydd inte får tolkas som en acceptans för att låta insatser dröja inom denna tidsrymd. Det får inte bli så att ingenting sker förrän dessa cirka 14 till 15 månader närmar sig sitt slut. Tvärtom måste kraven på både fack och arbetsgivare öka. I detta avsnitt diskuteras hur åtgärder kan vidtas för att så långt det är möjligt försöka garantera insatser tidigt.

Vad som framför allt kan bli mycket bättre är att klargöra vilka insatser den sjukskrivne är i behov av, och vad som kan göras på arbetsplatsen för att den sjuke ska kunna behålla sin anställning. Det är viktigt att det sker i ett tidigt stadium. För det behövs kännedom om särskilda förhållanden i det individuella fallet. Det behövs

drivkrafter för att arbetsgivaren ska ta ansvar för rehabilitering/omställning av den anställda som är i behov av det. Även ett ökat tryck på det lokala facket för att driva på dessa insatser är eftersträvänsvärt.

En väl fungerande och lättillgänglig företagshälsovård kan givetvis spela en värdefull roll i en bättre omställningsprocess för sjukskrivna. LO har krävt en kvalitetssäkrad och obligatorisk företagshälsovård. Det ställningstagandet kvarstår samtidigt som LO har en i grunden positiv syn på möjligheten att lösa frågan om företagshälsovård med hjälp av avtal.

Ökad tyngdpunkt på arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar

Som nämndes i kapitel 2 har regeringen lagt fram en proposition om att slopa arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsutredning. Vi menar att kraven på arbetsgivaren att se till att rehabilitering av en sjukskriven anställd kommer till stånd tvärtom måste skärpas. Lagstiftningen bör vara utformad så att arbetstagaren får en period med förstärkt anställningsskydd och ekonomisk trygghet i form av sjukpenning under en fastställd period. Då kan arbetstagaren i trygghet under denna period delta i olika former av rehabilitering. Arbetsgivaren betalar ingen lön under denna period, och bör därför avkrävas större insatser för att rehabilitera arbetstagaren. Det är dock rimligt att en arbetsgivare som vidtar de åtgärder som kan krävas kan överblicka omfattningen av sitt åtagande.

I lägen där en sjukskriven arbetstagare blivit uppsagd från sin anställning och vänder sig till Arbetsdomstolen för att försöka få uppsägningen ogiltigförklarad är det idag otydligt hur domstolen kommer att bedöma arbetsgivarens agerande. Som redogjordes för i kapitel 2 står ofta arbetsgivarens rehabiliterings- och omplaceringsansvar och väger mot företagsekonomiska argument. I denna vågskål vill vi uppnå ett tydliggörande.

I dag är det enbart arbetsgivarens omplaceringsskyldighet som uttrycks i lagen om anställningsskydd. En uppsägning är enligt lagtexten inte sakligt grundad om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren annat arbete hos sig. Vi menar att även arbetsgivarens skyldighet att vidta sådana rehabiliteringsåtgärder som är skäliga att kräva bör införas i lagtexten. Den närmare innebörden av detta bör på samma sätt som kravet på omplaceringar beskrivas i lagens förarbeten. Av dessa bör framgå att kravet på rehabiliteringsåtgärder kan medföra att arbetsgivaren i viss utsträckning drabbas av ökade kostnader, och att arbetskamraterna kan få finna sig i nödvändiga förändringar av sin arbetssituation.

Alla parter skulle vinna på en förändring av det här slaget. För arbetstagaren får begreppet om saklig grund en tydligare innebörd och skyddet enligt lagen om anställningsskydd förtydligas. Anställningen blir skyddad under sjukpenningperioden och arbetstagaren får tid att ägna åt en strävan att återgå i arbete. Hon eller han kan inte tvingas att sluta sin anställning så länge sjukpenning utgår och hon/han deltar i de rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren är skyldig att genomföra. Detta ger också facket en möjlighet att agera pådrivande i rehabiliteringsarbetet.

I en sådan situation är det som ovan nämndes rimligt att arbetsgivaren kan överblicka sitt åtagande. Det kan vara lämpligt med en ordning där en uppsägning efter 14 till 15 månaders sjukskrivning alltid är sakligt grundad under förutsättning att arbetsgivaren gjort vad han/hon ska i termer av hjälpmedel, rehabilitering, anpassning av

arbetet och dylikt. Detta skulle för arbetsgivarens del innebära ett klagörande av det omfattande rehabiliteringsansvar som faktiskt finns och som Arbetsdomstolen har att se till. Det blir med detta tydligt att det för den arbetsgivare som uppfyller sina förpliktelser finns en gräns för när åtagandet övergår till samhällets ansvar.

I de fall där det kan konstateras att arbetsgivaren inte uppfyllt kraven om stöd till omställning/rehabilitering vid den begränsade sjukpenningens slut är det rimligt att införa en slags sanktion. Här föreslås en återupptagen sjuklön. Den sjukskrivne går i ett sådant fall vidare till omställning under samhällets ansvar. Arbetsgivaren får dock vara med och betala – 80 procent av den sjukskrivnes inkomst precis som i inledningen av sjukfallet. Detta arrangemang skulle bestå tills dess att arbetsgivaren uppfyllt sina skyldigheter, om inte arbetstagaren hittar ett annat arbete innan dess.⁴⁵

Samarbete kring rehabilitering och omställning i avtal

Avtal om omställningsstöd mellan arbetsgivare och fack kan vara ett sätt att garantera den sjukskrivne hjälp under sjukpenningperioden. Tanken är omställningsavtal som ger insatser för den som på grund av ohälsa är i behov av anpassning eller rehabilitering för att komma tillbaka till sitt jobb. Avtal skulle också omfatta den som på grund av ohälsa behöver hjälp till ett nytt arbete.

På detta sätt skulle parterna ta ett gemensamt ansvar för att driva på omställningsarbetet. Kännedom om specifika förhållanden i individuella fall skulle tas tillvara. Facket kan då jobba mer med solidariteten mellan friska och sjuka medlemmar genom att hjälpa till mer lokalt på arbetsplatserna. Dels genom att skapa bättre förutsättningar för de sjuka att komma tillbaka, och dels genom stöd och uppmuntran till sjukskrivna att komma tillbaka. För att öka möjligheterna till framgång med ett sådant avtal om omställning är en tanke att låta arbetsträning hos annan arbetsgivare ingå som en av många åtgärder, även över avtalsgränserna genom exempelvis arbetsgivarringar. Förutsättningar för detta bör utredas vidare.⁴⁶

Viktigt om ett omställningsstöd för sjukskrivna ska utformas är att det anpassas till varje förbunds specifika behov. Problembilden är nämligen varierande. I en del förbund är det största problemet att möjligheten till anpassnings- eller omplaceringsåtgärder hos arbetsgivarna är så små att det ganska omgående blir fråga om uppsägning. I andra förbund är det istället arbetsgivarens bristande kunskap eller ovilja som är det största problemet. Kopplingar till företagshälsovård av god kvalitet är önskvärt.

Hur parterna väljer att konstruera avtalen påverkar hur snäv försäkringen blir i praktiken. Det kan vara frågan om en slags ”arbetsplatssjukförsäkring”, men om avtal gäller en hel bransch kan sjukpenningen i praktiken ses som en ”branschsjukförsäkring”. Än mer önskvärt är mer omfattande avtal än så, avtal som löper över avtalsgränser och inbegriper lokala arbetsmarknader om så är möjligt. Att människor kan ges möjligheter att hitta nya jobb i andra branscher än den egna är önskvärt.

⁴⁵ Även i fall där arbetsgivare och arbetstagare hamnar i tvist om åtgärder vidtagits skulle detta arrangemang bli aktuellt i väntan på en lösning av tvisten. Prövningen av om arbetsgivaren fullgjort sina skyldigheter skulle precis som i övriga anställningsskyddsfrågor avgöras av Arbetsdomstolen.

⁴⁶ Det samarbete som finns inom byggbranschen, den så kallade Galaxenmodellen, är en möjlig förebild. Med hjälp av Galaxen, byggsektorns företag för rehabilitering, ges arbetstagare med nedsatt arbetsförmåga på grund av ohälsa möjligheter till anpassat arbete och rehabilitering.

Ett sätt att skapa drivkrafter för arbetsgivarna att teckna avtal om omställning enligt ovan kan vara att låta en del av de sociala avgifterna gå till rehabilitering/omställning av personer med sjukpenning. Avgiften går då till den offentliga instans som står för rehabilitering/omställning av dem som saknar arbetsgivare, eller saknar arbetsgivare med omställningsavtal för sjukfrånvarande. Arbetsgivare som tecknar avtal enligt vissa minimivillkor skulle då slippa den delen av den sociala avgiften. I praktiken skulle detta fungera som en för arbetsgivarna obligatorisk försäkring mot rehabiliteringskostnader. Den arbetsgivare som tecknat avtal om omställning på viss specificerad minimnivå slipper köpa denna. Hur miniminivån ska se ut behöver utredas vidare.

Lättare arbete för delvis och långvarigt sjuka

Det är ett problem att arbetsgivare idag saknar incitament att sträva efter att få tillbaka sina anställda i arbete om de varit sjukskrivna en tid. I synnerhet om arbetstagaren även försettningsvis har delvis nedsatt arbetsförmåga. Medfinansieringen som var tänkt att fungera som en drivkraft har slopats av den borgerliga regeringen. Den som kan komma tillbaka till sitt jobb med delvis nedsatt arbetsförmåga och sjukersättning på deltid är i regel inte särskilt önskvärd ur arbetsgivarens perspektiv. Personen antas ha en lägre produktivitet men arbetsgivaren måste ändå betala för en full arbetsinsats, om än på deltid.

Normal lön och anställningsförmåner är att föredra framför olika former av sjukersättning. Delvis sjuka som arbetar bör i första hand få normal lön (och anställningsförmåner) från arbetsgivaren som i sin tur erhåller lönebidrag från staten. Med dagens skatteregler (läs förvärvsavdraget) innebär dessutom ett system med lönebidrag bättre nettoinkomster för de delvis sjuka jämfört med sjukersättning på deltid.

Socialförsäkringsutredningen föreslår en alternativ konstruktion av partiell sjuk- eller aktivitetsersättning. Den skulle ge den med delvis nedsatt arbetsförmåga möjlighet att vara på arbetet hela dagen men ändå få den nedsatta arbetsförmågan erkänd och lov att prestera på halvfart. Samtidigt skulle arbetsgivaren fortfarande betala för en deltidsinsats.⁴⁷

Även om lönebidrag är att föredra finns en poäng med förslaget som en andrahandslösning. Att helt överge dagens regelverk till förmån för denna nya variant vore dock fel. Sjukdomar och diagnoser är olika, likväl som yrken och arbetsplatser skiljer sig mycket åt. Varje situation är unik och tillvägagångssätten behöver därför anpassas så långt det går. Många som har varaktigt delvis nedsatt arbetsförmåga kan behöva mer tid på sig att utföra sina arbetsuppgifter, mer tid för att kunna prestera som om de vore vid sin ”normala” hälsa. Andra med varaktigt delvis nedsatt arbetsförmåga kan däremot prestera fullt under en kortare tid men är i behov av längre perioder av vila.

Istället är det möjligt att låta de båda modellerna löpa parallellt, så att det också blir möjligt att kombinera dem. Exempelvis skulle det då vara möjligt för den som bedömts

⁴⁷ Utredningen tanke är att partiell sjuk- eller aktivitetsersättning skulle kunna fungera som en sorts lönebidrag genom att personer med halv sjuk- eller aktivitetsersättning ska kunna arbeta på *halv fart på heltid* istället för full fart på halvtid som regelverket idag innebär. Grundidén är att dra ner på prestationskraven per arbetad timma för den som har restarbetsförmåga, istället för att som nu minska på arbetstiden men ändå kräva full prestation under tiden på arbetsplatsen. Den som har sjuk- eller aktivitetsersättning på halvtid skulle då kunna arbeta hela dagar, men med halverade prestationskrav, och precis som i dagens system få halv lön av sin arbetsgivare kompletterat med ersättning från sjukförsäkringen, det vill säga partiell S/A.

ha nedsatt arbetsförmåga med tre fjärdedelar att arbeta halvtid på halvfart. Ersättningen skulle i ett sådant fall bli 25 procent lön och 75 procent sjuk- eller aktivitetsersättning.

Oavsett om det är fråga om lönebidrag eller en ny variant av partiell sjukersättning är det ett absolut krav att arbetstagaren i fråga, liksom den lokala fackliga organisationen, får vara med och ta ställning till arbetets utformning. Kännedom om arbetsplatsen och arbetsförhållanden är central i bedömningen av hur mycket den anställde med delvis nedsatt arbetsförmåga kan prestera.

3. Omställning efter perioden med sjukpenning

Rätt till individuell bedömning av behov

För att en fastställd maximal tid med sjukpenning ska vara acceptabel är det nödvändigt att en sådan också följs av ytterligare åtgärder i de fall där omställningsprocessen fortfarande pågår. Det vill säga för de människor som nått sjukpenningens slut men inte målet om återgång i arbete.

När tiden med sjukpenning nått sitt slut är det samhället som bör träda in för att ta över det ansvar parterna tidigare axlat. Här är det av stor vikt att det är människor med omfattande kunskap och förståelse för vad det innebär att vara arbetslös med en sjukskrivningshistorik som har ansvar för att ge hjälp och stöd.⁴⁸ Vad många som går ur en långvarig sjukskrivning och rakt ut i arbetslöshet behöver är coaching och uppmuntran för att hitta en ny yrkesroll, en ny plats i arbetslivet.

Människor bör ges möjligheter att utveckla ny kompetens för att hitta en ny väg till arbete. För att detta ska vara möjligt krävs hjälp med att hitta och utveckla arbetsförmågan hos var och en. En individuell bedömning är nödvändig från första stund. Det ska vara en rättighet att få del av sådan hjälp.

Det behövs en individuell prövning av varje person som blir arbetslös efter en längre sjukfrånvaroperiod. Detta gäller både den som anses vara fullt arbetsför och den som har sjukersättning på deltid. Det framstår som en sämre lösning att i bedömningen av lämpliga åtgärder enbart se till vilken ersättning den arbetssökande har och hur länge denna ersättning har utbetalats.

Rätt till individuellt utformad hjälp för att hitta tillbaka till arbetslivet

Med en fastställd maximal tid för sjukpenning är det troligt att fler kommer att gå från sjukskrivning till arbetslöshet, även om de samlade intentionerna med förslagen i denna idéskrift är att fler ska kunna återgå till arbete tidigare. Fler människor kommer att behöva hjälp att hitta nytt arbete. Det tål att poängteras att behoven egentligen inte kommer att öka. De kommer snarare att tydliggöras. Detta ställer i sig krav på ökade resurser till arbetsmarknadspolitiken.

Den som kliver ur sjukskrivning bör få del av hela den arsenal av åtgärder och aktivt stöd för återgång i arbete som finns inom arbetsmarknadspolitiken. Det är som redan betonats åtgärder präglade av en långt driven individualisering som behövs i många fall. Viktiga inslag skulle vara utbildning, praktik och andra sätt att närma sig nya yrkesbanor. Visar det sig att de tidigare sjukskrivna behöver mer eller andra typer av

⁴⁸ Det finns inget som utesluter att ett flertal aktörer blir aktuella inom denna del av omställning, men i grund och botten är det samhällets ansvar att se till att insatser finns tillgängliga.

åtgärder än vad dagens arbetsmarknadspolitik kan erbjuda behöver denna utvecklas för att möta de ökade – eller egentligen tydliggjorda – behoven.

Med individualiserat stöd för omställning som en rättighet efter sjukpenningperioden, i kombination med omställningshjälp under samma period, bör steget bort ifrån sjukpenning uppfattas som mindre dramatisk. Fokus ska inte ligga på i vilken ”åtgärd” man befinner sig, utan snarare på vilka insatser man får del av. Att olika insatser endast går till personer som har en viss typ av ersättning, exempelvis aktivitetsersättning, framstår som onödigt byråkratiskt. Aktiva program som underlättar yrkesbyte ska finnas för alla grupper. Detsamma gäller arbetslivsinriktad rehabilitering och anställningsstöd i olika former liksom arbetsmarknadspolitiska program med utbildning och praktik som innehåll.

Vägen ur ohälsa det viktigaste

Hur det offentliga stödet för återgång i arbete bör se ut rent organisatoriskt är en öppen fråga. Det primära är att en funktion såsom den ovan beskrivna kommer till stånd så att människor ges hjälp tillbaka till arbetslivet samtidigt som de kan känna trygghet i sjukförsäkringen.⁴⁹

I en diskussion om att skapa särskilda åtgärder för arbetslösa med sjukskrivningshistorik är det viktigt att beakta om dessa kan få stigmatiserande effekter. Det bör reflekteras över om särskilda åtgärder kan bli negativt betraktade och stämplade som något för de riktigt svåra fallen. I det värsta scenariot blir den bilden så stark att den överskuggar effekterna av ett aktivt och effektivt omställningsarbete.

Tidsgränsen för sjukpenning kommer dock att leda till att de individer som går vidare till att ta emot särskilda insatser inte har varit frånvarande från arbetsmarknaden i många år utan högst den tid som tillåts, omkring 14 till 15 månader enligt förslaget i denna rapport. Om detta batteri av åtgärder för att hjälpa människor till omställning ska ge positiva effekter bygger det förstås också på att man lyckas. Om människor ”fastnar” i dessa särskilda insatser år efter år är det klart att detta kan bli betraktat som en sista utpost. Detta om något talar för insatser av hög kvalitet vilket kräver att betydande resurser satsas.

4. Ett gott ekonomiskt skydd efter sjukpenning

En bra arbetslöshetsförsäkring är en förutsättning för reform

För att en reform av sjukförsäkringen ska vinna trovärdighet och acceptans krävs en arbetslöshetsförsäkring värd namnet. Det är som sagt troligt att fler går vidare till arbetslöshet om sjukpenningperioden ges en maximal längd. Arbetslöshetsförsäkringen ska erbjuda ett bra ekonomiskt skydd för den som inte lyckats ta sig tillbaka till arbete efter maximal tid med sjukpenning. De förändringar som den borgerliga regeringen gör i arbetslöshetsförsäkringen betraktas därför med oro, och LO har uttryckt hård kritik mot försämrade ersättningsnivåer och villkor. Kritiken stärks ytterligare med behovet av en bättre fungerande sjukförsäkring i åtanke där målet är att få fler att ta steget ut på

⁴⁹ Arbetsförmedlingen rehab arbetar med uppdraget att återföra personer med nedsatt arbetsförmåga till arbete efter en längre frånvaro från arbetsmarknaden på grund av ohälsa, en utveckling av denna instans utsluts inte som en möjlighet att nå vad som eftersträvas.

arbetsmarknaden. Att ställa upp på en mer definitiv tidsgräns i sjukpenningen är omöjligt om det i realiteten innebär att människor får kraftigt försämrade ekonomiska villkor.

Socialförsäkringsutredningen har föreslagit en bättre koordinering av villkor och ersättningar i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna. Syftet med det skulle vara att bättre gynna dem som tar steget vidare till omställning när de inte kan gå tillbaka till sitt gamla jobb. Harmoniseringar av försäkringarna kan vara ett sätt att nå ökad samstämmighet, genomskinlighet och legitimitet. Det är dock viktigt att poängtera att det rör sig om två skilda försäkringar. Som sådana bör de även fortsättningsvis behandlas. Däremot bör övergångar mellan försäkringarna underlättas. En idé som har framförts för att uppnå detta är slopad karenstid för den som går från sjukskrivning med sjukpenning till arbetslöshet och arbetslöshetsersättning.

Slut på sjukersättningen som fattigdomsfälla

Den som har en varaktigt nedsatt arbetsförmåga ska inte straffas för det. Det finns ingen anledning till att en person som på grund av ohälsa inte förväntas kunna arbeta ska ha ett sämre ekonomiskt skydd än den som har en tillfälligt nedsatt arbetsförmåga. Därför bör sjuk- och aktivitetsersättningen vara högre. Idag uppgår den till 64 procent av antagandeinkomsten upp till ett inkomsttak på 7,5 basbelopp. Avtalsförsäkringar gör att många anställda har kompletterande skydd, men utfallet för den som inte längre kan arbeta får inte göras för beroende av avtalsförsäkringarna. Detta leder till omotiverat stora skillnader i utfall för olika grupper.

I den avvägning mellan självrisk och kontroll som finns i en försäkring är en ökad kontroll för sjuk- och aktivitetsersättningens del att föredra istället för det stora element av självrisk som den låga ersättningsnivån idag innebär. Det ligger i allas intresse att endast de som verkligen inte har arbetsförmåga beviljas full sjuk- eller aktivitetsersättning. Ökad kontroll – om den är rätt utformad – kan därmed leda till något gott.

Åtgärder krävs också för att förhindra den fattigdomsfälla som ett inträde i sjuk- och aktivitetsersättning kan innebära. För det första bör sjukersättningen räknas upp med inkomstutvecklingen och inte enbart med prisutvecklingen. För det andra kan ett mer ”nutidshistoriskt” inkomstbegrepp vara nödvändigt för den som redan i unga år har aktivitetsersättning på grund av varaktigt nedsatt arbetsförmåga.

Hur ska framtidens sjukförsäkring bäst organiseras?

I en diskussion om en reform av sjukförsäkringen vaknar en rad frågor om hur en förändrad försäkring bäst bör organiseras. Som betonades inledningsvis i denna rapport är det främst vad försäkringen kan leverera som är intressant, men frågor om organisering ska här beröras i korthet.

Självständighet för sjukförsäkringen?

För att människor ska känna sig trygga med sjukförsäkringen är det viktigt att den är stabil. Stabilitet bör finnas i tillämpningen av försäkringens regelverk såväl som i regelverkets utformning. Stabilitet kan dock inte sägas känneteckna sjukförsäkringen idag. Det är snarare så att instabilitet över tid har utgjort ett problem. Politiska svängningar, konjunkturer och regeringsskiften har föranlett återkommande förändringar i regler och villkor. Försäkringen har förändrats till att bli mindre generös när konjunkturen har pekat nedåt, och mer generös när den varit på topp. Förändringar av det slaget har fått en minskad känsla av trygghet bland försäkringstagarna som följd, och sviktande legitimitet för socialförsäkringssystemet som yttersta konsekvens.

En självständig ställning för sjukförsäkringen har framhållits som ett sätt att komma närmare den eftersträvarvärda stabiliteten. Att göra sjukförsäkringen finansiellt självständig var ett av förslagen i socialförsäkringsutredningens slutbetänkande, och även från exempelvis SIF och SACO har liknande idéer lagts fram.⁵⁰

Tanken med en finansiell självständighet är att försäkringen bildar en sluten ekonomisk enhet och därmed måste bära sina egna kostnader. Resurser från försäkringen kan då inte användas till andra statliga åtaganden, och statliga medel kan inte skjutas till för att täcka upp eventuella underskott i försäkringen. Sjukfrånvaron blir ensamt styrande för förändringar i ersättningar och villkor.

Att i större utsträckning än idag skilja sjukförsäkringens finansiering från statsbudgeten kan möjligen ha vissa fördelar. Det huvudsakliga skälet att sträva efter en mer autonom sjukförsäkring skulle vara att motverka ändringar av försäkringsvillkor utifrån det statsfinansiella läget. Med färre förändringar i försäkringen kan en ökad medvetenhet om vilka villkor som faktiskt gäller skapas. Det kan bilda grunden för en ökad trygghet hos försäkringstagarna och ett större förtroende för försäkringen.

Det finns dock en invändning av fundamental karaktär mot att skapa en finansiellt självständig sjukförsäkring. Invändningen har sin grund i den riskspridning som försäkringen innebär. En fortsatt solidarisk finansiering av sjukförsäkringen, där alla bidrar med andelar lika stora i proportion till sin inkomst, är en grundpelare som inte får rubbas.

Om nivån på sjukfrånvaron bland de anställda blir styrande för utformningen av försäkringsvillkoren kan dock krav på mindre försäkringskollektiv vara att vänta. Riskerna för att drabbas av sjukdom eller skada som leder till nedsatt arbetsförmåga är mycket ojämnt fördelade. Lågriskgrupper skulle därför ha mycket att tjäna på att bilda egna kollektiv. I förlängningen skulle de grupper som löper störst risk att bli sjuka eller skadade få svårt att ha råd med försäkringen. Det vore oacceptabelt. Den riskspridning

⁵⁰ Se *Parterna och socialförsäkringarna – en idéskrift*, SACO november 2005 och *Innanför eller utanför – om ohälsa, trygghetssystem och arbetsmiljö*, SIF 2005-03-31

som är en av de stora samhälleliga vinsterna med vår obligatoriska och solidariskt finansierade sjukförsäkring bör bibehållas.

Ett alternativ till en fullständig finansiell självständighet för sjukförsäkringen skulle kunna vara en särskild beslutsordning som gör det svårare att röra försäkringens medel. Med ett sådant upplägg skulle arbetsmarknadens parter tillsammans med staten upprätta en bindande överenskommelse om vad försäkringens finanser ska täcka. Detta skulle innebära ett utökat partsinflytande i försäkringen, och därmed möjligen en ökad stabilitet. Även en bred politisk uppgörelse kan bidra till ökad stabilitet.

Ett ökat partsinflytande?

Hur ansvaret för inkomsttryggheten vid sjukdom bör vara fördelat mellan staten och arbetsmarknadens parter är en viktig aspekt att se till när en reform diskuteras. Socialförsäkringsutredningen lyfte också tanken om att låta parterna ta ett större ansvar för hanteringen av sjukförsäkringen. Idén hänger tätt samman med skissen av en finansiell självständighet med sjukskrivningsgraden som styrande för utformningen av villkor och ersättningar. Om de ekonomiska förutsättningarna knyts till förhandlingsutrymmet istället för statsbudgeten skapas ny dynamik, lyder utredningens resonemang: ”Om utgiftsminskningar blir något som arbetsgivare och arbetstagare får glädje av i form av ett större förhandlingsutrymme skapas drivkrafter hos parterna att förhindra och förkorta sjukfrånvaro.”⁵¹

Inledningsvis bör poängteras att kopplingen till löneutrymmet finns redan idag. I slutändan är det parterna som betalar för höga kostnader i försäkringen genom ett minskat löneutrymme. Det kan i sig motivera ett ökat partsinflytande i försäkringen. Ett utökat partsinflytande kan möjligen också ge goda möjligheter till en förbättrad sjukskrivningsprocess. Kännedom om hur det faktiskt ser ut i arbetslivet finns hos parterna och bör bättre tas tillvara inom sjukförsäkringen, exempelvis för att skapa en bättre fungerande rehabilitering. Att arbetsmarknadens parter näst intill helt skulle ta över administrationen av försäkringen är dock förknippat med allt för stora nackdelar. En sådan reform är därför mycket tveksam.

Dels måste nyttan med en partsadministrerad försäkring ifrågasättas. Frågan är om en partsadministrerad sjukförsäkring verkligen skulle skapa de rätta drivkrafterna för att hålla nere sjukfrånvaron. Åter igen hamnar den viktiga principfrågan om riskspridning i fokus. Med ett enda stort försäkringskollektiv finns en uppenbar risk att de drivkrafter som man hoppas skapa går förlorade, att de helt enkelt inte når fram. Det räcker knappast med en slags övergripande ram för att åstadkomma verkliga drivkrafter på lokal nivå. Åter igen framträder risken att en sådan reform i förlängningen leder till en annan – en splittring i mindre försäkringskollektiv med riskdifferentiering av premierna. Vad som redan påpekats tål att betonas igen –en riskdifferentiering av premierna till våra allmänna försäkringar kan inte accepteras. De mest utsatta grupperna skulle drabbas hårdast. De grupper som behöver försäkringarna bäst skulle tvingas betala det dyraste priset.

Dels finns också en annan fara förknippad med en av parterna administrerad ekonomiskt självständig sjukförsäkring, nämligen den att facket tar över ansvar som egentligen borde vila på staten. Om facket träder in i en sådan roll hamnar det i en myndighetsliknande sits, mer än vad som är fallet med arbetslöshetskassorna idag, och riskerar därmed att kritiserar av de egna medlemmarna när beslut som upplevs som

⁵¹ SOU 2006:86, sidan 68

negativa är tvungna att tas. Rollen som arbetstagarnas företrädare riskerar att naggas i kanterna.

Vikten av att hålla ihop försäkringen

Alla som omfattas av sjukförsäkringen bör betala samma andel av arbetsinkomsten i premie – oavsett risken att drabbas. Som flera gånger redan poängterats måste den riskspridning som vårt sjukförsäkringssystem innebär värnas, och den bör bevaras i sin helhet. Reformansatser som innebär att systemet luckras upp kan därför inte accepteras.

Socialförsäkringsutredningen väckte med sitt slutbetänkande frågan om att lyfta arbetsskadeförsäkringen från statlig regi till marknaden eller arbetsmarknadens parter. Bakom idén ligger det utredningen anser skulle skapa drivkrafter för att motverka farliga arbetsplatser, nämligen en riskdifferentiering av premierna. För farliga arbetsplatser blir då försäkringen dyrare. Tanken må låta god, men riskerar att drabba LO-medlemmarna mycket hårt.

Riskerna att skadas i sitt arbete är extremt ojämnt fördelade. Det är fler inom traditionella arbetaryrken som dagligen utsätts för olika typer av ohälsorisker än inom traditionella tjänstemannayrken. Självklart finns undantag, men på det stora hela hör LO-medlemmarna till högriskgruppen.

Det är ingen orättvisa att lågriskbranscher subventionerar högriskbranscher genom riskgruppsutjämningen. Det är snarare orimligt att den som har ett yrke är farligare än andra för den egna hälsan ska tvingas betala mer för sin trygghet.

Arbetsskadeförsäkringen ska ge medlemmarna en ökad känsla av trygghet i arbetet. Det är istället angeläget att arbetsskadeförsäkringen förblir en solidariskt finansierad försäkring där risken fördelas över alla grupper.

Det är också viktigt att bevaka att arbetssjukdomar inte hamnar i skymundan. En förändring av arbetsskadeförsäkringen får inte leda till att arbetssjukdomar hanteras separat. Risken är då uppenbar att de inte uppmärksammas tillräckligt. Eftersom arbetssjukdomar redan idag är svåra att hantera, till stor del på grund av att man vet för lite om dem, är det viktigt att de registreras och uppmärksammas precis som arbetsolyckor. Det kan ge ett bättre förebyggande arbete.

Vi känner också stor tveksamhet till att lyfta över sjukförsäkringskostnader för trafikskadade till trafikförsäkringen som har föreslagits av de borgerliga allianspartierna.

Källförteckning

- AFS 1994:01** *Arbetsanpassning och rehabilitering*, Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling
- Arbetsmiljölagen (1977:1160)**
- Försäkringskassan analyserar 2005:5** *Sjukskriven i onödan?*
- Försäkringskassan analyserar 2005:17** *Rehabiliteringsutredning – plan för återgång i arbete*
- Försäkringskassan (2006)** *Socialförsäkringsboken 2006 (På vuxenlivets tröskel)*
- Försäkringskassan månadsuppgifter februari 2007**
- Försäkringskassan månadsuppgifter mars 2007**
- Försäkringskassan statistikenheten**
- Lag (1962:381) om allmän försäkring**
- Lag (1982:80) om anställningsskydd**
- LO (2004)** *Fackliga strategier för bättre byten*
- LO (2004)** *Ohälsans trappa*
- Lunning Lars och Toijer Gudmund (2006)** *Anställningsskydd – kommentarer till anställningsskyddslagen*, nionde upplagan, Norstedts juridik, Stockholm
- Marklund, Bjurvald, Hogstedt, Palmer och Theorell, red. (2005)** *Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm
- Regeringens proposition 2006/07:59** *Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m.*
- SACO (2005)** *Parterna och socialförsäkringarna – en idéskrift*
- SIF (2005)** *Innanför eller utanför – om ohälsa, trygghetssystem och arbetsmiljö*
- Socialförsäkringsutredningen (2005)** *Vad är försäkring?*, Samtal om socialförsäkring nr 1
- Socialförsäkringsutredningen (2005)** *Sjukfrånvaro i tid och rum*, Samtal om socialförsäkring nr 2
- Socialförsäkringsutredningen (2005)** *Port och portvakt*, Samtal om socialförsäkring nr 3
- Socialförsäkringsutredningen (2005)** *Riskgruppsutjämning – viktigare än progressivitet*, Samtal om socialförsäkring nr 5
- Socialförsäkringsutredningen (2005)** *Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid*, Samtal om socialförsäkring nr 6
- Socialförsäkringsutredningen (2006)** *Rehabilitering – ett långt lidandes historia*, Samtal om socialförsäkring nr 10
- Socialförsäkringsutredningen (2006)** *Tre försäkringar i en – en bra och två dåliga*, Samtal om socialförsäkring nr 13
- Socialförsäkringsutredningen (2006)** *Nya siffror om socialförsäkringarna*, Samtal om socialförsäkring nr 14
- Socialförsäkringsutredningen (2007)** *Arbetslösa som blir sjuka och sjuka som inte blir arbetslösa*, Samtal om socialförsäkring nr 16
- Socialförsäkringsutredningen (2006)** *Sjukskrivningstid och diagnos – Sverige och andra länder*, PM nr 10
- Socialförsäkringsutredningen (2005)** *Löner bland anställda inom de centrala avtalsområdena*, PM:

http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/loner_avtalsomradena_0511.pdf

Socialförsäkringsutredningen (2006) *Hur många omfattas av tilläggsförsäkringar vid sidan av socialförsäkringen?*, arbetsmaterial:

http://www.sou.gov.se/socialforsakring/dokument/kollektivavtalade_tillagg.pdf

SOU 2006:86 *Mera försäkring och mera arbete*, betänkande av socialförsäkringsutredningen, Fritzes, Stockholm

SOU 2006:107 *Fokus på åtgärder – en plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*, betänkande av rehabiliteringsutredningen, Fritzes, Stockholm

SOU 2003:50 *Sjukpenninggrundande inkomst, skydd och anpassning*, slutbetänkande från SGI-utredningen, Fritzes, Stockholm

Öman Sören (2006) *Anställningsskyddspraxis*, tredje upplagan, Norstedts juridik, Stockholm

BILAGA 1: Samlad ersättning vid ohälsa – en översikt

FAKTA: Ersättning från allmän och avtalade försäkringar under *tid med sjukpenning vid hel arbetsförmåga*

Angivet som procent av inkomst i olika inkomstskikt

	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90	Dag 91-360	Dag 361-
Enligt lag från den allmänna försäkringen	(karens)	(sjuklön)			
Upp till 7,5 prisbasbelopp	0%	80%	80%	80%	80%
Över 7,5 prisbasbelopp	0%	80%	0%	0%	0%
Avtalad ersättning privatanställda arbetare	-	-			
Upp till 7,5 prisbasbelopp			10%	10%	0%
Över 7,5 prisbasbelopp			0%	0%	0%
Avtalad ersättning privatanställda tjänstemän	-	-			
Upp till 7,5 prisbasbelopp			10%	0,0%	0,0%
Mellan 7,5 och 20 prisbasbelopp			90%	65,0%	65,0%
Mellan 20 och 30 prisbasbelopp			90%	32,5%	32,5%
Över 30 prisbasbelopp			90%	0,0%	0,0%
Avtalad ersättning kommun- & landstingsanställda	-	-			
Upp till 7,5 prisbasbelopp			10%	10%	0%
Över 7,5 prisbasbelopp			90%	80%	80%
Avtalad ersättning statligt anställda	-	-			
Upp till 7,5 prisbasbelopp			10%	0%	0%
Över 7,5 prisbasbelopp			90%	80%	80%

Källa: Socialförsäkringsutredningen (2005) Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid Samtal om socialförsäkring nr 6

Not. Ersättning enligt lag beräknas som 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (maximalt 7,5 prisbasbelopp), medan ersättning enligt avtal kan beräknas på andra sätt och med andra inkomstbegrepp som grund. I tabellen redovisas inte de exakta reglerna enligt olika avtal, utan – för jämförbarhetens skull - hur stor andel av löneinkomsten inom olika intervall som ersätts genom lag respektive avtal.

FAKTA: Ersättning från allmän och avtalade försäkringar under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning vid hel arbetsförmåga

Angivet som procent av inkomst i olika inkomstskikt

Enligt lag Upp till 7,5 prisbasbelopp (1) Över 7,5 prisbasbelopp	64,0 % 0,0 %
Avtalad ersättning privatanställda arbetare Upp till 7,5 prisbasbelopp (2) Över 7,5 prisbasbelopp	Upp till ca 16,0 % 0,0 %
Avtalad ersättning privatanställda tjänstemän Upp till 7,5 prisbasbelopp (3) Mellan 7,5 prisbasbelopp och 20 inkomstbasbelopp (3) Mellan 20 och 30 inkomstbasbelopp (3) Över 30 inkomstbasbelopp	15,0 % 65,0 % 32,5 % 0,0 %
Avtalad ersättning kommun- & landstingsanställda Upp till 7,5 prisbasbelopp (2) Mellan 7,5 och 20 prisbasbelopp (3) Mellan 20 och 30 prisbasbelopp (3) Över 30 prisbasbelopp	Upp till ca 16,0 % 65,0 % 32,5 % 0,0 %
Avtalad ersättning statligt anställda Upp till 7,5 prisbasbelopp (4) Mellan 7,5 och 20 prisbasbelopp(4) Mellan 20 och 30 prisbasbelopp (4) Över 30 prisbasbelopp	21,0 % 81,0 % 40,5 % 0,0 %

Källa: Socialförsäkringsutredningen (2005) Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid Samtal om socialförsäkring nr 6

Not: Ersättningarna skrivs upp med den procentuella ökningen i prisbasbeloppet. Avtalsersättning utbetalas under tid med sjuk- eller aktivitetsersättning och upphör således vid ålderspensionering.

- (1) Procent av *antagandeinkomsten* som är ett genomsnitt av realinkomsterna de tre bästa åren under en ramtid på mellan 5 och 8 år (beroende på den försäkrades ålder). I realinkomsterna ingår fler inkomstslag än lön, begreppet motsvarar i princip pensionsgrundande inkomst inklusive allmänna pensionsavgifter uppräknat till aktuell prisnivå med prisbasbelopp.
- (2) Ersättningen utbetalas med bestämda krontalsbelopp vid olika nivåer på SGI.
- (3) Av den lön individen hade året före sjukersättningsfallet, om personen varit sjukskriven gäller lönen han/hon antas haft om arbetat.
- (4) Andel av pensionsunderlaget (genomsnitt av realinkomsterna under de närmast föregående fem åren).



Sjukas rätt till stöd

- en idéskrift om morgondagens sjukförsäkring

Delrapport välfärdsprojektet

(Bilaga 2)



Sjukförsäkringen viktig för LO-medlemmarna

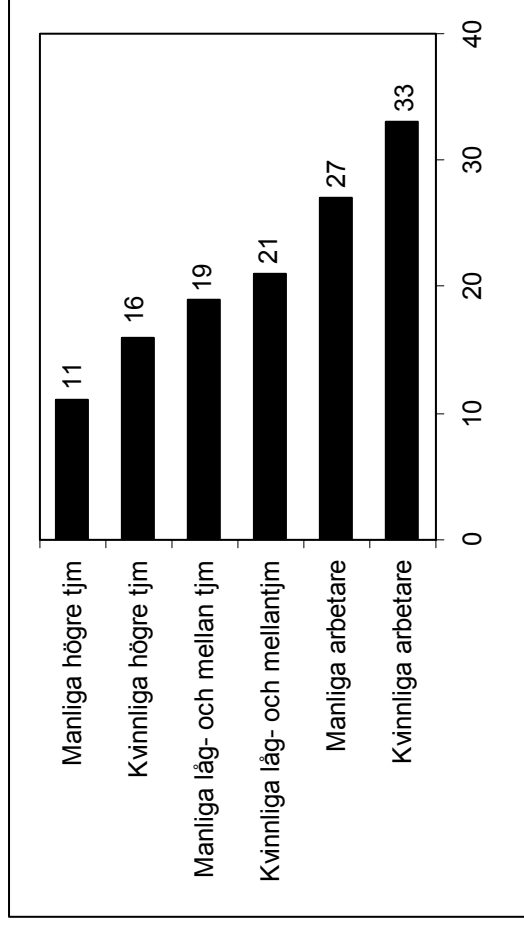
> Arbetare drabbas i större utsträckning av svår långvarig sjukdom, jämfört med tjänstemän. Arbetarkvinnor mest utsatta. (Ohälsans trappa)

”Ohälsans trappa”

Svår långvarig sjukdom, andel i procent

Åldergruppen 45-64 år

Källa: LO (2004)
Ohälsans trappa, diagram 2





Sjukförsäkringen viktig för LO- medlemmarna

- > Riskdelning viktig, måste bevaras.
- > Omfattande omfördelning av inkomster via sjukförsäkringen.



Sjuk blir dubbelt drabbad

- en problembeskrivning

> **Människor fastnar i sjukskrivning.**

- > Trots att prövning ska ske inom 12 månader har 40 procent av pågående sjukfall pågått i mer än ett år. Rättsosäkerhet för den sjukskrivne – när som helst efter dessa 12 månader kan prövning göras och sjukpenning dras in.

> **Rehabilitering uteblir.**

- > Arbetsgivare gör rehabiliteringsutredning i knappt hälften av fallen. Ofta för sent, och ofta med avvaktande inställning. Försäkringskassan påminner bara i en femtedel av fallen.



Sjuk blir dubbelt drabbad

- en problembeskrivning

- > **Otydlighet gör det rationellt att inget göra.**
 - > Den sjukskrivne riskerar sin anställning om han/hon genomgår rehabilitering för annat jobb. Riskerar också sin anställning om återgår till arbetsplatsen och arbetsgivaren anser att han/hon ej kan utföra *arbete av betydelse*. Oklart vilka insatser som krävs av arbetsgivaren innan anställning kan sägas upp – omorganisering exempelvis.
- > **Otydlighet raserar tryggheten i försäkringen.**
 - > Försäkring ska ge trygghet, del av försäkringens kärna.
- > **Människor faller mellan stolarna.**
 - > Bristande samordning mellan försäkringskassa och arbetsförmedling.



Framtidens sjukförsäkring

- en idéskiss

> Mål:

- > Tydliggöra ansvarsförhållanden.
- > Öka rättsäkerheten för den sjukskrivne.
- > Säkra god ekonomisk trygghet i försäkringen.
- > Skapa ett system där alla gör vad de ska.
- > Aktiva insatser tidigt, sjukskrivning får inte bli en tid av väntan.
- > Friare användning av tiden med sjukpenning, återgång i arbete i fokus.



Framtidens sjukförsäkring

- en idéskiss

- > **Förslagets huvuddelar:**
- > **Gott ekonomiskt skydd för den som blir sjukskriven.**
 - > Högre tak i sjukförsäkringen.
 - > Gärna taxerad – men inte gammal - inkomst som grund.
 - > Rättvisare karens, karensavdrag istället för karenssdag.
- > **Tid med sjukpenning som skyddad period – friare användning av sjukskrivningstiden.**
 - > Stärkt anställningsskydd, anställning skyddad under tid med sjukpenning.
 - > Tidsgräns för sjukpenning, ca 14-15 månader.



Framtidens sjukförsäkring

- en idéskiss

> Förslagets huvuddelar (forts):

- > **Ökat tryck för bättre fungerande rehabiliteringsprocess.**
 - > Tydliggörande av arbetsgivarens ansvar, ändringar i LAS. I utbyte ett mer överblickbart åtagande för arbetsgivaren.
 - > Avtal för omställning, gärna branschöverskridande. Arbetsgivare med avtal slipper del av sociala avgifter som går till rehabilitering/omställning.
- > **Förtydligande av ansvar för rehabilitering.**
 - > Arbetsgivaren måste agera, annars återupptagen sjuklön.
 - > Fackligt ansvarstagande genom avtal.
 - > När arbetsgivaren gjort allt men inget hjälpt – samhällets ansvar.



Framtidens sjukförsäkring

- en idéskiss

> Förslagets huvuddelar (forts):

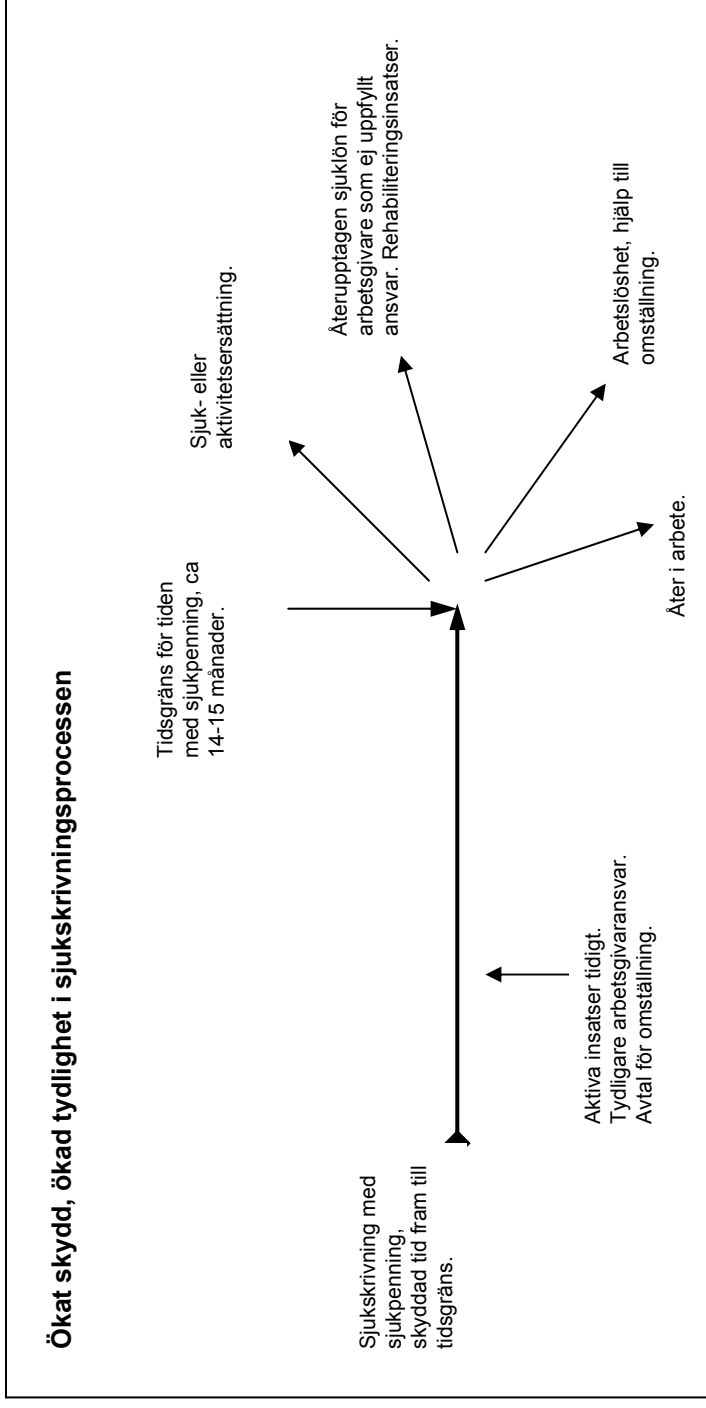
- > **Tydligare rätt till aktiva insatser även efter sjukskrivning.**
 - > Rätt till omedelbar individuell bedömning av behov.
 - > Rätt till individuellt utformad hjälp för att hitta tillbaka till arbetslivet.

- > **Gott ekonomiskt skydd efter sjukskrivning.**
 - > Krav på bra arbetslöshetsförsäkring – förutsättning för denna skiss.
 - > Slut på sjuk- eller aktivitetsersättning som fattigdomsfälla: Högre ersättning, uppräknig med inkomstutvecklingen, bättre skydd för unga med få år i arbetslivet.



Framtidens sjukförsäkring

Idéskissen illustrerad



Bilaga 3

En självständig sjukförsäkring

En sammanfattning av problembilder och reformförslag i
Socialförsäkringsutredningens slutbetänkande *Mera försäkring och mera arbete* (SOU 2006:86)

Innehållsförteckning

Inledning – en granskning på bred front.....	3
Problembilder enligt socialförsäkringsutredningen	3
Utredningens förslag i kortform.....	4
En allt för mjuk sjukförsäkring	7
Vägar bort från den mjuka sjukförsäkringen, enligt utredningen	7
Självständighet och drivkrafter	8
Information för ökad medvetenhet.....	9
Ny beräkningsgrund för sjukpenning.....	9
För lite återgång till arbete – omställningsprocessen fungerar inte	10
Vägar till en bättre omställningsprocess, enligt utredningen.....	11
Nya ramar för sjukskrivningsprocessen.....	11
Att ta tillvara på restarbetsförmåga.....	12
Samordning av villkor och ersättningar	13
Otydlighet kring rehabilitering	14
En bättre rehabiliteringsprocess med en ny företagshälsovård.....	15
Sista kronan avgör.....	16
Ny modell, ny ansvarsfördelning?	17
Arbetsskadeförsäkringens behov av reform.....	18
Parts- eller marknadslösning med riskdifferentiering.....	18
Källförteckning	19

Inledning - en granskning på bred front

Fler måste arbeta. Sjukfrånvaron måste bli mindre omfattande och färre kan tillåtas att genom förtidspension lämna arbetsmarknaden för gott. Även de som har problem med sin hälsa måste, om de fortfarande har arbetsförmåga kvar, hitta en plats på arbetsmarknaden. Dessa utgångspunkter uttalas tidigt i socialförsäkringsutredningens slutbetänkande *Mera försäkring och mera arbete* (SOU 2006:86).

Den 9 november 2006 överlämnades slutbetänkandet. Under två år har socialförsäkringssystemet analyserats. Utredningens uppdrag har varit omfattande; att ur ett brett perspektiv göra en genomgripande analys av socialförsäkringarna. Utredningen har framför allt fokuserat på den allmänna sjukförsäkringen.

Övergripande utgångspunkter har varit att socialförsäkringarna även i framtiden ska vara generella och obligatoriska och erbjuda ett reellt skydd mot inkomstbortfall. Avgifterna ska vara enhetliga, utan inslag av hälsoprövning.

I utredningsdirektiven påpekas ett behov av en ökad samordning mellan de olika försäkringarna i systemet. Detta gäller framför allt sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen eftersom dagens regler kan leda till att personer hamnar i, eller söker sig till, fel försäkring. Brist på samordning leder till ineffektivitet i välfärdssystemet, och ineffektivitet riskerar att underminera systemets legitimitet. Också ett behov av en ökad försäkringsmässighet betonas i direktiven.

Utredningen har haft till uppdrag att lyfta fram alternativ till hur socialförsäkringssystemet kan förbättras. Något krav på färdiga och konkreta förslag har inte ställts. Slutsatserna ska ligga till grund för en parlamentarisk utredning och en sådan förväntas starta under 2007.

Detta papper är en sammanfattning av utredningens slutbetänkande, tänkt att utgöra diskussionsunderlag. I avsnittet *Problembilder i socialförsäkringsutredningen* sammanfattas mycket kort vad utredningen pekar på som huvudsakliga problem i dagens system. I avsnittet *Utredningens förslag i kortform* görs en mycket kortfattad beskrivning av de alternativ till lösningar som utredningen lagt fram. Såväl problembilder som reformförslag utvecklas längre fram i detta papper som är skrivet av Linda Grape vid LOs näringspolitiska enhet.

Problembilder enligt socialförsäkringsutredningen

En mjuk sjukförsäkring som äventyrar rättsäkerheten. Allt för många sjukskrivna, och allt för långa sjukskrivningar. Sjukförsäkringen som den fungerar idag är alldeles för mjuk och sjukskrivningsprocessen uppvisar brister. Det är den centrala slutsatsen i socialförsäkringsutredningens slutbetänkande. Att sjukskrivningarna i Sverige varierar kraftigt över tid, och att sjukskrivningsgrad och sjukfrånvarotider skiljer sig mycket åt i olika regioner, tyder enligt utredningen på olikheter i tillämpningen av reglerna. Detta utmålas som ett stort problem med rättsosäkerhet som följd.

Illa fungerande omställning som gör att människor fastnar i sjukskrivning. En andra slutsats i utredningen är att många människor fastnar i sjukskrivning, och att alldeles för många via försäkringen slussas bort från arbetsmarknaden för gott. Det är för få som efter

en tid av sjukskrivning återgår till arbete eller går vidare ut i arbetslöshet. Sjukskrivnas arbetsförmåga prövas inte i tillräckligt stor utsträckning mot hela arbetsmarknaden, omställningsprocessen fungerar inte som den ska. Istället för att fungera som ett stöd för människor att byta jobb konstateras att socialförsäkringarna snarare blivit ett hinder i en sådan process.

Stora brister i rehabiliteringen drabbar både individen och samhället. Allt för många människor är sjukskrivna fast de egentligen skulle kunna arbeta, konstaterar utredningen och slår fast att inte heller rehabiliteringsprocessen fungerar bra nog. Tanken med försäkringskassan som samordnande part i en sektoriserad rehabilitering är god men fungerar inte i praktiken. Att ansvaret för rehabilitering är delat mellan försäkringskassa, arbetsgivare, landsting och kommun leder till ansvarsflykt och otydligheter i frågan om vem som ska bära kostnaderna. Dagens upplägg är misslyckat och leder till ineffektivitet och höga kostnader för samhället, slår utredningen fast.

Allmän och avtalade försäkringar anses oberoende men hör i hög grad samman. Sista kronan avgör utfallet i sjukförsäkringen, påminner utredningen. Även om stat och parter är formellt oberoende av varandra påverkas de i mycket stor utsträckning av varandras beslut. Det är det samlade skyddet av allmän och avtalade försäkringar som räknas, poängterar utredningen och påpekar att avtalsförsäkringarna därför är viktiga att ta i beaktande i en översyn av den allmänna försäkringen. En reform kräver en anpassning.

Utredningens förslag i kortform

De förslag till framtida lösningar som skissas fram i utredningen redovisas här i punktform, detta för att ge en snabb överblick och underlätta för läsaren. Det är dock värt att ha i åtanke att förslagen i stor utsträckning berör varandra, de är inte separata tankar och bör heller inte läsas som om de vore det.

Många av förslagen är av resonerande karaktär, utredningens uppdrag har som sagt inte varit att presentera färdiga lösningar, men många är också relativt konkreta. Sammanfattningarna av dem blir därför också av varierande konkretiseringsgrad. De huvudsakliga förslagen utvecklas i de avsnitt som följer.

- **En självständig och mer försäkringsmässig sjukförsäkring.** I slutbetänkandet föreslås att sjukförsäkringen görs självständig så att inkomster i form av premier/arbetsgivaravgifter måste motsvara försäkringens utgifter. Skattemedel ska i en självständig försäkring inte användas för att täcka upp underskott, likväl som medel ur försäkringen inte ska användas till annan skattefinansierad verksamhet. Försäkringen ska bära sina egna kostnader. Dessutom förespråkas en förstärkning av försäkringsmässigheten. Som en följd av en självständig försäkring måste premier anpassas efter utnyttjandegraden så att de höjs när sjukskrivningarna ökar och tvärtom. Höjda premier drabbar löneutrymmet eftersom det krymper i takt med att mer krävs för att finansiera försäkringen. I och med detta hoppas utredningen skapa incitament för arbetsmarknadens parter

att vidta åtgärder för att få ner sjukfrånvaron. För att ytterligare stärka försäkringsmässigheten för den enskilde individen föreslås en kraftig höjning av taket i försäkringen, så att fler får en heltäckande försäkring mot inkomstbortfall.

- **Ettårig tidsgräns i sjukförsäkringen.** För att åstadkomma en bättre fungerande omställningsprocess, och för att undvika att människor fastnar i sjukskrivning, föreslår utredningen en tydlig tidsgräns i sjukförsäkringen. Tanken är att komma till rätta med det som utredningen beskriver som ett moment 22: Att vägen tillbaka till arbete ofta går via ett jobbyte, men att ett erkännande av arbetsförmåga innebär indragen sjukpenning och att människor därför inte vågar ta steget för att söka sig till en ny yrkesbana. Med tidsgränsen skulle man enligt utredningen skapa ”en tydlig tidsrymd inom vilken omställning kan vara målet utan att någon ifrågasätter rätten till ersättning”. Utredningen beskriver det som en slags yrkesförsäkring. Ett år föreslås denna tidsgräns bestämmas till. Med detta ska det tydliggöras för alla parter att krav på omställning är oundvikligt, och att året med sjukpenning är till för att skapa återgång i arbete. Vissa undantag ska dock medges.
- **Riktlinjer för sjukskrivning och stramare bedömning av arbetsförmågan.** Utredningen föreslår att tydliga riktlinjer för sjukskrivning upprättas. Tanken är att på så vis komma till rätta med skillnader i sjukskrivningsgrad mellan olika regioner. Som grund för sådana riktlinjer föreslås en översyn av sjukskrivningstider vid olika typer av diagnoser. Också en modell för bedömning av människors funktionsduglighet föreslås. Med en sådan ska arbetsförmågan sättas i centrum, och utredningen hoppas bromsa den utströmning från arbetsmarknaden som beviljandet av sjuk- och aktivitetsersättningar innebär. Tillsammans med modellen skulle en norm fastslås som talar om vilken grad av funktionsnedsättning som motiverar sjuk- eller aktivitetsersättning.
- **Partiell sjuk- eller aktivitetsersättning som lönebidrag.** Utredningen för också fram tanken om att partiell sjuk- eller aktivitetsersättning skulle kunna fungera som en sorts lönebidrag så att personer med halv ersättning kan arbeta på *halv fart på heltid* istället för full fart på halvtid. Grundidén är att dra ner på prestationskraven per arbetad timma för den som har restarbetsförmåga istället för att som nu minska på arbetstiden men ändå kräva full prestation. Den som har sjuk- eller aktivitetsersättning på halvtid skulle då kunna arbeta hela dagar, men med halverade prestationskrav, och precis som i dagens system få halv lön av sin arbetsgivare kombinerat med partiell ersättning från sjukförsäkringen. Enligt utredningen skulle en sådan variant skapa större incitament för arbetsgivare att ha en anställd med partiell arbetsförmåga.
- **Omställning ur sjukskrivning genom avtalsförsäkring.** Mycket kort konstaterar utredningen att det precis som för omställning vid arbetsbrist skulle kunna utvecklas avtalslösningar för att hantera omställning vid sjukskrivning. Man konstaterar att det finns goda erfarenheter från privat tjänstemännens

trygghetsråd där även långtidssjukskrivna som blivit uppsagda på grund av arbetsbrist fått stor hjälp genom de vanliga omställningsåtgärderna.

- **Harmonisering av sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna.** För att bättre gynna dem som tar steget vidare till omställning när de inte kan återgå till sitt gamla jobb föreslås en bättre koordinering av villkor och ersättningsnivåer i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna. Harmonisering av inkomstbegrepp, tak och karenstid föreslås.
- **Utökad och självständig företagshälsovård.** En sammanhållen och effektiv rehabilitering är målet. Vägen till en sådan går enligt utredningen via en ny svensk företagshälsovård. En företagshälsovård avtalad på arbetsmarknaden, som fungerar som nav i hela sjukskrivningsprocessen, skissas fram. Denna skulle enligt utredningens förslag ta över ansvaret för sjukskrivningar tillsammans med primärvårdsansvaret för anställda. I och med företagshälsovårdens utveckling föreslås också möjligheter för arbetsgivare att försäkra sig mot hanteringen av långa sjukskrivningar.
- **Ny balans mellan stat och arbetsmarknadsparter.** Utredningens föreslår en ny ansvarsfördelning i sjukförsäkringen. Ett system där staten beslutar om de övergripande ramvillkoren i sjukförsäkringen, men där arbetsmarknadens parter förvaltar och tar det ekonomiska ansvaret, skissas fram. I den allmänna försäkringen inlemmas då mycket av dagens avtalsförsäkringar.
- **Förändrade ersättningsnivåer och självrisk.** Det behövs enligt utredningen en ny modell för beräkning av sjukpenning. Detta för att skapa större tydlighet för försäkringstagarna, och för att bättre stimulera till arbete. Utredningen resonerar kring olika modeller men tar inte ställning för någon. När det gäller självrisk resonerar utredningen kring att byta ut karensdagen i sjukförsäkringen. Två förslag lyfts fram; 65 procentig ersättning de tre första sjukdagarna, eller ett system med obligatoriskt sparande varifrån ersättning för de första sjukdagarna tas.
- **Förändringar i arbetsskadeförsäkringen.** Det kan finnas anledning att förändra arbetsskadeförsäkringen, menar utredningen och pekar på behovet av att skapa drivkrafter för att motverka arbetsskador. Möjligheter till riskdifferentiering av premier, samt en marknads- eller partslösning istället för en statlig försäkring lyfts fram som alternativ för en ny arbetsskadeförsäkring.

En allt för mjuk sjukförsäkring

Diagnosen är tydlig. ”Det centrala problemet med sjukförsäkringen är att den är för mjuk.” Det konstaterar socialförsäkringsutredningen och slår fast att det befintliga regelverket inte följs. Reglerna tillämpas inte på ett stabilt sätt, istället syns stora variationer över både tid och rum (SOU 2006:86; 52ff).

Det tydligaste tecknet på denna mjukhet är enligt utredningen de kraftiga svängningar som syns i sjukfrånvaron när den betraktas över tid. Stora upp- och nedgångar kännetecknar den svenska sjukfrånvaron, och dessa toppar och dalar anses inte berättigade. Istället beskrivs de som alltför kraftiga och alltför särskiljande för Sverige (SOU 2006:86; 53).

Utredningen lyfter också fram att det på ett nationellt plan är tydligt att sjukfrånvaro och konjunktur följs åt. Sjukfrånvaron är hög när arbetslösheten är låg och vice versa (SOU 2006:86; 54). Sådana variationer, som är nära knutna till ekonomins tillstånd och läget på arbetsmarknaden, kan enligt utredningen inte få finnas. För att kunna betraktas som trovärdig bör sjukfrånvaron ligga på en relativt beständig nivå, oavhängigt läget för ekonomin i stort (SOU 2006:86; 61).

Ett annat tecken på en mjuk sjukförsäkring är enligt utredningen de regionala skillnaderna i utnyttjandet av försäkringen. Här stödjer sig utredningen på statistik från Försäkringskassan som visar att det så kallade ohälsotalet¹ skiljer sig kraftigt åt i landets kommuner. Under 2005 var ohälsotalet 20,3 i kommunen med lägst tal, och 77,3 i kommunen med det högsta. Att hälsoskillnaderna i landet skulle vara så stora att antalet dagar med ersättning från sjukförsäkringen skulle behöva vara så geografiskt skiftande tillskrivs ingen hög sannolikhet (SOU 2006:86; 54).

Också den genomsnittliga längden på sjukskrivningarna varierar i olika län, trots att åkommorna är desamma. På ett håll i landet leder en hjärtinfarkt till drygt 200 sjukdagar, på ett annat till drygt 300 dagar (SOU 2006:86; 55). Utredningen konstaterar: ”En hjärtinfarkt bör, givet arbetet, ha samma betydelse för arbetsförmågan i Sverige som i Finland och i Stockholm som i Norrbotten” (SOU 2006:86; 61).

En för mjukt tillämpad sjukförsäkring skapar enligt utredningen en rad problem, problem som bidrar till att urholka försäkringens funktioner såväl som förtroendet för den. Inte minst leder det till höga kostnader, vilket skadar försäkringens legitimitet. För individen följer isolering i långa frånvarotider, och för många följer också utslagning från arbetsmarknaden. Skillnaderna i reglernas tillämpning gör dessutom att sjukförsäkringen fylls av otrygghet, enskilda individer kan inte på förhand veta vad försäkringen faktiskt kommer att innebära för dem. Följden blir rättsosäkerhet, lika behandling av lika fall kan inte hävdas. ”Slump och individuella omständigheter lämnas ett utrymme som inte är förenligt med en rättssäker hantering” (SOU 2006:86; 55).

Vägar bort från den mjuka sjukförsäkringen, enligt utredningen

”Konsekvenserna av den mjuka försäkringen är otrygghet, onödigt höga kostnader och utslagning. En stabil försäkring ska ge motsatsen.” Detta konstaterar utredningen och

¹ Ohälsotalet är detsamma som antalet nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning per person, sett hos befolkningen i åldern 16-64 år (SOU 2006:86; 54).

föreslår en rad förändringar som en väg bort från den mjuka försäkringen (SOU 2006:86; 61).

I grund och botten handlar det enligt utredningen om att få sjukförsäkringen att betraktas mer som den försäkring den faktiskt är. Först och främst betonas att sjukförsäkringen bör göras mer självständig. Dessutom slås fast att det behövs en ökad försäkringsmässighet, det vill säga att mer av det som karakteriserar en försäkring blir tydligt (SOU 2006:86; 66f).²

Självständighet och drivkrafter

I den självständiga försäkring som skissas fram ska inkomster från premier motsvara utgifterna. En sluten enhet skapas där försäkringen helt och fullt bär sina egna kostnader, och där den ekonomiska balansen i annan skattefinansierad verksamhet inte påverkar sjukförsäkringen (Samtal om socialförsäkring nr 8; 14).

Som en följd av denna självständighet måste försäkringen alltså balansera inkomster och utgifter. Styrande blir då sjukskrivningsgraden. När intäkterna från premien/arbetsgivaravgiften inte räcker till för att täcka utgifterna i försäkringen ska den höjas, alternativt ska villkoren i försäkringen ändras till det mer strikta. Det motsatta gäller om överskott uppstår på grund av låg sjukfrånvaro. Bara förändringar i sjukfrånvaron ska påverka premier och villkor (SOU 2006:86; 66f; 72, Samtal om socialförsäkring nr 8; 13f).

En tanke i sammanhanget är att kopplingen mellan de försäkrade och försäkringen ska stärkas. Här resonerar utredningen utifrån vad man kallar det dubbla egenintresset – försäkringstagarna vill ha en försäkring som inte kostar för mycket, och samtidigt veta att ersättningen från den är stor nog för att skapa trygghet. Detta dubbla egenintresse kan enligt utredningen aktiveras av en självständig sjukförsäkring, och därmed kan drivkrafter för att bättre vårda försäkringen skapas (SOU 2006:86; 67, Samtal om socialförsäkring nr 8; 14).

Genom att avgiften till sjukförsäkringen justeras utifrån sjukskrivningsgraden är det de försäkrade som påverkas, inte skattebetalarna som kollektiv. Kopplingen mellan försäkringen och de försäkrade stärks således genom att en länk upprättas mellan sjukfrånvaro och privatekonomi. Försäkringen individualiseras i viss grad. En hög belastning på sjukförsäkringen märks i den egna ekonomin, likväl som en låg belastning ger slantar över (SOU 2006:86; 66ff). Förhoppningen är att förstärka uppfattningen om sjukförsäkringen som en *försäkring* och därmed tvätta bort den felaktiga bilden av sjukförsäkringen som ett sorts bidrag.

Det är enligt utredningen också nödvändigt att stärka kopplingen mellan premier och förmåner så att premier bara betalas för det som faktiskt är försäkrat, också detta för att stärka försäkringsmässigheten. Att höginkomsttagare betalar avgifter för hela sin inkomst, men ändå inte får inkomstrygghet fullt ut på grund av taket i den allmänna sjukförsäkringen avfärdas som orimlig. Utredningen förespråkar därför att taket i sjukförsäkringen höjs rejält. ”Egentligen finns knappast argument för något tak alls. Det

² Viktigt att notera är dock att alla försäkringsbegrepp inte betraktas som relevanta för socialförsäkringar. Framför allt kan inte indelning i riskgrupper med differentierade premier göras på samma sätt som i en försäkring på marknaden eftersom socialförsäkringar obligatoriskt omfattar alla och innebär att alla solidariskt delar på riskerna.

viktiga är att ha med de allra flesta med det allra mesta av deras inkomster på såväl avgifts- som förmånssidan” (Samtal om socialförsäkring nr 5; 31f).

I resonemanget om en självständig försäkring där kopplingen mellan försäkringen och de försäkrade är starkare hamnar vissa grupper utanför. ”Endast den vars premie är betald är försäkrad” slår utredningen fast i sin skiss av en framtida modell. Arbetslösa, studerande, dem som är lediga från sin anställning, eller som precis påbörjat en, har ju inte betalat sin premie. Alltså måste staten eller övriga försäkringstagare göra det åt dem om de ska omfattas av försäkringen (SOU 2006:86; 68).

På samma sätt som man hoppas kunna medvetandegöra försäkringstagarna om sjukförsäkringens tillstånd hoppas man också nå arbetsmarknadens parter och skapa likadana drivkrafter hos dem. Om sjukförsäkringen görs självständig skulle fler på ett tydligare sätt märka av försäkringens eget hälsotillstånd, och arbetsmarknadens parter skulle få ett större intresse av att försäkringen sköts väl, lyder resonemanget. Överskott i försäkringen blir ett tillskott i förhandlingsutrymmet liksom underskott krymper samma utrymme, och på så vis ska engagemang att pressa ner sjukfrånvaron skapas (SOU 2006:86; 68, Samtal om socialförsäkring nr 8; 14f).

I skriften Samtal om socialförsäkring nr 8 (2006) *Sjukförsäkring på egna ben* sammanfattas tanken om en förstärkt försäkringsmässighet på ett tydligt sätt. ”Knepet är att få alla att inse att det är utrymmet för lön, semester, vinst och investeringar som minskar varje gång någon är sjukfrånvarande i onödan...” (Samtal om socialförsäkring nr 8; 46).

Information för ökad medvetenhet

Också på ett mer praktiskt plan förs förslag om ökad koppling mellan försäkringen och de försäkrade fram. En jämförelse görs med försäkringar som säljs på marknaden. En sådan tecknas och betalas direkt av individen, och individen får kontinuerlig information om vad den kostar och vilka villkor som gäller. På så vis kan individen på förhand med stor säkerhet veta vilken trygghet försäkringen innebär. Ett liknande system föreslås för sjukförsäkringen.

Varje försäkringstagare bör enligt förslaget med jämna mellanrum få klart för sig hur mycket han eller hon bidragit med genom arbetsgivarens inbetalning. Informationen skulle då också visa hur mycket som betalats in totalt av hela försäkringstagarkollektivet, och hur stora ersättningar som totalt betalats ut. Inte minst betonas vikten av att tydligare informera var och en om vilka villkor som gäller. Tydligare information kan inte bara ge en ökad medvetenhet om försäkringen, resonerar utredningen, utan också stabilitet i den bemärkelsen att människor då vet vad de har att förvänta sig av försäkringen.³ Så ska rättssäkerheten stärkas, konstateras i slutbetänkandet (SOU 2006:86; 71f).

Ny beräkningsgrund för sjukpenning

Det finns enligt utredningen anledning att förändra det sätt som sjukpenningen beräknas. Som det formuleras i slutbetänkandet handlar det om att hitta en modell som är tydligare gentemot försäkringstagarna, som stödjer arbetslinjen och som åskådliggör att det är den betalda premien som ger rätt till ersättning (SOU 2006:86; 77).

³ Trygga villkor har historiskt sett inte varit ett inslag i sjukförsäkringen, konstaterar utredningen och pekar då främst på de många regeländringar som gjordes under 90-talet.

Tre alternativ lyfts fram. Det första är en modell som bygger på dagens SGI, men där två aspekter omarbetas. Det handlar dels om individers möjlighet till SGI-skyddad tid, och dels om den bedömning som görs av varaktigheten av inkomster när personer insjuknar. Dessa aspekter behöver enligt utredningen ses över (SOU 2006:86; 78f).

Den andra modellen är en med ett historiskt inkomstbegrepp. Fördelarna med ett sådant skulle enligt utredningen vara tydlighet och begriplighet och inte minst en stark koppling till arbete. En viktig nackdel lyfts dock också fram, nämligen den att individer som blir sjukskrivna efter att de förändrat sina arbetsförhållanden då riskerar att hamna långt ifrån sin verkliga inkomstförlust (SOU 2006:86; 79f).

Den tredje modellen sätter sjuklönen som inkomstbegrepp. I denna modell betalar arbetsgivaren inkomstersättningen under hela sjukskrivningstiden och får sedan ersättning av försäkringsgivaren. Detta skulle enligt utredningen bli väldigt lätt att förstå, och garantera rätt ersättning (SOU 2006:86; 80f).

För lite återgång till arbete – omställningsprocessen fungerar inte

En fel använd försäkring blir en sämre försäkring. Den som inte har rätt till ersättning ska inte heller få det, och det är viktigt att den som har rätt till ersättning får det från rätt försäkring. Det är enligt utredningen allt för vanligt att människor fastnar i sjukförsäkringen, att de blir kvar trots att de egentligen borde gå vidare. Denna inlåsning beskrivs på flera sätt.

Flödet från sjukpenning till sjuk- eller aktivitetsersättning är stort, för stort, konstaterar utredningen. Flödet från sjukförsäkringen vidare till arbetslöshetsförsäkringen är däremot för litet anser utredningen som slår fast att en bättre fungerande sjukförsäkring oundvikligen innebär en ökad arbetslöshet (SOU 2006:86; 109ff).

Sjukskrivningen blir enligt utredningens beskrivning en ekonomisk trygghet. Människor håller fast vid den säkerhet de känner genom sin anställning, och räds av arbetslöshetsförsäkringens striktare villkor. Inte bara är ersättningsnivån för många sämre i arbetslöshetsförsäkringen, för den som har en anställning innebär lagen om anställningsskydd (LAS) en trygghet som går förlorad om jobbet ges upp. Personen står dessutom inför en karensperiod om han eller hon säger upp sig, och inom arbetslöshetsförsäkringen hägrar krav på att söka arbeten med lägre lön än det tidigare jobbet gav. Krav kan också ställas på att söka jobb på andra orter, i ersättningsperiodens slut föresvävar en plats inom aktivitetsgarantin⁴ (SOU 2006:86; 124f).

Det är enligt utredningen också så att ju längre en sjukskrivning fortlöper, desto större är risken att individer går vidare till sjuk- eller aktivitetsersättning och därmed lämnar arbetsmarknaden för gott. Andelen svenskar som på så vis vänt ryggen till arbete har enligt slutbetänkandet tredubblats de senaste trettio åren, och särskilt stor har ökningen varit av unga personer som beviljats ersättning (SOU 2006:86; 56f; 113).

⁴ Eller jobb- och utvecklingsgaranti som den borgerliga regeringen har aviserat att införa istället för aktivitetsgarantin.

Utredningen skrår inte orden: ”En storskalig utslagning av unga via sjukförsäkringen är ett skrämmande och nytt fenomen” (SOU 2006:86; 57).⁵

Det här betraktas givetvis som ett problem, och utredningen konstaterar att om de sjukskrivna verkligen fick sin arbetsförmåga prövad mot hela arbetsmarknaden så skulle fler lämna sjukförsäkringen till förmån för arbetsmarknaden. Att så inte sker tyder på brister i den viktiga omställningsprocessen (SOU 2006:86; 54ff; 113).

I både sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen finns tydligt formulerade krav på vad individen måste göra för att försöka ta sig ur försäkringen, så kallade omställningskrav. Utredningen konstaterar dock att dessa inte bidrar till att skapa den tydlighet som de är ämnade att göra (SOU 2006:86; 118).

Vägar till en bättre omställningsprocess, enligt utredningen

Nya ramar för sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivnas situation måste ses över tidigare såväl som mer ingående, och hela tiden med arbetslinjen i åtanke. Fler måste gå snabbare från sjukdom till arbete. Den som har arbetsförmåga ska arbeta slår utredningen åter igen fast, och konstaterar att sjukskrivningen i sig måste bli början på en omställningsprocess. Det är redan när en person blir sjukskriven som frågan om omställning till annat jobb ska väckas (SOU 2006:86; 62f; 100ff).

Tankarna om en bättre fungerande omställningsprocess hänger tätt ihop med ambitionen om en mindre mjuk sjukförsäkring. Tre huvudsakliga, och konkreta, förslag läggs fram; *en ettårsgräns i sjukförsäkringen, riktlinjer för sjukskrivningstider och mer stringenta former för bedömning av arbetsförmåga*.

”Rätt hanterat kan tiden i början av en långtidssjukskrivning göras till den mest produktiva av alla för att åstadkomma omställning. Fel hanterat blir det som i dag lätt en period då sjukdomsbilder befästs”, skriver man i slutbetänkandet och föreslår alltså en tydlig tidsgräns i sjukförsäkringen. En sådan klargör för alla inblandade att prövningen av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden är oundviklig, argumenterar utredningen (SOU 2006:86; 101).

Ett år föreslås tidsgränsen bestämmas till. Undantag ska bara beviljas om det är tydligt att den extra tiden kommer att användas till att förbereda individen för återgång i arbete, till exempel om medicinsk behandling pågår (SOU 2006:86; 96). Den som på grund av skada eller sjukdom inte kan fortsätta med sitt jobb ska efter ett års sjukskrivning få hjälp att hitta vägen till ett annat jobb där skadan eller sjukdomen inte är ett hinder, eller så ska personen ställa sig till arbetsmarknadens förfogande. I praktiken skulle det bli en ettårig yrkesförsäkring, konstaterar utredningen (SOU 2006:86; 100f).

Utredningen värjer sig mot eventuell kritik om att det vore fel att genom en ”mekanisk 1-årsregel” skapa ett system där sjukskrivning accepteras och medicinska bedömningar riskerar att sättas åt sidan. Man menar istället att det handlar om att skapa tydlighet. Den som blivit sjukskriven har blivit det av en anledning, men måste ändå påminnas om att återgång i arbete är att vänta (SOU 2006:86; 101f).

⁵ Denna iakttagelse bekräftades ytterligare när Försäkringskassan i december 2006 presenterade den årliga Socialförsäkringsboken. Antalet människor mellan 20 och 29 år som beviljas aktivitetsersättning är idag tre gånger fler än för tio år sedan.

När det gäller riktlinjer för sjukskrivningstider argumenteras att väl utformade sådana kan bidra till att tydliggöra när ett sjukfall är på väg att avvika från vad som borde vara att förvänta. Förslaget innebär inte bindande regler utifrån diagnoser, utan just *riktlinjer* för att råda bot på godtycklighet i sjukskrivningsprocessen. Som grund för utformningen av sådana föreslås en överblick och sammanställning av statistik över sjukskrivningstider vid olika typer av sjukdomar och skador (SOU 2006:86; 98).⁶

En ny modell för bedömningen av arbetsförmåga är en tredje förändring som föreslås. Tanken med en sådan är att införa fastare former för bedömning av vilka som ska beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning. I utredningen formuleras det som att göra "porten ut från arbetsmarknaden" smalare. För att undanröja godtycklighet föreslås att en modell för bedömning av individens funktionsduglighet upprättas. Tillsammans med en norm för vilken grad av funktionsnedsättning som krävs för att arbetsförmågan ska anses vara så nedsatt att sjuk- eller aktivitetsersättning är den enda lösning som återstår kan modellen bidra till likformighet i regeltillämpningen. Internationella exempel på sådana modeller finns (SOU 2006:86; 99).

Med dessa förslag är det enligt utredningen möjligt att skapa fastare ramar för sjukskrivningsprocessen och åstadkomma mindre detaljstyrning. Dagens sjustegsmodell, regler om avstämningsmöten och intyg ska med dessa kunna frångås (SOU 2006:86; 101).

Som en del i att skapa en bättre fungerande omställningsprocess bollar utredningen också över en fråga till arbetsmarknadens parter, nämligen en fråga om möjligheten att använda avtalslösningar som finns för att hantera arbetsbrist för att även hantera omställning vid sjukdom. Med en sådan omställningsförsäkring skulle företagshälsovården, enligt utredningen, utgöra en central part i arbetet med att hjälpa personer vidare (SOU 2006:86; 105f; 130). Längre fram i denna sammanfattning, i avsnittet *En bättre rehabiliteringsprocess med en ny företagshälsovård*, utvecklas utredningens tankar om företagshälsovården.

Att ta tillvara på restarbetsförmåga

Utredningen för också fram tanken om att partiell sjuk- eller aktivitetsersättning skulle kunna fungera som en sorts lönebidrag så att personer med halv sjukersättning kan arbeta på halv fart heltid istället för full fart på halvtid (SOU 2006:86; 109).

Tanken utvecklas vidare i en PM från utredningen, *Sjuk men delvis arbetsförmögen – partiell sjukersättning för att tillvarata restarbetsförmåga*. Grundidén är att dra ner på prestationskraven per arbetad timma för den som har restarbetsförmåga, istället för att som nu minska på arbetstiden men ändå kräva full prestation. Den som har sjuk- eller aktivitetsersättning på halvtid skulle då kunna arbeta hela dagar, men med halverade prestationskrav, och precis som i dagens system få halv lön av sin arbetsgivare tillsammans med ersättning från sjukförsäkringen. Utredningen föreslår dock att det ska vara möjligt att även korta arbetstiden, men då som ett undantag.⁷

⁶ Efter ett uppdrag från regeringen arbetar Socialstyrelsen just nu med att utforma försäkringsmedicinska riktlinjer för ett 70-tal vanliga diagnoser. Dessa ska läggas fram vid halvårsskiftet 2007.

⁷ Utredningen skriver: "Sådana undantag bör bara ges när det handlar om ofta förekommande och tidskrävande medicinsk behandling eller när det är uppenbart att nedsättningen handlar just om att kunna arbeta halva den tid man tidigare arbetat" (PM nr 2; 8)

På så vis menar utredningen att de ekonomiska incitamenten för att ta tillbaka den som har varaktigt delvis nedsatt arbetsförmåga i arbete skulle öka eftersom det blir tydligare att halv lön gäller halv prestation. Man menar också att den som saknar anställning skulle få lättare att hitta ett arbete. Arbetsgivaren skulle också få en skyldighet att anpassa arbetet så att det är möjligt att utföra det med en begränsad prestationsförmåga.

Resonemanget bygger på att många som har nedsatt arbetsförmåga behöver mer tid på sig att utföra sina arbetsuppgifter, mer tid för att kunna prestera som om de vore vid sin "normala" hälsa. Med dagens regelverk förväntas den som har varaktigt nedsatt arbetsförmåga vara lika effektiv som vanligt under de timmar hon eller han arbetar, det är ju det arbetsgivaren betalar för. Två risker föreligger enligt utredningen; att de sjuka pressas att prestera mer än de egentligen klarar, eller att arbetsgivaren försöker göra sig av med den sjuke.

Samordning av villkor och ersättningar

Det är enligt utredningen särskilt viktigt att både sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen blir betydligt bättre på att hantera den grupp av människor som är sjukskrivna och som antingen saknar jobb, eller som inte kan återvända till sitt gamla jobb och därför behöver hitta ett nytt. Ett bättre samspel mellan försäkringarna är enligt utredningen ett måste, och en harmonisering av villkoren likaså. Förhoppningen är att bryta inlåsningsen i sjukförsäkringen. "Vi menar att fler sjukskrivna än i dag bör fås att lämna den upplevda, men ofta falska, trygghet som en anställning innebär" (SOU 2006:86; 124).

Genom en harmonisering av villkoren hoppas utredningen att fler sjukskrivna ska våga lämna den anställning de har men ändå inte kan återvända till. Tanken är att skapa ett system som fungerar som ett stöd till dem som väljer att lämna, eller tvingas lämna, sin gamla yrkesbana för att börja om på en helt eller delvis ny (SOU 2006:86; 125).

Utredningen föreslår:

- Harmonisering av inkomstbegreppet i de två försäkringarna för att minimera felaktiga drivkrafter (SOU 2006:86; 126).
- Harmonisering av taken för att skapa bättre inkomstrygghet i omställning, en höjning av taket i den allmänna arbetslöshetsförsäkringen föreslås i syfte att minska skillnaden mellan att vara arbetslös och sjukskriven. Vidare föreslås att taket i arbetslöshetsförsäkringen trappas ned efter en tid, en nedtrappning någonstans efter tre till sex månader diskuteras (SOU 2006:86; 127).
- Förändrad karenstid. För att underlätta rörlighet från sjukskrivning till arbetslöshet föreslås att dem som gör övergången slipper arbetslöshetsförsäkringens karenstid (SOU 2006:86; 128).
- Ingen sjukpenning för arbetslös som blir sjuk. För den som under arbetslöshet blir sjukskriven föreslås att ersättningen kvarstår på arbetslöshetsersättningsnivå efter den inledande karensdagen. Ersättningsdagarna i arbetslöshetsförsäkringen ska inte minskas under sjukskrivningen. Ansvaret för individen ska ligga kvar hos Arbetsförmedlingen (SOU 2006:86; 128f).

Slutligen resonerar också utredningen kring ett eventuellt inrättande av en ny myndighet, en slags frontmyndighet för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som skulle ha som huvuduppgift att avgöra vem som är sjuk och vem som är arbetslös.

Frontmyndigheten skulle ha den första kontakten med de personer som av någon anledning inte arbetar. Uppdraget skulle helt enkelt vara att få fler i arbete. Här sneglar man på utvecklingen i Norge där så kallade *Arbeids- og velferdskontor* håller på att etableras för att ersätta arbetsförmedling, försäkringskassa och socialkontor (SOU 2006:86; 131f).

Otydlighet kring rehabilitering

Rehabilitering av sjukskrivna är givetvis väsentligt för att sjukförsäkringen ska kunna bidra till ett upprätthållande av arbetslinjen. En utgångspunkt för utredningen är att en stark ”för att inte säga sträng” arbetslinje är en förutsättning för generösa ersättningar inom socialförsäkringarna (SOU 2006:86; 47). Granskningen av rehabiliteringen är följaktligen noggrann. Slutsatsen är att många på grund av brister i rehabiliteringsprocessen är sjukskrivna i onödan eller onödigt länge.

Rehabilitering kan vara av tre olika slag, den kan vara arbetslivsinriktad, medicinsk eller social. Ansvar för den är uppdelat på olika samhällssektorer. Arbetsgivaren eller Arbetsmarknadsverket ansvarar för den förstnämnda, hälso- och sjukvården bär ansvaret för den medicinska rehabiliteringen och kommunen för den sociala. Det yttersta ansvaret för att rehabilitering sätts in och samordnas har Försäkringskassan, kassan ska vara den sjukskrivnes garant för rehabilitering.

Det är alltså många sektorer i samhället som är inblandade i processen, och det är nackdelarna med detta som lyfts fram i utredningen. En uppenbar problembild är frågan om kostnadsansvaret. Det vilar inte på hälso- och sjukvården att bekosta sjukskrivningen, men det är där sjukintygen utfärdas. Arbetsgivaren är skyldig att bekosta rehabilitering, men regelverket säger också att Försäkringskassan kan göra det i vissa fall men specificerar inte i vilka (Samtal om socialförsäkring nr 10; 18; 37).

En andra problembild är att sektoriseringen leder till att samhällets samlade resurser inte satsas i riktning mot en ökad arbetslinje. Som exempel nämns att när sjukskrivningarna ökade i slutet av 90-talet bantades samtidigt landstingen och Försäkringskassan, och följden blev att sjukskrivna inte kunde få hjälp. Och medan sjukförsäkringens överlevnad är beroende av ett starkt engagemang för att få människor tillbaka i arbete har landstingen en annan prioriteringsordning där de hälsobesvär som ofta orsakar sjukskrivningar kommer långt ned på listan (SOU 2006:86; 103, Samtal om socialförsäkring nr 10; 39).

Trots att arbetsgivare i dagens regelverk tillskrivs ett stort ansvar för rehabilitering är det enligt utredningen mycket som aldrig blir gjort på området (SOU 2006:86; 105, Samtal om socialförsäkring nr 10; 23). Rehabiliteringsutredningar görs i knappt hälften av alla sjukskrivningsfall, och om de genomförs är de ofta sena och/eller bristfälliga.⁸ Åtgärder för att göra det lättare för en sjukskriven att komma tillbaka till sin arbetsplats

⁸ Inom åtta veckor från sjukskrivningens början ska arbetsgivaren lämna en rehabiliteringsplan till Försäkringskassan. Av dem som överhuvudtaget satte ihop en sådan plan 2004 (det gjordes i 45 procent av sjukfallen längre än 60 dagar) lämnade endast 29 procent in den i tid, utan en påminnelse från myndigheten. Det är bara om en arbetsgivare systematisk låter bli att lämna in rehabiliteringsutredningar som Arbetsmiljöverket kan ingripa med inspektion och eventuellt vite (Samtal om socialförsäkring nr 10; 27; 36).

görs i liten utsträckning. Att arbetsgivare så ofta försummar sitt rehabiliteringsansvar beror enligt utredningen i mångt och mycket på att uppgiften för många, särskilt mindre arbetsgivare, förefaller för komplicerad (SOU 2006:86; 105, Samtal om socialförsäkring nr 10; 23).

När det gäller Försäkringskassan pekar utredningen på långsamhet, ineffektivitet i samordningen av de olika sektorerna, och bristfälliga resurser. Inte heller myndigheten uppfyller kraven om rehabiliteringsutredning för sjukskrivna arbetslösa, trots att det är Försäkringskassan som bär ansvaret för individer som saknar arbetsgivare. Under 2003 gjordes en sådan bara i vart femte fall. Trots att myndigheten också är skyldig att ta kontakt med den sjukskrivne och förse denne med en kontaktperson gjordes detta bara i fyra fall av tio under 2004 (Samtal om socialförsäkring nr 10; 34ff).

Tanken med Försäkringskassan som samordnande myndighet är enligt utredningen god, men dåligt fungerande i praktiken. Försäkringskassan saknar makten att beordra de andra parterna att bidra i en rehabiliteringsprocess. ”I Sverige bygger rehabilitering på att alla aktörer lojalt ställer upp och gör vad som förväntas av lagstiftaren, utan att någon straffas för försumligheter” (Samtal om socialförsäkring nr 10; 39).

De senaste tio åren har en rad olika samverkansformer upprättats i syfte att komma förbi de problem som uppstår i och med sektorsuppdelningen inom rehabiliteringen. FRISAM, frivillig samverkan mellan myndigheter inom rehabiliteringsområdet, är det senaste, men utredningen ställer sig tveksam till dessa försök. Oklara ansvarsområden består och gör samverkansformerna oklara, och luddigheterna i kostnadsansvaret förvandlar samverkan till förhandlingar om vem som ska betala för vad. Rehabiliteringen i sig hamnar i andra rummet (SOU 2006:86; 104, Samtal om socialförsäkring nr 10; 45f).

I skriften Samtal om socialförsäkring nr 10 (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia* är domen som faller mycket hård: ”Alla aktörer brister i sitt ansvarstagande. Delat ansvar är inget ansvar. Försäkringskassan har tilldelats en omöjlig roll som samordnare av en verksamhet som har svårt att fungera väl. I sista hand får staten genom sjukförsäkringen, det vill säga skattebetalarna, stå för den allt dyrare notan.” (Samtal om socialförsäkring nr 10; 56)

En bättre rehabiliteringsprocess med en ny företagshälsovård

En sammanhållen och effektiv rehabilitering, det är enligt utredningen vad som behövs för att rehabiliteringsprocessen i framtiden ska präglas av en större tydlighet och bättre effektivitet än den gör idag. I skissandet av en förbättrad rehabilitering växer en ny svensk företagshälsovård fram. Finlands företagshälsovård står som inspirationskälla.

Utredningen lägger fram ett förslag som innebär att företagshälsovården tar över ansvaret för sjukskrivningar. Det vill säga att dagens upplägg, med primärvårdsläkare som bedömer arbetsförmågan och Försäkringskassan som utifrån läkarintyg fattar beslut om sjukskrivning, frångås.

Det är med konstaterandet om tydliga brister i den sektorsuppdelade rehabiliteringsprocessen som grund som utredningen tar ställning för en mer samlad administration. ”Ett genomgående problem i alla de skeenden som ryms inom ramen för ett sjukfall är frånvaron av någon med överblick, kunskap och ansvar som kan utgöra ett stöd för den sjukskrivne, helst tidigt i sjukfallet” (SOU 2006:86; 106).

Denna helt nya form av företagshälsovård skulle enligt utredningen ha en från arbetsgivarna oberoende ställning och fungera som ett nav i hela sjukskrivningsprocessen. Den skulle tack vare närhet till arbetsplatserna snabbt kunna se vilka fall som kräver särskilda insatser, och den skulle kunna arbeta betydligt mer individbaserat än vad som är möjligt för myndigheter att göra. Den skulle hantera sjukskrivningar och sälja sina tjänster till försäkringsgivaren (SOU 2006:86; 107).

Det är en företagshälsovård avtalad på arbetsmarknaden som föreslås. En sådan företagshälsovård skulle ha tre ben – arbetsmiljöansvar, sjukvård och sjukskrivningsansvar. Den skulle alltså dels arbeta med de uppgifter som traditionellt hör den till, det vill säga riskanalyser och förebyggande arbete på arbetsplatser. För det andra skulle den ges rätten att hantera sjukskrivningarna. Den skulle alltså ta över läkarnas nuvarande uppdrag att utfärda sjukintyg. För det tredje skulle den ta över primärvårdsansvaret för anställda (SOU 2006:86; 106ff).

Tanken med detta är att en företagshälsovård kan ha en närmare kontakt med arbetsplatser, och därmed ta tag i problem innan de blir allvarliga och sjukskrivning är ett faktum. Den skulle också kunna utvecklas till en relativt oberoende bedömare och kunskapsbank, men det skulle enligt utredningen vara upp till arbetsmarknadens parter att komma överens om exakt vilka roller en sådan utökad företagshälsovård skulle ha (107f).

I sammanhanget förs också fram att arbetsgivare skulle kunna försäkra sig mot uppgiften att hantera långa sjukskrivningar. Genom att betala en försäkringspremie kunde arbetsgivare vid behov få denna nya företagshälsovård att hantera exempelvis rehabiliteringsutredningar. På så vis menar utredningen att mycket av det som idag aldrig blir gjort för att få en person tillbaka i arbete skulle kunna ske (SOU 2006:86; 105).

Sista kronan avgör

Som det är idag är det staten som beslutar om, förvaltar och betalar den absoluta merparten av det ekonomiska skyddet vid sjukdom så som individen känner det. Genom avtalade tilläggsförsäkringar skapas sedan gynnsammare uppgörelser. Dessa ger ersättningar utöver den allmänna sjukförsäkringen. Så länge den totala ersättningen vid sjukdom inte överstiger 90 procent av den förlorade inkomsten har parterna full frihet att formulera sina avtal som de finner lämpligt.

I och med detta upplägg sker dock en förskjutning av ansvaret, konstateras i slutbetänkandet. Ansvaret knuffas bort ifrån staten och parterna får det faktiska inflytandet över villkoren. Avtalsförsäkringar blir allt mer förmånliga, och när reallöner stiger och andelen arbetstagare som hamnar ovanför taket i den allmänna försäkringen blir fler träder avtalsförsäkringarna allt oftare in för att garantera inkomstbortfall. Fortsätter utvecklingen leder det till att parterna får ett fortsatt växande ansvar, menar utredningen⁹ (SOU 2006:86; 163ff).

Stat och parter är alltså i dagens system formellt oberoende av varandra. Samtidigt är de dock mycket beroende av varandras beslut. Det är försäkringarna tillsammans som avgör utfallet för den sjukskrivne, det är de tillsammans som påverkar den enskilde

⁹ Utvecklingen bromsades något när taket i sjukförsäkringen höjdes till 10 prisbasbelopp den 1 juli 2006. Den nytillträdda borgerliga regeringen sänkte dock inkomsttaket från och med den 1 januari 2007. Det är åter 7,5 prisbasbelopp.

individ. Vill man åstadkomma förändringar i människors inställning till sjukskrivning måste man därför beakta den allmänna och de avtalade försäkringarna tillsammans, slår utredningen fast. En reform av den allmänna försäkringen är omöjlig utan att avtalsförsäkringarna tas i beaktande (SOU 2006:86; 25; 177f).

Att det är den allmänna och de avtalade försäkringarna som avgör utfallet för individen innebär enligt utredningen också nackdelar för försäkringstagarna. Försäkringsskyddet blir genom uppdelningen svårare att överblicka, det är inte helt tydligt vilket skydd man som försäkringstagare har (SOU 2006:86; 171f).

Det är dessutom så att många arbetstagare står utan det kompletterande skydd som avtalsförsäkringarna ger. Det är något som ofta glömts bort i analyser av socialförsäkringssystemet, påpekas i utredningen. Att det ofta påstås att ungefär 90 procent är skyddade genom avtalsförsäkringar är enligt utredningen ”sannolikt mer fel än rätt” (PM nr 3; 3).

Ny modell, ny ansvarsfördelning?

Utredningen argumenterar för en förändring av ansvarsförhållandena mellan stat och arbetsmarknadens parter. En förändrad balans framställs som nödvändigt om sjukförsäkringen ska kunna göras mer självständig, och en självständig försäkring är som tidigare förklarats något som utredningen förespråkar (SOU 2006:86; 167).

Det faktiska ansvaret för ekonomin i försäkringen föreslås läggas mer på arbetsmarknadens parter, detta hänger ihop med ambitionen om en sjukförsäkring där premier motsvarar utgifter. Även om riksdagen i det framtida upplägg som utredningen skissar fram fortfarande fattar beslut om den obligatoriska avgiften är det enligt utredningen viktigt att det verkliga ansvaret för hanteringen av försäkringen flyttas från skattebetalarna till försäkringsfinansiärerna (SOU 2006:86; 168).

Den modell som utredningen lägger fram skulle innebära att ”riksdagen beslutar om mer av fleras ersättningsvillkor, men mindre om förvaltningsfrågorna” (SOU 2006:86; 178). Det är en slags partsadministrerad försäkring med enhetliga villkor fastlagda av riksdagen som skissas fram. Genom allmänt, och inte detaljerat, beskrivna ramvillkor skulle riksdagen i en sådan modell slå fast grundförutsättningarna. Parterna skulle sedan få ansvaret för att formulera villkoren inom dessa ramar (SOU 2006:86; 174ff).

Utredningens tankegångar realiserade skulle innebära att staten genom ändrade ersättningsnivåer och villkor i stor utsträckning skulle överta dagens avtalsförsäkringar. Ersättningsnivåerna i den allmänna försäkringen skulle alltså höjas. Parterna skulle enligt utredningen fortfarande lämnas fria att formulera avtalsförsäkringar utöver den nya utformningen av den allmänna försäkringen, men de skulle framför allt få ett större inflytande över rehabilitering och omställning. Utredningen förutspår att en sådan förändring skulle leda till ett kraftigt minskat behov av avtalsförsäkringar (SOU 2006:86; 178f; 185).

Vinsterna med en sådan modell skulle enligt utredningen vara flera. Framför allt skulle försäkringsskyddet bli betydligt mer överblickbart. Det skulle bli enklare för försäkringstagarna att veta vilka villkor som gäller, och tryggheten som följer med det skulle enligt utredningen höja försäkringens värde.

Om den allmänna försäkringen skulle bli mer enhetligt med högre nivåer skulle det dessutom leda till att de som idag står utan tilläggskydd skulle omfattas av bättre villkor. Stora grupper omfattas i dagsläget inte av avtalade tilläggsförsäkringar.

Arbetskadeförsäkringens behov av reform

Också när det gäller arbetskadeförsäkringen pekar utredningen på problem i dagens system. Inte när det gäller ersättningsnivån från försäkringen, men däremot när det gäller dess uppbyggnad och administration.

Inledningsvis är kritiken densamma som den mot sjukförsäkringen – att försäkringen inte är självständig och därmed saknar försäkringsmässighet. ”Inte ens stora variationer över tiden i beviljade arbetsskadelivräntor påverkar arbetsmarknadens parter när de sitter ned för att förhandla om exempelvis löner” (SOU 2006:86; 137).

I stället för att försäkringen bär sina egna kostnader, och har villkor beroende på risk och utnyttjande, går försäkringens utformning hand i hand med den statliga ekonomin, konstaterar utredningen. Här pekas på att villkor har ändrats beroende på läget för de statliga finanserna. Här nämns införandet av mer restriktiva regler 1993 när statens finanser var ansträngda, och införandet av generösare villkor 2002 när de statliga finanserna var goda, som exempel. Detta leder enligt utredningen till att det försäkringsmässiga går förlorat, och att skadehanteringen blir otydlig. Följden blir minskad trygghet för försäkringstagarna, menar utredningen (SOU 2006:86; 137f). ”Det är otillfredsställande om möjligheten att få en skada klassad som arbetsskada beror på när den råkar inträffa” (SOU 2006:86; 138).

Vidare pekar utredningen på att försäkringen inte är tydlig nog gentemot försäkringstagarna, och att administrationen är allt för långsam och allt för krånglig (SOU 2006:86; 138).

Parts- eller marknadslösning med riskdifferentiering

Att arbetskadeförsäkringen ger full kompensation vid arbetsskada¹⁰, i syfte att eliminera skadeståndsprocesser mot arbetsgivare, är enligt utredningen inget som bör ändras. Däremot ifrågasätts statens administration av arbetsskadeskyddet, och detta med en huvudsaklig grund; staten kan inte hantera en riskdifferentiering av premien och en sådan bör enligt utredningen möjliggöras.

Argument för att alla ska betala lika andel av inkomsten till arbetskadeförsäkringen har inte tillräcklig tyngd menar utredningen och förespråkar en arbetskadeförsäkring där premien kan användas som ett sätt ”att föra avgifterna dit utgifterna uppstår”. Det vill säga att en riskdifferentiering av premier möjliggörs.¹¹ Detta bör enligt utredningen antingen bli med arbetsmarknadsparterna som ansvariga för försäkringen, eller med den privata försäkringsmarknaden som försäkringsgivare (SOU 2006:86; 145f).

¹⁰ Upp till 7,5 prisbasbelopp.

¹¹ Utredningen poängterar att det handlar om att göra det möjligt med riskdifferentierad premie, inte att tvinga försäkringsgivare att göra detta (SOU 2006:86; 149).

Argumentet för att riskdifferentiera premien är givetvis att den arbetsplats eller bransch som lyckas minska riskerna för arbetsskador ska kunna belönas med lägre premie, medan de som ligger bakom många arbetsskador straffas med högre premier. Dagens system innebär enligt utredningen att farliga branscher och arbetsplatser subventioneras av dem som är mindre farliga (SOU 2006:86; 148). ”Arbetsskador som man inte rimligen kan förhindra bör kanske belasta den arbetsplats eller bransch där de uppstår, och arbetsskador som beror på otillräckliga åtgärder bör det absolut” (SOU 2006:86; 148).

Utredningen förespråkar för övrigt att arbetsskadeförsäkringen ska förbli sekundär, det vill säga ett tillägg utöver sjukförsäkringen (SOU 2006:86; 145).

Om varken en parts- eller marknadslösning är möjlig förespråkar utredningen att arbetsskadeförsäkringen görs självständig på samma sätt sjukförsäkringen föreslås bli. Premier ska då täcka utgifter (SOU 2006:86; 146).

När det gäller arbetssjukdomar konstaterar utredningen att dessa är svåra att hantera i en försäkring, och här sneglar man på den danska lösningen där parterna tar gemensamt ansvar för sjukdomarna, och premierna differentieras enbart för arbetsolyckorna. Vidare konstateras att man i flera andra länder har upprättat listor över sjukdomar som kan vara orsakade av arbete. En sådan lista kan också vara något för den svenska arbetsskadeförsäkringen, konstaterar utredningen (SOU 2006:86; 147).

Källförteckning

SOU 2006:86 *Mera försäkring och mera arbete*, slutbetänkande från socialförsäkringsutredningen.

Samtal om socialförsäkring Nr 5 (2005) *Riskgruppsutjämning – viktigare än progressivitet*

Samtal om socialförsäkring Nr 8 (2006) *Sjukförsäkring på egna ben*

Samtal om socialförsäkring Nr 10 (2006) *Rehabilitering – ett långt lidandes historia*

PM nr 2 från socialförsäkringsutredningen (2006-03-08) *Sjuk men delvis arbetsförmögen – partiell sjukersättning för att tillvarata restarbetsförmåga*

PM nr 3 från socialförsäkringsutredningen (2006-04-25) *Tilläggsförsäkringar vid sidan av socialförsäkringarna*



Rapporten kan hämtas som pdf-dokument på LOs hemsida eller
beställas från LO-distribution:
lo@strombergdistribution.se
Telefax: 026-24 90 26

April 2007
ISBN 91-566-2375-5
www.lo.se