En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering

Del 2
Bilagor

SOU 1996:113

Sjuk- och arbetsskadekommittén

A: Tek KB
Occ SOU
66

Statens offentliga utredningar
1996:113
Socialdepartementet

En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering

Del 2
Bilagor

Slutbetänkande av Sjuk- och arbetsskadekommittén
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 10 25

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1996

ISBN 91-38-20330-8
ISSN 0375-250X

Förord

Sjuk- och arbetsskadekommittén har haft i uppgift att analysera och lämna förslag till utformning av försäkringsskyddet vid inkomstbortfall orsakat av kort eller långvarig ohälsa. Vidare har i uppgiften ingått att föreslå hur rehabiliterande insatser skall organiseras och hur drivkrafter för förebyggande åtgärder kan stärkas. Utgångspunkten för arbetet har varit att försäkringen skall ges en tydligt avgränsad roll samt att försäkringsskyddet skall uppfylla krav på effektivitet och rättvisa. Vidare skall arbetslinjen stärkas och statens utgifter begränsas. Försäkringen bör till övervägande del finansieras med till försäkringen destinerade avgifter, som tas ut på förvärvsinkomster. Kommittén har också haft i uppgift att utforma förslag till redovisning av försäkringens inkomster och utgifter så att det är möjligt att utläsa försäkringens finansiella ställning.

För att få en bredare belysning och fördjupad diskussion har kommittén uppdragit åt några forskare och experter att utforma särskilda rapporter avseende vissa frågeställningar. Kommittén har vidare tagit fram en skiss till struktur och innehåll i en lag om en allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering.

I denna bilagedel till kommitténs slutbetänkande (SOU 1996:113) redovisas följande fyra rapporter samt en skiss till struktur och innehåll i en ny lag. Författarna svarar själva för innehållet.

Arbetsrehabilitering – en referensram och forskningsöversikt
Författare är docent Rafael Lindqvist, Sociologiska institutionen, Umeå Universitet.

Utformningen av den allmänna försäkringen för att förstärka det personalekonomiska perspektivet
Författare är ekonomie doktor Ulf Johansson och docent Jan-Erik Gröjer, Institutionen för företagsekonomi, Stockholms universitet.

Avtalsrelaterade trygghetssystem vid sjukdom, arbetskada och förtidspension
Författare är docent Per-Gunnar Edebalk, Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet, docent Ann-Charlotte Ståhlberg, Institutet för social forskning och Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet samt professor Eskil Wadensjö, Institutet för social forskning, Stockholms universitet.

Ohälsoförsäkring utanför statens budget
Författare är organisationsdirektör Lennart Brege och avdelningsdirektör Olle Rahm, Statskontoret.

En skiss till struktur och innehåll i en lag om en allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering
Författare är kammarrättsassessor Arne Johansson, Kammarrätten i Jönköping.

Det är kommitténs förhoppning att dessa rapporter liksom skissen till en framtida lag kommer att bidra till en konstruktiv debatt om försäkringsskyddet vid sjukdom och arbetsskada.

Stockholm i juni 1996

Lars-Gunnar Albåge
Ordförande

Innehåll

Arbetsrehabilitering – en referensram och forskningsöversikt 7
Rafael Lindqvist

Utformningen av den allmänna försäkringen för att förstärka det personalekonomiska perspektivet 77
Ulf Johansson, Jan-Erik Gröjer

Avtalsrelaterade trygghetssystem vid sjukdom, arbetsskada och förtidspension 125
Per-Gunnar Edebalk, Ann-Charlotte Ståhlberg, Eskil Wadensjö

Ohälsoförsäkring utanför statens budget 197
Lennart Brege, Olle Rahm

En skiss till sturktur och innehåll i en lag om en allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering 231
Arne Johansson

Arbetsrehabilitering – en referensram och forskningsöversikt

Rafael Lindqvist

Innehåll

1	*Inledning*	*11*
2	*Den svenska välfärdsmodellen - några huvuddrag*	*12*
3	*Arbetsrehabilitering – en utvecklingslinje i socialpolitiken*	*14*
3.1	Fattigvård och arbetstvång	14
3.2	'Rätten till arbete' och inkomstbortfall	16
3.3	Arbetsrehabilitering som arbetsgivaransvar och 'ny arbetsetik'	19
4	*Rehabiliteringens tre arenor*	*22*
4.1	Organisation, drivkrafter och inre gränser	23
4.2	Den medicinska arenan	24
4.3	Arbetslinjens reformarena	28
4.4	Produktionens arena	31
5	*Rehabilitering ur medicinens perspektiv*	*33*
5.1	Medicin och rehabilitering vid några vanliga sjukdomsbesvär	34
5.2	Läkarnas sjukskrivningspraxis	37
6	*Rehabilitering ur myndigheternas (arbetslinjens) perspektiv*	*40*
6.1	Vilka blir rehabiliterade respektive förtidspensionerade?	42
6.2	Olika arbetsrehabilitering för kvinnor och män	46
6.3	Rehabilitering av långtidssjuka utan anställning	48
7	*Rehabilitering ur arbetsgivarnas perspektiv*	*49*
7.1	Några huvuddrag i arbetslivets förändring	50
7.2	Exit i stället för rehabilitering	52
7.3	Några positiva exempel	54

8 Rehabilitering ur individens perspektiv 58
8.1 'Känsla av sammanhang' 58
8.2 Socialt stöd, hälsa och rehabilitering 59

9 *Sammanfattande slutsatser 62*

Litteratur 68

1 Inledning

Under 1980-talet ökade ohälsotalet kraftigt i hela riket. Det var framförallt de långa sjukfallen som ökade, vilka sedan 1983 hade blivit allt längre och bland kvinnorna också allt fler. I spåren på denna utveckling, som bl.a. innebar negativa konsekvenser för samhällsekonomin genom accelererande utgifter för statskassan, planeringsproblem för företagen och negativa följder för de drabbade individerna i form av isolering och utanförskap, mindre social uppskattning, kompetensförluster etc., formulerades program och visioner om en arbetslinje i socialförsäkringen. I stället för passiv kontantutbetalning skulle aktiva insatser göras för att rehabilitera, omplacera och vidareutbilda långtidssjuka anställda.

Satsningen på att återföra människor till arbete har också inneburit förändringar för de organisationer och myndigheter som ska tillämpa den nya rehabiliteringspolitiken. Från att ha varit en institution som i huvudsak prövar och på ett rättvist och likformigt sätt betalar ut sociala bidrag ska försäkringskassorna nu också tillämpa en arbetslinje i likhet med arbetsmarknadsmyndigheterna – eller som det heter i strategiska termer föra 'kampen mot ohälsan'. Viktiga inslag i denna nya policy är att arbetsgivarnas formella ansvar för arbetsmiljön och rehabiliteringsinsatserna ökat och att försäkringskassorna erhållit en tydligare roll när det gäller att mer offensivt samverka med arbetsgivare, sjukvården och andra aktörer för att förebygga ohälsa och vid sjukdomsfall finna möjligheter för individen att återgå till arbete. Att minska volymen långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar har med andra ord blivit en av de viktigaste och svåraste uppgifterna för ett flertal aktörer, inte minst försäkringskassorna.

Om visionerna och slutmålet för arbetslinjen utvecklades utförligt och vältaligt i betänkanden och propositioner så var de konkreta anvisningarna om hur myndigheterna, ffa försäkringskassorna, skulle gå till väga för att tillämpa policyintentionerna desto knapp-

händigare. Någon diskussion om problem som rör implementationen av policyn finns knappt i förarbetena, bortsett ifrån att det konstateras att personalens kompetens behöver höjas och breddas samt att utvecklingsarbete och försöksverksamhet behöver genomföras. Som ett led i att öka kunskaperna om arbetslinjens möjligheter och dilemman presenteras i det följande en teoretisk referensram och en översikt över den forskning som finns angående arbetsrehabilitering. Grundtanken är att rehabilitering äger rum i ett spänningsfält med tre olika huvudaktörer, nämligen sjukvården, privata och offentliga arbetsgivare samt de myndigheter (försäkringskassor och arbetsmarknadsorgan) som har i uppdrag att bedriva arbetslinjen i socialförsäkringen. Referensramen är tänkt som ett hjälpmedel för att analysera de skilda drivkrafter, regler och tillämpningar som kännetecknar respektive aktör. Genomgången av den forskning som rör arbetsrehabilitering i ett svenskt socialförsäkringsperspektiv ger därutöver möjligheter att på ett konkret sätt illustrera några av de viktigaste problemen och möjligheterna med rehabilitering vilka finns i skärningspunkten mellan sjukdom, arbete och hälsa. Först ges emellertid en kort karaktäristik av den svenska välfärdsstaten och dess framväxt samt en beskrivning av hur gränsdragningen mellan arbete och bidragsförsörjning artikulerats i socialpolitiken.

2 Den svenska välfärdsmodellen – några huvuddrag

Det finns några kännemärken som ofta förknippas med den svenska välfärdspolitiken. Praktiskt taget hela befolkningen omfattas av inkomstskydd i olika risksituationer; bidragen utgår som lagstadgade sociala rättigheter och det finns en utbyggd social service som i likhet med de ekonomiska bidragen administreras inom ramen för den offentliga sektorn (Ginsburg 1992:30 ff). Esping-Andersen och Korpi (1987) talar om Sverige som en institutionell välfärdsstat där politiska beslut och offentliga institutioner snarare än marknad och familj står som garant för inkomstbortfall, vård och social omorg i olika risksituationer. Enligt författarna finns tre viktiga dimensioner i den institutionella välfärdsstaten: tillträdet till och utfallet från olika sociala program anses baserat på medborgarskap snarare än arbetsmarknadsdeltagande, det finns tydliga omfördelande inslag

vilket innebär att bidragen är universella; dvs. de omfattar alla oavsett status och klassbakgrund och den sista dimensionen innebär att socialpolitiken omfattar ett vitt spektrum av behov och risker. En rad mänskliga behov är därmed undandragna marknadens logik och i stället underkastade kollektiva beslutsprocesser, vilket innebär en potentiell begränsning av privata kommersiella lösningar.

Den svenska modellen är enligt många också unik genom att den anses främja produktionen och ha en preventiv inriktning. Utbyggnaden av den offentliga sektorn med dess arbetsplatser inom vården, utbildningsväsendet och den sociala sektorn har här fungerat som en veritabel sysselsättningsmaskin som medfört att kvinnorna marscherat ut på arbetsmarknaden, låt vara en segregerad sådan. I ett längre perspektiv (och fram till för några år sedan) har en relativt liten del av kostnaderna hänfört sig till socialbidrag, kontantstöd vid arbetslöshet och desto mer till sysselsättningsskapande åtgärder, hälsovård och arbetsmiljöprevention (Esping-Andersen 1989:219).

Uppfattningen om Sverige som en institutionell välfärdsstat som tillgodoser sociala behov framförallt utifrån medborgarskap har kritiserats. Medborgarna är i realiteten underkastade ett arbetstvång eftersom tillträdet till de inkomstrelaterade delarna av socialförsäkringssystemen baseras på lönearbete; bidragens storlek är också avhängig lönenivån upp till ett visst tak (Marklund & Svallfors 1986). I själva verket fungerar de offentliga socialförsäkringssystemen som duala system som gör tydlig åtskillnad mellan de som lönearbetar och de som inte gör det. De senare får nöja sig med mycket låga garantibelopp, medan den förra gruppen får ersättning enligt inkomstbortfallsprincipen. Från könsteoretiska utgångspunkter har det hävdats att dessa principer visserligen är formellt könsneutrala. I praktiken tenderar dock trygghetssystemen, när de konstrueras på detta sätt, att sortera upp befolkningen så att kvinnorna i högre grad än männen koncentreras till de delar av systemet där låga belopp utbetalas (Sainsbury 1993:89). Det intressanta med arbetslinjen är i vilken mån prestationer och meriter på arbetsmarknaden kommer att få än mer genomslag i socialpolitiska åtgärder. Kommer arbetslinjens inriktning på dem som har en anställning, hygglig utbildning och i övrigt en god förankring i arbetslivet att lämna något utrymme kvar för dem som befinner sig i arbetsmarknadens marginaler?

3 Arbetsrehabilitering – en utvecklingslinje i socialpolitiken

3.1 Fattigvård och arbetstvång

Svensk socialpolitik har sedan länge haft en stark orientering mot arbetstvång (framställningen här följer delvis Lindqvist & Marklund 1995:kap2). Legostadgan, försvarslöshetsbestämmelserna och lösdriverilagstiftningen innebar under 1800-talets senare hälft ett straffrättsligt arbets- och försörjningstvång. Personer som inte försörjde sig och de sina kunde straffas med fängelse eller arbetsanstalt. Vid mitten av 1800-talet var drygt hälften av häktningarna orsakade av försvarslöshetsbrott, dvs. det brott som består i att inte kunna eller vilja förvärvsarbeta (Forsman 1989:197). Arbetslöshet sågs således i första hand som en konsekvens av individens tillkortakommanden. Men det förekom under 1800-talet också ett flertal exempel på att offentliga arbeten anordnades för att ge tillfällig sysselsättning åt arbetslösa när försörjningsproblemen blev extremt svåra (Unga 1976:24).

Fattigvården vid den tiden riktade sig enbart till den del av befolkningen som inte ansågs arbetsför. De arbetsföra arbetslösa var inte berättigade till hjälp (Lundström 1986). Skälen till detta var främst att ersättning från fattigvården ansågs minska villigheten att ta ett lågavlönat arbete och minska de arbetslösas motivation att flytta till annan ort. Inom ramen för fattigvården prövades de hjälpsökandes arbetsförmåga på olika sätt. Den vanligaste typen av fattigvård i vilken detta kunde bli aktuellt var intagning på s.k. fattighus. Dessa erbjöd ett rudimentärt skydd i form av mat och bostad. Mindre vanligt förekommande var fattiggårdar, dvs. anstalter med föreståndare (och arbetsledning) och med tillfälle till jordbruksarbete för 'hjonen'. Flera olika kategorier människor blandades, hederliga och kriminella, friska gamla och sjuka, drinkare och prostituerade etc. (Elmér 1975:48). De arbetsföra var sannolikt i minoritet och gjorde vad de kunde för att undvika dessa understödsformer. Överallt var emellertid strategin att utnyttja den kvarstående arbetsförmågan hos de intagna vilket möjliggjordes av att fattigvården hade 'husbonderätt' och 'målsmansskap' för de omhändertagna. De som accepterade fattigvård på anstalt belönades med arbete, mat och tak över

huvudet; de som spjärnade emot avslöjade sin lättja och förtjänade tvångsarbete eller uteslöts från allt understöd.

Fattigvård och arbetstvång praktiserades också i andra former. Bistånd till mat och hyra gavs understundom till personer som bodde kvar i sina hem; motprestationen bestod då i att kvinnan eller mannen i hushållet ålades att utföra vissa arbetsuppgifter för fattiggårdens räkning (Swedner 1993: 114). Ett alternativ till offentliga anstalter var utackordering av fattiga barn och åldringar till lägst betalande. Enskilda bönder eller grupper av bönder lade vid auktionen ett anbud på den fattige, varvid arbetskapaciteten hos den hjälpbehövande var avgörande för den ersättning kommunen betalade. Den som tog ansvar för ett s k rotegångshjon hade närmast obegränsade möjligheter att exploatera arbetskraften.

Som en motreaktion mot den hårdhänta kommunala fattigvården bildades självhjälpsföreningar från 1860-talet och några decennier framåt för att lösa försörjningsproblem vid sjukdom, dödsfall och arbetslöshet. Frivilliga sjukkassor blev den mest spridda typen av understödskassor, vilka senare rationaliserades och effektiviserades innnan de växte in i den offentliga välfärdspolitiken (Lindqvist 1990). Socialpolitiska initiativ togs också från statens sida. De tidigaste reformerna skedde inom fält där konflikten med arbetskravet var begränsat, särskilt gällde detta ersättning vid arbetsskador. Vid sekelskiftet tillkom den första lagstiftningen på arbetsskadeområdet; 1901 års olycksfallsförsäkringslag tvingade arbetsgivare inom industrin och vissa andra näringar att försäkra sina anställda mot olycksfall i arbetet. Den första moderna åtgärden för arbetsrehabilitering infördes sannolikt i samband med 1913 års pensionsreform. Enligt denna gavs möjlighet till invalidpension för varaktigt arbetsoförmögna, vilka nu kunde ansöka om viss vård och utbildning i arbetsförberedande syfte om de bedömdes kunna återgå till arbete (Montan 1988).

En central aspekt på förhållandet mellan arbete och bidrag gäller som nämnts de arbetslösas rätt att få ekonomisk hjälp. För att undvika försämrad arbetsmoral och understödsanda skulle arbetslöshetsfrågan skiljas från fattigvårdsfrågan. Även inom arbetarrörelsen ansåg man att arbetslösheten bekämpades bättre med nödhjälpsarbeten och beredskapsarbeten än med bidrag från fattigvården eller arbetslöshetsförsäkringen. Den omtalade svenska s k arbetslinjen rör just detta val mellan att erbjuda arbetslösa arbete istället för bidrag. Arbetslinjens tillämpning vid arbetslöshet fick ett tidigt uttryck vid tillkomsten av Arbetslöshetskommissionen 1914 som bl.a. fick till

uppgift att organisera nödhjälpsarbeten för de arbetslösa. Arbetena var ofta fysiskt ansträngande väg- och anläggningsarbeten belägna långt från de arbetslösas hemort. Lönerna sattes enligt lägstalönsprincipen och de som vägrade att acceptera arbetet kunde inte heller få kommunalt arbetslöshetsbidrag eller fattigvård. Arbetslöshetskommissionen agerade hårdhänt i tolkningen av reglerna och de s.k. AK-arbetena kom att bli illa omtyckta bland arbetarna (Nordström 1944:47,49). Även om ersättningen ofta var otillräcklig och behovsprövningen närgången var den ett steg framåt mot ett förändrat socialpolitiskt synsätt; staten erkände i princip att den hade ett ansvar för dem som pga arbetslöshet inte kunde försörja sig och de sina (Höjer 1952:88).

3.2 'Rätten till arbete' och inkomstbortfall

Denna rudimentära arbetslinje ändrade karaktär på 1930-talet när en ny ekonomisk politik, som tillät att statsbudgeten underbalanserades och som bl a innefattade beredskapsarbeten, mat- och bostadssubventioner, började tillämpas. Nyorienteringen pekade fram mot en utvidgad roll för staten vad gäller arbetsmarknadsfrågor och social trygghet och en minskad tonvikt på den enskildes arbetsmoral. Särskilt intresserad var man av sociala reformer som som kunde verka krisbekämpande och som gjorde att arbetarklassen inte drabbades allt för hårt under depressionstider. Den moderna välfärdsstatens reformatörer ville med hjälp av en generell socialpolitik vidga solidariteten till att omfatta hela löntagarkollektivet och 'småfolket' på landsbygden – och inte enbart yrkesskickliga arbetare och tjänstemannagrupper. Gustav Möller talade om 'folkförsäkringar' och inte 'arbetarförsäkringar och Per Albin Hanssons berömda anförande i riksdagen 1928 om 'folkhemmet' var en tidig vision om en generell välfärdspolitik. Den centrala ambitionen för båda var att minska omfattningen av den behovsprövade fattighjälpen. Gradvis började full sysselsättning också framstå som ett väsentligt mål för välfärdspolitiken. Redan på trettiotalet framlades också i statliga utredningar delar av det åtgärdsbatteri som skulle komma att kännetecknа efterkrigstidens aktiva arbetsmarknadspolitik (Rothstein 1986:118).

Vid sidan om den ekonomiska krisen och dess följdverkningar blev debatten om befolkningsfrågan en annan viktig stimulans till en utvidgad socialpolitik. I Alva och Gunnar Myrdals bok *Kris i*

befolkningsfrågan (1934) utvecklades ett radikalt program för en mer förebyggande socialpolitik. Genom att leverera bostadssubventioner till barnrika familjer, kollektiv barnomsorg, förebyggande hälso- och sjukvård samt inkomstbortfall vid sjukdom skulle människorna lättare kunna anpassa sig till det nya produktionslivets förutsättningar. Socialpolitiken skulle underbygga lönearbetet som livsform. En viktig tankegång i makarna Myrdals program var att industrisamhällets expansion också medförde en utslagning av arbetskraft. När lönearbetet expanderade – och därmed fackföreningarna – minskade till följd av kollektivavtalens utbredning den inbördes konkurrensen mellan löntagarna (och även bland arbetsgivarna). När väl lönerna fixerats skulle de motsvara en normal arbetsinsats. De allt mer uppdrivna kraven på de lönearbetande 'bortsöndrar från möjlighet till arbete en allt större avfallsprocent av individer, som icke orkar hålla takten' (Myrdal & Myrdal 1934:251, Jfr Blomqvist 1990:36-38). Den traditionella 'lönesänkningskonkurrensen' bland arbetarna hade med fackföreningarnas hjälp omvandlats till en 'prestationsstegringskonkurrens' som gjorde det svårare för den icke fullgoda arbetskraften att hävda sig. På lång sikt kunde arbetskraftens kompetens höjas, men som lösning på det mer näraliggande problemet rekommenderade författarna att en speciell produktion ordnades eftersom näringslivet inte kunde ta hand om denna grupp. Det var viktigt att även den mindre effektiva arbetskraften integrerades i arbetslivet för deras eget välbefinnande men också för att inte äventyra samhällsordningen (A.a, s 255).

Dessa idéer kom att bereda marken för en andra fas i den svenska arbetslinjens utveckling. Den innebar en försvagning av arbetstvånget och en förstärkning av rätten till arbete. Redan på fyrtiotalet kom de partiellt arbetsföras betydelse som arbetskraftsreserv att ligga till grund för att en statliga utredning (den s.k. Kjellmankommitten) tillsattes. Den ledde till att man i varje län fick arbetsvårdsexpeditioner som skulle ordna arbete åt personer med nedsatt arbetsförmåga, yrkesutbildning och omskolning bedrevs som försöksverksamhet och arbetsträinings- och arbetsprövningsinstitut planerades. De senare i kommuners och landstings regi. Halvskyddat arbete, med statsbidrag till lönekostnaderna och helskyddat arbete i särskilda industrienheter hörde också till kommitténs förslag, liksom att beredskapsarbeten och arkivarbeten öppnades för partiellt arbetsföra. Det nya under fyrtiotalet var att staten började ta ett ansvar för dessa gruppers situation (Blomqvist 1990:85). Samtidigt som detta skedde valdes vissa alternativa lösningsförslag bort, nämligen

kvotlagstiftning för att anställa handikappade och möjligheten att göra omfattande undantag från kollektivavtalen för att anställa handikappade till lägre lön. Åtgärderna motiverades av ekonomiska skäl, snarare än sociala; behovet av arbetskraft vägde sannolikt tyngre än det sociala motivet att ordna arbete åt handikappade.

Genom reformerna av arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringarna på 1950-talet försköts den restriktiva synen på arbete till förmån för en markering av medborgarnas rätt till arbete. De socialpolitiska ambitionerna fick ökad tyngd (Öhman 1968:33) och åtgärderna för arbetshandikappade kom också att inlemmas i den arbetsmarknadspolitik som expanderade under sextiotalet. Den s.k. arbetsvården byggdes ut i syfte att ordna arbeten för handikappade och personer med nedsatt arbetsförmåga. AMU-centra byggdes upp för att tillgodose expansiva områden med utbildad arbetskraft och skyddade verkstader (nuvarande Samhall) skapades för att ge arbete åt de grupper som var mest svårplacerade på arbetsmarknaden. De som trots detta inte kunde arbeta skulle erbjudas bidrag utan förnedrande prövning och på en nivå som garanterade att de inte behövde söka fattighjälp. Den allmänna sjukförsäkringen infördes vid mitten av femtiotalet, yrkesskadeförsäkringens reformering och ATPs tillkomst bör betraktas som viktiga milstolpar i det sammanhanget. När således allt fler kom att omfattas av de sociala bidragen och dessa blev mer generösa, ökade behovet av rehabilitering bl.a. för att försäkringarnas ekonomi inte skulle undergrävas (SOU 1958:17).

När lagen om allmän försäkring kom till 1962 och vidgade möjligheterna till ersättning vid långa sjukdomsfall och mjukade upp kraven för förtidspension, skulle möjligheterna till rehabilitering utredas senast efter nittio dagars sjukskrivning. Rehabilitering skulle ske genom förstärkta medicinska resurser inom sjukvården, genom att rehabiliteringskliniker inrättades och genom de nämnda åtgärderna inom arbetsmarknadspolitiken. Sysselsättningsutredningens paroll från mitten av sjuttiotalet 'arbete åt alla' kan ses som en höjdpunkt i ideologin om arbetslinjen. Utredningen slog fast att även handikappade '*måste* ha samma rätt till arbete som andra' (SOU 1974:90, s. 150). Till skillnad från de (arbets)handikappade uppmärksammades knappast de långtidssjuka alls. I lagstiftningen fanns krav på rehabilitering, men intressepolitiskt befann sig gruppen i ett vacuum ända fram till början av 1990-talet (Kerz, Werner & Wesser 1995:24)

För de lönearbetande vidareutvecklades inkomstskyddet under sjuttiotalet genom fler program och högre ekonomiska bidrag. Välfärdsstatens expansion kom även att omfatta social service, utbildning och hälsovård. Det är värt att notera att denna välfärdsstat i stora stycken blev en männens konstruktion. Kvinnorna fick avlönat arbete i den offentliga sektorn, men i underordnade positioner. Detta gjorde svensk arbetsmarknad till en av de mest segregerade i västvärlden. Inkomstbortfallsprincipen avspeglade också könens olikartade villkor i arbetslivet. De utvidgade sociala rättigheterna har därför av vissa forskare tolkats i termer av ett 'nytt patriarkat' där kvinnorna i mycket högre grad än männen är beroende av välfärdsstaten som arbetsgivare och som leverantör av sociala bidrag och service (Hernes 1987:72-92).

3.3 Arbetsrehabilitering som arbetsgivaransvar och 'ny arbetsetik'

Mot slutet av åttiotalet uppfattades framför allt kostnaderna för långtidssjukskrivning, arbetsskador och förtidspensioneringar som problem. Därutöver bidrog centralstyrningen, det komplicerade regelverket och de byråkratiska beslutsrutinerna till att systemen blev svåröverskådliga för medborgarna och svårtillämpade för personalen. Bristen på effektiva arbetsincitament och styrimpulser till aktiv rehabilitering uppfattades som allvarliga problem att lösa (Eklund 1993, Isaksson 1992). Det generella välfärdssystemets legitimitet försvagades och talet om systemfel hördes allt oftare.

I ett antal officiella dokument diskuterades dessa problem. I den s.k. rehabiliteringsberedningens betänkande (SOU 1988:41) föreslogs mot bakgrund av att de flesta långtidssjuka hade en anställning, att arbetsgivarna skulle ta ett utökat ansvar för arbetsrehabilitering och att försäkringskassornas samordnande roll skulle stärkas. Arbetsmiljökommissionens kartläggning av särskilda hälsorisker i arbetslivet ledde också fram till slutsatsen att myndigheterna borde komma bort från passivt bidragstänkande och tillämpa en arbetslinje där rehabilitering genomfördes i anslutning till de långtidssjukas arbetsplatser. Kommissionen ansåg det självklart att arbetsgivaren måste ha ett huvudansvar för frånvaro och rehabilitering 'om verkliga förbättringar ska uppnås' (SOU 1990:49, s. 58). En grundtanke i flera utredningar var att den nya arbetslinjen i socialpolitiken ska vara ett medel för att uppnå 'det goda arbetet'.

Arbetslöshet och långvarig sjukskrivning betraktades som lika nedbrytande för individen. Socialförsäkringen har tidigare skyddat människor från ekonomisk otrygghet vid skada och sjukdom, men har saknat mekanismer för att förkorta frånvaron från arbetet. Den borde därför få samma aktiva utformning som arbetsmarknadspolitiken. (Prop 1990/91: 141, s. 35).

Arbetslinjen som reformprogram har inneburit att spelreglerna vad gäller rehabilitering förändrats på två områden: dels genom nedskärningar och försämringar av olika sociala bidrag, dels genom förstärkta krav på rehabilitering. Sjukersättningen har sänkts i etapper och likaså ersättningen vid arbetsskada. Den andra viktiga förändringen innebär förstärkt skyldighet för arbetsgivaren att enligt arbetsmiljölagen bedriva en organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen och att utreda vilka rehabiliteringsinsatser som behövs i det enskilda fallet. I kungörelser om internkontroll av arbetsmiljön, arbetsanpassning och rehabilitering ställs bl.a. krav på att de anställdas behov av arbetsanpassnings- och rehabiliteringsåtgärder ska följas fortlöpande och att nödvändiga åtgärder påbörjas så tidigt som möjligt.

Försäkringskassorna ska också bidra till attitydförändringar och ha en kontrollerande funktion. De attitydpåverkande insatserna syftar till att motverka att sjukförsäkringen används som en allmän frånvaroförsäkring, där anställda utan sjukdom eller uppenbar arbetsoförmåga utnyttjar försäkringen för att kunna vara lediga från arbetet. Läkare och annan sjukvårdspersonal, ungdomar och arbetsgivare respektive fackföreningar är tilltänkta målgrupper för denna attitydpåverkan. Insatser ska också göras för att få arbetsgivarna och facket att intressera sig mer för sjukfrånvaron, bl.a. genom att hålla kontakt med anställda under sjukskrivningstiden. Ett led i den nya arbetslinjen är också att intensifiera sjukkontrollen genom kontakter med arbetsgivare och läkare samt genom hembesök hos de sjukskrivna.

Försäkringskassan har ansvaret för att samordna de insatser som behöver göras för individen; på basis av den utredning som arbetsgivaren är skyldig att skicka in till kassan inom 8 veckor från sjukfallets början upprättas därefter en rehabiliteringsplan. Försäkringskassan fick från 1990 som ett första steg möjligheter att köpa rehabiliteringstjänster av andra myndigheter och privata aktörer som t.ex. yrkesvägledning, arbetsträning, utbildning och medicinsk behandling. Syftet var att nå en bredare krets av långvarigt sjuka och att förkorta väntetiderna på respektive åtgärd (Prop 1989/90:62, s. 5, 55).

Långtidssjuka och försäkringskassepersonal dras således in i ett kretslopp av utbuds och efterfrågerelationer, där rehabiliteringstjänster köps och säljs av både offentliga och privata aktörer. Denna nyordning reser en rad dilemman: Leder köp- och säljsystemet till att pengar satsas på de klienter där pengarna ger mest utdelning, t ex grupper som redan har hygglig arbetslivsförankring, rätt diagnos, ålder, kön etc. och där utsikterna att kunna förkorta sjukdomstiden är goda. Eller bör man satsa på de som har det sämre ställt och ligger i farozonen för förtidspensionering? Nyordningen får också konsekvenser för de försäkringskasseanställdas yrkesroll: utöver den traditionella uppgiften att tillämpa gällande regler inom socialförsäkringen ska de anställda också anlägga en rad sociala och arbetsmarknadsaspekter samt ta ekonomiska hänsyn vid upphandling av rehabiliteringstjänster.

I nedanstående figur sammanfattas resonemangen om hur synen på arbete, bidrag och rehabilitering förändrats.

Figur 1. Arbetslinjen och synen på arbete och bidrag omkring 1860, 1960 och 1990

Ideologi kring	1860	1960	1990
Arbete	Arbetstvång	Rätt till anställning	'Det goda arbetet'
Ansvar	Individen	Samhället	Företaget
Rehabiliterings-institution	Fattighjälp Självhjälp	AMS Sjukvården Försäkringskassan	Försäkringskassa Sjukvården Företaget AMS
Bidrag	Restriktiv	Generös	Minskad generositet

Källa: Lätt modifierad efter Lindqvist & Marklund (1995)

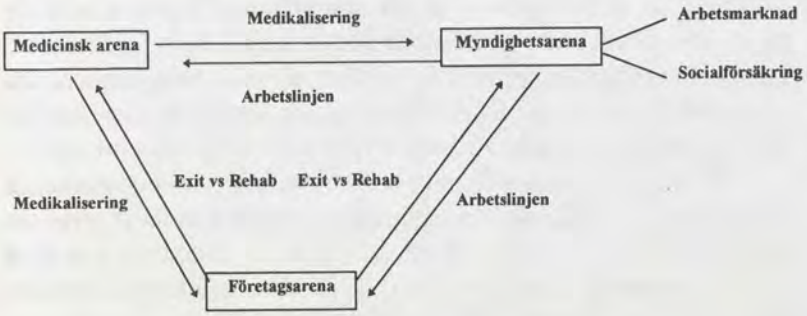
Att dra en gräns mellan de som måste försörja sig genom arbete och de som har rätt att uppbära bidrag har alltid varit en viktig uppgift inom socialpolitiken. Formerna för detta har varierat i olika historiska epoker, men arbetsrehabiliteringens och arbetsprövningens funktion tycks vara den samma, nämligen att skilja de värdiga arbetsoförmögna (de som inte kan arbeta) från de potentiellt arbetsföra som kan rehabiliteras. Den nya arbetslinjen i socialförsäk-

ringen är en modern variant därvidlag. Den syftar till att förbättra arbetsmiljöerna, pröva rehabiliteringsmöjligheterna och att vitalisera den traditionella arbetsetiken. Arbetsgivarna, vare sig de är privata företag eller offentliga myndigheter, försäkringskassor och sjukskrivna har fått nya och utökade krav att tillmötesgå. Flera av de förändringar som beskrivits kan tolkas så att arbetsrehabilitering som reformidé allt mer marknadsanpassas. Arbetslinjens koncentration på de som har en anställning, sjuklöneperioden i sjukförsäkringen, köp- och säljmodellen och framväxten av en marknad för rehabiliteringstjänster etc. vittnar om en ökad tilltro till (arbets)marknaden som instrument för att förverkliga socialpolitiska mål.

4 Rehabiliteringens tre arenor

Det finns inte mycket forskning om socialpolitikens organisatoriska aspekter. Fältet mellan reformintention och konkret utfall framstår ofta som en svart låda utan egen dynamik. Arbetsrehabilitering, som en aspekt av arbetslinjens tillämpning, är ett exempel på en sådan föga analyserad verksamhet. Ett par nyligen utgivna sammanställningar finns (Birke & Nygren 1994; Kerz, Werner & Wesser 1995) men dessa är inte specifikt orienterade mot arbetslinjens tillämpning. Avsikten här är att utveckla ett analytiskt perspektiv på rehabilitering som tar hänsyn till i huvudsak tre olika arenor vars aktörer i viktiga avseenden bestämmer arbetsrehabiliteringens möjligheter. Dessa tre arenor och de spänningar som kan tänkas uppstå dem emellan utgör rehabiliteringens kraftfält. De tre arenorna är a) den medicinska, dvs. vården, b) de myndigheter som ska förverkliga arbetslinjen som reformintention och socialpolitisk praktik, dvs. försäkringskassor, arbetsmarknadsmyndigheter och i viss mån socialtjänsten, samt c) produktionens arena med privata och offentliga arbetsgivare, fackföreningar och företagshälsovård. Dessa arenor bärs upp av organisationer som ibland styrs av motstridiga drivkrafter.

Figur 2. Rehabiliteringens arenor



4.1 Organisation, drivkrafter och inre gränser

Reformer äger i regel rum i ett institutionellt sammanhang. De institutioner och organisationsformer som finns etablerade sedan tidigare, som ett resultat av långsiktiga trender och utvecklingsförlopp, utgör därför viktiga begränsningar men också möjligheter för den tilltänkta verksamheten. För att kunna förstå hur och varför reformer når framgång eller misslyckas måste de relateras till de övriga omgivande institutionernas drivkrafter och värderingsmönster – liksom till de organisationsformer och regelsystem som dessa har att arbeta med. Huvudtanken inom detta perspektiv, som inom organisationsforskningen brukar benämnas 'nyinstitutionalism', är alltså att det som organisationer och dessas personal gör inte kan ses lösryckt från sitt institutionella sammanhang (Powell & DiMaggio 1991).

En konsekvens av detta synsätt är att reformer inte alltid kan förstås som instrumentellt-rationella utflöden från och som ett resultat av i förväg uttänkta policyintentioner (Jfr Brunson & Olsson 1990). Organisationers- och myndigheters specifika regelverk och administrativa former har vanligtvis vuxit fram under lång tid för att lösa skilda uppgifter. Reglerna kan faktiskt vara kompromisslösningar av bakomliggande social krafters skilda intressen (Ahrne 1989) och behöver därför inte vara så rationella som de ger sken av. Om reformer misslyckas, dvs. syns irrationella, så kan detta vara ett

uttryck för en logisk kompromiss av motstridiga institutionella villkor – en kompromiss som då inte stämmer överens med de policyintentioner som framkommit i den politiska beslutsprocessen. I den mån vissa reformprojekt och aktörer blir mer framgångsrika än andra kan detta bero på att de förmått skapa kompromisser som ter sig mer legitima genom att vara 'i linje med reformintentionerna' och att dra nytta av de sanktioner och belöningar som intentionerna inrymmer. Arbetslivsfonden som reformprojekt kan möjligtvis ses som ett sådant exempel. Det tycks vara med organisationer som med rättsligt reglerade reformer i stort: de avsedda effekterna inträffar när de ekonomiska, sociala och politiska betingelserna i lagstiftningens 'omgivning' verkar i samma riktning som lagstiftningen – medan de åsyftade effekterna inte nås när dessa betingelser kommer på kollissionskurs med varandra (Mathiesen 1985:76, Stjernqvist & Widerberg 1980:kap. 3).

Reformer tycks alltså ha ett flertal olika bestämningsfaktorer. Den utmaning som följer av detta perspektiv är därför att specificera vilka mekanismer och processer i de olika institutionella miljöerna som inverkar på en konkret organisations verksamhet – och hur detta sker. Reformprojektet 'arbetslinjen i socialförsäkringen' är ett bra exempel på ett fält som kännetecknas av olikartade drivkrafter.

4.2 Den medicinska arenan

Välfärdsstatens kraftiga expansion har skett parallellt med en annan genomträngande process, nämligen medikalisering av en rad personliga och sociala förhållanden. Genom medikalisering blir allt fler allmänmänskliga förhållanden och livsområden föremål för medicinska avgöranden och kontrollinsatser (Zola 1975). 1800-talets senare hälft har av idé- och lärdomshistorikern Karin Johannisson tolkats som en genombrottsperiod i det avseendet. Fenomen som lösdriveri, arbetsovilja, alkoholmissbruk, kriminalitet, ohämmad sexualitet förklaras i sjukdomstermer och nya etiketter och diagnoser som psykopati, sociopati, degeneration och mindervärdighet lanseras 'i dunkla gränsland mellan biologiskt, mentalt och socialt' (Johannisson 1990:59). Gränsen mellan friskt och sjukt, normalitet och avvikelse förskjuts ständigt. Vissa fenomen avmedikaliseras efterhand, men nya upplevda besvär tillkommer och blir etiketterade som sjukdomar. Peter Conrad (1992) som ser medikaliseringen som en flerdimensionell process menar att den äger rum på tre olika

nivåer: a) från början icke-medicinska förhållanden klassificeras i medicinska termer och åsätts diagnos till följd av läkarvetenskapens 'framsteg'; b) olika tillstånd behandlas medicinskt; och c) genom att medicinska beslut styr administrativa och socialpolitiska förhållanden. Vi ska dröja kvar vid Conrads klassificering ett slag.

a) Den första aspekten av medikalisering artikuleras främst genom att medicinen håller sig med olika sjukdomsbegrepp. Det klassiska biologiska sjukdomsbegreppet (apparatfelsmodellen) har tappat mark till förmån för ett subjektivt eller socialt betingat sjukdomsbegrepp, vilket inte behöver passa in i ett av alla accepterat kliniskt mönster. En rad personliga och sociala problem eller en allmänt påfrestande livssituation har därför kommit att inrymmas i sjukdomsbegreppet (Borgenhammar 1993: 45-46, Westerhäll 1983). Men det biologiska sjukdomsbegreppet har historiskt sett också inrymt tydliga sociala värderingar angående manligt och kvinnligt, över- och underordning. Med hjälp av den patologiska anatomin kodifierades kvinnans underordning; specifika medicinskt-biologiska sjukdomsbegrepp som neurasteni, nervositet, neuros tolkades som generella störningar och svaghetstecken och antogs härröra från den (socialt konstruerade) kvinnliga naturen och kunde också rättfärdiga på medicinen vilande rekommendationer att inte släppa fram kvinnan till högre utbildning, offentlig anställning etc. (Johannisson 1994:24–27). Dvs. när en särskild kvinnopatologi utvecklas, följer också andra behandlingsformer och helt andra sociala möjligheter och begränsningar.

Förekomsten av s.k. frustrationssjukdomar är också en aspekt av medikaliseringen på begreppsnivå. Sådana sjukdomar anses av Puranen (1994:123–124) vara nittiotalets stora sjukdomsgrupp (vid sidan om de åldersrelaterade sjukdomarna). De har sin grund i känslan av att vara otillräcklig och att uppleva en brist på tillit, både i förhållande till människor och samhällsorganisationen. Sjukdomsbesvären relateras till vår oförmåga att hantera livets risker och osäkerheter i en situation av överflöd av valmöjligheter och samtidigt tidsbrist. Kvinnorna anses vara den största riskgruppen.

b) Den andra aspekten av medikalisering har inneburit att diagnoser och sjukdomsetiketter på sociala problem lett till att lösningen på problemen sökts i medicinsk behandling. Nachemsson (1989:40–45) anser att den enorma ökningen i ryggsjukskrivning och sjukpension som inträffat sedan 1970-talet har andra än rent biologiska grunder.

Endast för en bråkdel av de som har akuta ryggbesvär och som undersöks noga efter en vecka har man kunnat säkerställa en vetenskaplig diagnos – för de allra flesta kan ingen objektiv sjukdomsprocess upptäckas. Den viktigaste faktorn för om ryggskada uppträder eller ej tycks vara trivsel på arbetet, med arbetskamrater och förmän samt fysisk kondition och rökning. I jämförelse med patienter med sjukdomsbesvär som kan diagnostiseras relativt entydigt t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar (Wilhelmsen 1989:55) och där den fysiska arbetsförmågan kan uppskattas har personer med smärta och värk i ländryggen en svårare situation. Många ryggpatienter medikaliseras genom att bli ordinerad medicinsk behandling, men när smärtan inte låter sig beskrivas med hjälp av standardiserade diagnostiska kriterier kan följden bli en vandring mellan olika remissinstanser som inte för rehabiliteringsprocessen framåt.

c) Den tredje aspekten handlar om medikaliseringens räckvidd på det institutionella planet. Allmänt sett har medicinen haft svårt att komma fram till kriterier för att ransonera med diagnoser och behandling för olika kategorier av patienter. Medicinska diagnoser och utlåtanden har fått spela rollen av konfliktlösningsinstrument genom att dessa gör det möjligt att individualisera sociala konflikter genom att göra dem till expertproblem. Medikalisering implicerar därför ett slags 'undantagstillstånd'; individen blir befriad från en plikt som det anstår andra att utföra. När sjuk- och olycksfallsprogram började införas blev det läkarkårens uppgift att bedöma vem som fick och inte fick vara frånvarande från arbete pga ohälsa. Potentiella konflikter angående arbetsnärvaro och arbetsdisciplin i vid mening transformerades på detta sätt till medicinska frågor. De Swaan (1988:241–3) menar att när de ackumulerade effekterna av enskilda doktorers praxis resulterar i omfattande medicinsk intervention och många individers medikalisering uppstår också spänningar inom den medicinska verksamheten. De konflikter som medikaliseringen ursprungligen kom att skyla över tenderar nu att skapa konflikter inom läkarkollektivet eftersom den medicinska interventionen gått så långt att det inte längre finns en vetenskaplig konsensus till grund för alla dess ingripanden. Den diskussion som pågår om lämpligheten att sjukskriva pga sociala och arbetsmarknadsskäl illustrerar tankegången. Legitimitetsproblem uppstår och kårens auktoritet ifrågasätts genom att den utsätts för offentlig granskning och debatt på de avsnitt där den är sårbar och inte kan motivera sina ställningstaganden.

Det är således på en aggregerad samhällsnivå som det uppstår problem med konsensus kring den medicinska interventionens konsekvenser och verkningsradie. Det var denna medikaliseringens dubbelhet som rehabiliteringsberedningen ville peka på när den konstaterade att det finns risker med att bli sjukskriven.

> Här finns å ena sidan en betydande risk för medikalisering av arbetsmarknadsmässiga och sociala problem. Det är omvittnat att läkarna har en svår situation med ökade anspråk från de försäkrade. Det kan därför falla sig lätt att pressa in fall av sociala problem eller arbetslöshet under diagnoser som asteni (svaghet) eller rygginsufficiens. Å andra sidan vet man att sociala problem kan leda till såväl kroppslig som psykisk sjukdom (SOU 1988:41, s 281).

Tilltron till den medicinska vetenskapens långtgående räckvidd kom också till uttryck när det generella arbetsskadebegreppet infördes mot slutet av sjuttiotalet. Tanken var att begreppet 'skulle kunna utvidgas utan initiativ från lagstiftaren i takt med nya medicinska och tekniska landvinningar' (SOU 1992:39, s. 85). Rättsprövningen av arbetsskador kom därför i hög grad att bygga på medicinsk sakkunskap. Försäkringsöverdomstolen är, sägs det från auktoritativt juridiskt håll, i sin dömande verksamhet' mer än någon annan svensk domstol beroende av hjälp från medicinsk expertis och måste därför värna om ett gott förhållande till läkarkåren (Lavin 1991:28). Det har också visat sig att när domstolen fattar beslut i arbetsskadeärenden så blir utfallet i prövningen i nio fall av tio i enlighet med den medicinska expertisens bedömning. Domstolens praxis tenderar därför att styras av vilka sakkunniga som anlitas under en viss period, vilket kan vara ett problem i den mån som den medicinska sakkunskapen är oenig (Arenius och Wesser 1992:168).

Läkarkårens professionella inflytande inom vården och andra samhällssektorer utgör en viktig bakgrund till att olika sociala problem medikaliserats. Läkarprofessionen har erhållit jurisdiktion, laglig rätt att bestämma över när och hur diagnos, behandling och sjukskrivning ska förekomma (Abbot 1988:59), men andra aktörer (klienter, arbetsgivare, fackliga organisationer, socialförsäkringsmyndigheter) har av olika skäl också underblåst en medikalisering. Kampen om huruvida sjukdomsbesvär som föranletts av arbete vid bildskärmar, belastning på rörelseorganen, lösningsmedel i måleribranschen, asbest etc., ska betraktas som ersättningsberättigade arbetsskador visar att medikalisering är resultatet av ett komplicerat

spel mellan en rad olika sociala krafter (Sund & Åmark 1990:79–101). Förmodligen är det medikaliseringens karaktär av "objektiv" expertstyrd konfliktlösning som tett sig attraktiv för de inblandade aktörerna. Om tillräckligt många aktörer betraktar medicinsk intervention som en adekvat lösning på ett givet socialt problem och om sådan intervention finns att tillgå, så inträffar sannolikt en medikalisering. Om det, å andra sidan, finns starka krafter som är beredda att utmana och ersätta medicinska definitioner på sociala problem kan medikaliseringen om inte upphöra så i varje fall minska.

4.3 Arbetslinjens reformarena

Arbetslinjen kan ses som en strategi att minska medikaliseringens verkningsradie. I stället för att ensidigt fokusera på faktorer som gör att människor betraktas som sjuka är tanken att faktorer som bidrar till att människor håller sig friska ska kunna uppmärksammas (Jfr Antonovsky 1991; Konarski 1992). Det är uppenbart att den utvidgade arbetslinjen ställer nya krav på hur de olika myndigheterna och dessas personal ska arbeta för att uppnå de föreskrivna målen. Antagligen behöver försäkringskassans rehabiliterare tränga en bra bit in på det som varit läkarprofessionens fält, nämligen att bedöma arbetsförmåga för personer med olika sjukdomsbesvär.

Läkarna har emellertid varit framgångsrika i sin strävan efter autonomi och kontroll över det egna arbetet och kårens anspråk på att få göra självständiga bedömningar angående t.ex. diagnos, behandling och arbetsförmåga har i hög grad fått stå oemotsagda. Läkarnas dominerande ställning när det gäller arbetsdelningen inom vården kommer sig av att de skaffat sig kontrollen över ett eget teoretisk fält och det 'tekniska' utförandet av de konkreta arbetsuppgifterna. Läkarkåren har framgångsrikt skapat 'sociala inhägnader' kring sitt revir i form av krav på examina, legitimation, praktik etc. för att få tillträde till yrket (Murphy 1988). Men som framhållits av t.ex. Parkin (1979) försöker uteslutna och konkurrerande grupper ofta finna någon motstrategi mot utestängningen för att kunna tränga in på på yrkesområdet ifråga. Lösningen ligger förmodligen i att försöka utveckla arbetsrehabilitering i riktning mot ett eget professionellt fält som rehabiliterarna har kontroll över i kraft av teoretisk kunskap, specifik yrkesutbildning samt beprövade arbetsmetoder.

Självklara inslag blir då att utreda de långtidssjukas (rest)arbetsförmåga systematiskt och konsekvent liksom olika rehabiliterings-

alternativ. Sociala och arbetsmässiga aspekter behöver tillmätas större vikt som underlag för rehabilitering. Läkarkåren kan som professionell grupp då komma att dras in i ett konfliktfyllt samspel om hur fördelningen av samhällets knappa resurser, t.ex. sjukskrivning ska ske, p g a att andra yrkesutövare åtminstone delvis vill bestämma regler och procedurer för detta. I sådana fall, då professionens egna beslutskriterier och måttstockar träds för när, kan det Freidson (1986:168) kallar 'professions-byråkrati'– konflikter uppstå. Sjukskrivningspraxis kan vara ett exempel på en sådan typ av konflikt.

Ett problem i samband med arbetsrehabilitering är att många offentliga myndigheter tillämpar en byråkratisk förvaltningsform med precisa regler, avgränsade kompetensområden och en fast tjänstemannahierarki. Regelböckerna och kontrollinstrumenten tenderar då att bli fler eftersom det är viktigt att tjänsterna ges på lika villkor och att klienterna behandlas likformigt trots att deras sociala situation varierar (Billis 1984:113). Arbetsrutinerna kan visserligen ibland standardiseras och ärenden behandlas rutinmässigt men de tjänstemän som i sitt arbete kommer i direktkontakt med klienterna har ett stort behov av att individualisera kontakten. Dessa s.k. 'gräsrotsbyråkrater' har en betydelsefull roll eftersom de ger reformpolitiken ifråga konkret innehåll i mötet med enskilda klienter (Lipsky 1980). De befinner sig i ett dilemma eftersom de ska ge varje enskild klient adekvat service, dvs lösa dennes sociala problem, samtidigt som personalen förväntas följa byråkratins fastställda rutiner och tillgodose dess krav på effektivitet

Den arbetsmodell som tillämpades vid rehabilitering fram till mitten av åttiotalet innebar att ärendena remitterades mellan de olika myndigheterna och att klienten "processades" enligt respektive myndighets regelverk. För att uppnå en smidigare hantering inrättades från mitten av sjuttiotalet s.k. rehabiliteringsgrupper med representanter från försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialtjänsten och sjukvården. Grupperna blev emellertid ofta tämligen formaliserade sammanträden med ett flertal inbandade tjänstemän, vikarier och praktikanter. En målande bild av hur sådana grupper kunde te sig ges i nedanstående citat:

> Ett långbord som gav visionen av kungamiddag i Karl XI:s galleri med olika funktionärer bänkade efter sidorna, alla försäkrande att de hade tystnadsplikt. En lista på cirka 20 'anpassningsfall' arbetade man sig igenom vid varje sammanträde. En del avfördes de flesta inte. 'Fallen' hade rätt att närvara. "Fallen" ville sällan (Ekman 1990:50).

På nittiotalet är rehabiliteringsgrupperna informella, obyråkatiska och mindre. Ett stort antal uppgifter har också tillkommit som t.ex. att initiera, förhandla om och utvärdera rehabiliteringsåtgärder. Köp- och säljmodellen kommer att medföra ytterligare förändringar i relationen mellan personal och klienter inom rehabiliteringssektorn. Rehabiliteringspersonalen inom försäkringskassan upplever sig ha en motsägelsefull arbetssituation eftersom de arbetar inom en tämligen byråkratisk organisation, men med arbetsuppgifter som inte så lätt kan lösas med hjälp av regelstyrning. Det finns många signaler som tyder på att försäkringskassans rehabiliterare har haft svårt att växa in i sin nya yrkesroll. Rollen som professionell hjälpare och ombud för den försäkrade kan lätt komma i konflikt med rollen som kontrollant av att sjukskrivningar är korrekta och att rehabiliteringsåtgärder är kostnadsmässigt effektiva. Bilden kompliceras förstås av att övriga myndigheter och institutioner inom rehabiliteringsfältet har sina egna organisatoriska förutsättningar att arbeta under och att personalen också upplever sig ha en ambivalent yrkesroll. Detta gäller t.ex. en stor del av arbetsförmedlingens personal som vid sidan av att kontrollera att den arbetslöse har rätt till ersättning från arbetslöshetskassan också ska ge service ifråga om vägledning, rehabilitering m m (Fry & Ressner 1988).

Aktörerna inom arbetslinjens reformarena står inför ett antal problem som de måste bearbeta. De myndigheter som finns inom fältet måste antagligen samordna sina regelverk och beslutsrutiner så att de har likartade definitioner på nyckelbegrepp som arbetsförmåga och sjukdom. Arbetsrehabilitering måste också utvecklas som ett professionellt fält så att en seriös argumentation kan ske visavi den medicinska arenans aktörer om arbetsförmåga och sjukskrivningsbehov. Kunskap om hur olika typ av arbetsvillkor inverkar på hälsa behöver också i ökad utsträckning ligga till grund för arbetsrehabilitering; sådan kunskap behöver ffa översättas i konkreta strategier som myndigheter och arbetsgivare är beredda att pröva.

4.4 Produktionens arena

Inom produktionsarenan är vinstmotivet (eller att så resurssnålt som möjligt driva verksamheten) det överordnade målet. Icke-prissatta aktiviteter är normalt sett ganska främmande inslag i privatkapitalistiska företags verksamhet. Men fenomen som sjukfrånvaro och rehabilitering tenderar alltmer att inordnas i de ekonomiska målsättningarna och betraktas i produktivitetstermer. Genom rehabilitering undanröjs individens funktionsnedsättning och dennes kompetens återställs helt eller delvis. Rehabiliteringsinsatserna bidrar således till att individen åter kan göra lika stor nytta för företaget som tidigare (Aronsson & Malmqvist 1991:11 ff). Arbetsmiljöproblem är emellertid ofta odramatiska i den meningen att arbetskapaciteten för de berörda individerna sjunker långsamt. Så småningom inträder sjukskrivningsfasen. Om den blir bestående under längre tid måste ersättare rekryteras och läras upp. Det är i denna fas som kostnaderna för arbetsgivaren är som störst. Dessa minskar successivt allt eftersom vikarien lär sig jobbet. Incitamentet för arbetsgivaren att satsa på rehabilitering minskar också i motsvarande takt; kostnaderna för den sjukskrivne har ju redan burits under en längre tid och den nyanställde visar sig klara arbetsuppgifterna bra, kanske bättre än sin föregångare. Det är i denna situation som företaget förväntas vidta rehabiliteringsåtgärder. Om företaget har ett antal personer som p g a arbetsmiljöproblem är på väg in i en sjukskrivningsfas blir nyttan av att vidta tidiga och helst förebyggande arbetsmiljöåtgärder uppenbar (A.a, s 115-116). Problemen är att incitamenten till att vidta åtgärder inte är tillräckligt tydliga (kostnaderna bärs ju i hög grad av sjukförsäkringen) samtidigt som kunskaper om och erfarenheter av rehabilitering är bristfälliga.

Om arbetsgivaren tvingas banta personalstyrkan kan det i stället bli aktuellt att använda sig av socialförsäkringssystemen och dess avtalsbaserade motsvarigheter som en exit-möjlighet för anställda som man inte vill ha kvar. Den mix av offentliga socialförsäkringar, avtalsförsäkringar och personalpolitiska åtgärder inom enskilda företag som finns påverkar vilken typ av nedskärning som görs, vilken volym den får och vilka som berörs. Förekomsten av generösa bidragssystem underlättar sådana strävanden (Casey & Bruche 1983; Kohli m fl 1991; Nashold & de Vroom 1994; Höög 1989). Och för många äldre som har större eller mindre krämpor och

påfrestande arbetsmiljö kan möjligheten att lämna arbetsmarknaden te sig attraktiv.

Antalet vägar att lämna arbetskraften har tenderat att bli fler, prövningsprocedurerna mildare och de sammanlagda ersättningarna högre (Wadensjö 1995:119–142). När frågor som tidigare var externa i förhållande till arbetsplatsen integreras i företagens personalpolitik blir andra aktörer viktiga: personalansvariga och fackliga förtroendemän kommer alltmer att uppträda i förhandlingssammanhang och i personalminskningsprojekt som dikteras av de yttre krav som ställs på företaget. Det finns också risk för ständigt nya spelregler och att organisationskommunikationen sker efter informella kanaler vilket kan skapa osäkerhet vad gäller konsekvenserna för äldre och lågpresterande anställda (Järnegren & Roos 1994:59).

Företagens incitament att säga upp äldre personer, särskilt vid konjunkturnedgång påverkas av bl a lönestrukturen. Många företag har nämligen inbyggda gradvisa löneökningar för att stimulera till bättre arbetsprestationer och för att hålla kvar arbetskraften inom företaget. Den produktivitet som de äldre anställda har, dvs de som befinner sig i närheten av pensioneringen, kan då vara lägre än kostnaderna för dem (Lazear 1979). Det samma gäller för de som har olika typer av funktionsnedsättningar. Att företagen inte säger upp personer som av olika skäl ger ett lägre bidrag till verksamheten än den lön som utgår beror på att det finns regler om saklig grund för uppsägningar och turordningsregler. Företagens rykte kan också ta skada, med åtföljande svårigheter att nyrekrytera, om det visar sig att den implicita lönestrukturen med långsiktiga anställningsförhållanden inte står fast (Wadensjö 1995).

Den funktion som de olika försäkringssystemen spelar i detta sammanhang är att de befriar företaget från en ekonomisk börda och underlättar för den anställde att sluta frivilligt. Detta kan särskilt bli aktuellt vid mer omfattande neddragningar av personalstyrkan då en strikt tillämpning av senioritetsprincipen skulle leda till en alltför skev yrkessammansättning. För de som kan få någon form av pension och/eller avgångsvederlag genomförs sådana lösningar. De som är äldre och långtidssjuka kan i en sådan situation knappast räkna med att bli erbjuden omfattande rehabilitering – snarare kan sjukskrivningen ses som ett sätt att kvalificera för de nämnda pensionslösningarna. Möjligheten att i samarbete med företagen hävda en arbetslinje blir i sådana situationer mycket liten för försäkringskassan.

Arbetsrehabilitering äger således rum i skärningspunkten mellan tre olika institutioner eller arenor som sinsemellan präglas av motstridiga drivkrafter. Det faktum att det inte existerar något gemensamt enhetligt normsystem gör att man måste räkna med att arbetsrehabilitering bedrivs i form av ett komplicerat dynamiskt samspel mellan de olika aktörerna. Detta kan innebära, som arbetsmiljökommissionen uttryckte det, att "rehabiliteringsaktörerna ofta lever i sina egna världar med egna planeringssystem och ekonomier, där var och en försöker optimera resultaten inom den egna verksamheten (SOU 1990:49, s 58). En central frågeställning är: vilken arenas 'logik' ska få ha det största inflytandet på hur arbetsrehabilitering av långtidssjuka hanteras. I det följande ges en fördjupad analys av arbetsrehabiliteringens betingelser inom de tre arenorna.

5 Rehabilitering ur medicinens perspektiv

Vilken roll spelar vården och den medicinska expertisen vid arbetsrehabilitering? Två aspekter fokuseras: I vilken mån ingår arbetsrehabilitering som a) en angelägen aspekt i den medicinska forskningen och b) som en självklar del i läkarnas vardagliga arbete och sjukskrivningspraxis. De två aspekterna hänger ihop i så motto att bedömningar av arbetsförmågan kan tänkas få större roll ju mer medicinsk forskning som finns om möjligheterna att arbetsrehabilitera patienter med olika sjukdomsbesvär. Ju mer arbetsförmågan fokuseras (vid sidan om den självklara diagnostiken och den medicinska behandlingen), desto lättare torde det vara för försäkringskassan att komma till tals med läkarkåren i rehabiliteringsfrågor.

I antologin *Medicinsk rehabilitering* (Höök 1991) sägs att målet för sjukvårdens olika instanser i första hand är den medicinska rehabiliteringen, dvs att så långt som möjligt återställa patientens förmåga att fungera i sin livssituation. Där framgår att rehabilitering ses både som en process i vilken individens möjligheter och begränsningar fokuseras, och som en uppsättning åtgärder i form av utrednings- och mätningstekniker samt behandlingsformer. Fugl-Meyer m fl (1992) ser rehabilitering som en copingprocess som syftar till att

individen vid skada eller sjukdom ska erhålla så stor livstillfredsställelse som möjligt. Det blir svårare att uppnå olika livsmål och individen hamnar i en stressituation i sin strävan efter att uppnå livstillfredsställelse. Rehabiliteringsprocessens funktion blir därför att antingen bidra till att livsmålen modifieras eller att omstrukturera repertoaren av handlingsmöjligheter. Arbete och yrkesroll har visat sig vara centrala variabler för möjligheten att öka livstillfredsställelse och lycka, men en rad andra faktorer spelar också in. De empiriska studier som gjorts av rörelsehindrade som erhållit yrkesinriktad rehabilitering visar att arbete inte bara betydde mycket i sig utan bidrog till att tillfredsställelsen ökade även på andra livsområden (Fugl-Meyer m fl 1992).

I jämförelse med akutmedicinen har den medicinska rehabiliteringen ett bredare perspektiv, nämligen individens livskvalitet och individens egna värderingar därom. Individperspektivet till trots måste inte sällan en analys av familjesituation, bostads- och arbetsförhållllanden göras (Höök & Grimby 1991:19). När det gäller de individuella förutsättningarna kan det vara fråga om att utveckla kunskap kring stress, immobilisering och psykosomatiska faktorer som hinder för rehabilitering och den roll som coping, behovs- och motivationsfaktorer kan ha som motverkande krafter.

5.1 Medicin och arbetsrehabilitering vid några vanliga sjukdomsbesvär

Vi kan här endast beröra en liten del av den medicinska forskning som behandlar rehabiliteringsåtgärder och metodik. De sjukdomar och sjukdomssyndrom som fokuseras är å andra sidan några av de som förekommer mest i sjukskrivningsstatistiken. Allmänt sett är forskning om rehabilitering, i betydelsen effekter av interventionsmönster för att förmå olika patientkategorier att återgå till arbete ett försummat fält (Semb 1994, Harms-Ringdahl 1994, Lisspers 1994, von Holst & Svensson 1994). Beträffande en av de största diagnosgrupperna, kranskärlssjukdomar, kan man säga att tillräcklig kunskap finns om sjukdomarnas orsaker för att man ska kunna rekommendera utökade satsningar på rehabilitering och sekundärprevention. Kunskap om den kliniska effekten av tidig mobilisering och fysisk träning är väl dokumenterad; vad som saknas enligt Lisspers (1994:57–58) är snarare kunskaper om "hur vardagliga självreglerande motionsvanor ska kunna etableras hos en majoritet

av deltagarna, och hur detta interagerar med en önskvärd, mera allmän livsstilsförändring" – dessutom är "kunskapen om interventionernas effekt på återgång i arbete och hur olika faktorer påverkar återgången – – – mycket sparsam" (A.a, s 58). Här öppnar sig onekligen ett fält där läkare och rehabiliteringspersonal skulle kunna ingå i ett samarbete för att utveckla metoder för arbetsrehabilitering.

En annan viktig sjukdomsgrupp är ryggbesvär. Orsakerna till smärta i ländryggen kan ofta inte fastställas; exakt diagnos baserad på objektiva fynd förekommer hos en liten minoritet av patienterna (Nisell & Vingård 1992:19). Belastningsergonomiska faktorer som tunga, frekventa och sneda lyft anses framkalla ryggbesvär, men psykosociala arbetsmiljöfaktorer, som dålig trivsel på arbetet hänger också samman med ryggbesvär. Effekten av träning av skadad muskulatur och undervisning i form av s k rygg- och nackskolor tycks vara mycket osäker. Även här är problemet att få patienterna att omsätta den (begränsade) kunskap som finns om sjukdomsorsaker i ett konkret och hälsobefrämjande beteende. En slutsats som kan dras är att "hela behandlingsprogram som intervenerar på många dimensioner av det multifaktoriella problemkomplexet ger högre grad av arbetsåtergång än enskilda tränings- och smärtlindringsinstaser" (Harms-Ringdahl 1994:33, 38). Sådana program, som inriktar sig på arbetsorganisation och arbetstillfredsställelse, livsstilsförändringar och medicinsk behandling som aktiverar patienten, lyser i hög grad med sin frånvaro.

Man räknar med att drygt var fjärde svensk i åldern 16–84 år besväras av någon form av allergi eller annan överkänslighet. Exakt kunskap om besvärens orsaker saknas, men man vet att utlösning av allergi och överkänslighet är resultatet av ett samspel mellan ärftlig benägenhet, grad och varaktighet vid exponering av allergen samt andra irritanter. Mot den bakgrunden är det inte heller förvånande att det saknas kunskap om allergikers och andra överkänsligas fritids- och arbetsvillkor. Kunskaper om effekter av anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder av allergiker på arbetsplatsen saknas nästan helt (Andersson 1994:70; SOU 1989:76, s 79, 247, 252).

Beträffande skador från ortopediska sjukdomar och trauman (kotfrakturer, wiplash skador, amputationer och reumatoid artrit) saknas nästan helt uppföljning och utvärdering av rehabilitering. (Semb 1994:29). Med tanke på att sådana skador och sjukdomar som drabbar rörelseorganen ofta ger långvarig funktionsnedsättning och påverkar hela patientens livssituation är detta betänkligt. Även här

finns ett stort behov av interventionsprogram som har ett brett rehabiliteringsperspektiv.

Rehabiliteringsinsatserna för de psykiskt störda som utgör den näst största diagnosgruppen i sjukskrivningsstatistiken är också bristfälliga. I en utredning som psykiatriutredningen lät göra för några år sedan (i form av enkäter till kassornas pensionsföredraganden och de läkare som skrivit intyg som låg till grund för beslut under hösten 1991) blev den entydiga slutsatsen att rehabiliteringen av psykiskt störda är outvecklad. Enligt dessa läkare skulle arbetsförmågan hos 30 procent av patienterna kunnat påverkas positivt om rehabiliteringen varit bättre utformad (SOU 1992:77, s 12–13, 98–99). Man ansåg att i närmare två tredjedelar av fallen var den psykiatriska rehabiliteringen outvecklad till sitt innehåll vad gäller de problem patienterna hade. Men de största bristerna fanns enligt läkarna i den yrkesinriktade rehabiliteringen och samordningen av insatserna; i tre fjärdedelar av fallen ansågs den yrkesmässiga rehabiliteringen vara dåligt anpassad till patientens problem Samtidigt framkom att läkarna inte använde sig av de lokala rehabiliteringsgrupperna för att utveckla rehabiliteringen i någon högre grad; endast 20 procent av patienterna hade behandlats i sådan grupp. Positivt i sammanhanget var dock att läkarna i de aktuella fallen ansåg att grupperna fungerat bra vilket antyder att det finns möjligheter att vidareutveckla sådana samarbetsformer (A.a, s 80–81).

Medicinens individperspektiv, dvs att sjukdomar och skador har individuella orsaker snarare än samhälleliga kan ha bidragit till att intresset för breda arbetslivsorienterade rehabiliteringsinsatser inte är särskilt stort. De kliniska frågeställningarna blir de primära, fältet mellan den medicinska rehabiliteringen och den yrkesinriktade blir en 'black box', där kunskaper saknas om vilka sociala och arbetsmässiga möjligheter eller begränsningar olika funktionshinder har för patienten. Även socialvetenskapliga studier som bygger på djupintervjuer med långtidssjuka indikerar att "övergången mellan medicinskt behandlande insatser och en rehabiliteringsfas med sikte på återgång i arbete var komplicerad i många fall och utgjorde en kritisk punkt för hela den fortsatta processen" (Jeppson-Grassman 1992:98).

5.2 Läkarnas sjukskrivningspraxis

Utifrån ett arbetsrehabiliteringsperspektiv är läkarnas sjukskrivningspraxis utomordentligt viktig. Sett från socialförsäkringens synvinkel är läkarkåren 'grindvakt' till försäkringssystemet. Läkarintyget ger biljett till trygghetssystemen, men kan också vara en väg tillbaka till arbete under förutsättning att läkarna aktivt bidrar med konkreta bedömningar av patientens arbets- och funktionsförmåga. Sjukvårdens traditionella referenspunkt i ett medicinsktkliniskt betraktelsesätt kan tänkas innebära att bedömningen av sjukskrivningen inte tillräckligt sker utifrån klientens arbetsmässiga förutsättningar. Sjukskrivningar blir alltför ofta passiva väntetider. Särskilt specialistvårdens läkare kan vara svåra att integrera i arbetsrehabiliteringen; de befinner sig på långt avstånd från försäkringskassan och de ser ofta patienterna som kliniska fall snarare än som arbetsrehabiliteringsfall.

Rätten till sjukpenning bygger på att två huvudsakliga krav måste uppfyllas. Dels måste sjukdom föreligga och dels måste denna anses nedsätta arbetsförmågan i en viss omfattning. Sjukdomen ska således relateras till den sjukes normala sysselsättning, vilket innebär att läkaren måste ha kunskaper om patientens arbetsuppgifter och bedöma hans förmåga att klara dessa med hänsyn till sjukdomen. Sjukskrivningen förutsätter därför att läkarna har omfattande arbetsmedicinska kunskaper om olika arbetsvillkor och arbetsmiljöer och vad som krävs (fysiskt och psykiskt) för att kunna arbeta i olika yrken. Vid sidan av företagshälsovårdens personal är yrkesmedicinsk kunskap begränsad bland läkare och annan sjukvårdspersonal – dessutom saknas som redan nämnts kunskaper om villkoren och formerna för arbetsrehabilitering av olika sjukdomsgrupper.

För att förändra situationen försöker myndigheterna formulera anvisningar som går ut på att läkarna ska sjukskriva "aktivt". I socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1992:16) heter det att 'sjukskrivning får inte ses som en neutral åtgärd', biverkningar i form av social isolering kan förekomma, vilket läkaren bör informera om. När läkaren bedömer patientens funktionsförmåga och rehabiliteringsmöjligheter bör kommunikation ske med arbetsplatsen. Socialstyrelsen, som utövar tillsyn över läkares yrkesutövning, gör dock inga uppföljningar och utvärderingar av sjukskrivningar och sjukskrivningsmönster, men ingriper i fall där intygsfusk misstänks förekomma.

Vad vet vi då om läkarnas sjukskrivningspraxis? I en studie som omfattade ett tusen läkarintyg i avslutade sjukfall 1990 inom försäkringskassan i Stockholms län (Karlsryd 1991) framkom att 90 procent av intygen innehöll hel sjukskrivning trots att möjligheten att sjukskriva till en fjärdedel, hälften samt tre fjärdedelar också fanns. I drygt hälften av intygen fanns uppgift om patientens arbete; 80 procent av läkarintygen innehöll någon form av föreskrift; denna var i två tredjedelar 'vila/ute'. I en enkät som besvarades av drygt 400 läkare framkom emellertid att mer än 80 procent av dessa ansåg att det var viktigt för försäkringskassan att information om patientens arbetsuppgifter fanns med på läkarintyget. Anledningen till att sådana uppgifter likväl inte fanns med var att läkarna inte hade efterhört uppgiften (Karlsryd 1992:39). Den slutsats som kan dras av denna studie är att läkarkåren vid 1990-talets ingång primärt var intresserad av avgränsade medicinska faktorer, dvs att fastställa diagnos och föreskriva behandling; mer specifika och fingradiga bedömningar av arbetsförmågans nedsättning och utvecklingsmöjligheter vilka också innefattas i sjukskrivningsuppgiften tycks inte ha gjorts.

I en annan studie av läkares sjukskrivningspraxis hösten 1991 genomförd vid Institutionen för allmän medicin i Uppsala bekräftas denna bild (Tibblin & Eriksson 1992). Uppgift om diagnos och nedsättning av arbetsförmågan fanns i regel i läkarintyget, men även i denna undersökning som omfattade drygt fyra tusen sjukskrivningsfall visade det sig vara stora brister i ifyllandet av intyget i övrigt. Föreskrifter utöver 'vila, ute, fritt' saknades i stor utsträckning. I mer än hälften av intygen saknades också uppgift om patientens arbetsuppgifter (A.a, s 28). Om detta beror på att läkarna inte frågat om arbetsuppgifter eller bara underlåtit att nedteckna dessa sakuppgifter framgår ej. Andra iakttagelser från denna studie var att läkare initialt sjukskriver patienter under lång tid och även olika länge för samma sjukdomar (A.a, s 14). Beträffande de uppgifter som i hög grad saknas i läkarintyget sägs i rapporten:

> uppgifterna kan vara viktiga för försäkringskassans fiskala funktion men är knappast av den naturen att de med entusiasm förs vidare av läkaren "Glömskan" kan här vara en illustration av att det i läkarrollen finns konflikter. Vem ska man hjälpa – patienten eller försäkringskassan. Vill försäkringskassan ha med dessa uppgifter måste den klargöra för läkarna betydelsen av att uppgifterna insamlas (A.a, s 9).

Vid årsskiftet 1991/92 togs ett nytt läkarintyg i bruk i syfte att förmå läkarna att i högre grad efterhöra och notera patienternas arbetsförhållanden och rehabiliteringsbehov. I en jämförande studie avseende sjukskrivningspraxis enligt det gamla och nya läkarintyget inom försäkringskassan i Stockholms län (Karlsryd 1993) framkom vissa förändringar. Patientens arbetsuppgifter hade nu noterats i två tredjedelar av intygen, mot hälften tidigare. Över 90 procent av intygen hade heltidssjukskrivning vilket indikerar att läkarna fortfarande är obenägna att göra fingraderade bedömningar av arbetsförmågan. Föreskriften 'vila, ute' hade minskat och förekom i ca hälften av alla föreskrifter. Den i intygsformuläret efterfrågade uppgiften om rehabiliteringsbehov hade besvarats i endast en tredjedel av intygen trots att det fanns möjlighet i formuläret att ange alternativet 'Behovet av rehabiliteringsåtgärder kan i dagsläget inte bedömas'. Arbetslivsförhållanden tycks också inta en undanskymd plats när det gäller arbetslösa sjukskrivna. I en undersökning inom försäkringskassorna i Stockholms och Jämtlands län framkom att diagnos, arbetsförmåga och sjukskrivningsperiod så gott som alltid är ifyllda men information om arbetsuppgifter och arbetslöshet saknades i hög grad (Karlsryd 1994:12).

I Riksrevisionsverkets rapport 'Att återupprätta' (RRV 1994:18) konstaterades också beträffande försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet att det finns allvarliga brister i det medicinska beslutsunderlaget. Kassorna tvingas att ägna alltför mycket tid åt att kommunicera med sjukvården för att få preciseringar och förbättringar av intyg och utlåtanden, vilket enligt RRV är otillfredsställande med tanke på att det ingår i läkaryrket att skriva intyg och utlåtanden.

Det finns dock ett antal försöksprojekt (finansierade med s.k. Dagmar-medel) som visar att det går att finna nya och smidiga samarbetsformer mellan särskilt öppenvården och försäkringskassorna (RFV 1994b). Ett gemensamt drag hos flera av dessa projekt är att de försökt tränga bakom den medicinska diagnosen för att komma åt de bakomliggande problemen till sjukskrivningen. Genom att komplettera medicinsk kompetens med kuratorer, psykologer, beteendevetare har mer nyanserade bedömningar av sjukskrivningar och rehabilitering kunnat göras.

Medicinsk forskning har inte i någon högre grad intresserat sig för arbetsrehabilitering. Sådana aspekter faller utanför medicinens kärnområde, vilket är att fastställa diagnos, ge behandling och att följa upp effekterna av behandlingen. När det gäller flera av de

största diagnosgrupperna finns förvånande lite kunskap om effekter av olika rehabiliteringsinsatser. Det finns uppenbarligen ett glapp mellan de medicinskt behandlande insatserna och arbetsrehabiliteringsfasen där dilemmat tycks vara att, utifrån den medicinskt betingade nedsättningen av arbetsförmågan ta steget över till konkreta yrkesinriktade åtgärder. Den kunskap som finns om orsaksfaktorer i sjukdomars etiologi (arbetsmiljöfaktorer, socialt stöd, livstil m.m.) och förebyggande åtgärder används inte i någon medveten strategi för arbetsrehabilitering. Läkarna har en viktig uppgift i samband med sjukskrivning och rehabilitering. Av läkarnas sätt att sjukskriva framgår att information om arbetsuppgifter och arbetslöshet inte ligger till grund för vare sig bedömningar av arbetsförmågan eller rehabiliteringsinsatser i den utsträckning man skulle kunna förvänta sig. Om klyftan mellan den medicinska behandlingen och arbetsrehabiliteringsprocessen ska kunna överbryggas behöver sjukskrivningen som behandlingsmetod ges en mer medveten plats. Det behövs uppenbarligen också bättre utvecklade former för kunskaps- och informationsöverföring mellan vården och socialförsäkringsmyndigheterna.

6 Rehabilitering ur myndigheternas (arbetslinjens) perspektiv

Myndigheter och dessas personal har alltid haft en viktig roll i arbetsrehabiliteringens tillämpningen vare sig denna hört hemma inom arbetsmarknads- eller socialpolitiken. Som en delverksamhet av myndighetsutövningen har den tenderat att växa in i de byråkratiska former som varit gängse för respektive organisation. Under 1980-talets senare hälft hade en rad försöksprojekt över ett brett fält genomförts i syfte att effektivisera rehabiliteringsarbetet genom att förbättra samarbetet mellan försäkringskassan och andra myndigheter (i regel ett projekt för varje samarbetspartner). Därigenom kunde nya rutiner etableras för samarbete med t ex företagshälsovården, yrkesinspektionen, vårdcentraler och arbetsmarknadsinstituten. Handläggare placerades ut på företagen för att göra samarbetet smidigare med arbetsgivare (RFV 1990).

I böjan av 1990-talet startades ett utvecklingsarbete som gick ut på att mer genomgripande förändra kassornas arbetssätt. Försäkrings-

kassor i tre län fick medel till extra personalinsatser och köp av rehabiliteringstjänster i syfte att under ett par år utveckla nya arbetssätt och samarbetsformer i rehabiliteringsarbetet som leder till att långtidssjuka snabbare återgår i arbete. Resultatet från denna verksamhet (RFV 1992:2-3) visade att försökskassorna mer systematiskt orienterat sig mot omvärlden och framförallt etablerat en ny sorts kontakt med arbetsgivare och sjukvården där rehabilitering och arbetslivsaspekter betonades och aktualiserades tidigare.

I detta avsnitt redovisas resultat från några undersökningar som belyser effekterna av och svårigheterna med ffa försäkringskassornas rehabiliteringsverksamhet. Tre av dessa undersökningar bygger på datamaterial (register, intervju- och enkätdata) som insamlats av Riksförsäkringsverket – det s k LS-materialet – vilket ger information om rehabiliteringsaktiviteter för perioderna 1979-1985 samt 1986-1991.[1] Vid sidan om riksförsäkringsverkets egna analyser av detta material har Marklund (1992, 1995) studerat hur långvarigt sjuka skiljer sig från normalbefolkningen i en rad avseenden; vad som skiljer förtidspensionerade från långvarigt sjuka och vilken roll yrke, arbetsmiljö och rehabiliterande insatser spelar. De analyser som görs med hjälp av LS-projektets datamaterial behandlar perioden fram till och med 1991 vilket innebär att den tidsperiod under vilken kassorna haft ansvaret för att samordna de arbetslivinriktade insatserna inte täcks.

Sedan 1992 har kassorna också fått utökade resurser att genomföra riktade insatser inom arbetsrehabilitering. Med anledning därav gjordes en ny datainsamling (Riks-LS) som skulle ge kunskap om rehabiliteringsverksamheten under tiden efter 1992. Ett rikstäckande urval av 64.000 sjukfall, vilka påbörjats 1 juli 1991 – 30 juni 1994 och som var minst 60 dagar långa, gjordes. Genom denna studie kan jämförelser över tid göras för att få svar på om satsningarna på arbetslivsinriktad rehabilitering gett resultat. Resultaten från denna undersökning redovisas längre fram liksom rön från en undersökning av den yrkesinriktade rehabiliteringens resultat 1990–1992 i Malmöhus län, baserad på ett datamaterial av alla avslutade 60-

[1] För den första perioden bestod datamaterialets en hälft av 1350 personer i ett allmänt urval bland försäkrade i befolkningen och den andra hälften var ett urval av 1325 personer som haft minst ett långtidssjukfall (om 90 dgr eller mer). För den andra perioden var 2000 personer respektive 3.000 (med sjukfall om 60 dgr eller mer).

dagars fall, ca 12.400 fall (Hetzler & Eriksson 1993). Slutligen berörs också några undersökningar som behandlar försäkringskassans arbete med arbetslösa sjukskrivna (Selander m fl 1995), köp av tjänster (Lindholm 1993, RFV 1993) samt olikheter i behandlingen av män och kvinnor i rehabiliteringsarbetet (Bäckström 1994, Josefsson & Thörnblom 1995).

6.1 Vilka blir rehabiliterade respektive förtidspensionerade?

I Marklunds och medarbetares undersökning utifrån LS-datamaterialet 1979–1985 framkom att av de som varit långtidssjuka någon gång under denna period blev ca en tredjedel förtidspensionerade medan resten återgick i arbete eller utbildning, dvs blev 'rehabiliterade' i vid mening (Marklund 1992:126). I motsats till vad man skulle kunna vänta sig hade en större andel bland de som blev förtidspensionerade genomgått rehabilitering, än bland de som återgick i arbete eller utbildning, vilket indikerade att träffsäkerheten i de insatta åtgärderna inte var god; åtgärderna sattes också in sent eftersom förtidspensionärer har längre sjukskrivningstider. Huvudfynden från denna studie var att de långtidssjukas ålder, sjukskrivningsperiod, utbildningsbakgrund och sjukdomsdiagnos var avgörande för om slutresultatet blev förtidspension eller rehabilitering. De som rehabiliterades i större utsträckning var de yngre, de med kortare sjukskrivningsperioder och de med längre utbildning. De som rapporterade arbetsmiljöproblem i sin tidigare anställning rehabiliterades också i lägre grad liksom de som hade en maka/make som genomgått rehabilitering och som tidigare nämnts så minskade genomgången av rehabilitering möjligheterna till återgång till arbete (A.a, s 136).

I en replikationsstudie på motsvarande datamaterial för perioden 1986-1991 bekräftas flera slutsatser från den tidigare studien (Marklund 1995: kap 5). Ålder är entydigt relaterat till om en långtidssjuk återgår till arbete eller förtidspensioneras, dvs det är de yngre som rehabiliteras i störst utsträckning. Vidare blir de långtidssjuka som har längre utbildning rehabiliterade i större utsträckning än de som har grundskola eller motsvarande; arbetargrupper med yrken som inte kräver yrkeskvalifikationer och de lägre tjänstemännen blir rehabiliterade i mindre utsträckning än andra grupper. De sjukdomsgrupper bland de långtidssjuka som har de största

rehabiliteringschanserna är olycksfallen och infektionssjukdomarna, medan rörelseorganens sjukdomar och psykiska störningar är underrepresenterade bland de rehabiliterade i jämförelse med de förtidspenionerade. Av dem som blir rehabiliterade har två tredjedelar en samlad sjukfrånvaro om högst ett år, vilket indikerar att rehabilitering blir svårare ju längre sjukfallet får pågå.

När det gäller betydelsen av de rehabiliterande insatser som satts in återupprepas här det tidigare mönstret, nämligen att andelen som fått del av rehabiliterande insatser är större band de som blivit förtidspensionerade (28 procent), än bland de som blivit rehabiliterade (17 procent). Skälet till denna skillnad torde vara att rehabiliteringsåtgärder sätts in för de svårare sjukfallen.

I den nämnda undersökningen av den yrkesinriktade rehabiliteringens resultat 1990–1992 i Malmöhus län, framkom att rehabiliteringsinsats, definierad som insats utöver kontakt med den försäkrade förekom i knappt 40 procent av fallen.[2] Bland dem som inte hade fått rehabiliteringsinsats återgick ca 80 procent i arbete, medan andelen bland dem som hade fått sådan insats var 70 procent. Vidare framgick att sjukfall med åtgärder tenderade att vara längre än sjukfall utan åtgärder. Dessa resultat tolkas så att åtgärder sätts in på sjukfall som bedöms som, och de facto, är svårare än de fall som inte åtgärdas (Eriksson & Hetzler 1993:6–7).

Under den period som undersökningen täckte fick sjukfallen allt längre varaktighet och insatserna av rehabiliteringsåtgärder ökade markant. Färre gick också tillbaka till det arbete de hade när de sjukskrevs. Det var ffa de äldre som hade långa sjukfall och lägre arbetsåtergång. Samtidigt framkom att den ökade volymen av rehabilitering inte åtföljdes av kvalitativa förbättringar. I mindre än hälften av de fall som efter 180 dagar bedömdes som rehabiliteringsfall upprättades en rehabiliteringsplan. När sådan plan fanns blev emellertid insatser som arbetsplatsbesök, rehabiliteringsgrupp mer frekventa vilket i sin tur ledde till fler omplaceringar och nytt arbete. Men det tycks också som rehabiliteringsplan utarbetas i de svårare sjukfallen eftersom dessa i lägre grad avslutades med att den försäkrade friskskrevs och i högre grad med förtidspension och indragen sjukpenning (A.a, s 13).Tidig identifiering och därmed tidiga insatser av rehabiliteringsåtgärder tycktes endast innebära ett

[2] Malmöhus län var ett av de försökslän som fick extra resurser för att pröva nya arbetsmodeller i rehabilitering under den nämnda perioden – därav den höga procentandelen.

marginellt försteg utom då det gällde omplacering och nyanställning vilka underlättades i betydande grad vid tidig identifiering.

Dubbeltydigheten i rehabiliteringsinsatser illustreras också av resultaten av försäkringskassornas köp av tjänster. I en utvärdering av dessa som Riksförsäkringsverket gjort (RFV 1994a:5–6) framgår att initialt förlängs sjukskrivningstiderna när aktiva insatser i form av köp görs. Detta beror på att åtgärderna planeras och sätts in under förutsättningen att den försäkrade får vara sjukskriven under genomförandetiden. Tiden därefter har de som fått köpta rehabiliteringsinsatser mindre sjukskrivningstider. Bland dem som rehabiliterades med hjälp av köpta tjänster hade omkring tre fjärdedelar sjukdomar som hör ihop med ryggen eller rörelseorganen (A.a, s6).

I riksförsäkringsverkets analys av Riks-LS-materialet framkom att försäkringskassan blivit aktivare på rehabiliteringsområdet på flera olika sätt. Kontakt tas med en större andel av de långvarigt sjuka allt tidigare – i genomsnitt (medianvärde) dag 61 (1993–94), dag 72 (1991–92) samt dag 100 (1986–91) (RFV 1995:35) Om kontakten togs inom två månader från sjukfallets början, vilket nu sker i knappt hälften av fallen, var andelen som avslutades med sjukbidrag eller förtidspension mindre än om den första kontakten togs senare. Den andel av sjukfallen där rehabiliteringsutredning gjorts har ökat och denna görs också vid ett tidigare stadium (A.a, s 40). Ju senare i sjukfallet rehabiliteringsutredning förelåg, desto vanligare var det att fallet avslutades med förtidspension eller sjukbidrag.

Kassorna tycks successivt skapa sig en tydligare bild av vilka insatser som behövs i sjukfallet och till vilka dessa behöver riktas. Tidpunkten för när den första kontakten i sjukfallet tas, när det första medicinska underlaget inkommer, och när rehabiliteringsutredning föreligger inträffar tidigare för allt fler. Kassorna ringar således in den grupp där man ansåg att ytterligare information som grund för rehabilitering behövdes. Och för varje led i informationsprocessen minskar den andel av de sjukskrivna där kassan bedömde att man skulle avvakta. Under år 1993–94 ansågs fler ha behov av rehabilitering jämfört med två år tidigare och av dessa fick också en större andel någon åtgärd. Fortfarande var det bara ca hälftan av de som bedömdes ha behov av rehabilitering som också påbörjade sådan (A.a, s 56, 58).

Andelen av de långtidssjuka som fick arbetslivsinriktad rehabilitering var 1993–94 17 procent – under perioden 1986–91 var motsvarande siffra 10 procent. Träning i reell miljö, dvs på den egna eller någon annan arbetsplats var den vanligaste åtgärden och erhölls av

två tredjedelar – 9 procent tog del i någon form av utbildning vilket är en minskning jämfört med perioden 1991–92 (A.a, s 67). Intressant i sammanhanget var att bland de som hade fått utbildning och/eller utredning var andelen som fick sjukbidrag klart lägre än bland de som fått arbetsträning, vilket tyder på att utbildning kan vara en framgångsrik rehabiliteringsåtgärd. Återinsjuknandegraden var också lägre bland dem som hade fått utredning och utbildning. I tabellen nedan sammanfattas några indikatorer angående försäkringskassornas förändrade rehabiliteringsarbete.

Det allmänna mönstret var att män och kvinnor fick rehabilitering i ungefär samma utsträckning. Kvinnorna fick däremot utbildning i något lägre grad än männen och fick arbetsträna något mer på den egna arbetsplatsen. Dock påbörjades rehabiliteringen tidigare för kvinnor än för män. Yngre fick rehabiliteringsåtgärder tidigare än äldre; arbetare fick arbetslivsinriktad rehabilitering tidigare och i större utsträckning än tjänstemän; infödda svenskar tidigare och i större utsträckning än än de som var födda utomlands och de som hade arbete fick rehabilitering tidigare än de som var arbetslösa. Sjukskrivna med sjukdomar i rörelseorganen och skador/förgiftningar fick rehabilitering tidigare och i större omfattning än de som hade psykiska störningar och sjukdomar i cirkulationsorganen.

Vad blev då resultatet av rehabiliteringen? En jämförelse mellan könen ger vid handen att andelen sjukfall bland män som avslutades med sjukbidrag/förtidspension var lägre än bland kvinnorna; lägre bland yngre än bland äldre; lägre bland arbetare än bland tjänstemän; lägre bland svenskfödda än bland utlandsfödda och lägre bland dem som hade arbete än bland de som var arbetslösa (A.a, s 58).

Tabell 1: Försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet – några indikatorer

År	1986-91	1991-92	1993-94
Kontakt med långtidssjukskrivna:			
Andel kontaktade (procent)	31	56	66
Tidp efter sjukfallets början (dgr i gmsnitt)	100	72	61
Utredning:			
Andel fall med rehabutredning (procent)	-	27	34
Medicinskt underlag (andel inom 2 mån)	-	65	68
Rehabiliteringsåtgärder:	-		
Andel ls som bedömts ha klart eller troligt rehabiliteringsbehov (procent)	-	46	47
Andel därav som fått arbetslivsinriktad rehabåtgärd (procent)	-	M43/Kv50	M52/Kv54
Andel av alla ls som fått arbetslivsinriktad rehabåtg (procent)	10	13	17
Därav:			
utredning		22	26
utbildning		13	9
arbetsträning		62	63
utredning/utbildn.	-	3	2
Sjukskrivningstid fram till 1:a rehabåtg (antal dgr i genomsnitt)		242	149
Resultat:			
Andel som friskskrivits efter:			
utredning	-	76	74
utbildning	-	93	92
arbetsträning	-	86	85
utredning/utbildn.	-	86	82

Källa: RIKS-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering. RFV Redovisar 1995:20

6.2 Olika arbetsrehabilitering för kvinnor och män

Det finns flera tecken på att rehabilitering innebär olika saker för kvinnor och män. I en studie utförd av Bäckström (1994), vilken bygger på upprepade intervjuer med ett 20-tal långtidssjuka, fram-

kom att männens rehabilitering påbörjades tidigare och var mer omfattande än kvinnornas. Männen erbjöds mer omskolning, medan kvinnorna fick börja med arbetsträning. En anledning till detta var att synen på arbete skiljde sig åt. Männens mer instrumentella attityd åtföljd av en lika instrumentell inställning till rehabilitering (de ville 'lära sig' rehabsystemet och krävde att få veta vad som gällde) tycks ha gett mer utdelning. Kvinnornas attityd, vilken innefattade krav på att arbete-hem-familjeliv skulle gå att kombinera tycks ha varit svårare att översätta i konkreta och målinriktade rehabiliteringsinsatser. När andra vägar tycks stängda kan det mot den bakgrunden ofta bli naturligt att gå ner på deltid för att förhindra att hälsan försämras. Bäckström (1994:49) menar vidare att rehabiliteringspersonalen inte alltid är tillräckligt medveten om dessa strukturella sammanhang för att kunna motverka konsekvenserna med sina olika instrument och insatser.

Samma mönster kan iakttas när det gäller rehabilitering på arbetsplatsen. Exempel från verkstadsindustrin och handeln tyder på att kvinnor får mer 'kurativ' tid än männen på bekostnad av utbildning, utvecklingsinsatser och omplacering – beroende på att kvinnorna anses ha lägre och mindre användbar utbildning. När någon omedelbar avancemangsväg uppåt inte finns i sikte blir också deltidsarbete eller att härda ut med sin sjukdom de alternativ som står till buds. Båda kan antas leda till att klyftan mellan kvinnors och mäns valmöjligheter på arbetsmarknaden vidgas (Josefsson & Törnblom 1995)

Även när det gäller försäkringskassornas köp av tjänster återspeglas könsskillnaderna. Relativt sett fler köp görs för kvinnor än för män (RFV 1993). Kvinnorna överväger också bland dem som får sina köp inom sex månader, men de är också i majoritet bland dem som för vänta mycket länge, dvs mer än två år. De allra dyraste rehabiliteringstjänsterna – i kostnadsintervallet 50.000 kr och däröver tycks dessutom mestadels gå till männen (A.a, s 7). Erfarenheter från enskilda försäkringskassor går i samma riktning och dessutom tycks det som om rehabiliteringssyftet för kvinnorna i högre grad är att köpet ska leda till möjlighet att återgå till den tidigare arbetsgivaren. En högre andel av männen erhåller sina rehabiliteringstjänster för att kunna byta yrke och arbetsgivare (Lindholm 1993:29–31). Om syftet med mäns rehabilitering är att dessa i högre grad ska byta yrke och arbetsgivare, så kräver detta antagligen längre och dyrare rehabilitering i form av t ex utbildning. Den utmaning som de handläggande rehabiliterarna står inför, om

könsmönstret ska brytas, är att inte bara ge likvärdiga erbjudanden om rehabilitering utan att också motverka de olika villkor som gäller för könen i lönearbete och hemarbete och som innebär att kvinnorna inte är lika geografiskt rörliga som män och därmed inte kan acceptera ett lika brett spektrum av rehabiliteringsåtgärder.

6.3 Rehabilitering av långtidssjuka utan anställning

Långtidssjukskrivning bland arbetslösa tycks vara omfattande. I en undersökning av sjukfall som i oktober 1993 hade pågått i minst två månader var nästan 27 procent av de långtidssjuka arbetslösa. Var tionde hade blivit arbetslös under sjukskrivningen, medan övriga var arbetslösa redan när sjukfallet påbörjades (RFV 1994:31). I en studie som RFV gjort helt nyligen framkom att de som varit arbetslösa under sjukskrivningen visat sig ha längre sjukfall och större risk att bli förtidspensionerade än de som hade förvärvsarbete. Det fanns dock en viktig skillnad i mönstret för män respektive kvinnor: medan männen blir kvar längre i sin sjukskrivning, blir de långtidssjuka kvinnorna fortare förtidspensionerade. Detta tolkades så att männen, vid konjunkturuppgång, har lättare att komma i arbete, medan kvinnornas möjligheter till arbete påverkades mindre till följd av att dessa i större utsträckning är offentliganställda (RFV 1995b:7–9).

En bidragande orsak till att arbetslösa har en betydligt högre sannolikhet att vara långtidssjuka än personer i sysselsättning, är att psykiska problem är betydligt mera vanligt bland arbetslösa. I studier av långtidssjuka i Stockholm och Jämtland utan anställning (Selander m fl 1995 a, 1995 b) framkom att psykiska diagnoser förekom i betydligt större utsträckning bland dem som saknade arbete än bland dem som hade anställning. Skillnaden var mest framträdande i storstadsområdet. Den förra gruppen fick också vänta längre på att rehabiliteringsersättning initierades, sjukskrivningarna blev längre och övergick i högre grad (oavsett diagnos) i sjukbidrag/förtidspension än vad fallet var för de som hade arbete. Detta kan tolkas så att de som saknar anställning, men vill ha arbete (dvs är arbetslösa) är en missgynnad grupp i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen – en rad viktiga aktörer som t ex arbetsgivare, fackföreningar, skyddskommittéer, företagshälsovård, arbetskamrater som kan ge socialt stöd saknas i dessa fall. Dessutom saknas

ekonomiska incitament för den försäkrade eftersom sjukpenningen är högre än arbetslöshetsersättningen vilket kan innebära problem om det är ont om jobb att rehabilitera den sjukskrivne till. Det förekommer också att läkare tar hänsyn till om patienten har ett arbete eller ej vilket leder till att många doktorer har svårare att avsluta sjukskrivningar där patienten går till arbetslöshet (Ds 1994:91, s 55). När det är svårt att finna jobb kan det ur den enskilde arbetslöses synvinkel också vara motiverat att dryga ut en begränsad a-kasseperiod med sjukskrivningar vilket ökar trycket på läkarna.

Forskningen visar att de äldre, de lågutbildade, de som har långa sjukskrivningsperioder bakom sig, blir rehabiliterade i lägre utsträckning och förtidspensionerade i större utsträckning. De som saknar anställning är också i ett sämre läge än andra. Rehabiliteringsinsatser sätts in för mindre än en femtedel (17 procent) av de långtidssjuka, men andelen har ökat och mycket talar också för att försäkringskassorna blivit skickligare på att bedöma i vilka fall man skall avvakta och i vilka fall man ska sätta in åtgärder. Fortfarande har dock de som blivit förtidspensionerade fått ta del av mer rehabiliterande åtgärder än de som inte blir pensionerade. Detta pekar vidare på en målkonflikt inom rehabiliteringsverksamheten. Ska organisationen satsa på kategorier som har hög frekvens förtidspensionering - eller ska man satsa på att få kategorier som har hög frekvens för återgång i arbetet att återgå tidigare i arbete. Beroende på i vilken strategi tyngdpunkten förläggs, så kommer insatserna att riktas till delvis olika kategorier. Dilemmat är svårlöst eftersom försäkringskassan innan den föreslår förtidspensionering måste dokumentera att insatser gjorts som visar att arbetsförmågan är varaktigt nedsatt. Det tycks vara kvaliteten på åtgärderna och inte kvantitet eller tidpunkt som avgör om rehabiliteringen blir framgångsrik (Hetzler & Eriksson 1993:18).

7 Rehabilitering ur arbetsgivarnas perspektiv

Den satsning på arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering som inleddes omkring 1990 byggde på att arbetsgivarna vid sidan om de samverkande myndigheterna skulle ha centrala funktioner. En viktig bakgrund till denna satsning var att arbetsmark-

naden vid åttiotalets slut kännetecknades av kraftig efterfrågan på arbetskraft, ett snabbt ökande förvärvsdeltagande och låg arbetslöshet – och många trodde att denna utveckling skulle bestå. I denna situation var det lätt att se de potentiella vinster för samhällsekonomin och företagen som en ökad satsning på arbetslivsinriktad rehabilitering kunde ge. Verkligheten förändrades emellertid i motsatt riktning och vid inledningen av nittiotalet befann sig Sverige i en depressionsliknande arbetsmarknadssituation med en dramatisk nedgång i sysselsättningen och vikande efterfrågan. Därmed förändrades också förutsättningarna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetslösheten gav färre jobb att rehabilitera till och satsningar på förbättrad arbetsmiljö måste än mer noggrannt avvägas i förhållande till andra satsningar. Att satsningen på rehabilitering kom att sjösättas i en lågkonjunktur ger emellertid en tydligare bild av de motsatta perspektiv och drivkrafter som kännetecknar verksamhetsfältet.

7.1 Några huvuddrag i arbetslivets förändring

Strukturförändringar och utslagning av lågproduktiva företag inträffar när nationella marknader öppnas för internationell konkurrens. De människor som jobbar i yrken som krymper till antalet löper högre risk att bli förtidspensioerade än andra (Höög & Stattin 1995: kap 7). Särskilt de äldre har ofta starkt begränsade möjligheter att finna nya jobb i de sektorer som skapas när ny teknik införs som leder till omfattande förändringar i arbetsuppgifter, kvalifikationskrav, arbetsmiljö etc. Välutbildad och flexibel personal krävs för att potentialen i den nya tekniken ska kunna utnyttjas till fullo. Förmåga att växla perspektiv och social kompetens blir viktigare än gamla kunskaper och beprövad erfarenhet (Aronsson & Sjögren 1994:30–31). Framtidens arbetsorganisation kommer enligt svenska arbetsgivareföreningen (SAF 1992) att eftersträva maximal flexibilitet; nya möjligheter för kommunikation och samordning av aktiviteter i form av t ex nätverk kommer att utnyttjas och när företagandet blir alltmer kunskapsintensivt väljer man ofta att koncentrera verksamheten till det som är företagets kärnkompetens.

Sett i ett arbetsmarknadsperspektiv kommer detta att innebära ett tryck mot mer flexibla anställningsförhållanden. Redan nu kan en sådan förändring iakttas vilken kan beskrivas som en förskjutning från fasta anställningar till ett system av 'just-in-time anställningar'

(Aronsson & Sjögren 1994:36). Kring en kärna av tillsvidareanställda, med anställningstrygghet och karriärmöjligheter, knyts grupper av tillfälligt anställda som projektmedarbetare, praktikanter, säsongsanställda, vikarier etc. Det uppstår två kategorier av anställda med vitt skilda arbetsvillkor. I de temporära jobben är yngre personer och kvinnor överrepresenterade och personer som av olika anledningar bytt yrkesbana. Kvalifikationerna för denna grupp varierar kraftigt – från konsultkunskaper till diversearbetare – men de personer det gäller anställs i regel när produktionspressen är hög vilket gör att arbetet lätt blir tidspressande och arbetsbelastningen hög – samtidigt måste också dessa anställda räkna med att gå först vid nedgång i konjunkturen. Det finns uppenbar risk att långtidssjuka rehabiliteringsfall kommer att tillhöra de tillfälligt anställda och det är inte helt lätt att se vilka incitament som skulle vara tillräckliga för att förmå arbetsgivarna att göra omfattande satsningar på arbetsrehabilitering för denna grupp.

Nya företagsledningsstrategier (dvs där det finns inslag av decentraliserat resultatansvar, mål- och idéstyrning, flexibel lönesättning, plattare organisation) skapar förutsättningar för duala arbetsmarknader där anställningsvillkoren är olika. Hittills tycks de ha fått ett begränsat genomslag, och är främst koncentrerade till verkstadsindustrin. Till gruppen med stabila anställningsvillkor kan räknas anställda vid centrala tillverknings- och monteringsanläggningar, medan anställda i de olika underleverantörsleden har svagare bindningar mellan arbetsgivare och anställd (Edling & Sandberg 1993:147). Dessa nya ledningsstrategier tycks emellertid samvariera med goda arbetsvillkor. Sådana jobb är också vanligare på arbetsplatser med övervägande del tjänstemän (A.a, s 168)

Empiriska analyser av arbetets innehåll utifrån levnadsnivåundersökningarna visar att det skett strukturella förändringar som innebär att den genomsnittliga kvalifikationsnivån hos arbetskraften stigit. Medan man för genomsnittet av arbetaryrken i industrin kan tala om en stabilitet i fråga om kvalifikationskrav, har arbete inom tjänstesektorn kommit att ställa högre krav på kvalifikationer och kompetens samt ge större utrymme för egna beslut än arbete i produktionen (Szulkin & Thålin 1994:115–116). Samtidigt förekommer inom servicearbete också en överrepresentation av stressfyllda arbeten som karaktäriseras av litet utrymme att fatta egna beslut. Dessa senare jobb har under åttiotalet ökat till antalet, särskilt inom yrken där kvinnor är verksamma som t ex vård och omsorg. Påfrestningarna i vårdarbete framgick också i Kartläggningsgrup-

pens rapport till Arbetsmiljökommissionen (1988:35–36); vårdområdet framstod som en av de mest utsatta branscherna om man ser till arbetsskadeutvecklingen och riskerna för ohälsa.

När arbetslivet förändras i snabb takt ställs krav på individen att denne anpassar sig till nya förhållanden (Aronsson & Sjögren 1994:65). Därmed kommer kompetens att bli ett mångfasetterat begrepp. Ellström (1992) menar att man kan skilja mellan olika typer av kompetens som behövs i framtidens arbetsliv. Vid sidan om *uppgiftsrelaterade* kvalifikationer t ex manuella och intellektuella färdigheter, sociala kvalifikationer som ledarskap och kommunikationsförmåga krävs *ideologiskt normativa* kvalifikationer som t ex rätt sorts värderingar, arbetsmotivation och samarbetsförmåga. Därtill kommer också *utvecklingsinriktade* kvalifikationer vilka innefattar förmåga att bidra till att verksamheten utvecklas, att nya behov identifieras etc. Nya företagsledningsstrategier med decentraliserat beslutsfattande ställer särskilda krav på höga ideologiskt normativa kvalifikationer som kan ge legitimitet både utåt och inåt för den egna verksamheten. Det säger sig självt att när rehabilitering och omplacering sker till sådana arbetuppgifter räcker det inte med att höja enbart de uppgiftsrelaterade kvalifikationerna. Rehabilitering måste innehålla element av motivationshöjande inslag, vilket kräver ett målinriktat metodutvecklingsarbete.

7.2 Exit i stället för rehabilitering

Lågkonjunkturen har medfört att det på många håll råder övertalighet av personal. Trots det finns många exempel på arbetsgivare som vidtagit systematiska och långtgående rehabiliteringsinsatser för de egna anställda. En del sådana exempel finns bland dem som erhållit bidrag från Arbetslivsfonden för att förbättra arbetsmiljö och för att rehabilitera anställda. Vi ska återkomma till dessa, men först uppmärksamma några faktorer som utgör begränsningar för att vidta rehabiliteringsinsatser inom företag.

I en studie som inkluderade 17 olika företagsnedläggningar eller personalinskränkningar under åttiotalet (Gonäs 1991) framkom att knappt hälften av de berörda individerna hade fast arbete efter två år; ungefär 15 procent var fortfarande arbetslösa och hela 20 procent hade lämnat arbetskraften. Det var främst äldre män (i synnerhet från inskränkningsföretagen) och icke facklärda kvinnliga arbetare som lämnade arbetsmarknaden. Man kan utgå ifrån att de flesta av

männen gick till någon form av pensionering. I en undersökning av nedläggningen av Uddevallavarvet visade det sig att också de flesta som var över 57 år pensionerades, medan de som var 45 och däröver i stället blev placerade i arbetsmarknadspolitiska åtgärder (Storrie 1993). Man kan tolka detta så att företagsnedläggningar bidrar till att tidigarelägga förtidspensioneringen; i den mån de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna inte leder till 'riktiga' jobb kan dessa tolkas på samma sätt. De är måhända ett bättre alternativ för individen än arbetslöshet men kan likväl ses som ett led i utslagningen.

Långtidssjukskrivning och förtidspensionering är m a o tydligt relaterade till förändringar i arbetskraftens sammansättning. De kan ses som alternativa sätt att lämna arbetsmarknaden och kan till och med betraktas som ett smidigt sätt för företagen att bli av med lågproduktiv arbetskraft (Jacobs, Kohli & Rein 1991). När det gäller de långtidssjuka som helhet framkom i den s k Riks-LS undersökningen att arbetsgivarna i liten utsträckning ville bekosta rehabiliteringsåtgärderna; endast i 15 procent av sjukfallen var detta aktuellt och i ytterligare 6 procent av fallen betalade arbetsgivaren en del av kostnaderna (RFV 1995:69). Bland denna grupp återgick också relativt sett fler till arbete och endast en mindre andel blev förtidspensionerad.

Exitstrategier som syftar till att slussa ut anställda som man från företagets sida inte anser håller måttet i fråga om effektivitet och produktivitet tillämpas också i rehabiliteringsverksamheten. Sådana strategier kan utformas så att företaget vill klara av rehabiliteringsutredning och andra insatser helt på egen hand – eller i samarbete med försäkringskassan. Det kan då ofta visa sig att rehabilitering inte lett till tillräckliga förbättringar, vilket i sin tur gör att den anställde inte klarar de arbetsuppgifter som finns tillgängliga på arbetsplatsen utan måste sägas upp pga arbetsbrist. Lösningen för de långtidssjuka är förvisso inte att alltid komma tillbaka till den gamla arbetsplatsen, det avgörande är i vilken grad arbetsgivaren bryr sig om eller använder tvång gentemot den anställde (Hetzler, Eriksson &Wesser 1995: 37).

I en norsk studie av 23 företag, både privata och offentliga, framkom att vid sju företag hade man satt press på företagsläkaren i syfte att få anställda som i och för sig var reellt sjuka att bli förtidspensionerade. I andra företag hade utvalda anställda uppmanats att själva ta kontakt med läkare för sjukskrivning (Dahl & Colbjörnsen 1991:11). En svensk studie indikerar också att många sjukskrivande läkare upplever ett tryck från arbetsgivare att

sjukskriva endast hel eller halvtid pga att omplaceringsmöjligheter och vikariatsfrågor vid alternativa sjukskrivningsnivåer blir krångliga (Karlsryd 1992:32).

Trots den formella frivilligheten när det gäller att välja förtida pensionering kan ett starkt socialt tryck existera som av de äldre upplevs som ett tvång att lämna företaget för att bereda plats åt yngre personer. Fallstudier av företag som erbjudit äldre anställda sådana möjligheter visar att en dryg tredjedel av de som accepterat erbjudandet känt sig indirekt uppmanade att gå (Isaksson & Johansson 1994:52). Valet att gå påverkades av osäkerheten inför de förestående förändringarna i företaget; många trodde att de hade behövt gå under alla omständigheter. Iakttagelser från andra företag visar också att det är vanligt med upplevelser att både kamrater och chefer försöker utveckla informella påtryckningar för att de äldre snabbt ska acceptera erbjudanden om avtalspension för att säkra arbetstillfällen för yngre arbetskamrater (Järnegren & Roos 1994:59).

7.3 Några positiva exempel

Det finns många exempel på arbetsgivare som gjort ambitiösa satsningar för att utveckla arbetsorganisation, arbetsmiljö och rehabiliteringsverksamhet. Ett stort antal av dessa har kommit till stånd med bidrag från Arbetslivsfonden. En utvärdering av 40 av dessa företag eller offentliga myndigheter/institutioner som erhållit bidrag för att genomföra arbetsplatsprogram med rehabiliteringsdel föreligger – *Arbetslivsinriktad rehabilitering i förändring* (Hetzler, Eriksson & Wesser, 1995).

I studien noterades att de nya företagsledningsstrategierna redan fått sitt genomslag i varierande grad i de olika företagen. Decentralisering av produktionsansvar till arbetslag innebär ofta arbetsrotation mellan arbetsuppgifterna. Fördelen med denna anses bl a vara att arbetsinnehållet blir mer varierat genom att man delar på de monotona och tråkiga arbetsuppgifterna, de anställda får bredare kompetens och arbetsbetingade sjukdomar och skador blir mindre. Sjukfrånvaron och utslagningsprocesserna i företaget kan emellertid också öka därför att de anställda upplever att deras tidigare yrkesidentitet tagits ifrån dem – 'hans eller hennes specialistroll ersätts med arbetslagets omnipotens-krav' (A. a, s 29). Om arbetsuppgifterna mellan vilka de anställda roterar blir för

många, kan istället en osäkerhetskänsla uppstå. Arbetsrotation kan om den sker för snabbt skapa stress; svårigheter kan också uppkomma om någon anställd inte vill rotera vilket ger medarbetarna mer ensidiga arbetsuppgifter. Produktivitetsinriktade förändringar, typ nya företagsledningsstrategier med plattare organisation, decentraliserade beslutsprocedurer, delegerat ansvar och arbetsrotation väcker inte sällan motstånd bland de anställda och ger upphov till stress, överkrav och ohälsa.

Att ta bort den hierarkiska ledningsstrukturen ingår som ett annat viktigt element i organisationsrevolutionen. Positiva resultat i form av mer meningsfullt arbetsinnehåll och mer skiftande arbetsställningar har förmärkts, men rehabiliteringssträvandena underlättas inte alltid. Från flera av de undersökta enheterna kommer budskapet att det saknas någon som tar ett övergripande ansvar för rehabiliteringsfrågorna. Enskilda individer behandlas olikartat och långtidssjuka som kommer tillbaka till sitt arbetslag eller omplaceras till ett annat upplevs som problemfall för arbetslaget, både när det gäller att uppnå ekonomiska mål och social sammanhållning. Arbetslaget lämnas ibland utan handledning i hur rehabiliterings- och produktivitetsmål ska förenas; svåra anpassningsfalls problematik kan få dominera det sociala samspelet. Arbetsledare och mellanchefer blir ofta över vilket kan inrymma en egen rehabiliteringsproblematik. Bland de bieffekter som i övrigt noterats finns också ökad stress; arbetsbördan och ansvaret blir tyngre för de som blir kvar. Om den sociala förankringen blir försvagad kan det sociala nätverket också bli utglesat och i förlängningen så kan lojaliteten och identifikation visavi företagets mål försvinna (A.a, s 22–29).

Brulin & Nilsson (1994:46–47) menar utifrån en analys av ett tusental fondstödda projekt inom både varu- och tjänsteproduktion att om man river gränser mellan yrkesområden och avdelningar, decentraliserar ansvar och befogenheter, satsar på kompetensutveckling och en flexibel arbetsorganisation så förbättras produktiviteten och arbetet blir mer utvecklande för de anställda. En utvärdering av elva projekt som syftade till att utveckla arbetsorganisation och minska sjukfrånvaron inom städyrket visar också att klara förbättringar kan uppnås genom att bryta upp det hierarkiska systemet och delegera ansvar. Bland de åtgärder som visade sig effektiva kan nämnas: ändrade arbetstider från kvällstid till dagtid; heltidsarbete i stället för deltid; lag/grupparbete i stället för ensamarbete; att kombinera städning med andra arbetsuppgifter; självstyrande grupper med ekonomiskt ansvar (Asplund 1995:31).

En generell iakttagelse från studien av de 40 fondstödda företagen/myndigheterna var att de traditionella belastningsbesvären minskade i betydelse och att psykosociala sjukdomsbesvär ökade – besvär som föranletts av stress, ängslan och rädsla till följd av de förändringar som införts och som ofta innebär nedskärningar och omfattande omorganisering. Paradoxalt nog fanns inslag av sjukdomsframkallande element i den organisationsrevolution som skulle göra arbetsvillkoren mer stimulerande. 'Striden står mellan produktivitetsmålet och rehabiliteringsmålet, mellan kravet på full produktivitet och viljan att ställa upp för en mindre lyckligt lottad arbetskamrat' (Hetzler, Eriksson & Wesser 1995: 43). Men det fanns, bland dessa företag och myndigheter en vilja att arbeta med rehabilitering även i ekonomisk motvind. Det fanns i regel policy och strategier för förebyggande arbetsmiljöarbete. Den kommunikativa kompetensen hos både ledning och anställda föreföll ha ökat, vilket gav förutsättningar för att hitta lösningar som tillgodoser både rehabiliteringsambitioner och produktivitetskrav. De svårigheter som fanns gällde i hög grad att tillräckligt fokusera på arbetsplatsens möjligheter.

I ett utvärderingsprojekt av hur samarbete kring rehabilitering fungerade mellan en företagshälsa, externa rehabiliteringskliniker och fyra anslutna företag framkom att vid första kontakttillfället skedde vanligtvis medicinsk/social utredning, vid andra och tredje kontakten gavs information om utbildning m m och först vid den fjärde kartläggning av arbetsplatsen. Detta är betänkligt med tanke på att det vanligaste rehabiliteringmålet för de sjukskrivna och arbetsledarna var återkomst till samma arbete (Menckel, Westerholm & Strömberg 1995:8, 12-13).

Det som kännetecknar Arbetslivsfondens satsningar på arbetsplatsprogram för rehabilitering är att de utformats i samarbete mellan fack och arbetsgivare, ofta i arbetsgrupper vilket vittnar om hög kommunikativ kompetens inom dessa företag (Hetzler, Eriksson & Wesser 1995:52). Fondprojekten har bidragit till att den förebyggande arbetsmiljöbevakningen som krävs enligt reglerna om internkontroll och som bygger på en existerande struktur med skyddsombud, skyddskommittéer etc, har integrerats och effektiviserats – i alla fall när det gäller den fysiska arbetsmiljön. De psykosociala arbetsmiljöproblemen börjar också uppmärksammas allt mer. Men det finns en baksida. Divisionscheferna tar mer ansvar för frågor som rör arbetsmiljö, sjukfrånvaro och rehabilitering – samtidigt som ledningens övergripande ansvar för dessa frågor minskat

i motsvarande grad. Rehabiliteringsmöjligheterna har antagligen ökat genom att personalen har bredare kompetens, men positionerna att omplacera till har minskat; det har också blivit viktigt att anställa 'rätt person', dvs den som kan klara av kraven att arbeta självständigt och ta ansvar.

Samarbetet med försäkringskassan i de undersökta företagen har utvecklats i två riktningar; i en grupp har samarbetet minskat i en annan har nya former utvecklats för det gemensamma rehabiliteringsarbetet. I fråga om rehabiliteringsutredningar märks denna uppdelning tydligt; i endast ett fåtal fall upplevde försäkringskassan att rehabiliterings-utredningarna höll måttet m a p planerade åtgärder. Ibland försvårade detta samarbetet, men ibland utvecklades arbetsformer, täta kontakter i minirehabgrupper, som gjorde att rehabiliteringsutredningarna i viss mån förlorade sin betydelse för andra samarbetsformer (A.a, s 140). Om kassan och företaget redan tidigare kommit väl överens så underlättades samarbetet i fondprojekten. I de flesta fall fanns också mer eller mindre klara riktlinjer om rehabiliteringsarbetet. Den sammanfattande slutsats som utvärderarna av de 40 fondstödda rehabiliteringsprojekten kom fram till var att endast 20 procent inte var framgångsrika; de övriga var klart lyckosamma enligt de nio kriterier som användes som måttstock (A.a, s 154-157).

Företagsekonomiska utvärderingar av Arbetslivsfondens satsningar visar också att de är lönsamma för företagen. I en studie av 120 företag/förvaltningar som fått stöd – 2,3 miljarder av fondens totalt 10 miljarder – visade det sig att pay-off tiden, dvs den tid det tar att återbetala investeringen av arbetsmiljö- och rehabiliteringssatsningen, i genomsnitt (medianvärde) var 3 år (Johansson 1995). Pay-off tiden var kortast på arbetsplatser inom offentlig sektor, med många berörda och med hög andel kvinnor. Det fanns på dessa arbetsplatser ofta en hög långtidssjukfrånvaro före programmets start. De stora arbetsplatsprogram som där genomfördes hade en immateriell karaktär, dvs inslag av förändrad arbetsorganisation, nya arbetsmetoder, utbildning och köp av rehabiliteringstjänster. Den största minskningen av sjukfrånvaron inträffade på arbetsplatser som tidigare haft hög sjukfrånvaro och där immateriella investeringar gjorts. Även denna studie visar att redan pågående organisations- eller ledarskapsförändringar varit en faktor som påskyndat starten av dessa satsningar. I en annan studie baserad på registerdata där 942 företag som erhållit stöd från Arbetslivsfonden jämförts med en lika stor kontrollgrupp framkom att fondens program haft positiva

effekter på bl a genomsnittliga antalet sjukdagar, utflödet till förtidspension samt andelen rapporterade arbetssjukdomar per anställd (Delander & Nyberg 1995:2).

8 Rehabilitering ur individens perspektiv

Den sjukskrivne individen själv är kanske den mest betydelsefulle aktören i rehabiliteringen. Individerna är emellertid olika vad gäller förmågan att klara livets påfrestningar, utvecklas ur kriser och att känna sig motiverade att ge sig in i nya verksamheter. Dessutom ser den sociala omgivningen ut på olika sätt; vi är i varierande grad involverade i sociala nätverk och det sociala stöd vi ger och tar emot av andra är av skiftande karaktär. I detta avsnitt diskuteras hur dessa faktorer hänger samman med hälsa/sjukdom och vilka följder detta samband kan tänkas ha när det gäller arbetsrehabilitering.

8.1 'Känsla av sammanhang'

Sociologen Aaron Antonovsky har formulerat en teori om varför vissa människor klarar av att hålla sig friskare än andra trots att de utsätts för påfrestningar och stress. Han fann att det som utmärkte personer som klarat mycket påfrestande livssituationer var att de hade en inre 'känsla av sammanhang' (KASAM). Hög känsla av sammanhang föreligger om individen upplever informationen från omgivningen som förnuftsmässigt gripbar, ordnad och sammanhängande (och inte som kaotisk och slumpmässig); att individen finner problem och krav som livet ställer värda att investera energi och engagemang i; samt att det finns resurser hos en själv eller i ens nära omgivning som kan användas för att lösa problem. I stället för att fokusera på de sjukdomsalstrande faktorerna uppmärksammar Antonovsky (1991:34) istället de hälsobefrämjande faktorerna och ser sjukdom och hälsa som ett flerdimensionellt kontinuum; vi befinner oss alla någonstans mitt emellan dessa ytterlighetspoler.

I detta perspektiv blir det viktigt att fokusera på människans totala situation och faktorer i individens omgivning som kan underlätta en rörelse mot hälsa och inte bara på en given sjukdoms etiologi.

Stressorer betraktas inte *a priori* som något ont; de kan vara hälsobefrämjande om de går att hantera. Antonovsky anser att de som har stark känsla av sammanhang kan klara livets påfrestningar, som t ex hälsorisker och sjukdomar, bättre än andra. Cullberg (1993:443) menar i samma anda att det finns åtminstone tre välundersökta områden som är avgörande för den psykiska hälsan och dessa är för det första: det sociala nätverket, bestående av relationer som kan ge stöd, uppskattning, resurser för problemhantering, kamratskap, delade intressen och värderingar; för det andra: arbete/ sysselsättning, som har väsentliga sociala funktioner och som ger social kontakter och tidsstruktur åt tillvaron och för det tredje: upplevelse av sammanhang och mening.

Betecknande för individens känsla av sammanhang är att den formas under ett helt livslopp; det är ganska grundläggande personlighetsdrag och förhållningssätt som man förvärvar steg för steg. För vuxna människor kan man räkna med att de erfarenheter som kontinuerligt görs i arbetslivet är bland de mest betydelsefulla t ex: att individen ska ha möjlighet att a) utöva inflytande och kontroll i och över sitt arbete, b) att i sitt arbete uppleva samhörighet med andra, c) utveckla sin egen förmåga och yrkesskicklighet, d) uppleva sin insats som meningsfull och viktig i ett större sammanhang (Frankenhaeuser & Ödman 1983). Om det finns brister i någon av dessa aspekter kan otillfredsställelse och ohälsa uppstå. Den intressanta frågan blir om det på 'terapeutisk' väg, t ex genom rehabiliterande åtgärder går att påverka känslan av sammanhang och därmed möjligheterna att hålla sig frisk.

8.2 Socialt stöd, hälsa och rehabilitering

Den forskning som finns om betydelsen av mellanmänskliga relationer (sociala nätverk och socialt stöd) för hälsa och välbefinnande följer liknande tankebanor som teorin om känsla av sammanhang. Sociala band kan under vissa betingelser ha stödjande effekter genom att hjälpa människor att förbli friska och klara livets påfrestningar. Ändå är kunskaperna små om vilka dessa betingelser är; alla sociala relationer och det sätt på vilket dessa bildar sociala nätverk är inte stödjande. Till problemen hör att det har varit svårt att komma fram till precisa definitioner av vad som menas med socialt stöd och sociala nätverk och att hitta bra empiriska mått. Det finns inte heller någon systematiserad kunskap om hur det sociala

stödet påverkar möjligheterna till rehabilitering. På senare tid har man enligt Konarski (1992:101; se även Hedin 1994:32) urskiljt flera olika typer av socialt stöd, bl a:

- känslomässigt stöd och *uppskattning* (esteem support)
- *information*, hjälp att *orientera sig i omvärlden* och *bemästra problem* (appraisal support)
- *kamratskap, delade intressen och värderingar* (belongingness)
- *materiellt stöd* (tangible support)
- *djupa emotionella relationer* och *fysisk kontakt* med andra

Dessa olika former av socialt stöd kan förekomma i olika kombinationer, men vi har lite kunskap om hur de inverkar på hälsa och välbefinnande, dvs vad den förmedlande länken (mekanismen) mellan olika sociala miljöfaktorer, psykologiska processer och ohälsa innebär.

Epidemiologen John Cassel (1976) fann ett samband mellan insjuknande i olika fysiska sjukdomar och den sociala miljön. Data om sjukdomsrisker relaterades till fenomen som social desorganisation resp positiva sociala resurskällor. Hans förklaring till detta var att psykosociala processer påverkar kroppens immunförsvar, vilket ökar eller minskar mottagligheten för sjukdomsagenter i omgivningen. Det sociala stödet från primärgruppen ansåg han vara viktigast för de skyddande psykosociala processerna. En slutsats som drogs var också att man borde arbeta för att mobilisera de stödjande sociala nätverken. Socialmedicinaren Sidney Cobb (1976) kom fram till liknande slutsatser. Han menade att socialt stöd underlättar för individen att bemästra kriser och påfrestande livsförändringar genom att det fungerar som en buffert. Det skyddar också från en mängd sjukdomstillstånd samt påskyndar tillfrisknande. Studier av arbetsplatser har också visat att socialt stöd, från arbetsledare och arbetskamrater, inverkar på hälsan, genom att det mildrar effekterna av höga krav och små kontrollmöjligheter över arbetssituationen (Karasek & Theorell 1990).

Det finns ett flertal studier som visar på sambandet mellan socialt stöd och ökad mortalitetsrisk. Få och svaga sociala förankringar är alltså skadliga, medan social integrering är förenad med bättre hälsa och lägre dödlighet; det är framförallt nätverkets kvalitet som är avgörande och inte dess storlek (Orth-Gomér 1990). Hansson (1990) fann i sin undersökning som omfattade endast män att ensamboende hade mindre socialt stöd jämfört med de sammanboende samt löpte

också den största risken att drabbas av ohälsa och för tidig död. Männen i socialgrupp tre hade det sämre ställt med socialt stöd än de övriga socialgrupperna. Det är emellertid inte självklart att stora sociala nätverk är de mest hälsobefrämjande. Eftersom stödrelationer sällan är symmetriskt ömsesidiga – man ger stöd till vissa och får stöd tillbaka från andra – kan det uppstå obalans i nätverken. Denna obalans har ibland en påtaglig könsaspekt eftersom kvinnor ofta förväntas vara stödgivare i större utsträckning än män; det har påpekats att särskilt medelålders kvinnor kan bli överbelastade av stöduppgifter till flera generationer och inte själva får tillräckligt med stöd tillbaka (La Gaipa 1990). Konarskis (1992:112) sammanfattande slutsats efter att ha gått igenom nio studier, med olika uppläggning, i vilka socialt stöd har utvärderats, är att de entydigt visar 'att antagandet om att höga nivåer av socialt stöd skyddar mot risken att drabbas av alla former av sjukdom som kan relateras till höga stressnivåer är giltigt'.

I arbetslivet har man också kunnat lägga märke till att stress och socialt stöd har en könsmässig innebörd. Frankenhaeuser (1993) kunde t ex i en studie av fyra grupper av tjänstemän på Volvo påvisa att de som hade minst psykosomatiska besvär och kände sig friskast var de som hade ett starkt stöd i sin omgivning. De kvinnliga cheferna var de som kände sig mest ensamma, mer ensamma än män i motsvarande position. Däremot hade de kvinnliga tjänstemän som inte var chefer det största sociala nätverket.

Det finns flera exempel på hur brist på sociala nätverk och socialt stöd kan bearbetas direkt i arbetslivet. Inom vården har kvinnliga läkare bildat nätverk, och inom polisen och kyrkan har motsvarande initiativ tagits för att komma till rätta med den ofta pressande, starkt styrda och manligt präglade arbetssituation som kvinnor har. I en utvärdering av sådana nätverk framkom att problemen med bristande introduktion, tidsbrist, utbrändhet, ledningsfunktioner inte formuleras i termer av jämställdhet eller arbetsmiljö; genom nätverk skapas forum för att ta upp sådana problem till diskussion (Boëtius 1995). Inom andra yrkesområden har man också på ett medvetet sätt startat försök i syfte att tillgodogöra sig sociala nätverk i arbetsorganisationen. Inom handeln har flera projekt stödda av Arbetslivsfonden gått ut på att genomföra grupporganisation: 'från byggklossmodell' till 'adventsstjärnemodell' där personalen delas in i grupper om tre till fem personer för att rotera och dela på bl a kassaarbetet. Detta antas minska sjukskrivningarna inom branschen och samtidigt öka arbetstillfredsställelse. Beträffande kvinnliga chefer inom han-

deln sägs i en utvärderingsrapport (av butiker med sammanlagt 450 medarbetare) att dessa chefer behöver tillgång till utvecklande nätverk där erfarenheter av handledar- och ledarrollen kan diskuteras samt att de kvinnliga chefernas styrkor kommer bättre till uttryck i nätverks- och projektorganisation än i hierarkiska organisationer (Ekman & Langmann 1995:14, 54). Även inom lokalvård försöker man utnyttja insikten om det sociala nätverkets betydelse genom införa lag/grupparbete, utvidga yrkets innehåll genom kombitjänster, decentralisera ansvar (Asplund 1995).

Sociala nätverk och socialt stöd samt den fysiska och psykosociala arbetsmiljön tycks också inverka på rehabilitering. Analyser utifrån det nämnda LS-materialet visar att de långtidssjuka som rehabiliteras upplever sig ha något bättre socialt stöd på arbetsplatsen än de som blir förtidspensionerade. Bland de som blir rehabiliterade är det också en större andel som har hemmavarande barn. De som blir rehabiliterade uppger också i mindre utsträckning än de som blivit förtidspensionerade att de haft ensidiga och upprepade arbetsrörelser och att de i övrigt upplevt hälsorisker i arbetet. Personer som upplevt att de har stora krav på sig i arbetet och små möjligheter att påverka och kontrollera arbetsuppgifterna har svårare att återgå i arbete via rehabilitering än personer som har en i dessa avseenden bättre arbetsmiljö. Denna inverkan av arbetsmiljön (dvs högstressjobb) gör sig främst gällande för kvinnorna (Marklund 1995:kap 5).

9 Sammanfattande slutsatser

Arbetsrehabilitering äger rum i en komplex social miljö. I den referensram som skisserades inledningsvis utpekades vårdsektorn, de myndigheter som ska tillämpa arbetslinjen (ffa försäkringskassan) samt produktionens sfär, med privata och offentliga arbetsgivare som de viktigaste arenorna i det kraftfält som påverkar utgången av rehabiliteringsverksamheten. Dessa arenor kännetecknades i hög grad av olika drivkrafter och motiv. Nedan ges en sammanfattning av de problem och möjligheter som uppstår när aktörer inom dessa tre arenor förväntas samverka för att bedriva aktiv arbetsrehabiliteringsverksamhet.

Vårdsektorn - socialförsäkringssektorn: problem och möjligheter: Ett gemensamt perspektiv på arbetsrehabilitering saknas i hög grad om vi ser till samspelet mellan vården och socialförsäkringssektorn.

Övergången mellan medicinskt behandlande insatser och arbetsrehabiliterande åtgärder har inte tilldragit sig den medicinska forskningens intresse i särskilt hög grad. Inom flera medicinska områden finns lite kunskap om vilka yrkesmässiga förutsättningar personer med olika diagnoser har. De epidemiologiska kunskaper som finns om sjukdomars orsaker vad gäller arbetsförhållanden, sociala nätverk och socialt stöd har sällan legat till grund för interventionsprogram som syftar till återgång i arbete och har därför inte kunnat omsättas i medvetna strategier för arbetsrehabilitering. Det behöver utvecklas incitament och samverkansformer så att detta problemområde på ett mer målmedvetet sätt bearbetas av både vården och socialförsäkringen. I det perspektivet blir det förklarligt att de undersökningar som finns angående läkarnas sjukskrivningspraxis visar att ffa bedömningar av diagnos och behov av medicinsk behandling görs; grundliga bedömningar av arbetsförmågan utifrån patientens yrkesverksamhet sker inte lika ofta. En följd av detta är att försäkringskassepersonalen upplever att medicinska skäl utgör det viktigaste hindret för att komma vidare i rehabiliteringsarbetet i en stor majoritet av sjukfallen. Denna andel skulle säkert kunna minska med mer kvalificerade bedömningar av arbetsförmågan.

Sedan några år tillbaka har ökade krav ställts på att doktorerna ska göra mer specifika bedömningar om och på vilket sätt medicinska besvär nedsätter arbetsförmågan Genom allmänna råd från Socialstyrelsen om 'aktiv sjukskrivning', förändrade läkarintygsblanketter och nu senast genom att läkarna (och försäkringskassorna via förtroendeläkarna) i tillämpningsföreskrifter anmodas göra än mer detaljerade bedömningar om arbetsförmågan hos personer sjukskrivna mer än fyra veckor kan säkert förutsättningarna för arbetsrehabilitering öka något. Särskilt mycket längre kan man nog inte komma med administrativa regleringar och skärpta procedurer. Vad som behövs är nya samverkansformer mellan vården och försäkringskassorna i syfte att klarlägga de bakomliggande sociala och arbetsmässiga faktorerna till specifika sjukskrivningsdiagnoser. Försäkringskassorna skulle kunna leverera viktigt underlag inför de fördjupade bedömningar av arbetsförmåga som framöver ska göras, t ex genom att till de sjukskrivande läkarna kommunicera de försäkrades sjukdomshistorik, eventuella tidigare genomförda rehabiliteringsinsatser, information som framkommit genom personliga samtal om arbetsmotivation och yrkesambitioner etc. En tänkbar effekt av detta kan bli att onödiga och tveksamma remissförfaranden undviks – samtidigt som försäkringskassans roll som

beställare av intyg utvecklas och samordningsrollen ges ytterligare substans.

Kärnfrågan är om *arbetsrehabilitering* kan utvecklas i riktning mot *ett professionellt fält*, dvs bygga på mer teoretisk kunskap om hur arbetsförmågan, utreds, bedöms och vidareutvecklas. För närvarande råder en påtaglig obalans i volym mellan medicinskt relevant kunskap och kunskap om arbetsrehabilitering. Denna obalans underbyggs av det faktum att den medicinska verksamheten kännetecknas av hög grad av professionalism, vilket inte är fallet med socialförsäkringssektorn. Läkarkåren tillhör i kraft av att ha kontrollen över ett eget fält, med egen utbildning, teoribildning och en yrkesutövning som kringgärdas av krav på praktik, legitimation och behörighetsbestämmelser en av de mest professionella yrkesgrupperna i samhället. Att detta lett till en specifik och djupgående kunskap om individuella hälsoproblem är ställt utom allt tvivel, låt vara till priset av att den medicinska modellen i hög grad avskärmat sig från arbetslivs- och sociala faktorers inverkan på hälsa. Om medikaliseringens verkningsradie ska kunna begränsas måste detta ske genom att faktorer som befrämjar kvarstående hälsa och arbetsförmåga ges ökad tyngd i teori och praktik och definieras som ett professionellt fält.

En ökad professionalism inom arbetsrehabilitering från socialförsäkringssektorns sida skulle kunna utgöra grund för seriös diskussion med läkarkåren och arbetsgivarna om vilka begränsningar och möjligheter givna medicinska besvär utgör. En sådan strategi skulle kunna ta sin utgångspunkt i den kunskap som redan finns om de arbetslivsfaktorer som påverkar långtidssjukskrivning och befrämjar engagemang i arbetet. Den forskning som finns om 'känsla av sammanhang', sociala nätverk och socialt stöd och som visar att dessa kan utgöra viktiga skyddsfaktorer i hälsohänseende borde också kunna ligga till grund för ett medvetet utvecklingsarbete inom arbetsrehabilitering.

För detta behövs emellertid en kader av kvalificerad personal med social- och arbetsvetenskaplig utbildning som kan utreda ovan nämnda aspekter, bedöma hur de inverkar på sjukskrivning, betrakta dessa som resurser i rehabiliteringsarbetet och införliva dem i en rehabiliteringsplan. Att utveckla professionalismen i arbetsrehabilitering kan dock innebära kraftiga påkänningar inom organisationen; den nya kompetensen finns inte i tillräcklig utsträckning inom försäkringskassorna eftersom regeltillämpning vid bidragsutbelning varit den klassiska arbetsuppgiften.

Produktionens arena – socialförsäkringssektorn: problem och möjligheter. När kampen om marknadsandelarna hårdnar finns skarka drivkrafter för arbetsgivare att göra sig av med äldre och lågpresterande arbetskraft. Socialförsäkringar, avtalsförsäkringar och personalpolitiska åtgärder används inte sällan på ett strategiskt sätt för att på mer eller mindre frivillig väg banta arbetsstyrkan. I enskilda fall kan faktiskt rehabiliteringsplaner också vara ett led i en exitstrategi: om planerade insatser genomförts och den anställde trots detta inte kan sköta sådant arbete som kan erbjudas, kan denne sägas upp pga arbetsbrist. Att i sådana situationer tillämpa en arbetslinje från myndigheternas sida blir utomordentligt svårt. Uppgifter om att rehabiliteringsutredningar genomförs i ca en tredjedel av fallen och att arbetgivarna bara vill betala rehabiliteringen för en mindre del av de långtidssjuka tyder på att många tvekar att ta ett större rehabiliteringsansvar.

Sett från arbetsgivarsynpunkt finns emellertid ett flertal goda skäl att satsa på rehabilitering. Personalekonomiska utvärderingar visar på positiva effekter i form av minskad frånvaro pga ohälsa. Program som genomförts på bred basis med stöd från Arbetslivsfonden i syfte att förbättra arbetsorganisation, arbetsmiljö och rehabiliteringsrutiner visar att positiva effekter på produktivitet, arbetstillfredsställelse och närvaro kan uppnås. En viktig förutsättning tycks vara att skapa incitament som får företagens rehabiliteringspolicy att verka i samma riktning som de ekonomiska drivkrafterna: detta kräver i sin tur att arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor kommuniceras ut ordentligt i organisationen samt att det finns policyprogram och konkreta riktlinjer för verksamheten. Om sådana normer saknas, kan gruppdynamiken i arbetsgrupperna snarast försvåra möjligheterna till rehabilitering.

Om arbetsmarknaden i framtiden kommer att te sig alltmer tudelad med en kärna av fast anställda med trygga anställningsförhållanden och karriärmöjligheter samt en grupp tillfälligt 'just-in-time'anställda som har otrygga, tidsbegränsade och oregelbundna anställningar kan det bli problematiskt att finna incitament för arbetsgivarna att satsa på den senare gruppens arbetsmiljö, sjuklön och rehabilitering. Socialpolitiken kommer då att bli än mer tudelad där de tillfälligt anställda och de arbetslösa kommer att omfattas av ett annat socialpolitiskt system än de som har stadigvarande anställning. De senare grupperna kommer antagligen också att ha glesare sociala nätverk och sämre socialt stöd i sin omgivning.

Erfarenheterna från den rehabilitering som sker idag måste ses mot bakgrund av de krav som ställs i arbetslivet och de medicinska hinder de långtidssjuka har. De som är svårast att rehabilitera är de äldre och de som har långa sjukskrivningsperioder bakom sig – därefter kommer grupper som de lågutbildade, de som upplever arbetsmiljöproblem i sina jobb, de som saknar anställning och de som saknar socialt stöd i sin omgivning. Rehabiliteringsinsatser görs idag för mindre än en femtedel av alla långtidssjuka och de som blir förtidspensionerade får del av mer åtgärder än de som blir rehabiliterade. Detta återspeglar en olöst målkonflikt i rehabiliteringsverksamheten: dvs i vilken mån åtgärder ska satsas på de sämst ställda (som riskerar förtidspension) eller på de vars sjukdomsfall på goda grunder kan förkortas. En tydligare policy behöver utvecklas om hur rehabiliteringsresurser ska destineras till dessa båda grupper. De potentiella förtidspensionärerna behöver ringas in tidigare och mer precist, samtidigt som insatser mer målmedvetet görs för de rehabiliteringsbara.

Att försäkringskassorna alltmer orienterat sig mot arbetsgivarna och inträtt i nya samarbetsformer med öppenvården måste här betraktas som ett steg i rätt riktning. Även om andelen som får rehabilitering fortfarande är låg så ökar den; åtgärderna sätts också in tidigare; andelen som fått förtidspension bland dem som erhållit rehabiliterande åtgärder minskar liksom andelen som återinsjuknar. Allt detta kan tolkas så att försäkringskassorna ändå blivit skickligare på att ringa in de fall där man ska sätta in åtgärder. Med en ökad professionalism i arbetsrehabilitering skulle säkert en del av dessa hinder kunna bearbetas och möjligen undanröjas. Bättre utredningar av arbetsförhållanden, arbetshinder/arbetsmöjligheter skulle också kunna tjäna som dokumentation för att förmå (eller i varje fall stimulera) arbetsgivarna att leva upp till de rättsliga normerna angående arbetsgivaransvar för arbetsmiljö och rehabilitering.

En ökad professionalisering av rehabiliteringsverksamheten kan emellertid inte lösa alla problem. Flera förändringar som under senare år genomförts i regelsystem och tillämpning pekar fram mot en mer begränsad men samtidigt mer rationellt administrerad sjukförsäkring. När sjukdomsbegreppet stramas upp genom att sociala och arbetsmarknadsmässiga problem inte längre kan utgöra legitima grunder för sjukskrivning; när den ersättningsbara tiden för rehabilitering är begränsad till ett år och när en större grupp försäkrade (anställda såväl som arbetslösa) anses ha åtminstone någon arbetsförmåga ökar trycket på övriga socialpolitiska system.

Socialtjänsten kommer att få ett tillskott av klienter som inte uppfyller de mer stränga kraven på (renodlade) medicinska hinder; som har sociala anpassningsproblem och som i en diffus mening (om alls) söker arbete. Arbetsmarknadsverket kommer att få ett tillskott av arbetslösa personer som inte är tillräckligt sjuka, men som bedöms ha åtminstone någon arbetsförmåga som i princip är gångbar på arbetsmarknaden och färdigrehabiliterade som blivit uppsagda pga att de inte klarat av arbetsuppgifter de erbjudits. Kvar inom sjukförsäkringens domäner blir de genuint långtidssjuka: de som har en arbetsgivare som är beredd att satsa på den anställdes rehabilitering och de som av olika skäl inte kan fortsätta arbeta hos sin arbetsgivare, t ex långtidssjuka hos småföretag eller företag med ensidig verksamhet. Försäkringskassans roll visavi den första kategorin blir att fungera som samarbetspartner till arbetsgivaren och hitta konstruktiva lösningar – och när det gäller den senare gruppen att ta över rehabiliteringen. En tredje uppgift framskymtar också: utifrån den samlade kunskap som finns om långtidssjukskrivningars och arbetsskadors utveckling, volym och karaktär skulle försäkringskassorna också kunna bedriva ett målmedvetet förebyggande arbete tillsammans med andra aktörer (primärvården, företagshälsovården, yrkesinspektionen etc.).

Ett framtidsscenario av detta slag innebär risker för ett två tredjedelssamhälle. När allt mer precisa och stränga kriterier för vad som är sjukdom och arbetsförmåga införs, blir skiljelinjen också tydligare mellan de friska och sjuka, arbetsföra och arbetshandikappade. Den rationalisering och inre omstrukturering som sker inom ramen för socialförsäkringssystemet pekar således fram mot en uppdelning av de sjuka och arbetsoförmögna på tre olika socialpolitiska subsystem: socialtjänsten, arbetsmarknadspolitiken samt sjuk- och arbetsskadeförsäkringen. Om målet är att förhindra en marginalisering av stora grupper av långtidssjuka och arbetslösa måste rehabiliteringsfrågorna drivas inom alla dessa tre områden; att vidaretveckla arbetslinjen inom dessa tre system i humanitära former utan förnedrande tvångsinslag ter sig m a o som en viktig utmaning under den närmaste tiden.

Litteratur

Abbot, Andrew (1988) *The System of Professions* Chicago: Chicago University Press

Ahrne, Göran (1989) *Byråkratin och statens inre gränser* Stockholm: Rabén & Sjögren

Andersson, Lennart (1994) Asthma Bronchiale, i Birke, E & Nygren, Å (1994)

Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium* Stockholm: Natur och Kultur

Arbetsmiljökommissionen (1989) *Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker.* Kartläggningsgruppens rapport till arbetsmiljökommissionen

Arenius, Jonas & Wesser, Erik (1992) Experten i beslutsprocessen Eriksson, K E (red.) *Arbetsskadeförsäkringen i högsta instans* Lund: Bokbox

Aronsson, Thomas & Malmquist, Claes (1991) *Rehabiliteringens ekonomi* Stockholm: Brevskolan

Aronsson, Gunnar & Sjögren, Alicia (1994) *Samhällsomvandling och arbetsliv. Omvärldsanalys inför 2000-talet* Stockholm: Arbetsmiljöinstitutet

Asplund, Gisèle (1995) *Lokalvård i omvandling* Stockholm: Arbetslivsfonden

Billis, David (1984) *Welfare Bureaucracies. Their Design and Change in Response to Social Problems* London: Heineman

Birke, Elisabeth & Nygren, Åke (1994) *Rehabilitering – ett eftersatt forskningsområde?* Stockholm: Arbetsmiljöfonden

Blomqvist, Martha (1990) *Hundra år av undantag. Handikappades förhållande till lönearbete* Uppsala: Sociologiska institutionen

Boëtius, Monica (1995) *Patriarkatets sista skansar* Stockholm: Arbetslivsfonden

Borgenhammar, Edgar (1993) *Att vårda liv* Stockholm: SNS

Brulin, Göran & Nilsson, Tommy (1994) *Arbetsutveckling och förbättrad produktivitet* Stockholm: Arbetslivsfonden

Brunsson, Nils & Olsen, Johan P (red.)(1990) *Makten att reformera. Intressen, institutioner och näringspolitik* Stockholm: Carlssons

Bäckström, Ingegärd (1994) *Rehabilitering för män?* Umeå: Institutionen för socialt arbete

Casey, Bernard, Bruche, Gert (1983) *Work or Retirement?* Aldershot: Gower

Cassel, John (1976) The contribution of social environment to host resistance, i *American Journal of Epidemiology*, Vol 104, No 2 pp 107–122

Cobb, Sidney (1976) Social support as a moderator of life stress, i *Psychosomatic Medicine*, Vol 38, pp 300-312

Conrad, Peter (1992) Medicalization and Social Control, i *Annual Review of Sociology*, Vol 18, pp 209-231

Cullberg, Johan (1993) *Dynamisk psykiatri*, Stockholm: Natur och Kultur

Dahl, Svenn-Åge & Colbjörnsen, Tom (1991) *Trygdens virkning på bedriftens nedbemanning*, SNF Working Paper No 32 Bergen: Norges Handelshöjskole

Delander, Lennart & Nyberg, Erik (1995) *Effektutvärdering av arbetslivsfonden* Stockholm: Arbetslivsfonden

Ds 1994:91 *Rätten till förtidspension och sjukpenning* Stockholm: Socialdepartementet

Edling, Christer & Sandberg, Åke (1993) Är Taylor död och pyramiderna rivna? Nya normer för företagsledning och arbetsorganisation, i le Grand C, Szulkin, R & Thålin, (red.) *Sveriges arbetsplatser – organisation, personalutveckling och styrning* Stockholm: SNS

Eklund, Klas (red.) (1993) *En "skattereform" för socialförsäkringar* Stockholm: Publica

Ekman, Annalill & Langmann, Eivor (1995) *Utveckling pågår* Stockholm: Arbetslivsfonden

Ekman, Margareta (1990) Praktisk rehabiliteringsmetodik, i *Kom igen! Rehabilitering i teori och praktik* Stockholm: Brevskolan

Ellström, Per-Erik (1992) *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet* Stockholm: Publica

Elmér, Åke (1975) *Från fattigsverige till välfärdsstaten*, 7:e uppl Stockholm:Aldus/Bonniers

Esping-Andersen, Gösta & Korpi, Walter (1987) From Poor Relief to Institutional Welfare States, i Eriksson R, Hansen E J & Uusitalo H (Eds) *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research* New York: ME Sharpe

Esping-Andersen, Gösta (1989) Jämlikhet, effektivitet och makt. Socialdemokratisk välfärdspolitik, i Misgeld K, Molin K & Åmark K, *Socialdemokratins samhälle 1889–1989* Stockholm: Tiden

Forsman, Per (1989) *Arbetets arv* Stockholm: Arbetarkultur

Frankenhaeuser, Marianne (1993) *Kvinnligt, manligt, stressigt*, Höganäs: Bra Böcker

Frankenhaeuser, Marianne & Ödman, Maj (1983) *Stress – en del av livet* Stockholm: Brombergs

Freidson, Eliot (1986) *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge* Chicago: Chicago University Press

Fry, John & Ressner, Ulla (1988) *Social revision av ett ämbetsverk* Stockholm: Allmänna förlaget

Fugl-Meyer, Axel, Brännholm, Inga-Britt & Fugl-Meyer, Kerstin (1992) Om tillfredsställelse, lycka och rehabilitering, i *Socialmedicinsk tidskrift*, Nr 1, s 33-41

Ginsburg, Norman (1992) *Divisions of Welfare* London: Sage

Gonäs, Lena (1991) *Industriomvandling i välfärdsstaten* Stockholm: Arbetslivscentrum

Hansson, Bertil (1990) Hur kan en individs sociala nätverk och sociala stöd påverka hälsan, i *Socialmedicinsk tidskrift* Nr 1–2 1990, s 32–42

Harms-Ringdahl, Karin (1994) Arbetsrelaterad rehabiliterings forskning kring icke-ortopediska smärttillstånd i rörelseorganen, i Birke, E & Nygren Å (1994)

Hedin, Ulla-Carin (1994) *Socialt stöd på arbetsplatsen vid sjukdom* Göteborg: Institutionen för socialt arbete

Hernes, Helga M (1987) *Welfare State and Woman Power* Oslo: Norwegian University Press

von Holst, Hans & Svensson, Olle (1994) Rehabilitering av patienter med traumatisk hjärnskada. Kartläggning av forskningsbehov, i Birke E & Nygren Å (1994)

Hetzler, Antoinette & Eriksson, Kjell (1993) *Kampen mot ohälsan i Malmöhus län* Lund: Sociologiska institutionen

Hetzler, Antoinette, Eriksson, Kjell & Wesser, Erik (1995) *Arbetslivsinriktad rehabilitering i förändring* Stockholm: Arbetslivsfonden

Höjer, Karl J (1952) *Svensk socialpolitisk historia* Stockholm: Norstedts

Höög, Jonas (1989) Pensioner och förtidspensionering, i Bengt Furåker (red) *Välfärdsstat och lönearbete*, Studentlitteratur, Lund

Höög, Jonas & Stattin, Mikael (1995) Orsaker till förtidspensionering, i Marklund, S (red) (1995)

Höök, Olle (red.) (1991) *Medicinsk rehabilitering* Stockholm: Almqvist & Wiksell

Höök, Olle & Grimby, Gunnar Medicinsk rehabilitering – målsättning och organisation, i Höök, O (red)(1991)

Isaksson, Anders (1992) *När pengarna är slut. Välfärden efter välfärdsstaten* Stockholm: Brombergs

Isaksson, Kerstin & Johansson, Gunn (1994) Förtida pensionsavgång: individ-, grupp- och organisationsperspektiv, i Forsberg, P & Olofsson, G (red.) *Den äldre arbetskraften och arbetsmarknaden* Lund: Sociologiska institutionen

Jacobs, Klaus, Kohli, Martin & Rein, Martin (1991) Testing the Indusrty-Mix Hypothesis of Early Exit, in Kohli, M m fl (Eds) *Time for Retirement* Cambridge: Cambridge University Press

Jeppsson-Grassman, Eva (1992) *Arbetslivets krav och människors lidande.* Rapport i Socialt arbete Nr 57 Stockholm: Socialhögskolan

Johannisson, Karin (1990) *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter* Stockholm: Norstedts

Johannisson, Karin (1994) *Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* Stockholm: Norstedts

Johansson, Ulf (1995) *Sänkt sjukfrånvaro och snabb återbetalning. En företagsekonomisk utvärdering av rehabiliteringsprogram delvis finansierade av Arbetslivsfonden* Stockholm: Företagsekonomiska institutionen

Josefsson, Margareta & Törnblom, Iréne (1995) *Två rehabiliteringsprojekt granskade ur könsperspektiv* Göteborg: Arbetslivstjänster

Järnegren, Anders & Roos, Hans-Edvard (1994) Nya strategier för äldres utträde ur arbetsmarknaden, i Forsberg, P & Olofsson G (red.) *Den äldre arbetskraften och arbetsmarknaden* Lund: Sociologiska institutionen

Karasek, Robert & Theorell, Töres (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life* New York: Basic Books

Karlsryd, Eva (1991) *Läkarnas sjukskrivningsmönster – en studie av utfärdade intyg* Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län

Karlsryd, Eva (1992) *Läkarnas sjukskrivningsmönster – en enkät till sjukskrivande läkare.* Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län

Karlsryd, Eva (1993) *Läkares sjukskrivningsmönster – en jämförelse mellan gamla och nya läkarintyget* Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län

Karlsryd, Eva (1994) *Läkarnas sjukskrivningsmönster – en studie av utfärdade intyg för arbetslösa i Jämtlands län* Östersund: Mitthögskolan

Kohli, Martin, Rein, Martin, Guillemard, Ann-Marie och van Gunsteren, Herman (Eds) (1991) *Time for Retirement. Comparative Studies of Early Exit from the Labor Force*, Cambridge: Cambridge University Press

Konarski, Kristoffer (1992) *Jordmån för ett gott liv* Folkhälsa Nr 16, Idéskrift från folkhälsogruppen Stockholm: Socialdepartementet

LaGaipa J (1990) The negative effects of informal support systems, i Duck, S & Cohen Silver R, *Personal Relationships and Social Support* London:

Lavin, Rune (1991) *Gäst hos försäkringsöverdomstolen* Stockholm: Norstedts

Lazear, Edward (1979) Why is there mandatory retirement? *i Journal of Political Economy*, Vol 87, No 6, pp 1261–84

Lindholm, Christina (1993) *Köp av yrkesinriktad rehabilitering. Sammanställning och jämförelse mellan budgetåren 1991/92 och 1992/93* Rapport Nr 6 Stockholm: Stockholms läns allmänna försäkringskassa

Lindqvist, Rafael (1990) *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati* Lund: Arkiv

Lindqvist, Rafael & Marklund, Staffan (1995) Arbetslinjen i socialpolitiken, i Marklund, S (red.) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv* Lund: Studentlitteratur

Lipsky, Michael (1980) *Street-Level Bureaucracy* New York: Russel Sage Foundation

Lisspers, Jan (1994) Rehabilitering och sekundärprevention vid kranskärlsjukdom – en litteraturöversikt, i Birke, E & Nygren, Å (1994)

Lundström, Tommy (1986) *Arbetslösheten och socialvården – en historisk studie 1906-1985*, Rapport i socialt arbete No 28 Stockholm: Institutionen för socialt arbete

Mathiesen, Thomas (1985) *Rätten i samhället* Göteborg: Korpen

Marklund, Staffan (red.)(1992, ny uppl 1995) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv* Lund: Studentlitteratur

Marklund, Staffan & Svallfors, Stefan (1986) *Välfärd efter prestation – om arbetstvång inom socialförsäkringen*, i Nordisk Sosialt Arbeid, Nr 4, s 17–31

Menckel, Ewa, Westerholm, Peter & Strömberg, Anneli (1995) *Processorienterad utvärdering av SCA-hälsans rehabiliterings-*

arbete under 1994. Lägesrapport till Arbetslivsfonden maj 1995 Stockholm: Arbetsmiljöinstitutet (stencil)

Montan, Karl (1988) *Från partiellt arbetsför till funktionshindrad. Rehabilitering och handikappomsorg under perioden 1945–1985* Stockholm: Svenska centralkommittéen för rehabilitering

Murphy, Raymond (1988) *Social Closure. The Theory of Monopolization and Exclusion* Oxford: Clarendon Press

Nashold, Frieder, de Vroom, Bert (red) (1994) *Regulating Employment and Welfare* Berlin: Walter de Gruyter

Myrdal, Alva & Gunnar (1934) *Kris i befolkningsfrågan* Stockholm: Bonniers

Nachemson, Alf (1989) Sjukdomar i rörelseorganen, exemplet ryggradens sjukdomar – orsaker till sjukskrivning och arbetsmiljöns betydelse, *Folkhälsa*, Nr 3, Folkhälsogruppen Stockholm: Socialdepartementet

Nisell, Ralph & Vigård, Eva (1992) Arbetsrelaterade sjukdom stillstånd i rörelseorganen. En medicinsk kunskapsöversikt, i *Arbete och hälsa 1992:40* Stockholm: Arbetsmiljöinstitutet

Nordström, Hilding G (1944) Arbetslöshetspolitiken, i *Ett genom brott. Den svenska socialpolitiken – utvecklingslinjer och framtidsmål* Stockholm: Tiden

Orth-Gomér, Kristina (1990) Socialt stöd och hjärt- och kärlsjukdom, i *Socialmedicinsk tidskrift*, Nr 1-2, s 22-31

Parkin, Frank (1979) *Marxism and Class Theory. A Bourgois Critique* London:Tavistock

Prop 1989/90:62 *Om insatser för aktiv rehabilitering och arbetslivs fondens verksamhet*

Prop 1990/91:141 *Rehabilitering och rehabiliteringsersättning*

Powell, Walter & DiMaggio, Paul Eds. (1991) *The New Institutionalism in Organizational Analysis* Chicago: Chicago University Press

Puranen, Bi (1994) *Att vara kvinna är ingen sjukdom* Stockholm: Norstedts

Riksförsäkringsverket (1993) *RFV Informerar Statistikinformation Is-l 1993:19 Köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster avseende budgetår 1991/92 och 1992/93*

Riksförsäkringsverket (1994) *Att analysera ohälsotalet* RFV Redovisar 1994:6

Riksförsäkringsverket (1994a) *Utvärdering av försäkringskassornas köp av yrkesinriktade rehabiliteringstjänster* RFV Redovisar 1994:9

Riksförsäkringsverket (1994b) *Dagmar 485 – en uppföljning av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården år 1993.* RFV Redovisar 1994:10

Riksförsäkringsverket 1995 RIKS-LS – *en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering.* RFV Redovisar 1995:20

Riksförsäkringsverket (1995a) *Arbetslöshetens betydelse för friskskrivning och förtidspensionering* RFV Redovisar 1995:10

Riksrevisionsverket (1994) *Att återupprätta – om försäkringskassans rehabiliteringsverksamhet*, RRV 1994:18

Rothstein, Bo (1986) *Den socialdemokratiska staten* Lund: Arkiv

SAF (1992) *Flexibilitet i praktiken. Anställningsformer och arbetstider* Stockholm: Svenska arbetsgivareföreningen

Sainsbury, Diane (1993) Dual Welfare and Sex Segregation of Access to Social Benefits: Income Maintenance Policies in the UK, the US the Netherlands and Sweden *Journal of Social Policy*, Vol 22, pp 69–98

Selander, John m.fl. (1995a) *Arbetslösa sjukskrivna Nr 1 – en jämförande studie av arbetslösa sjukskrivna och anställda sjukskrivna i Stockholm.* Rapport Nr 6 Östersund: Mitthögskolan, Enheten för socialförsäkringsforskning

Selander, John m. fl. (1995b) *Arbetslösa sjukskrivna Nr 2 – en jämförande studie av arbetslösa sjukskrivna och anställda sjukskrivna i Jämtlands glesbygd.* Rapport Nr 7 Östersund: Mitthögskolan, Enheten för socialförsäkringsforskning

Semb, Helge (1994) Ortopedisk rehabiliteringsforskning, i Birke, E & Nygren, Å (1994)

SOSFS (1992) *Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning, SOSFS 1992:16*

Socialdemokratiska arbetarepartiet (1989) *90-talsprogrammet. En debattbok om arbetarrörelsens viktigaste frågor under 90-talet* Stockholm: Tiden .

SOU 1958:17 *Socialförsäkring och rehabilitering*

SOU 1968:62 *Tio ekonomer om arbetsmarknadspolitiken*

SOU 1974:90 *Arbete åt alla*

SOU 1988:41 *Tidig och samordnad rehabilitering*

SOU 1989:76 *Att förebygga allergi/överkänslighet*

SOU 1990:49 *Arbete och hälsa*

SOU 1992:39 *Begreppet arbetsskada*

SOU 1992:77 *Psykiskt störda i socialförsäkringen*

Stjernqvist, Nils & Widerberg, Karin (Red.) (1989) *Rätten i samhällsbyggandet* Stockholm: Norstedts

Storrie, Donald (1992) *The Anatomy of a Large Swedish Plant Closure*, Ekonomiska studier 38 Göteborg: Handelshögskolan/Nationalekonomiska institutionen

Sund, Bill & Åmark, Klas (1990) *Makt och arbetsskador under 1900-talet* Stockholm: Carlssons

de Swaan, Abram (1988) *In Care of the State. Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era* Cambridge: Polity Press

Swedner, Gunnel (1993) *Traditioner som fängslar* Göteborg: Institutionen för socialt arbete

Szulkin, Ryszard & Thålin, Michael (1994) Arbetets utveckling, i Fritzell, J & Lundberg, O (red) *Vardagens villkor. Levnadsförhållanden i Sverige under tre decennier* Stockholm: Brombergs

Tibblin, Gösta & Eriksson, Margaretha (1992) *Studier av sjukskrivningspraxis* Uppsala: Institutionen för allmän medicin

Unga, Nils (1976) *Socialdemokratin och arbetslöshetsfrågan 1912–1934* Lund: Arkiv

Wadensjö, Eskil (1995) De äldre och arbetsmarknaden, i Wadensjö E (red.)*1990-talets arbetsmarknad i Norden*, Nord1995:5 Köpenhamn: Nordiska ministerrådet

Westerhäll, Lotta (1985) *Sjukdom och arbetsoförmåga* Stockholm: Norstedts

Wilhelmsen, Lars (1989) Hjärt- och kärlsjukdomar – orsaker till sjukskrivning och arbetsmiljöns betydelse, i *Folkhälsa*, Nr 3 Folkhälsogruppen Stockholm: Socialdepartementet

Zola, Erwin (1975) Medicine as a System of Social Control i Cox C & Mead A (eds.) *A Sociology of Medical Practice* London: Collier-Macmillan

Öhman, Bernt (1968) Från arbetslöshetshjälp till samhällsidé i *SOU 1968:62*

Utformningen av den allmänna ohälsoförsäkringen för att förstärka det personalekonomiska perspektivet

Jan-Erik Gröjer och Ulf Johansson

Innehåll

1 Vårt uppdrag 81

2 Personalekonomi – vad är det? 82
2.1 Personalekonomi – vad är det? 82
2.2 Personalekonomisk kalkylering 84
2.2.1 Vad kostar sjukfrånvaro? 84
2.2.2 Vad kostar rekrytering? 89
2.2.3 Satsa på friskvård? Exempel på en förkalkyl 91
2.2.4 Hur snabbt tjänade vi in arbetsplatsprogrammet? Exempel på en efterkalkyl 94
2.3 Personalekonomisk redovisning 96
2.3.1 Personalekonomiska nyckeltal 98
2.3.2 Personalinvesteringar i balansräkningen 102
2.4 Implementering av personalekonomiska beräkningar – effekter 105
2.5 Personalekonomiska beräkningar – några slutord 108

3 Förslag till förstärkning av det personalekonomiska perspektivet 109
3.1 Incitamentsproblemet 110
3.2 Kunskapsproblemet 110
3.2.1 Kunskaper om sjukfrånvarons kostnader 111
3.2.2 Kunskaper om sannolika effekter av åtgärder 112
3.3 Åtgärdsproblemet 117

4 En sammanfattning av idéer om åtgärder ur ett personalekonomiskt perspektiv 119

5 Litteraturreferenser 122

1 Vårt uppdrag

Sjuk- och arbetsskadekommittén skriver i sitt delbetänkande: "Brister i personalekonomiska kunskaper och incitament medför att den företagsekonomiska lönsamheten i att vidta förebyggande och rehabiliterande åtgärder inte tydliggörs. När de ekonomiska incitamenten inte klart framträder uppstår heller ingen `spontan´ efterfrågan på information och utbildning."[1]

Ordföranden och huvudsekreteraren i kommittén har uppdragit åt undertecknade att belysa hur den allmänna ohälsoförsäkringen skulle kunna utformas för att förstärka det personalekonomiska perspektivet.

En förstärkning av det personalekonomiska perspektivet i syfte att stimulera satsningar på förebyggande och rehabiliterande åtgärder kräver, som vi ser det, att följande tre problemområden aktivt bearbetas:

1) Ett sätt att förstärka intresset för åtgärder av förebyggande och rehabiliterande natur är att förstärka de ekonomiska motiven för åtgärder (incitamentsproblemet).

2) För att förstå betydelsen av förebyggande och rehabiliterande åtgärder krävs kunskaper om dessas ekonomiska betydelse för organisationen (kunskapsproblemet).

3) För att förändra vanor så att nya handlingsmönster uppstår krävs någon form av startimpuls (åtgärdsproblemet).

De tre områdena är starkt influerade av varandra. t.ex. påverkas incitamentsfrågan av de två andra frågorna. Citatet ovan indikerar att också kommittén ser dessa tre problemområden.

[1] Sjuk- och arbetsskadekommittén 1995

Innan vi behandlar de tre problemen är det angeläget att klarlägga innebörden av personalekonomi, samt varför och hur det personalekonomiska perspektivet kan användas i detta sammanhang.

2 Personalekonomi – vad är det?[2]

2.1 Personalekonomi – vad är det?

Med personalekonomi menar vi helt enkelt "hushållning med mänskliga resurser". En tanke bakom personalekonomin är att anställdas värde för organisationen, ekonomiska konsekvenser av anställdas agerande liksom ekonomiska konsekvenser av olika personalåtgärder inte syns tillräckligt tydligt vare sig i redovisningen eller i kalkyleringssammanhang. Detta innebär, menar förespråkare av personalekonomi, att viktiga personalproblem och frågeställningar inte tas upp till behandling. Det kan också medföra att betydelsen av olika personalfrågor över- eller underskattas ur ett ekonomiskt perspektiv. Till exempel kanske inte sjukfrånvaroproblematiken får den belysning som den förtjänar. Den som aldrig har gjort en beräkning av sjukfrånvarons totala kostnader, i form av kostnader för sjuklön, ersättare, produktionsförluster mm, kan knappast veta vad den kostar. Den som aldrig räknat på vad en utslagningskarriär av en enskild individ kostat organisationen kan aldrig veta vad det är värt att satsa för att undvika utslagningen. Personalekonomiska beräkningar av olika slag syftar alltså till att lyfta fram och synliggöra "osynliga" kostnader, intäkter och värden.

Att synliggöra det osynliga torde underlättas i organisationer där man har ett pris på varan eller tjänsten som produceras och dessutom är van att mäta till exempel produktiviteten. Personalekonomiska beräkningar av kostnadsreduktioner kan dock användas även i organisationer som saknar detta.

Som antytts ovan syftar personalekonomin till att dels synliggöra personalfrågor (genom intern och extern redovisning och budgete-

[2] En del exempel och textstycken i detta avsnitt har hämtats ur Johanson & Johrén 1996.

ring), dels stimulera tänkandet kring alternativa personalåtgärder och sambanden med organisationens resultat (genom att för- och efterkalkylera olika personalproblem och åtgärder). Det förstnämnda går under benämningen personalekonomisk redovisning och det sistnämnda under personalekonomisk kalkylering.

Grunden för personalekonomin är att bättre tillvarata de personella resurserna, till fromma både för individen och organisationen. Redovisning och kalkylering sker dock ur ett ledningsperspektiv, dvs. utifrån organisationens kort- och långsiktiga produktivitets- och effektivitetsutveckling. Det är ju förmågan att engagera, motivera och utveckla personalen som är grunden för såväl organisationens som samhällets framtida välfärdsutveckling[3].

Personalekonomi är, i sin nuvarande utformning, en relativt ny företeelse. Erfarenheter finns dock inom olika delområden som rekrytering, avveckling, kompetensutveckling, rehabilitering och arbetsmiljöfrågor. Även om refarenheterna i huvudsak är positiva av att tillämpa ekonomisk logik på personalfrågor finns vissa problem.

Ett problem med personalekonomiska beräkningar är att de kan bli alltför ungefärliga. Framtida effekter av utbildningsinsatser är till exempel svåra att bedöma. Även effekter av gjorda satsningar är svåra att uppskatta på grund av att det är svårt att isolera dessa från andra åtgärder som vidtagits. Detta torde vara ett huvudskäl till att personalekonomiska kalkyler och redovisning inte varit lika vanligt förekommande som ekonomiska beräkningar av materiella insatser.

Å andra sidan kan man fråga sig om materiella investeringar verkligen alltid är lättare att kalkylera. Ibland kanske de är det. Men ofta är det så att en förutsättning för att den materiella investeringen ska fungera är att det finns människor runtomkring. När kalkylen upprättas bortser man ofta från detta, från människornas motivation, kompetens etc. Då uppstår samma problem som vid kalkylering av materiella insatser.

Det kanske också handlar om vilket syfte man har med sin kalkylering och redovisning – att avbilda korrekt, eller att påverka ekonomiskt beteende. Om avbildningssyftet är det primära kan det vara begripligt att ekonomisk redovisning och kalkylering koncentreras på det materiella. Men om beteendesyftet är det primära är det svårbegripligt att personalekonomiska beräkningar inte iordning-

[3] Jfr med resonemangen i SOU 1991:82

ställs i organisationer där personalresursen är avgörande för hur väl uppgiften klaras av.

Ett argument som brukar anföras mot användningen av personalekonomiska beräkningar är det etiska. Det finns till exempel de som hävdar att värdering av personalen är etiskt oförsvarbart, därför att det jämställer människan med andra kapitalformer. De flesta håller säkert med om att detta är tvivelaktigt eller förkastligt. Men om värderingen innebär att man sparar lidande, är det då lika förkastligt? Denna fråga är betydligt svårare att entydigt besvara.

Det finns också många situationer där en ekonomisk belysning av ett personalproblem troligtvis leder till att omoraliska handlingar eller icke-handlingar avslöjas och påverkas. Sammanfattningsvis tycks fördelarna väsentligt överstiga nackdelarna både för organisationen och de anställda.

2.2 Personalekonomisk kalkylering

Personalekonomiska kalkyler kan göras på många olika typer av frågeställningar inom personalområdet. Vi kommer här att visa exempel hur kostnader för sjukfrånvaro och rekrytering kan beräknas, men vi ska också visa hur en för- respektive efterkalkyl kan iordningställas för att belysa huruvida det är lönsamt att satsa på en viss arbetsmiljöåtgärd.

2.2.1 Vad kostar sjukfrånvaro?

Vid beräkning av arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro kan man utgå från två olika grundmodeller. Ett sätt är att utgå från vad organisationen betalar för den frånvarande personen i lön, arbetsgivaravgifter och gemensamma kostnader av olika slag (lokaler, utrustning mm) utan att organisationen får någon motprestation. Ett annat sätt är att lyfta fram de totala konsekvenser som uppstår i organisationen i form av produktionsbortfall, intäktsbortfall eller ökade kostnader. Vi skall gå igenom båda modellerna. Vi kallar dem för kvarvarande respektive totala kostnader. Med denna genomgång som underlag påvisas sedan arbetsgivarens kostnader vid sjukfrånvaro som bekostas av försäkringskassan i ett separat avsnitt. Avslutningsvis presenteras några idéer om åtgärder.

Kvarvarande kostnader

Administratören Larsson på den administrativa enheten i det stora företaget arbetar normalt heltid. Han är korttidssjukskriven i 5 dagar. Vad kostar frånvaron företaget?

Först måste vi beräkna kostnaden vid *närvaro*. Antag att han tjänar 16500:- per månad eller 100:- per timme.

Lön	100	kr/tim	
Semester	13	kr/tim	(med 13% semesterersättning)
Arbetsgivaravgift	45	kr/tim	(med 40% arbetsgivaravgift)
	158	kr/tim	
Gemensamma kostnader	79	kr/tim	(med 50% gemensamma kostnader)
Självkostnad	237	kr/tim	

Med gemensamma kostnader menar vi t ex lokaler, utrustning, utbildning, telefon, administration och allt annat, förutom lön och arbetsgivaravgifter, som en anställd måste ha för att kunna utföra sitt arbete. I vissa företag fördelas dessa kostnader ut på respektive person och blir då synliggjorda för varje befattning. I andra företag kan en del av dessa kostnader finnas som overheadkostnad och inte belasta enskilda arbetsplatser i företaget. Oavsett hur kostnaderna redovisas i företaget så finns de gemensamma kostnaderna i någon form i alla företag. Däremot varierar storleken på kostnaderna alltifrån bara några få procent av kostnaden för lön och arbetsgivaravgifter till flera hundra procent. I vårt exempel har vi antagit att de gemensamma kostnaderna utgör 50% av summan av lön, semester och arbetsgivaravgifter.

Om Larsson blir sjuk minskar lönekostnaderna medan de gemensamma kostnaderna kvarstår. Vid 75% sjuklönenivå blir kostnaderna följande:

Lön	75	kr/tim	(75% av ordinarie lön)
Semester	13	kr/tim	(kvarstår)
Arbetsgivaravgift	35	kr/tim	(fortfarande 40% på ovanstående)
	123	kr/tim	
Gemensamma kostnader	79	kr/tim	(kvarstår)
Självkostnad	202	kr/tim	

Ett sätt att tolka detta är att säga att företaget sparar 35 kr/timme (237 – 202)! För att frånvaro skall vara en inbesparing måste företaget dock antingen ha arbetsbrist eller anse att den frånvarande personen inte tillför företaget någonting. Möjligen kan det vara fallet under en lugn sensommarvecka då inga rapporter förväntas bli färdiga, inga speciella beslut tas inom Larssons arbetsområde och det under denna semesterperiod inte är många personer på plats som har frågor och behöver stöttning. En korttidssjukfrånvaro i detta fall behöver inte kosta företaget 202 kr/tim. Däremot lär en frånvaro i slutet av januari när Larsson är inblandad i företagets årsbokslut leda till betydligt allvarligare konsekvenser och de beräknade 202 kr/tim är då troligen lågt räknat.

Om emellertid Larsson utför en normal arbetsprestation och om arbetsbrist inte råder betyder det att företaget betalar 202 kr/timme utan att få ut någon produktion. Detta sätt att beräkna kostnaderna för sjukfrånvaro kan dock innebära en kraftig underskattning, framförallt av de produktionsstörningar som ofta uppstår i samband med sjukfrånvaro.

Totala kostnader

Antag att en försäljare med en månadslön på 16 500 kr är sjukskriven en vecka och att försäljningen varje dag ger ett bidrag, för täckande av företagsgemensamma kostnader, på mellan 3 000 och 5 000 kronor? Här bör prislappen istället koncentreras på bidragsbortfallet. Kostnaden för frånvaron blir då lågt räknat 3 000 kronor (bidragsbortfallet) minus de insparade kostnaderna för lön och arbetsgivaravgifter på 280 kronor per dag.

Eller antag att förskolläraren (som också antas ha en månadslön på 16 500 kr) får influensa samtidigt som hälften av alla barn är hemma av samma anledning. Är det då riktigt att påstå att förskollärarens sjukfrånvaro kostar daghemmet 1 600 kr/dag? (Här bortses från

karensdagar) Troligen inte då arbetsbelastningen är klart lägre än normalt. Ingen ersättare sätts in, ingen övertid behövs och kvarvarande personal kan hålla samma kvalitet som normalt.

I stället för kvarvarande kostnader kan följande generella modell användas vid beräkning av totala frånvarokostnader:

Kostnader för ersättare
Övertid
Överanställning
Vikarie
Övriga ersättningsformer
Produktionsstörningar
Produktions/intäktsbortfall
Kvalitetsförsämringar
Övriga kostnader
Arbetsledartid
+/-Påverkan övriga medarbetare
Inbesparing av ordinarie lön och arbetsgivaravgifter

Även om rubrikerna ovan bör täcka de viktigaste kostnaderna som brukar uppstå vid frånvaro, kan andra kostnader som rekrytering av överanställda för att täcka sjukfrånvaron, badwill mm tillkomma.

Under rubriken överanställda menar vi inte bara befattningar som uttryckligen betecknas som överanställningar i någon form. Alla verksamheter som klarar ordinarie produktion fast någon eller några personer är borta har överanställning. Om all frånvaro skulle upphöra skulle ju företaget kunna klara produktionen med färre antal anställda! Alltså finns det överanställningar. Nivån på överanställningarna beror oftast på hur dyrbart eventuellt produktionsbortfall p.g.a. frånvaro är. I många företag, t.ex. inom processindustrin, kostar produktionsstopp så pass mycket att det är billigare att ha överanställningar i en sådan omfattning att produktionsstopp i princip aldrig uppstår. I andra företag eller befattningar kan en produktionsstörning i värsta fall bara leda till förseningar som i ringa grad påverkar företagets kostnader eller intäkter. Då är man också mindre benägen att ha överanställningar.

Under kalkylrubriken *påverkan övriga medarbetare* finns både ett plus- och ett minustecken. På en del arbetsplatser kan en korttidsfrånvaro för någon medarbetare betyda att övrig personal höjer sin

prestationsnivå för att kunna klara den frånvarandes arbetsuppgifter. Vid längre frånvaro där inga överanställningar finns och där ingen ersättare sätts in och kravet på produktion är samma som vid full bemanning måste det dock förr eller senare uppstå negativa effekter (otrivsel, förslitningar, frånvaro för annan personal, personalomsättning m.m).

De största effekterna av sjukfrånvaro är troligtvis produktionsstörningar av olika slag. Normalt torde dessa också vara störst i början av en frånvaroperiod. För att mildra produktionsstörningarna kan det för arbetsgivaren vara lönsamt att betala kostsam övertidsersättning. Ju större möjligheten är att förutse frånvaron desto större möjlighet att parera produktionsstörningarna med mindre kostsamma ersättarformer. Dvs. ju längre frånvaroperioder desto mindre kostnader.

Arbetsgivarens kostnader vid sjukfrånvaroperioder som bekostas av försäkringskassan

Vid långa sjukfrånvaroperioder bortfaller sjuklönekostnaden helt för arbetsgivaren. I normalfallet torde också de flesta av de övriga kostnaderna försvinna. (Jfr modellen som vi visade ovan avseende totala kostnader.)

Dyra ersättarkostnader försvinner när sjukfrånvaron kan planeras. En vikare med samma eller kanske lägre lön (en yngre person) anställs. När vikarien är upplärd kan produktionsstörningar undvikas. När arbetet flyter påverkas inte heller andra personer.

Om rehabiliteringsinsatsen kostar något (t.ex. i form av ny utrustning eller ändrad arbetsorganisation) kan det ofta till och med bli dyrare att rehabilitera än att låta vikarien gå kvar.

Följande verklighetsbaserade exempel beskriver vad en utslagningskarriär visade sig ha kostat arbetsgivaren:

Ca 20% lägre produktivitet under en tvåårsperiod när belastningsbesvären började märkas	160tkr
85 dagars korttidsfrånvaro under samma period	153tkr
Långtidssjukfrånvaro i 350 dagar	60tkr
Rekrytering, introduktion, inskolning och handledning av vikarie	75tkr
Rehabiliteringsutredning	10tkr
Ombyggnation och förändring av arbetsorganisation	100tkr
Återinskolning av den långtidsfrånvarande	22tkr
Summa	580tkr

Sammantaget kan kostnaderna för en utslagning bli mycket stora men ju tidigare insatser desto större lönsamhet.

Kombinationen långtidssjuka och övertalighet gör det ännu svårare att få starka ekonomiska argument för rehabiliteringsåtgärder på ett sent stadium. Med lyckade rehabiliteringsinsatser ökar kanske övertaligheten.

Hög arbetslöshet, dvs. många jobbsökande, kan också göra det mindre attraktivt att investera i förebyggande åtgärder. Om t.ex. ett monotont arbetsmoment snabbt leder till belastningsskador och långtidssjukskrivning kanske det är billigare att ta in ny personal än att satsa på att förändra arbetsmetoder.

Incitamenten att vidta åtgärder är således betingade dels av organisationens karaktär och situation, dels av försäkringsvillkor. Det är det sistnämnda som är av intresse här.

2.2.2 Vad kostar rekrytering?

Ett stort företag gjorde följande kalkyl över kostnader för att anställa en civilingenjör till sin telekommunikationsenhet med ca 200 ingenjörer. De som anställdes brukade normalt ha några års yrkeserfarenhet efter examen. Kalkylen gjordes för att få en uppfattning om vad det kostade att anställa jämfört med att behålla personal:

Annons	60 000 kr
Anställning	
(30 timmar uppdelat på 3 personer)	
Intervjuer	
30 timmar x 200 kr	6 000 kr
Resekostnader (för sökande)	2 000 kr
Introduktionskurs (13 veckor)	
Lön inkl sociala kostnader	
13 x 5 400 kr	70 000 kr
Kursavgift:	
13 x 3 000 kr	39 000 kr
Uppehälle:	
13 x 2 500 kr	33 000 kr
Resor:	2 000 kr
Inskolning	
Nyanställda:	
50% av 280 000 kr i 1,5 år	210 000 kr
"Fadder"	
25% av 350 000 kr i 1,5 år	131 000 kr
Totalt ca	550 000 kr

Ett centralt problem som uppstår vid personalekonomiska beräkningar är värdering av arbetstid. I detta exempel har lön och arbetsgivaravgifter fått bilda utgångspunkt. I andra situationer kanske övertidsersättning eller produktionsbortfall är bättre värderingsgrunder.

Den i regel särklassigt största och bedömningsmässigt svåraste kostnadsposten är inskolningskostnader. Det är välbekant att inskolning tar lång tid och även kan kosta i form av kvalitetsförluster. I vårt exempel ovan ansågs inskolningstiden vara ca 1,5 år. Man uppskattade den normale nyanställdes bidrag under den tiden till ca 50% av full kapacitet. Arbetstiden värderades till lön och arbetsgivaravgifter.

De kostnader som kan vara aktuella att försöka beräkna vid rekrytering eller personalomsättning kan sammanfattas i nedanstående modell. Kostnaderna delas upp i direkta och indirekta. Med direkta kostnader menar vi sådana som direkt kan påföras ett enskilt rekryterings- eller personalomsättningsärende. Indirekta kostnader är sådana som måste fördelas med hjälp av någon slags fördelningsnyckel. Observera att det som i en situation är indirekta kostnader, i en annan kan vara direkta kostnader. Uppdelningen i figuren nedan behöver således inte alltid stämma:

Avvecklingskostnader	Direkta	– Ersättningar till den som avvecklas
	Indirekta	– Tid för att sköta avvecklingen
		– Produktionsbortfall hos den som avvecklas eller hos andra
Sök- och urvalskostnader	Direkta	– Annons
		– Andra sökvägar
	Indirekta	– Tid för arbetskrav och behovsanalys
		– Tid för urval och anställning
Upplärningskostnader	Direkta	– Kurskostnader
		– Den nyes tid för introduktion och inskolning
	Indirekta	– Andras tid för handledning
		– Administrativ tid

Vi skiljer alltså mellan kostnader för avveckling, sökning och urval samt upplärning. Med personalomsättningsskostnader menar vi summan av alla tre och med rekryteringskostnader summan av de två sistnämnda.

Även om variationen i rekryteringskostnader är mycket stora, föreligger vanligen dock starka ekonomiska incitament för att behålla anställda.

2.2.3 Satsa på friskvård? Exempel på en förkalkyl.

På det stora sjukhuset har belastningsbesvären varit stora. Visserligen har frånvaron minskat markant de senaste åren men mycket tyder på att minskningen mer beror på omvärldsförändringar än att arbetsmiljön och förutsättningarna för att hålla sig i gott trim har ökat (med risk för att frånvaron snart åter kommer att stiga). Som ett led i arbetsmiljöarbete och för att kunna öka effektiviteten ytterligare finns ett förslag om att införa friskvård på arbetstid. Den skulle i så fall ske med handledare en timme per vecka. Men invändningar finns. "Vi har inte råd". "Vi har inte tid". "Det är medarbetarnas enskilda sak att sköta". etc.

Vid jämförelse med att "fortsätta som tidigare" kan konsekvenserna bli följande utifrån framlagda förslag:

Det är främst intäktssidan som känns osäker. Frågetecknen är många. Påverkar verkligen friskvårdssatsningen trivsel och motivation? Ökar effektiviteten som ett resultat av detta och av en bättre kondition och fysik? Ett sätt att hantera osäkerheten kan vara att räkna baklänges, att ta fram "kritiska värden". Om vi accepterar kostnadssidan i kalkylen blir frågan: Hur mycket måste satsningen ge tillbaka för att den ska vara lönsam? Här följer de kritiska värden som är aktuella i vårt exempel.

Med så pass osäkra samband görs här en kostnadsberäkning och därefter går vi direkt på de kritiska värdena, dvs. de effekter som måste uppstå för att friskvårdssatsningen ska vara lönsam. Vi räknar på en enhet med totalt 50 anställda.

Uppoffringarna:
- Handledare (uppdelat på 4 tillfällen x 250 kr x 40 veckor) = 40 tkr/år
- Deltagartid 40 personer x 1 tim x 150 kr x 40 veckor * = 240 tkr/år
- Lokal mm ** = ? tkr/år
Totalt = 280 tkr/år + ?

* Man beräknar att endast 40 personer i genomsnitt kommer att utnyttja timmen, som dock i princip ska vara obligatorisk. 150 kr är ett lågt räknat minimipris för arbetstiden.
** Lokaler för ändamålet finns som i dagsläget står outnyttjade under en stor del av dagen. Om lokalerna även fortsättningsvis kommer att göra det, och inget nämnvärt slitage uppstår, kan det finnas skäl att räkna lokalkostnaden mycket lågt.

Några kritiska värden, under förutsättning att vi accepterar uppoffringarna på 280 tkr per år blir:

- Minskad korttidsfrånvaro med 5 dagar per anställd och år (räknat på 40 anställda och 1400 kr per korttidsfrånvarodag).
- 3 färre belastningsskador per år (under förutsättning att varje belastningsskada kostar cirka 100 tkr).
- Ökad effektivitet som motsvarar ett arbetsår (drygt 1800 timmar à 150 kr). Detta innebär 45 timmar per anställd och år eller ca 13,5 minuter per anställd och dag.
- Ökad effektivitet som märks i 140 färre vårddagar (utan att kvaliteten försämras, varje vårddag värderas till 2000 kronor).

Om vi tror att något av dessa kritiska värden, eller en kombination av delar, uppnås genom friskvårdssatsningen så är satsningen lönsam (jämfört med att göra ingenting, andra insatser kan ju vara mer lönsamma).

Det är inte ovanligt att i en beslutssituation som denna två specifika frågor kommer upp:

1 Var syns pengarna? Speciellt deltagartiden och effekterna av ev minskade belastningsskador?
2 Om deltagartiden inte säkert syns i redovisningen, ska jag då ta med kostnaden och i så fall till vilket pris?

Det är riktigt att en del av konsekvenserna kan kallas osynliga. De "syns" inte vid första anblick på något konto i redovisningen eller som någon extra ut- eller inbetalning, som deltagartiden i denna kalkyl. Vi kallar den en "osynlig kostnad". Den osynliga kostnaden

kan dock bli synlig om, som en konsekvens av att friskvårdssatsningen tar tid från produktionen, vikarier måste kallas in eller att övertid måste beordras. Då blir kostnaden synlig även i redovisningen. En extra utbetalning sker och prissättningen av tiden blir enklare. Men även om ingen ersättare sätts in uppstår ändå en kostnad. Kvaliteten på vårdarbetet blir sämre och även om det inte alltid prissätts i ett första steg borde måluppfyllelsen bli lägre. I det fallet kan man prata om en osynlig kostnad. Arbetsgivaren betalar för arbetstid utan att någon produktion utförs. Värdet av att undvika en belastningsskada kan synliggöras i form av att färre vikarier måste sättas in vid arbetstoppar och frånvaro samt att vårdarbetet blir bättre vilket på sikt kan leda till kortare vårdtider (beroende på verksamhet).

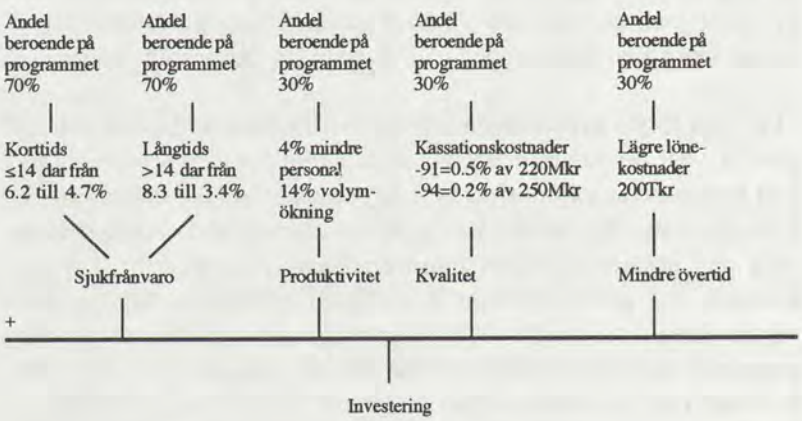
I denna kalkyl kanske det ändå är svaret på den andra frågan som avgör om satsningen blir lönsam. Antag två avdelningar på sjukhuset som ser väldigt olika ut. En avdelning har konstant hög arbetsbelastning och arbetsscheman ligger så att fullt arbete krävs hela arbetspasset. Vid frånvaro tas nästan alltid någon ersättare in. Den andra avdelningen har en mycket ojämn arbetsbelastning. Trots en bra schemaläggning räcker inte arbetskraften till under vissa perioder utan övertid och vikarier måste kallas in. Några dagar senare kan arbetsbelastningen vara mycket låg, åtminstone under del av dagen.

För den första avdelningen blir en friskvårdssatsning, när den än görs, dyrbar. Ersättare måste tas in på något sätt och prislappen på 150 kr/timme är väl motiverad. För den andra avdelningen kan en friskvårdssatsning, om den kan anpassas efter rådande arbetsbelastning och utföras med kort framförhållning, ske med mycket låg kostnad vad gäller deltagartiden. Ingen ersättning behövs och vårdkvaliteten behöver inte försämras nämnvärt. Deltagartiden blir marginell och de kritiska värdena blir en sjundedel så stora (vi förutsätter att kostnaden för handledaren kvarstår). Dessa förhållanden kan översättas till de flesta verksamheter. På en enhet som har stora variationer i arbetsbelastning under en dag, vecka eller månad kan tid frigöras för t.ex. friskvårdssatsningar utan att deltagartiden behöver kosta så mycket. För andra enheter, med jämn och hög arbetsbelastning, blir kostnaden för deltagartiden och därmed kraven på effekter betydligt högre.

2.2.4 Hur snabbt tjänade vi in arbetsplatsprogrammet? Exempel på en efterkalkyl

Följande exempel är en efterkalkyl av ett sk arbetsplatsprogram, som delvis finansierades med bidrag från Arbetslivsfonden och som genomfördes i början av 90-talet.

Företaget är en del av en koncern och hade vid tiden för insamlande av uppgifterna 37 anställda varav 26 omfattades av arbetsplatsprogrammet. Företaget hade en vision att skapa, som man sade, "morgondagens arbetsplats". Med detta avsåg de en arbetsplats där trivseln, engagemanget, arbetsmiljön, förändringsberedskapen och produktiviteten förbättrades. Detta skulle ske med hjälp av en "radikal" delegering av planering, administration och kvalitetsuppföljning samt arbetsvidgning och arbetsväxling. Investeringarna var till största delen immateriella. De ändrade arbetsorganisation och lönesystem samt införde arbetsplatsträffar. För att personalen skulle kunna utföra sina nya arbetsuppgifter genomfördes en relativt omfattande utbildning och träning. Enligt företagsledningen kunde man ett par år efter det att projektet genomförts se följande effekter:



Ett av de största problemen vid kalkylering inom det personalekonomiska området är att man inte säkert kan veta om observerade effekter beror på en viss åtgärd. En produktivitetshöjning, exempelvis, beror oftast inte bara på en åtgärd som vidtagits (t.ex. kompetensutveckling) utan kanske på en rad förändringar som skett (t.ex. ökad efterfrågan, förändrat ledarskap m.m.). I detta fall

ombads företagsledningen att försöka skatta hur stor andel av respektive effekt som berodde på arbetsplatsprogrammet.

Sammanfattningsvis blev kalkylutfallet följande:

Effekter i tkr under ett år:	
Produktivitet; 1,14%/0,96% x 14400kr x 1,45(arbgivaravg) x 12mån x 26pers x 30%(andel)	= 366
Reklamationer: (0,5%x220Mkr - 0,2%x250Mkr) x 30%(andel)	=180
Minskad övertid: 200000 x 1,45(arbgivaravg) x 30%(andel)	= 87
Sjukfrånvaro<15dagar: (6,2%-4,7%) x 14400kr x 1,45(arbgivaravg) x 12mån x 26pers x 62%(ersättningsnivå) x 70%(andel)	= 42
Sjukfrånvaro>14dagar: (8,3%-3,4%) x 14400kr x 1,45(arbetsgivaravg) x 12mån x 26pers x 10%(ersättningsnivå) x 70%(andel)	= 22
Totalt	697
Investering	736

Om effekterna är bestående, åtminstone något längre än ett år, tar det 1,06 år (736 000/697 000) att få tillbaka satsade medel, dvs. en mycket kort pay-off tid. Pay-off tid är den tid det tar att få tillbaka satsade medel utan hänsyn till eventuella avkastningskrav. Ju kortare tid desto bättre.

Några kommentarer till kalkylen:

Produktiviteten beräknas på arbetskraftskostnaderna, dvs. lön och arbetsgivaravgifter. Genomsnittslönen för den berörda personalen var 14 400kr/månad. Hänsyn tas till såväl volymökning som personalminskning. Till sist multipliceras med den andel av ökningen som anses bero på programmet.

Den korta sjukfrånvaron (frånvaroperioder med en maximal längd av 14 dagar) minskade med 1,5 procentenheter. Minskningen multipliceras med genomsnittslönen per månad, arbetsgivaravgiften, antal månader och antal berörda personer. Nästa steg i beräkningen är att få fram sjuklönekostnaden. Kostnaden för arbetsgivaren varierar beroende på sjukfrånvaroperiodens längd. Uppgifter om fördelningen på olika sjukfrånvaroperioder gick inte att få fram. Därför används en schablon som hämtats ur SAFs tidsanvändningsstatistik. Enligt denna statistik har de företag som ingår i statistiken i genomsnitt betalat 62% av lönen vid sjukfrånvaroperioder understigande 15 dagar. Till sist multipliceras framräknat belopp med andelsskattningen.

Effekterna av långtidssjukfrånvaron beräknas på motsvarande sätt. Som sjuklöneschablon har använts 10%.

Övriga beräkningar framgår av uppställningen.

Studien av arbetsplatsprogram som genomförts med hjälp av Arbetslivsfonden visade att åtgärderna fått en stor påverkan på produktiviteten. Sannolikt är påverkan bestående en viss tid. Om man med investering menar en kapitalsatsning som ger betalningskonsekvenser under en längre tid kan man alltså säga att den här typen av satsningar (åtminstone i denna mening) är att betrakta som investeringar.

2.3 Personalekonomisk redovisning

Utformningen av den ekonomiska redovisningen påverkar i mycket stor utsträckning det man talar om inom organisationen. Det som syns är lättare att tala om än det som inte syns. En siffra som lyfts fram i en ekonomisk rapport kommer troligtvis att diskuteras mycket mer än en som inte lyfts fram. Den ekonomiska redovisningen sätter alltså agendan för samtalet inom organisationen.

Om vi önskar bättre tillgång till personalekonomiska data, som grund för kalkyler och om vi önskar framhålla det personalekonomiska perspektivet bättre, inom en organisation, kan det alltså vara klokt att försöka synliggöra personalfrågor bättre i redovisningen. Hur skulle då detta kunna gå till?

En model som prövats ganska mycket i Sverige under nittiotalet är att upprätta ett sk personalekonomiska bokslut. Ett sådant brukar i normalfallet bestå av följande fyra delar:

- Personalberättelse
- Personalresultaträkning
- Personalnyckeltal
- Kommentarer i form av fotnoter

Personalberättelsen är en beskrivning och förklaring av viktiga händelser under året som har påverkat personalresultaträkningen, nyckeltalen eller fotnoterna. Genom att relatera satsningar under året till eventuella förändringar i personalresultaträkningen kan vissa slutsatser dras om effekterna av dessa händelser eller satsningar.

I personalresultaträkningen tydliggörs kostnader för rekrytering, frånvaro, kompetensutveckling och eventuellt andra personalspecifika kostnadsposter tillsammans med andra mer traditionella kostnadsposter.

Personalnyckeltal är relationstal för att jämföra olika enheter och tidsperioder.

Det finns numera åtskilliga exempel på personalekonomiska resultaträkningar. Vi väljer här Teliakoncernen för 1994[4] för att visa hur det kan se ut.

	Mkr.	I % av summa personalkostnader
Rörelseintäkter	37.939	
Summa personalkostnader	12.163	
varav kostnad för:		
Sjukfrånvaro	385	3%
Personalomsättning	2.565	21%
Utveckling/utbildning	810	7%
Personalsocial verksamhet	246	2%
Lön till produktion	8.157	67%
Övriga kostnader inkl avskrivningar	21.464	
Resultat efter avskrivningar	4.312	

Intäkterna är hämtade från den traditionella resultaträkningen. I kostnader för personalomsättning ingår såväl kostnader för rekrytering som personalavveckling. I personalsociala kostnader ingår företagshälsovård, friskvård, rehabilitering och förmåner av olika slag. Med lön till produktion avses lönekostnader för att åstadkomma produktion. Lönekostnader under t.ex. sjukfrånvaro och personalomsättning finns då inte med. Observera att resultat efter avskrivningar är identiskt med resultatet i den traditionella resultaträkningen.

Om personalresultaträkningar upprättas årligen får man referenstal. Baserat på dessa data kan man sedan diskutera om det t.ex. är tillfredsställande att få ut 67% produktion per satsad personalkostnadskrona. Går sjukfrånvarokostnaderna att reducera ytterligare? Ligger personalutvecklingskostnaden på en tillfredsställande nivå för att möta framtidens krav? Telia redovisar också mycket annan personalstatistik i sin rapport. Bland annat jämförs olika enheter med avseende på ett antal strategiska nyckeltal.

[4] Telia 1994

Andra organisationer har i stället för personalekonomiska bokslut satsat på att utveckla internredovisningen eller budgetprocessen åt detta håll. En budgetering av, till exempel, rehabiliteringskostnader ökar sannoloikheten för en ordentlig diskussion av problemet.

2.3.1 Personalekonomiska nyckeltal

Vi har tidigare framhållit att om kalkylering och redovisning utvecklas och används utifrån ett beteendeorienterat synsätt blir det väsentligt att fråga sig hur varje ekonomisk rapport, hur ekonomiska data påverkar tänkande, beslut och handling inom organisationen. Det är ju människors handlingar som till syvende och sist skall påverkas med redovisningens hjälp.

En förutsättning för att påverka människors agerande är att deras uppmärksamhet påverkas. Uppmärksamheten är en trång sektor. Ett effektivt sätt att påverka uppmärksamheten torde vara att använda sig av nyckeltal. För att stimulera ekonomiskt beteende kanske mätprecisionen måste ge vika till förmån för relevans och enkelhet. Nyckeltalet är enkelt. Det är det som är poängen. Det ska snabbt kunna fånga din uppmärksamhet. Därför är enkelheten nödvändig. Men enkelheten är också en brist. Bakom den döljer sig i regel svåra avbildningsproblem. Hur är nyckeltalet definierat? Vad betyder ett visst värde? Varför ser värdet ut som det gör. Ett nyckeltal kan behöva analyseras djupare.

Vi börjar med att ge exempel på ett antal nyckeltal. Därefter går vi igenom hur de kan beräknas. Till sist redovisar vi några uppgifter från några olika organisationer.

En lämplig utgångspunkt kan vara den i förra avsnittet beskrivna modellen för en personalresultaträkning. Varje kostnadspost kan beräknas som personalkostnadsandel, dvs. i % av totala personalkostnader. Varje kostnadspost kan också ställas i relation till antal anställda eller annat lämpligare mått. Vi passar samtidigt på att döpa om posterna i personalresultaträkningen något.

Rekryteringskostnader Tot personalkostnader	Rekryteringskostnader/rekryterad
Avvecklingskostnader Tot personalkostnader	Avvecklingskostnader/avvecklad
Frånvarokostnader Tot personalkostnader	Frånvarokostnader/anställd
Rehabiliterings-, hälsovård-, förbättringskostnader Tot personalkostnader	Rehabiliterings-,hälsovård-,arbetsmiljö-arbetsmiljöförbättringskostnader/anställd
Kompetensutvecklingskostnader Tot personalkostnader	Kompetensutvecklingskostnader/anställd
Anställningsförmåner Tot personalkostnader	Anställningsförmåner/anställd
Lön till produktion Tot personalkostnader	

Vad som menas med arbetsmiljöförbättringar sammanhänger förstås med hur vi definierat ordet arbetsmiljö. Med arbetsmiljöförbättringar menar vi här åtgärder som inte finns under någon av rubrikerna rehabilitering, hälsovård, kompetensutveckling eller personalförmåner.

Det finns många andra, kanske mer beskrivande, nyckeltal än ovanstående att följa. Vi ska ge några exempel och begränsar oss till arbetsmiljöområdet.

Frånvaro:

Korttidssjukfrånvaro i % av arbetstid, totalt
Korttidssjukfrånvaro i % av arbetstid, män
Korttidssjukfrånvaro i % av arbetstid, kvinnor
Långtidssjukfrånvaro i % av arbetstid, totalt
Långtidssjukfrånvaro i % av arbetstid, män
Långtidssjukfrånvaro i % av arbetstid, kvinnor
Lönekostnader per % korttidssjukfrånvaro
Lönekostnader per % långtidssjukfrånvaro
Antal frånvarotillfällen/anställd

Rehabilitering och hälsovård

Rehabiliteringskostnader per anställd
Hälsovårdskostnader per anställd
Arbetsmiljöförbättringskostnader per anställd
Kostnader för att återföra personal i arbete per återförd
Andel immateriella investeringar av totala arbetsmiljöinvesteringar
Arbetsmiljöförbättringskostnader i % av sjukfrånvarokostnader

Givetvis kan man också tänka sig nyckeltal som ger uttryck för intäkter eller kostnadsbesparingar, t.ex.

Produktivitetseffekter av en arbetsmiljöförbättringsåtgärd per berörd anställd
Besparingar i minskad sjukfrånvaro pga en arbetsmiljöåtgärd per berörd anställd

Hur ska nyckeltalen beräknas?

Det är inte självklart hur nyckeltalen ska beräknas. I princip kan de tas fram på två sätt. Ett sätt är att hämta kostnader, intäkter och statistik direkt från redovisning och personaladministrativa system. Men ett problem kan vara att samtliga kostnader inte finns lättillgängliga i redovisningen. Ett exempel är frånvarokostnader. Från redovisningen borde kostnaderna för sjuklön, semester och arbetsgivaravgifter kunna hämtas. Men de gemensamma kostnaderna är troligen svårare att fånga på detta sätt. I praktiken kan vi lösa detta på två sätt. Ett är att helt enkelt strunta i de gemensamma kostnaderna och underskatta kostnaden för frånvaro genom att enbart ta med lön, semester och arbetsgivaravgifter. Ett annat sätt är att kombinera kalkyler och frånvarostatistik. Med hjälp av kalkyler räknas en kostnad ut för varje frånvarotyp och frånvaroperiod per dag eller per timme. Med hjälp av frånvarostatistiken kan sedan en total kostnad för frånvaron beräknas.

På liknande sätt kan man beräkna investeringar i utbildning. Om deltagartiden inte bokförs underskattas utbildningsinvesteringarna kraftigt om man enbart tar hänsyn till det som finns redovisat. Här kan en schablon på vad en utbildningsdag kostar användas och utifrån totala antalet utbildningsdagar beräknas en total.

Ett annat problem är definition av utbildning. Ingår konferenser, studiebesök och arbetsplatsträffar? Vad menas med personalomsätt

ning? Är det alla rekryteringar och avgångar? Eller bara de rekryteringar som ersätter en person som har slutat? På alla poster behövs en noggrann definition.

Några nyckeltalsreferenser

Som vi tidigare sagt kan nyckeltalen användas för att följa utvecklingen under ett antal år. Olika enheter kan också jämföras med varandra. I följande figur jämförs olika avdelningar inom en programvaruutvecklingsenhet vid Ericsson Radio[5].

Kostnader i % av totala personalkostnader

	Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4	Etc	Totalt	Budget
Rekrytering	9,0	6,7	3,5	0,2		5,0	4,8
Sjukfrånvaro	2,9	3,6	1,5	1,7		2,6	1,8
Utbildning	12,3	11,6	11,7	13,0		11,8	13,2
Övrigt	0,9	0,9	0,9	0,7		0,8	1,1
Produktionslön	75,0	77,2	82,4	84,4		79,8	79,2

Frågor som direkt infinner sig är varför Avd 1 har behövt rekrytera så mycket och varför Avd 3 kan ha så låg sjukfrånvaro?

Även om man ibland kan känna ett behov av att jämföra sin egen organisation med omvärlden är det självfallet mycket svårare. Även om det finns offentligt tillgänglig information är det inte alltid tydligt hur nyckeltalen beräknats. I följande uppställning har vi tagit med Luftfartsverket[6], Telia[7] och ASSI Domän Skog & Trä AB[8].

[5] Enstam & Johanson & Nilson 1995

[6] Luftfartsverket 1994

[7] Telia 1994

[8] Assi Domän Skog & Trä AB

Personalkostnadsandel i %	Luftfartsverket	Telia	ASSI Domän Skog & Trä
Personalomsättning	3	21	
Frånvaro	4	3	4
Kompetensutveckling	4	7	2
Lön till produktion	75	67	88

En jämförelse får tas med en stor nypa salt. Nyckeltalen har troligtvis inte beräknats på ett helt enhetligt sätt. Dessutom finns de tre organisationerna inom helt olika branscher. Kanske kan det vara möjligt att på lång sikt få fram enhetliga definitioner och därmed jämförbara nyckeltal framtagna på frivillighetens väg. Men ändå kanske uppgifterna stimulerar till att försöka bli bättre och att förstå vad andra gör.

Från utvärderingen av arbetsplatsprogram som tillkommit under medverkan av Arbetslivsfonden kan vi ta följande nyckeltalsreferenser. (En redogörelse för denna utvärdering finns under avsnitt 3.2 nedan). Uppgifterna gäller hela arbetslivet, dvs. oavsett bransch.

Lönekostnader per % korttidssjukfrånvaro (<15 dagar)	1488 kr
Lönekostnader per % långtidssjukfrånvaro	255 kr

Dessa beräkningar är baserade på de sjuklöneregler som gällde 1995. Med lönekostnader menas sjuklön, semesterersättning och arbetsgivaravgift.

Från utvärderingen av Arbetslivsfonden kan även följande nyckeltal hämtas:

Rehabiliteringskostnader per rehabiliterad	80 tkr

Precis som alla andra nyckeltal innehåller detta nyckeltal en del problem av definitionskaraktär som gör att siffran måste ses som mycket ungefärlig.

2.3.2 Personalinvesteringar i balansräkningen

Materiella investeringar, till exempel maskiner, inventarier och fastigheter, brukar tas upp som tillgångar i balansräkningen. Investeringar i utbildning, ändrad arbetsorganisation, nya arbetsmetoder,

m.m. tas däremot inte upp. Varför? Dessa anses, av vissa, inte uppfylla följande villkor som bör ställas på en tillgång:

(1) Det måste finnas någon specifik rättighet till framtida intäkter.
(2) Rättigheterna måste tillhöra en specifik individ eller organisation.
(3) Det måste finnas ett legalt hållbart anspråk på tillgången.

Det mest problematiska av dessa kriterier är det tredje då personal, utan ersättning till organisationen, kan sluta och ta med sig den förvärvade kompetensen. Den praktiska tillämpningen har troligtvis också styrts av försiktighetsprincipen, som innebär att värdering av olika poster i balansräkningen ska göras på ett sådant sätt att resultatet under inga omständigheter överskattas utan hellre underskattas. Därav har ansetts följa att utgifter av immateriell natur har kostnadsförts direkt.

Vilka följder kan då skillnaden i behandlingen av materiella och immateriella investeringar få? Antag att man kommit fram till att ett visst arbetsmoment ger belastningsskador. För att undvika detta har man köpt in en datorstyrd maskin. Men för att klara driften av maskinen behövs omfattande utbildning och träning. Utgiften för detta är om hänsyn tas även till arbetstiden ca tio gånger utgiften för själva maskinen. Maskinen tas upp som tillgång i balansräkningen men inte utbildningen och träningen.

Spelar det då någon roll om man tar upp utgiften som tillgång i balansräkningen och därmed får en möjlighet att fördela kostnaden på flera år? Vi illustrerar med hjälp av ett exempel.

Förutsättningen är att vi har två företag, Anläggning och Kompetens. Företagen är identiska med den enda skillnaden att Anläggning det senaste året har investerat 125 i maskiner och utrustning för att förbättra arbetsmiljön medan Kompetens har investerat samma summa i utbildningsaktiviteter för att förbättra arbetsmiljön.

	BALANSRÄKNING			RESULTATRÄKNING	
Företaget *Anläggning*					
Tillgångar		Skulder		Intäkter	1000
Diverse	100	Diverse	90	Div kostnader	-870
Maskiner mm	100	Eget Kapital	110	Avskrivn maskiner	-25
				Resultat	+105
Företaget *Kompetens utan* arbetsmiljöinvestering:					
Tillgångar		Skulder		Intäkter	1000
Diverse	100	Diverse	90	Div kostnader	-870
		Eget Kapital	10	Arbmiljökostnader	-125
				Resultat	+5
Företaget *Kompetens med* arbetsmiljöinvestering:					
Tillgångar		Skulder		Intäkter	1000
Diverse	100	Diverse	90	Div kostnader	-870
Arbetsmiljö	100	Eget Kapital	110	Avskrivn arbmiljö	-25
				Resultat	+105

Om vi antar att effekterna av Kompetens och Anläggnings investeringar är lika stora och varar lika länge, undervärderas Kompetens resultat och finansiella ställning om vi redovisar så som traditionen föreskriver. Vid en jämförelse verkar Anläggning vara starkare och mer lönsam än Kompetens. Med en förändring av redovisningsprinciper skulle Kompetens och Anläggning se ut att vara lika lönsamma och lika starka, vilket de ju är i vårt exempel.

En värdering av personalinvesteringar på det sätt vi nu visat kan också få skattemässiga konsekvenser.

Att ta upp investeringar i personal eller t.o.m. hela personalen som en tillgång i balansräkningen är ett gammalt klassiskt problem inom personalekonomin. Speciellt i amerikansk litteratur finns sedan nästan trettio år tillbaka gott om modeller för hur detta skulle kunna göras. De flesta av dessa är mycket mer långtgående än ovanstående. Diskussionen om det riktiga, det lämpliga och det praktiska i att göra detta har också varit omfattande. Troligen kan till exempel chefers benägenhet att investera i personalen påverkas om möjlighet skapas att behandla dessa investeringar som tillgångar i balansräkningen.

2.4 Implementering av personalekonomiska beräkningar – effekter

i har ovan hävdat att:

- personalekonomiska frågeställningar är centrala i alla organisationer
- personalekonomiska beräkningar är en relativ ny företeelse under utbredning
- personalekonomiska beräkningar kan användas för att belysa personalekonomiska frågeställningar, antingen som underlag för beslut och handling eller för att analysera hittills dåligt uppmärksammade problem.

Vi har också givit idéer och exempel på hur kalkyler, redovisning och nyckeltal kan utformas. Slutligen har vi hävdat att vid användning av kalkyler, redovisning och nyckeltal är beteendeaspekten väl så viktig som (och kanske viktigare än) avbildningsaspekten.

Vad vet man då om personalekonomiska beräkningar? Blir det någon skillnad om det personalekonomiska perspektivet förstärks? Påverkas beslut? Påverkas åtgärder? Påverkas verksamheten?

I litteraturen finns sedan slutet av 70-talet ett dussin experiment avseende beslutspåverkan av personalekonomiska beräkningar[9]. Grovt sammanfattat visar dessa experiment att beslutsfattandet påverkas. Forskarna som genomfört experimenten drar slutsatsen att de personalekonomiska beräkningarna är relevanta och användbara som beslutsunderlag.

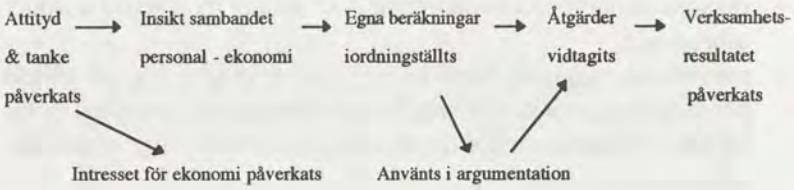
I Sverige genomfördes för några år sedan ett experiment med dels chefer, dels redovisningsstudenter som försökspersoner[10]. Försökspersonerna ombads rangordna tre olika rekryteringsstrategier för att trygga försörjningen av auktoriserade revisorer inom en stor revisionsbyrå. Studien visade att besluten ändrades med tillkomsten av personalekonomisk information samt att beslutsfattarna kände sig säkrare i sitt beslutsfattande med denna information än utan.

[9] Johanson & Nilson 1990

[10] Johanson & Nilson 1990

I en annan undersökning[11] studerades effekter i den vardagliga arbetssituationen för ett antal chefer inom sjukvården. Hos de flesta som deltog i studien hade uppmärksamhet, attityder, tankesätt och agerande påverkats. Agerandet hade i viss utsträckning också påverkat verksamhetsresultatet.

Effekterna kan förenklat beskrivas med hjälp av följande bild:



Kontakten med personalekonomiska beräkningar påverkade alltså uppmärksamheten. Attityder och tankesätt påverkades på två olika sätt: dels så att man såg en koppling mellan personal och ekonomi på ett sätt som man inte sett tidigare, dels så att intresset för och förståelsen av ekonomi i allmänhet ökade.

Agerandet påverkades på tre olika sätt. För det första genomförde personerna egna personalekonomiska beräkningar. Vidare användes vissa beräkningar som underlag för argumentationen. Slutligen ledde vissa av beräkningarna till åtgärder. Åtgärderna kunde i några fall kopplas direkt till verksamhetsresultaten.

Likartade effekter redovisas i en studie av organisatoriskt lärande av personalekonomiska beräkningar[12]. Under 1993 och 1994 följdes implementeringen av personalekonomisk kalkylering och redovisning vid två enheter inom Ericssonkoncernen, en fabrik och en programvaruutvecklingsenhet, samt inom Luleå kommuns socialförvaltning. Chefer på olika nivåer utbildades i personalekonomi. Dessutom undanröjdes vissa administrativa hinder för att iordningställa personalekonomiska redovisningar. Deltagarna iordningställde sedan under handledning personalekonomiska kalkyler på några, i

[11] Johanson 1992

[12] Johanson & Nilson 1995

vissa fall mycket omfattande, förändringsprojekt. Dessutom upprättades personalekonomiska redovisningar. Erfarenheterna var något olika på de tre platserna som jämfördes. Ett gemensamt drag var dock att de flesta och arbetsledare har påverkats av personalekonomiprojektet. Många har fått aha´–upplevelser och insett ett samband mellan personalåtgärder och ekonomiskt utfall som man inte insett tidigare.

....Jag tänker på ett annat sätt. Vad är det här värt...vad får det kosta? Det har varit en utveckling för mig....
....Jag tar ej upp frågor idag utan att först tänka efter hur jag strategiskt skall få fram pengar. Var skall jag täcka? Vilka pengar sparar jag hem? Jag går till budgeten. Det har jag aldrig gjort tidigare. ...

Andra har haft detta samband klart för sig. ...jag har alltid tyckt att personalen är mer värdefull än maskiner och nu genom projekt Valter har vi fått ett verktyg....

För dem har de nyvunna kunskaperna i personalekonomiska beräkningar inneburit att de nu fått ett verktyg för att synliggöra sambandet.

Det finns idag en medvetenhet som inte fanns tidigare om att det går att räkna på personalåtgärder

.... Vi har lärt oss att det går ju faktiskt att räkna på allting. Vi hade inte med människan tidigare....

Det finns också åtskilliga exempel på hur verksamheten påverkats av framför allt de kalkyler som iordningställts.

Efterfrågan från överordnad chef framgår också mycket tydligt på alla tre platserna som en kanske avgörande faktor för att användningen av personalekonomiska beräkningar inte ska bli en parentes.

... Vi gör bara vad som efterfrågas...tråkigt, men det är det som belönas ....

Detta leder i sin tur till slutsatsen att om personalekonomi ska införas med framgång är det viktigt att synsätt och metoder är förankrade i ledningen.

2.5 Personalekonomiska beräkningar – några slutord

Personalekonomiska beräkningar i sig löser inga problem med hushållning av mänskliga resurser. Deras syfte är att få upp personalfrågorna på dagordningen, att behandla personalfrågor också som viktiga ekonomiska problem, kanske de viktigaste för organisationen.

För att upprätta kalkyler eller personalekonomiska bokslut behövs basdata. Till största delen torde dessa finnas i existerande informationssystem (verksamhetsstatistik, ekonomisystem, personaladministrativa system). I den mån de ej finns (t.ex. inskolningstider) behöver de registreras. Ett stort problem är dock, och detta har inte bara med personalekonomiska beräkningar att göra, att även om data finns i olika system, har ofta chefer och andra handläggande tjänstemän svårt att ta fram informationen ur systemen. Modeller för personalekonomiska beräkningar finns men kan behöva anpassas till den egna verksamheten.

En förutsättning för att personalekonomiska beräkningar görs och används är att det finns ett ekonomiskt ansvar, engagemang och efterfrågan inom organisationen. Saknas detta torde personalekonomiska beräkningar bli en dagslända.

Personalekonomiska beräkningar löser inga moraliska problem kring personalfrågor. Möjligen skapas i stället nya, om det är den underförstådda rationaliteten och nyttotänkandet som skall tillåtas dominera. Personalekonomiska beräkningar kan alltså skärpa behovet av en fast personalpolitik.

Personalekonomiska beräkningar ger uttryck för en slags reduktionism eller grov förenkling av verkligheten. Detta är ju delvis poängen med beräkningarna: att förenkla komplexa problem i syfte att försöka göra dem hanterbara. Men är det rimligt att förkasta goda men komplicerade modeller till förmån för enkla? Är det rimligt att arbeta med välstrukturerade deterministiska modeller när världen mer kan liknas vid ett kaos?

En annan fara är risken för kortsiktighet. Endast sådana personalåtgärder som ger positiva effekter på kort sikt vidtas. Den risken finns i allt ekonomiskt tänkande med korta intervaller mellan resultatrapporter och uppföljning.

Det finns många som argumenterar mot användningen av personalekonomiska beräkningar av etiska skäl. Men det finns också många som argumenterar för personalekonomi av samma skäl. Förmodligen

kan dessa åsiktsskillnader aldrig förenas. Troligtvis är det så att personalekonomiska beräkningar helt enkelt kan användas på olika sätt, precis som brödkniven. Men vad vi inte har kunskap om är om en konsekvent användning av personalekonomi leder till någon form av värderingsförskjutningar inom en organisation. Hur vill man använda sig av och hur *använder* man sig av personalekonomiska argument? Ytterligare kunskap inom detta område är viktig för personalekonomins vidare utveckling.

Många organisationer har gjort personalekonomiska beräkningar av olika slag. Oftast har de dock genomförts som avgränsade projekt, skilda från de traditionella ekonomiska processerna. Om personalekonomiska beräkningar betraktas som värdefulla måste målsättningen vara att integrera dem i den dagliga verksamheten.

Än en gång förtjänar påpekas att personalekonomiska beräkningar löser inga problem avseende förebyggande eller rehabiliterande insatser. Beräkningarnas roll är att lyfta fram frågorna på dagordningen och att belysa olika möjliga handlingsalternativ. Vad som är lyckade förebyggande och rehabiliterande åtgärder varierar troligen mellan olika arbetsplatser. Ofta torde det vara ett paket av åtgärder, till exempel förändring av arbetsorganisation och arbetsmetoder, kompetensutveckling, direkt rehabiliterande insatser m.m. (Jfr studien av Arbetslivsfondens arbetsplatsprogram med rehabiliteringsinslag, som redovisas nedan.)

3 Förslag till förstärkning av det personalekonomiska perspektivet

Om tanken är att få arbetsgivare att öka satsningarna på förebyggande och rehabiliterande åtgärder genom att förstärka det personalekonomiska perspektivet ser vi, som sagts inledningsvis, följande tre problemområden: incitamentsproblemet, kunskapsproblemet och åtgärdsproblemet. Vi ska behandla varje problemområde och för vart och ett ge idéer om åtgärder.

3.1 Incitamentsproblemet

Nästan alla organisationer anpassar sig till de (ekonomiska) spelregler som gäller. Om någonting för en organisation är kostsamt eller dyrt, blir det också vanligen viktigt för organisationen. Det blir det dels för att det vanligen är den ekonomiska logiken som styr organisationen, dels för att (ekonomi-)systemen fångar upp det som är dyrt.

Det innebär helt enkelt att om frånvaro blir dyrt för organisationen, ökar incitamenten att vidta åtgärder mot den. De ekonomiska incitamenten kan vara starkare än legala, om brott mot lagar och förordningar leder till ringa påföljd. För att öka sannolikheten att problem åtgärdas, är ett medel att förstärka de ekonomiska incitamenten, dvs. att göra åtgärden mer lönsam för organisationen.

Vid till exempel sjukdom betalar den enskilde individen en viss självrisk. Så länge arbetsgivaren betalar sjuklön finns, för denne, en motsvarighet. När försäkringskassan övertar betalningsansvaret bortfaller emellertid "självrisken", som vi har sett under avsnitt 2.2 ovan. Ett sätt att motverka detta skulle kunna vara att låta arbetsgivaren betala arbetsgivaravgift (kanske till och med förhöjd sådan) även på löner till personal vars sjuklön bekostas av försäkringskassan under till exempel en treårsperiod efter det att betalningsansvaret övergått till försäkringskassan. Utgångspunkt för beräkning av arbetsgivaravgiften kan vara den lön som den anställde hade när försäkringskassan övertog betalningsansvaret.

Självfallet föreligger också risker att förstärka incitamentsstrukturen. Konsekvensen kan bli icke önskvärda effekter eller beteenden. En del menar att företag endast skulle anställa personer med en historiskt mycket låg sjukfrånvaro. Denna risk bedömer vi som överdriven. Normalt anställs en person därför att personen behövs, är lönsam för organisationen. Sannolikt anställs den, till synes, bästa av de sökande. Sjukfrånvaro är bara en av en mängd bedömningskriterier. Att ett företag inte skulle anställa någon alls med hänvisning till frånvaroproblem bedömer vi som rena undantagsfall.

3.2 Kunskapsproblemet

Kunskaperna om sambanden mellan personalåtgärder av olika slag och organisationens ekonomi har i flera av de studier som refererats i avsnittet 2.4 ovan visat sig vara anmärkningsvärt svagt bland

chefer på olika nivåer. Även om det ur en objektiv synpunkt finns ekonomiska incitament för att försöka reducera sjukfrånvaron och därmed undvika framtida rehabiliteringsbehov, är det långt ifrån säkert att detta uppfattas av arbetsgivaren.

Det kan handla om att (1) arbetsgivaren inte har kunskaper om vad sjukfrånvaron kostar. Men det kan också handla om att (2) arbetsgivaren inte har kunskaper om vilka effekter olika insatser, för att minska sjukfrånvaron, brukar leda till. Vi ska behandla båda dessa kunskapsproblem och i anslutning härtill ge idéer om åtgärder.

3.2.1 Kunskaper om sjukfrånvarons kostnader

Bristande kunskap om vad sjukfrånvaron egentligen kostar kan dels handla om att arbetsgivaren inte brukar, eller saknar en modell, för att räkna på detta. Men det kan också handla om att informationssystemen inte i detalj är upplagda så att cheferna i organisationen förses med ändamålsenlig information. Sjuklönekostnader kanske inte särredovisas i bokföringen. En samlad bild av kostnader för ersättare kan också saknas. Sjuklönestatistiken kanske är av så tvivelaktig kvalitet att den inte används.

Arbetsgivarna skulle kunna avkrävas att i sina årsredovisningar avrapportera (1) sjukfrånvarokostnad per frånvarotimme som bekostas av dem, (2) kostnad för ersättare på grund av sjukdom per frånvarotimme som bekostas av arbetsgivaren samt (3) en notering om produktionsstörningar uppstått.

I kostnadsberäkningarna bör hänsyn tas till kostnader för sjuklön, semesterersättning och arbetsgivaravgifter. Lönekostnaderna för ersättare borde inte vara svårt att uppge. Lönekostnader registreras ju alltid. Kostnader för produktionsstörningar är däremot betydligt svårare att skatta. Därför skulle dessa kunna skattas i en tregradig skala; inga alls, vissa, mycket omfattande.

Framtagning av de nu föreslagna nyckeltalen ökar rimligen kunskapen om vad sjukfrånvaron egentligen kostar. Om data blir offentligt tillgängliga möjliggörs jämförelser med andra organisationer. Detta borde kunna skapa förutsättningar för ett mer totalt kalkylerande hos den enskilda arbetsgivaren där även till exempel produktionsstörningar skattas i överensstämmelse med modellen över "totala kostnader" ovan.

3.2.2 Kunskaper om sannolika effekter av åtgärder

Utvärderingar av olika personalåtgärder är sällsynta. Ännu mer sällsynt är att utvärderingar kombineras med ett ekonomiska perspektiv. Även om ekonomiska utvärderingar är gjorda är det långt ifrån säkert att den enskilda arbetsgivaren och chefen har kunskap om detta. För att visa vad vi menar ska vi exemplifiera med två områden, personalekonomiska utvärderingar av hälsovårdsprogram samt av Arbetslivsfondens verksamhet.

Personalekonomiska utvärderingar av hälsovårdsprogram

Medicinska utvärderingar av hälsovårdsprogram av olika slag är inte alls ovanliga. Det är däremot ganska ovanligt att sådana utvärderingar kompletteras med ett ekonomiskt perspektiv.

Exempel: I tre studier[13] har man funnit att anställda som motionerar regelbundet har lägre sjukfrånvaro än de som inte gör det. I en av studierna[14] konstateras också att korttidssjukfrånvaron minskar med stigande ålder medan långtidssjukfrånvaron ökar. I denna studie redovisas resultaten från en undersökning bland 1313 anställda i åldersgruppen 50 – 59 år på Saab-Scania i Linköping. Man fann att sjukfrånvaron var lägre bland tjänstemän som motionerar regelbundet. När fysisk inaktivitet kombinerades med andra riskfaktorer som över/undervikt och kondition blev skillnaden ännu större. Tre gånger så stor bland de riskfaktorbelastade.

Inte i någon av dessa studier har kostnadsbesparingarna av den lägre sjukfrånvaron beräknats.

Av 24 publicerade vetenskapliga utvärderingar av hälsovårdsprogram under åren 1980–1991 indikerade alla positiva hälsofördelar[15]. Endast i några av dessa utvärderingar analyserades ekonomiska effekter för arbetsgivaren. I de fall detta skett har dock lönsamheten

[13]Cox, Shepard, Corey (1981), Shepard, Cory, Renzland, Cox (1982) samt Anderson 1987

[14]Andersson 1987

[15]Pelletier 1993

visat sig god. Man fann i en av dessa studier[16] att ett mångsidigt hälsovårdsprogram för varje satsad dollar gav 2,05 dollar tillbaka efter två år p.g.a. lägre kostnader för sjukfrånvaro. Hälsovårdsprogrammet genomfördes vid 41 arbetsplatser med 29 315 anställda. Dessa jämfördes med en kontrollgrupp på 14 573 anställda vid 19 arbetsplatser. Programmet startades med en hälsoprofilbedömning. Därefter genomfördes individuellt anpassade åtgärder för rökavvänjning, viktminskning, stresshantering m.m. Antalet sjukfrånvarodagar hade efter två år minskat med 14,0% på de arbetsplatser som genomfört hälsovårdsprogrammen jämfört med 5,8% på kontrollarbetsplatserna.

Ekonomiska utvärderingar av det slag som nu nämnts är alltså sällsynta, och om de gjorts, är kunskapen om dem dåligt spridd.

Utvärdering av Arbetslivsfondens arbetsplatsprogram med rehabiliteringsinslag

Flera studier som gjorts av Arbetslivsfondens verksamhet har visat att den företagsekonomiska lönsamheten i såväl förebyggande satsningar som tidig rehabilitering varit god.

I en av dessa utvärderingar[17] var syftet att få svar på frågan om vilket ekonomiskt resultat som uppnåtts med rehabiliteringsprojekt som delvis finansierats av Arbetslivsfonden? Med rehabilitering avsågs inte bara att återföra människor i arbete utan också att förebygga utslagning. De s.k. arbetsplatsprogram som undersöktes bestod i regel av ett helt paket av åtgärder t.ex. ändring av arbetsmetoder och -organisation, kompetensutveckling, investeringar i utrustning samt direkt rehabiliterande åtgärder.

Bland arbetsplatsprogram som avslutats före 1 september 1994 gjordes ett slumpmässigt urval. Urvalet omfattade 120 organisationer (offentliga och privata, små och stora). Resultatansvariga chefer med kännedom om programmet intervjuades om insatser och effekter. (Bortfallet var 12 organisationer.)

De beräkningar som gjordes av insatser och effekter bygger på data hämtade från produktions- eller försäljningsstatistik, från den

[16]Bertera 1990

[17]Johanson 1995

ekonomiska redovisningen samt från personaladministrativa informationssystem. Sambandet mellan insats och effekt har dock skattats av uppgiftslämnarna.

Beräkningarna sammanställdes i form av pay-off kalkyler. Dvs man försökte bedöma hur lång tid det tar innan investeringen är återbetald.

Pay-off-tiden varierar stort för de studerade programmen. Medianvärdet är 3,0 år. Hälften av arbetsplatsprogrammen har alltså haft en kortare återbetalningstid än 3 år. Gränsen för den undre respektive den övre kvartilen är 1,4 respektive 9,3 år.

Pay-off-tiden är beräknad utifrån total investering i programmet och dess positiva och negativa effekter av programmet. I vissa fall har investeringen inte hunnit ge full effekt vid mättillfället. Förväntade effekter är alltså inte medtagna. I andra fall kan effekten tänkas avklinga vilket innebär att investeringen inte får en sådan pay-off tid som beräkningarna anger.

Produktivitetseffekterna har prissatts baserat på kostnaden för lön och sociala avgifter. Prislappen på plussidan är alltså i normalfallet lågt räknad. Detta betyder att pay-off-tiden snarare är underskattad än överskattad.

Observera dock att det mycket väl kan finnas exempel på lyckade satsningar även om en rimlig återbetalningstid inte är uppnådd. De kan vara lyckade:

därför att produktivitetseffekten kan mätas på ett annat sätt
därför att investeringen ännu inte hunnit ge återbäring
ur ett samhällsekonomiskt perspektiv
ur ett annat perspektiv än ett ekonomiskt

På motsvarande sätt kan vi hitta exempel på program som kanske inte kommer att uppvisa den pay-off tid som bedömts som trolig p.g.a. att effekten av investeringen kommer att avklinga mer än beräknat.

Är 3 år en kort eller lång pay-off tid för immateriella investeringar? Frågan är svår att besvara, men uppgiftslämnarna i studien anser att 3 år är tillfredsställande kort tid.

Den dominerande effekten har varit produktivitetseffekten. Den är vanligast (68% anger denna effekt), den är störst, den har den största andelen som tillskrivs arbetsplatsprogrammet (medelvärde 72%) och uppgiftslämnarna är säkrare i sin bedömning av den än effekterna på sjukfrånvaron (medelvärde 76%)

Dessa resultat kan jämföras med ett par andra studier av Arbetslivsfondens verksamhet som gjorts.

I en av studierna utvärderades Arbetslivsfondens insatser i organisationer med färre än 50 anställda[18]. Detta gjordes dels genom djupintervjuer med ett mindre antal organisation som fått respektive inte fått bidrag dels med hjälp av en enkät till 450 organisation som fått eller inte fått bidrag. Småföretagarna ansåg att 60% av satsningarna på arbetsmiljön lett till en bättre produktivitet.

I den andra studien[19] undersöktes sambandet mellan arbetsutveckling genom arbetsplatsprogram som fått bidrag av Arbetslivsfonden och produktivitetsförändringar. 1500 program som tilldelats mer än 26 tkr i bidrag valdes slumpmässigt. Bland dessa genomförde SCB under våren 1994 en enkätstudie.

80% av de som svarat ansåg sig ha haft produktivitetsförbättringar. Av dessa ansåg 69% att förbättringen i mer eller mindre grad berodde på de fondstödda projekten.

Även i dessa två studier finns alltså klara samband mellan arbetsmiljöinvesteringar och produktivitet.

Småföretagarna tillfrågades också om sambandet mellan förändringar av sjukfrånvaron och arbetsplatsprogrammen. Ca 50% av de tillfrågade tror att förändringen av sjukfrånvaron under programperioden beror på arbetsplatsprogrammen.

I "rehabiliteringsstudien" är frågan något annorlunda ställd. De tillfrågade har ombetts bedöma hur stor andel av förändringen av korttids- respektive långtidssjukfrånvaron som beror på arbetsplatsprogrammet på deras arbetsplats. I genomsnitt ansågs 35% av förändringen i korttids- och 29% av förändringen i långtidssjukfrånvaron bero på arbetsplatsprogrammet. Detta innebär att sjukfrånvaron minskat med 15% som en följd av arbetsplatsprogrammen. Minskningen var störst på arbetsplatser som hade hög sjukfrånvaro innan arbetsplatsprogrammet startade. Immateriella investeringar gav större minskning av sjukfrånvaron än materiella.

I studien sökte man också svar på frågan om vad som utmärkt de arbetsplatsprogram som givit ett bra ekonomiskt resultat. Med hjälp av statistiska korrelationsberäkningar fann man att pay-offtiden var

[18]Alpenberg/Karlsson 1994

[19]Brulin/Nilsson 1994

kortare inom offentliga sektorn jämfört med den privata. Dessutom är spridningen mindre inom offentlig sektor.

Det visade sig också att ju större andel kvinnor och ju fler berörda av ett arbetsplatsprogram desto kortare pay-offtid. Slutligen visade det sig att ju större minskning av sjukfrånvaron desto kortare pay-offtid.

Slutsatsen är att pay-off-tiden varit kortast på arbetsplatser inom offentlig sektor. Här har det funnits stora grupper med hög långtidssjukfrånvaro före programmets start och med hög andel kvinnor. Stora arbetsplatsprogram av immateriell karaktär har genomförts. Dessa program har haft en kort pay-off tid.

I en extra intervjuomgång besöktes de organisationer som hade kortast respektive längst pay-off tid (sammanlagt drygt 40 st) för att fånga upp eventuella ytterligare faktorer av kvalitativ art som kunde skilja mellan de med kortast respektive längst pay-off tid.

Den enda skillnad som kunde identifieras var att organisationer med kort pay-offtid i större utsträckning haft en organisatorisk beredskap att genomföra ett arbetsplatsprogram. Vid arbetsplatsprogrammets start var de redan inne i någon form av organisatorisk förändringsprocess.

I samband med besöksintervjuerna försökte man också kartlägga Arbetslivsfondens roll.

Pengarna tillsammans med Arbetslivsfondens krav på ansökan, tidplan och avrapportering har varit viktiga för att starta och driva på arbetsplatsprogrammen. De flesta organisationer uppger att de skulle ha genomfört programmet även utan stöd från Arbetslivsfonden men att det hade tagit längre tid eller bara genomförts delvis.

Vid sidan av de kalkylmässiga effekterna har arbetsplatsprogrammet bidragit till en ökad kunskap om arbetsmiljöfrågor.

Sammanfattningsvis framgår av forskningsrapporten att arbetsplatsprogrammen har bidragit till sänkt sjukfrånvaro, ökad produktivitet och ökade kunskaper om en bra arbetsmiljö. Satsningarna har återbetalats under en ganska kort tid. Det är framförallt stora omfattande satsningar med hög andel kvinnor inom den offentliga sektorn som fallit väl ut.

Intresset bland de undersökta organisationerna att medverka vid sammanställningen av efterkalkylerna var mycket stort troligtvis beroende bl.a. på att de själva inte gjort någon liknande kalkyl. Detta kan ses som en indikation på bristande kunskap att göra personalekonomiska kalkyler, dvs. kunskapsbrist (1) som vi pekade på i början av detta avsnitt.

Effekterna av insatserna har överraskat många uppgiftslämnare och bidragit till en ökad kunskap om arbetsmiljöinsatser. Detta är en indikation på kunskapsbrist (2) i början av detta avsnitt.

Några idéer om åtgärder ur ett personalekonomiskt perspektiv

Kunskapen om personalekonomiska effekter av olika åtgärder för att befrämja hälsa och minska sjukfrånvaro är troligtvis mycket begränsad bland chefer i allmänhet vilket inte är särskilt konstigt. Delvis beror detta på att personalekonomiska utvärderingar knappast gjorts. Delvis på att kunskapen om det som gjorts inte är spridd. Forskning inom området borde stimuleras och forskningsmedel tillföras. Men ett villkor för att få forskningsmedel borde också vara att forskningsresultaten görs populärt tillgängliga och kan spridas till chefer i allmänhet. För varje forskningskrona som avsätts till en utvärdering borde en viss summa också avsättas till någon lämplig distributör av kunskapen (till exempel Försäkringskasseförbundet eller Arbetarskyddsnämnden) med krav att utforma ett lättillgängligt skriftligt material kombinerat med föreläsningsserier.

För att stimulera en enskild arbetsgivare kunde ett krav på en förkalkyl kopplas till kravet på rehabiliteringsplan. Ersättning skulle kunna betalas från försäkringskassan till den enskilde arbetsgivaren när denne presenterat en efterkalkyl på rehabiliteringen. För att granska kalkylerna och ge vissa arbetsgivare bistånd i kalkylerandet krävs troligen att försäkringskassorna tillförs kompetens.

3.3 Åtgärdsproblemet

Även om såväl incitament som kunskaper skulle finnas är det i alla fall inte säkert att åtgärder kommer tills stånd. Varför? Vad krävs ytterligare? Vem behöver påverkas?

Organisationer är inte människor. Organisationer består av grupper av människor. För att förändra organisationers beteende torde det vara viktigt att skapa en efterfrågan på det nya beteendet. (Detta framgick också i en av de studier som redovisades under avsnitt 2.4 ovan) Cheferna har en viktig roll. Ju högre chefer desto viktigare. Men människor styrs av vanor. Största delen av vårt handlande är vanemässigt. En del av det vanemässiga handlandet är de ekonomiska ritualerna; kostnader konteras, ekonomiska rapporter produceras, resultatansvariga chefer läser rapporten om det senaste budgetut-

fallet, rapporten diskuteras först på dagordningen vid ledningsgruppsmötet, ansvarig chef ombeds förklara avvikelser, korrigerande åtgärder diskuteras. Ett sätt att få in personalekonomin i det vanemässiga handlandet är att tydliggöra personalekonomiska data i den löpande ekonomiska redovisningen.

Om emellertid det vanemässiga handlandet ska brytas krävs något mer. Kunskapen om att det finns ett alternativ måste skapas. Det har vi redan diskuterat. Incitament för att ändra beteende måste finnas. Det har vi också diskuterat. Frågan är om det räcker med att arbetsgivaren får betala arbetsgivaravgifter även för personal vars sjuklön betalas av försäkringskassan, som vi tidigare föreslagit. Låt oss ta en parallell med att flytta sina sparpengar till en annan bank med högre ränta . Incitamentet finns. Vi har kunskapen och engagemanget om vår egen privatekonomi, men kommer ändå inte till skott. Kanske någon form av premie kan få oss att byta bank? Vad får oss att byta tandkrämsmärke?

I utvärderingen av Arbetslivsfonden som presenterats ovan visade det sig att det fanns en enda gemensam faktor bland alla organisationer som intervjuats när det gällde att starta arbetsplatsprogrammet, nämligen *pengarna från Arbetslivsfonden*. Trots att kunskapen fanns om att arbetsmiljön var dålig och produktiviteten låg var det pengarna som gjorde att man verkligen startade. De flesta organisationer hävdade att de nog hade kommit igång i alla fall, men senare eller i mindre omfattning. Detta är dock inte självklart. Det är en stor skillnad mellan en avsiktsförklaring och att verkligen genomföra en avsikt.

Penningbidraget var i genomsnitt ungefär en tredjedel av den beräknade totala kostnaden för arbetsgivaren.

Genomförandet av arbetsplatsprogrammen har bidragit till ökade kunskaper om och förändrat handlande när det gäller arbetsmiljöfrågor. Starkt förenklat kan man säga att det vanemässiga handlandet kring arbetsplatsens hälsofrågor med Arbetslivsfondsbidragets hjälp ersatts av ett nytt handlingsmönster som troligen blir vanemässigt så länge inte någon annan händelse bryter det.

För att ett nytt handlingsmönster ska bli bestående krävs också intern efterfrågan. Överordnad chef kan i stor utsträckning påverka denna efterfrågan. Dvs., som antyddes inledningsvis i detta avsnitt, den högste chefen bör på något vis påverkas att tänka och efterfråga personalekomiska beräkningar och personalekonomiskt handlande.

En idé skulle kunna vara att ge möjlighet för arbetsgivare att efter ansökan få en premie på exempelvis en femtedel av de totala

kostnaderna för förebyggande insatser ämnade att minska ohälsa och sjukfrånvaro. I ansökan ska finnas en förkalkyl och innan beloppet utbetalas ska en efterkalkyl iordningställas. Försäkringskassorna kanske kan sköta hanteringen?

Att införa krav på tre nya uppgifter i årsredovisningen, som vi föreslagit ovan, torde innebära att frågorna kan få större uppmärksamhet av organisationens ledning och styrelse. Analogt med vad vi tidigare sagt räcker detta inte för att förändra beteende. Kunskap och igångsättningsmotiv måste också till. En ide skulle kunna vara att utbilda ett antal rehabiliteringshandläggare från försäkringskassorna så att de under till exempel en halvtimme vid ett personligt besök hos ledningen för organisationer över en viss storlek, kan ge information om hela det åtgärdspaket för att motverka ohälsa som vi föreslagit i denna rapport.

4 En sammanfattning av idéer om åtgärder ur ett personalekonomiskt perspektiv

Vi har i denna rapport försökt belysa hur den allmänna ohälsoförsäkringen skulle kunna utformas för att förstärka det personalekonomiska perspektivet. Vi har diskuterat tre olika problemområden och givit idéer om åtgärder. Problemområden och åtgärdsförslag kan sammanfattas enligt följande:

Incitamentsproblemet:

1. Arbetsgivaravgift på lönen betalas även under perioder som bekostas av försäkringskassan till och med tre år efter sjuklönen från arbetsgivaren upphört.

Kunskapsproblemet:

2. Krav på arbetsgivaren att i årsredovisningen rapportera: sjukfrånvarokostnad per frånvarotimme som bekostas av dem, kostnad för ersättare på grund av sjukdom per frånvarotimme som bekostas av arbetsgivaren samt en notering om produktionsstörningar uppstått.
3. Stimulans av forskning kring och kunskapsspridning av personalekonomiska utvärderingar av hälsobefrämjande åtgärder.

4. Krav på för- och efterkalkyler från arbetsgivarens sida för att få rehabiliteringsplan godkänd respektive få ersättning från försäkringskassan för rehabiliteringsåtgärder.

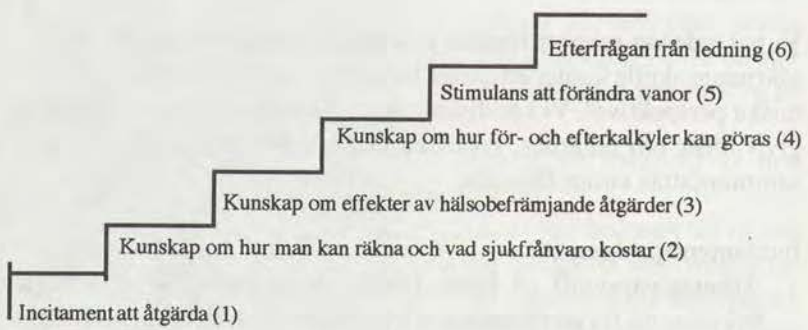
Åtgärdsproblemet:

5. Penningbidrag till förebyggande insatser.
6. Personlig information till organisationsledningar och styrelser.

När det gäller riktigt små företag är det troligen så att kunskapsproblemet är annorlunda än den utgångspunkt vi haft i denna rapport. Medvetenheten om såväl sjukfrånvaron som sjukfrånvarons påverkan på produktiviteten m.m. finns troligen i regel. Därmed skulle punkt 2 ovan bortfalla.

Vi har utgått från att chefers agerande inom en organisation till stor del utgörs av ett vanemässigt handlande. För att ändra detta så att ohälsa motverkas i större utsträckning krävs antagligen ett helt paket av åtgärder. Väl medvetna om att sambanden inte är enkla och sekventiella väljer vi dock att visualisera åtgärderna med hjälp av en trappa.

Siffrorna inom parentes hänvisar till åtgärdsförslagen ovan.



Varje trappsteg som tas ger troligen en större utdelning i form förändrat agerande från arbetsgivarnas sida när det gäller att vidta förebyggande och rehabiliterande åtgärder.

Våra idéer kan inte på varje punkt förankras i forskning eftersom forskning saknas på många områden. På de punkter där forskning saknas är de förankrade i erfarenhet från halvannat decenniums arbete med praktiska personalekonomiska frågeställningar på organisationsnivå.

5 Litteraturreferenser

Andersson, G. The importance of exercise for sick leave and perceived health. Linköping University Medical Dissertations, no 245, 1987

Alpenberg, J., Karlsson, F. En utvärdering av Arbetslivsfondens satsningar på småföretag. Centrum för Småföretagsutveckling, Högskolan i Växjö, 1994.

Assi Domän Skog & Trä AB. Året som gått 1994.

Bertera, R.L. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in large industrial population. American Journal of Public Health, 80, 1101–1105, 1990.

Brulin, G., Nilsson, T. Arbetsutveckling och förbättrad produktivitet. Arbetslivsfonden, 1994

Cox, M., Shepard, R.J., Corey, P. Influence of an employee fitness programme upon fitness, productivity and absenteeism. Ergonomics no 24, pp 795–806, 1981

Enstam, N., Johanson, U. Nilson, M. Sätt pris på förändringen. Sveriges Verkstadsindustrier. 1995.

Gröjer, J-E., Johanson, U. Personalekonomisk redovisning och kalkylering. Andra upplagan. Arbetarskyddsnämnden, Stockholm 1996. (Engelsk version: Human resource costing and accounting)

Johanson, U. Personalekonomiska beräkningar – påverkar de? Personalekonomiska Institutets Skriftserie nr 92:1B, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet, 1992.

Johanson, U. Sänkt sjukfrånvaro och snabb återbetalning. En företagsekonomisk utvärdering av rehabiliteringsprogram delvis finansierade av Arbetslivsfonden. Arbetarskyddsnämnden 1995.

Johanson, U & Johrén, A. Personalresurser. Ett arbetsmiljöekonomiskt perspektiv. Arbetarskyddsnämnden, Stockholm, 1996

Johanson, U., Nilson, M. Personalekonomiska beräkningar och beslutsfattande. Personalekonomiska Institutets Skriftserie nr 90:2, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet, 1990.

Johanson, U., Nilson, M. Personalekonomi och organisatoriskt lärande. Personalekonomiska Institutets Skriftserie, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet, 1995.

Luftfartsverket. Personalekonomi 1994.

Pelletier, K. A Review and Analysis of the Health and Cost-Effective Outcome Studies of Comprehensive Health Promotion

and Disease Prevention Programs at the Worksite. American Journal of Health Promotion, Vol. 8, No. 1, 1993.
Shepard, R.J., Corey, P., Renzland, P., Cox, M. The influence of an employee fitness and lifestyle modification program upon medical care costs. Canadian Journal Publ Health, no 73, pp 259-263, 1982
Sjuk- och arbetsskadekommittén, Försäkringsskydd vid sjukdom. SOU 1995:149.
SOU 1991:82. Drivkrafter för produktivitet och välstånd.
Telia AB. Personalekonomiskt bokslut 1994.

Avtalsrelaterade trygghetssystem vid sjukdom, arbetsskada och förtidspension

Per Gunnar Edebalk, Ann-Charlotte Ståhlberg, Eskil Wadensjö

Innehåll

Förord *129*

1. Drivkrafter bakom kollektivavtalsgrundade försäkringar (Per Gunnar Edebalk) *131*
1.1 Inledning 131
1.2 Avtalslösningar i början av 1950-talet 133
1.3 Upptakten 1955-1960 134
1.4 De nya avtalslösningarna 135
1.5 Aktörer och motiv 139
1.6 Sammanfattning 144
Referenser 146

2. Samspelet mellan avtals- och socialförsäkringar (Per Gunnar Edebalk och Eskil Wadensjö) *147*
2.1 Två interdependenta system 147
2.2 Staten, arbetsmarknadens parter och samspelet mellan socialförsäkringar och avtalsförsäkringar 150
2.3 Avtalsreglerade trygghetssystem i ett internationellt perspektiv 153
2.4 Den totala ersättningsnivån vid olika utfall 154
2.5 Effekter på graden av utnyttjande av olika socialförsäkringar 156
2.6 Riskdifferentiering eller omfördelning 157
2.7 Några slutsatser 159
Referenser 162

3. En belysning av några arbetsmarknadseffekter av avtalsförsäkringar (Eskil Wadensjö) *164*
3.1 Effekter på arbetsutbudet 164
3.2 Effekter på rörlighetsbenägenheten 172
3.3 Effekter på företagens rekryteringsbeteende 173
3.4 Effekter på lönebildningen 174
3.5 Några slutsatser 175
Referenser 177

4. Avtalssystemen ur jämställdhetssynpunkt (Ann-Charlotte Ståhlberg) *179*
4.1 Inledning 179
4.2 Olika dimensioner i försäkringssystemen 179
4.3 Enhetliga system 182
4.4 "Man tager vad man haver, sa Cajsa Warg" 183
4.5 Förmånsreglernas konsekvenser för kvinnor och män 184
4.5.1 Förtidspensionsreglernas konsekvenser 184
4.5.2 Sjukpenningreglernas konsekvenser .. 187
4.5.3 Kvinnor får ut mindre än män 188
4.6 Solidariska försäkringar 189
4.6.1 Kvinnors hälsa större än mäns 190
4.7 "Tar in på gungorna" 191
Appendix 193
Referenser 196

Förord

Det finns en efterfrågan på skydd vid olika typer av inkomstbortfall vid t ex sjukdom, arbetskada eller tidigt utträde ur arbetslivet. Det finns flera sätt att organisera ersättningen i sådana fall. I de flesta länder finns en blandning av offentligt organiserade, avtalsmässigt organiserade och privata lösningar. Den svenska lösningen kännetecknas dels av en hög täckningsgrad och ersättningsnivå från socialförsäkringssystemet, dels av ett närmast heltäckande system av kollektivavtalsgrundade försäkringar. Även flera andra länder har socialförsäkringssystem som ger hög kompensation och i vissa länder utgör avtalsförsäkringarna en större del av den totala ersättningen. Det unika för det svenska avtalsförsäkringssystemet är inte ersättningsnivåerna eller omfattningen av de totala kostnaderna utan att i stort sett alla är täckta av ersättningssystemet, främst genom avtal på fyra stora avtalsområden, (SAF-LO, SAF-PTK, staten, kommunerna).

En jämförelse mellan olika länder visar på mycket stora skillnader, där det inte går att finna något lätt genomskinligt mönster. Närliggande länder med i övrigt stora likheter vad gäller ekonomiskt och politiskt system kan ha helt olikartad utformning av avtalsförsäkringarna. För att kunna förstå varför vi har det system vi har måste vi studera framväxten av systemet. Det görs i kapitel 1 med tonvikt på ett av de fyra avtalsområdena LO-SAF-området.

Staten påverkar avtalsförsäkringarna på olika sätt – genom skatteregler, genom utformningen av de offentliga systemen och genom direkt reglering av ersättningsnivåer och andra villkor. I kapitel 2 behandlas denna form av påverkan från stat på avtalsförsäkringar men också hur avtalsförsäkringarna kan påverka utformningen av socialförsäkringssystemen.

Omfattningen av avtalsförsäkringarna gör att vi kan förvänta oss att de skall ha effekter i olika avseenden. I denna studie behandlar vi två typer av effekter: allokeringseffekter och fördelningseffekter.

I kapitel 3 behandlas vilka effekter man kan förvänta sig att avtalsförsäkringarna vad gäller arbetsskada, sjukdom och förtidspensionering kan tänkas ha på arbetsmarknaden. Främst behandlas effekter på arbetsutbudet, dels vad gäller arbetskraftsdeltagande, dels vad gäller antalet arbetade timmar för de som deltar i arbetslivet. I kapitlet analyseras också effekter på lönebildning, arbetskraftens rörlighet och företagens rekrytering.

I kapitel 4 behandlas en väsentlig fråga vad gäller avtalsförsäkringarnas fördelningseffekter, nämligen effekter på inkomstfördelningen mellan män och kvinnor. Försäkringarna på de fyra stora avtalsområdena vad gäller ersättningen vid förtidspension, sjukdom och arbetsskada undersöks.

Vi har haft mycket god nytta av synpunkter på tidigare versioner från ledamöter och sekretariat för Sjuk- och arbetsskadekommittén, från personer vid AMF och forskarkollegor. Vi svarar dock självklart själva för innehållet i studien.

Stockholm den 23 juni

Eskil Wadensjö

1 Drivkrafter bakom kollektivavtalsgrundade försäkringar

1.1 Inledning

Sociala förmåner baserade på kollektiva överenskommelser har blivit en viktig komponent i Sveriges totala trygghetssystem. Sådana kollektivsavtalsgrundade försäkringar, ofta kallade avtalsförsäkringar eller arbetsmarknadsförsäkringar, finns numera på hela arbetsmarknaden. Försäkringarna täcker olika slags risker och kan ses, och användas, både som alternativ och komplement till socialförsäkringssystemet. I detta kapitel skall jag beskriva och söka tydliggöra de drivkrafter som legat bakom tillkomsten av de moderna kollektivavtalsgrundade försäkringarna, särskilt då de som är relevanta vid sjukdom, arbetsskada och förtidspension.

Vi skall studera utvecklingen utifrån ett aktörsperspektiv. Framställningen koncentreras på LO och LO-SAF området men också andra större aktörer och arbetsmarknadsområden uppmärksammas. Koncentrationen på LO sammanhänger med att LO varit den dominerande aktören. De som arbetat inom LO-SAF området har, historiskt sett, normalt haft en sämre inkomsttrygghet än offentliganställda eller privatanställda tjänstemän. Kollektivavtalsbaserade trygghetslösningar, om än otillfredsställande, har visserligen funnits inom LO-området sedan sekelskiftet medan det för övriga grupper länge handlade om ensidiga arbetsgivarutfästelser. Stats- och kommunaltjänstemän fick exempelvis full kollektivavtalsrätt först vid mitten av 1960-talet. Ersättningsnivåerna har dock varit högre för andra områden än LO-området.

Att en facklig organisation engagerar sig i trygghetslösningar sammanhänger med att medlemmar, och potentiella medlemmar, efterfrågar försäkringsskydd. Det är i så fall realistiskt att utgå från att en facklig organisations mål inte bara uttrycks i termer av löner och arbetsförhållanden utan också så att organisationen eftersträvar en för sina medlemmar säker inkomst i försäkringsteoretisk mening. Olika lösningar är här möjliga: att påverka statsmakterna för att få en lösning lagstiftningsvägen, att genom förhandlingar med arbetsgivare få en avtalslösning eller att kollektivt försäkra medlemmarna i ett försäkringsbolag eller i en egen hjälpkassa. Avtals- och medlemsförsäkringar kan ligga på olika nivåer från företags/före-

ningsnivå via förbundsnivå till att omfatta i princip samtliga förbund.

Historien ger en provkarta på olika lösningar. I fackföreningsrörelsens barndom, i slutet av 1800-talet, var avtals- och lagstiftningsvägarna knappast farbara. Då sökte fackliga organisationer upprätta egna sjukkassor. Dessa fick emellertid svårt att hävda sig i konkurrens med redan etablerade sjukkassor. Sjukkasseintresset inom fackföreningsrörelsen dalade markant efter sekelskiftet. Detta sammanföll tidsmässigt med erkännandet av föreningsrätten och kollektivavtalsidéns definitiva genombrott. Det första kollektivavtalet hade i och för sig genomdrivits redan 1872 men först år 1896 hade det första riksavtalet slutits.

Innehållsmässigt var de första kollektivavtalen närmast att betrakta som "prislistor". Efter hand, speciellt påtagligt under 1890-talets sista år, intogs också andra arbetsförhållanden i avtalen. En sådan faktor var ersättning vid olycksfall i arbete. Sådan ersättning (inklusive läkar- och sjukvård) borde, menade man inom fackföreningsrörelsen, arbetsgivarna svara för. Speciellt uppsving fick olycksfallsersättningen efter 1901 års riksdagsbeslut som trädde i kraft 1903. I korthet innebar olycksfallslagen att ersättning skulle utgå med en krona per dag till den som drabbats av olycksfall i arbete efter en karenstid på 60 dagar. Inom fackföreningsrörelsen, där man i princip ställt sig positiv till en lagreglering, blev missnöjet stort med den magra ersättningen och speciellt då bristen på ersättning under karenstiden. Det inte lagen ålägger arbetsgivarna, så resonerade man, måste genomdrivas avtalsvägen (Edebalk, 1996). LO:s styrelse, landssekretariatet, utfärdade en rekommendation att det i kollektivavtalen skulle införas olycksfallsersättning under karenstiden.

Sjukersättning inom kollektivavtalets ram kom också under 1890-talets sista år. Bryggeriarbetaravtalet i Stockholm 1899 ses här som förebildligt. Inom fackföreningsrörelsen gav man normalt olycksfallsersättning prioritet framför sjukersättning i kollektivavtalen. Enligt den första avtalsstatistiska undersökningen fanns år 1908 bestämmelser avseende olycksfall i 1313 avtal omfattande 67,1 procent av samtliga berörda arbetstagare (Edebalk 1996). Sjukhjälp ingick i cirka 250 avtal omfattande ett okänt antal arbetstagare. Den häftiga energi som ådagalades på att få in olycksfallsersättning i avtalen gav emellertid senare utdelning också för sjukersättningar: dels blev kollektivavtalsmetoden mer allmänt erkänd, dels tedde det sig naturligt på grund av den kontaktyta som finns mellan olycksfall

och sjukdom att utsträcka avtalsinnehållet till att omfatta sjukdom generellt.

1.2 Avtalslösningar i början av 1950-talet

År 1916 fattade riksdagen ett beslut om en olycksfallsförsäkring som omfattade i princip hela arbetsmarknaden. Försäkringen ersatte två tredjedelar av ett inkomstbortfall och den ansågs som den då modernaste i världen (Edebalk, 1996). I slutet av 1920-talet togs karensdagarna bort och även yrkessjukdomar inkluderades. Olycksfallsförsäkringen (senare benämnd yrkesskadeförsäkringen) var fram till mitten av 1950-talet den mest välutvecklade sociala försäkringsgrenen i Sverige. Med olycksfallsförsäkringslagen minskade behovet av avtalslösningar beträffande olycksfall.

Sjukförsäkringen uppbars fram till 1931 av en vildvuxen flora av sjukkassor och hade en mycket svag kompensationsnivå. Med reformen 1931 skapades monopolsjukkassor (i princip en lokalkassa i varje kommun), statsbidragen och därmed prestationerna förbättrades. Försäkringen bibehöll emellertid fram till 1955 sin frivilliga karaktär. Förtidspension, under den dåvarande benämningen invaliditetspension, hade införts 1913. Pensionen var inkomstprövad. Den förbättrades något i samband med folkpensionsbeslutet 1946. Benämningen förtidspension kom först 1963 samtidigt som bland annat inkomstprövningen slopades.

Utanför det offentliga socialförsäkringssystemet fanns en svåröverskådlig bild av lösningar (SOU 1952:39). I korthet innebar dessa att statens och kommunens tjänstemän hade ett mycket gott skydd vid sjukdom eller yrkesskada. De statliga och kommunala arbetarna hade i sina anställningsavtal hyggliga förmåner. Privatanställda tjänstemän hade som regel en oavkortad sjuklön och en särskild sjuk- eller invaliditetspension. Dessa förmåner hade de privatanställda tjänstemännen långt innan de fick teckna kollektivavtal och då de sågs som arbetsgivarens förtroendemän.

I kollektivavtalen för privatanställda arbetare förekom inte sällan bestämmelser om bidrag från arbetsgivaren till arbetstagarens försäkring i sjukkassa. Direkta sjuklönebestämmelser var ovanliga. Där det förekom, t ex inom bryggeriindustrin, utgick halv lön vid sjukdom under en begränsad period.

1.3 Upptakten 1955-1960

Startskottet för de moderna avtalsförsäkringarna kom i samband med beslutet att införa en allmän sjukförsäkring 1953 (Edebalk och Wadensjö, 1989). Den allmänna sjukförsäkringen skulle samordnas med yrkesskadeförsäkringen under en samordningstid på 90 dagar. Under denna tid svarade sjukförsäkringen för ersättningar efter en karenstid på tre dagar. För samtliga relevanta fackliga organisationer fanns en bestämd utgångspunkt: ingen skulle få försämrade förmåner som en följd av reformen (Fackföreningsrörelsen 1954:35, Sandberg, 1969).

Staten, som arbetsgivare, visade sig beredd att betala sjuklön som ett komplement till den nya sjukpenningen sedan reformen trätt i kraft. På den privata sidan menade arbetsgivarna att den nya försäkringen skulle ge en tillräcklig ersättning och att någon sjuklön inte längre var behövlig. Inom tjänstemannarörelsen var man klar över att reformen för stora grupper skulle medföra försämringar. På tjänstemannahåll var man dessutom medveten om den prejudicerande effekten av att acceptera en försämring: på den politiska dagordningen fanns tjänstepensionsfrågan där många tjänstemannagrupper hade hyggliga villkor.

Efter segslitna förhandlingar slöts den första uppgörelsen om samordning av sjuklönebestämmelser och sjukförsäkringar först inom industrins område. Denna uppgörelse innebar full sjuklön under de tre karensdagarna och en kompletterande sjuklön härefter. Den egenavgift till den allmänna sjukförsäkringen som anställda skulle betala erhölls kompensation för i form av lönetillägg. Vidare skedde en anpassning av sjuk- eller invalidpensionsbestämmelserna till sjukpenningförsäkringen. Uppgörelsen mellan SAF å ena sidan och SIF och SALF å den andra kom att bli normgivande för anpassningen. Anpassningen av de stats- och kommunalanställdas sjuklöner till sjukförsäkringen gav liknande resultat.

De privatanställda arbetarnas avtalsförmåner var normalt sämre än den allmänna sjukförsäkringen. Här skedde en avlösning i form av höjd kontantlön. Av de stora grupperna på arbetsmarknaden blev det således i princip bara privatanställda arbetare som enbart fick ersättningar från det offentliga systemet.

Läget år 1955 var i korthet att ingen större grupp fått försämringar i sin trygghet. Det fanns ett undantag: Samordningen med den nya yrkesskadeförsäkringen innebar att yrkesskadade fick vidkännas tre karensdagar. Likaledes blev det en försämring genom att rätten till

helt fri medicin, läkar- och sjukhusvård gick förlorad. LO, som haft en representant i socialförsäkringsutredningen, menade att förbättringarna inom sjukförsäkringen mer än väl uppvägde försämringarna för de yrkesskadade. Ute bland förbunden vädrades dock ett starkt missnöje med de tre karensdagarna. Krav framfördes på att slopa karensdagarna och LO-kongressen 1956 gav landssekretariatet i uppdrag att vidtaga "lämpliga åtgärder" (Kongressprotokollet, sid 398).

Mönstret från sjukförsäkringsreformen upprepades i stort sett i samband med ATP-reformen (Classon, 1988). Även då ingick SAF, SIF och SALF en överenskommelse som blev normerande för pensionsuppgörelsen för andra tjänstemannaområden. En kompletteringspension, ITP, infördes som dels gav en extra pension utöver folkpension och ATP, dels en särskild pension mellan tjänstemännens dåvarande pensionsålder 65 år (60 år för kvinnor) och den då officiella pensionsåldern 67 år. Som kompensation för de tidigare pensionsförmåner, som blivit nersatta, erhöll tjänstemännen en löneuppräkning. Som ytterligare försäkringsskydd vid dödsfall infördes en grupplivförsäkring (TGL) som ett komplement till familjepensionsbestämmelserna.

De privatanställda arbetarna hade med ATP-reformen erhållit en klart förbättrad pension. Jämfört med andra större grupper på arbetsmarknaden blev emellertid den totala pensionen lägre och pensionsåldern högre, det vill säga 67 år.

1.4 De nya avtalslösningarna

Vid inträdet i 1960-talet hade olika processer startats som hade sin upprinnelse i eller påskyndats av 1950-talets socialförsäkringsbeslut. 1961 års LO-kongress ger en god illustration till dessa processer och till hur de hanterades. De resulterade senare i centrala avtalslösningar. Den enklaste lösningen att genomdriva gällde grupplivförsäkring.

År 1948 infördes grupplivförsäkring i Sverige. Bland annat började då fackliga organisationer att teckna grupplivförsäkringar för sina medlemmar, normalt i Folksam (Classon 1988). Försäkringsbeloppen var relativt små och den fackliga grupplivförsäkringen hade närmast karaktär av begravningshjälp. Frågan om en grupplivförsäkring för hela LO-området aktualiserades omkring år 1960 på olika förbundskongresser och också på 1961 års LO-kongress. Huvudargumenten var att en central lösning skulle underlätta rörligheten på

arbetsmarknaden och möjliggöra en billigare försäkring. De tre möjligheter som hölls fram var medlemsförsäkring, avtalsförsäkring och socialförsäkring. Då frågan behandlades vid 1961 års LO-kongress ansågs det att man i första hand skulle inrikta sig på en central avtalslösning. Tjänstemännens då nyligen träffade överenskommelse sågs som föredömlig (Kongressprotokollet, sid 480). Redan i 1962 års avtalsuppgörelse träffade LO och SAF en motsvarande överenskommelse om grupplivförsäkring.

En helt annan process avsåg inkomsttrygghet vid uppsägning och permittering. Detta var frågor som hela 1960-talet hade aktualitet inom LO. Här hade strukturomvandlingen under 1950-talet och lågkonjunkturen i slutet av årtiondet fått upp frågan om avgångsvederlag och permitteringslön på dagordningen. Även här sågs centrala avtalslösningar som lämpliga och sådana kom 1964.

De tre karensdagarna inom sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna hade dragit igång en tredje process redan vid mitten av 1950-talet. Även frågan om karensdagarna behandlades vid 1961 års LO-kongress. Det framkom att LO såg positivt på samordningen mellan sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna varför någon särlösning för yrkesskadade inte borde göras. Man menade t ex att "nödsituationen" under karenstiden är densamma vid sjukdom och yrkesskada. Därför borde karensdagarna inom sjukförsäkringen slopas. Detta sågs bland annat som en rättvisefråga eftersom tjänstemännen hade sjuklön under karensdagarna.

Efter 1961 års kongress ställde LO krav på lön under sjukförsäkringens karensdagar vid avtalsförhandlingarna. Någon framgång nåddes inte. I stället valdes den politiska vägen med ett framgångsrikt resultat, och från och med 1967 ändrades den offentliga sjukförsäkringen så att sjukpenning började utgå från dagen efter det att sjukdom inträffat (Edebalk och Wadensjö 1989). Samtidigt höjdes ersättningsnivån från ca 60 till ca 80 procent i de vanligaste inkomstlägena.

Tjänstemännens lägre pensionsålder underbyggde fackliga krav på en sänkt pensionsålder, både partiellt (för dem med tunga arbeten) och generellt. Varje år under 1960-talet behandlade riksdagen motioner med krav på sänkt pensionsålder. Argumenten i riksdagen och på fackliga kongresser var att åstadkomma jämställdhet mellan arbetare och tjänstemän, eller annorlunda uttryckt, att reducera den orättvisa som ligger i att de med hårt kroppsarbete pensioneras senare än dem med "mera stillasittande och mindre stressande

sysselsättningar" (Landsorganisationens kongressprotokoll 1966, sid 337).

De politiska signalerna under 1960-talet var entydiga: en sänkning av pensionsåldern fick ske avtalsvägen. Såvitt det går att bedöma var emellertid arbetsgivarmotståndet starkt mot en sänkning av pensionsåldern inom LO-området.

Den förbättrade sjukförsäkringen år 1967 sågs inom LO som en etapp. När nu denna var nådd blev det mer explicit tal om och krav på jämställdhet med tjänstemännen. Tjänstemännen hade fortfarande högre ersättning genom sin sjuklön och yrkesskadade fick inte fullständig kompensation under samordningstiden. Inom LO såg man detta som en "skriande orättvisa" (Fackföreningsrörelsen 1968, sid 224) eftersom de som hade det sämsta försäkringsskyddet också som regel hade den största skaderisken. Efter 1967 forcerade LO arbetet med att uppnå en utjämning med tjänstemännen. En jämförelse mellan arbetare och tjänstemän inom SAF-området år 1970 visade att kostnaderna för tjänstemännens sociala förmåner uppgick till 28,5 procent av årslönen och för arbetarna till 19,5 procent (Fackföreningsrörelsen 1971, sid 57). Den största skillnaden i kostnader hänförde sig till ITP och sjuklönen och inför avtalsförhandlingarna 1970 beslutade LO söka nå en lösning av pensions- och sjuklönefrågorna som kostnadsmässigt skulle motsvara vad tjänstemännen hade. Konstruktionen skulle emellertid svara mot LO-gruppernas behov.

Under förhandlingarna enades SAF och LO om att det var mest angeläget att koncentrera sjukförmånerna till de långtidssjuka. Därför valdes försäkringsformen i stället för att låta den enskilde arbetsgivaren betala. Ett långtidssjukfall skulle ju kunna medföra stora kostnader för en enskild arbetsgivare.

Tillkomsten av avtalsgruppsjukförsäkringen (AGS) kan också relateras till fackföreningsrörelsens växande intresse för förtidspensionsfrågan under 1960-talet. Från många förbund framfördes krav på en sänkt pensionsålder, åtminstone för dem med fysiskt och psykiskt hårda arbeten. Att genom centrala avtal eller lagstiftning införa en differentierad pensionsålder för hela arbetsmarknaden ansågs emellertid vara praktiskt omöjligt. I stället drev LO frågan om en utvidgad rätt till förtidspensionering, där rent medicinska skäl skulle få en minskad betydelse för äldre arbetstagare. Detta blev också innehållet i 1970 års förtidspensionsreform (Proposition 1970:66).

AGS blev därför också ett komplement till förtidspensionen (folkpension och ATP). Med AGS fick man på LO-sidan en

motsvarighet till den sjukpension som ingick i tjänstemännens ITP-plan.

Avtalsgruppsjukförsäkringen trädde i kraft den 1 september 1972. Till AGS kom också anställda inom det kommunala avtalsområdet att knytas. AGS innebar att man avlöste de många mindre gruppsjukförsäkringar som fanns i klubbar, avdelningar och förbund och som tecknats i Folksam.

I den uppgörelse som slöts 1971 ingick också STP, den särskilda tilläggspensionen. Enligt pensionsuppgörelsen, som trädde i kraft 1973, skulle ålderspension utgå mellan 65 och 67 års ålder (den dåtida pensionsåldern). Härefter skulle STP utgöra ett komplement till folkpension och ATP. Genom uppgörelsen fick LO-sidan en motsvarighet till tjänstemännens ITP vad gäller ålderspensionen.

Anledningen till att STP blev en renodlad ålderspension (till skillnad från ITP) kan nog sökas i den valda finansieringsmetoden. ITP var ett premiereservsystem medan STP finansierades medelst en kapitaltäckningsmetod (arbetsgivarna betalar varje år en premie som motsvarar det belopp som krävs för att de som går i pension det året skall få livslånga pensioner). Kapitaltäckningsmetoden valdes för att systemet snabbt skulle kunna få full effekt.

Under senare delen av 1960-talet började ersättningen vid yrkesskada (begreppet arbetsskada kom 1977) att alltmer diskuteras inom förbunden särskilt sedan karensfrågan lösts. Den dåvarande sjuk- och yrkesskadeförsäkringen gav inte fullständig kompensation. Full ersättning kunde enbart nås genom en civilprocess om förutsättningarna för skadestånd förelåg och givet att arbetsgivaren hade betalningsförmåga. I så fall täcktes inkomstförluster och direkta kostnader samt utgick kompensation för sveda, värk, lyte och men. För skadestånd krävdes emellertid att någon kunde göras ansvarig för skadan. Ett sådant ansvar måste i princip grundas på att någon genom uppsåt eller vårdslöshet vållat skadan. Många olyckor inträffar emellertid utan att någon kan göras ansvarig. Särskilda problem för den skadelidande var bevisbörderegler och utredningskostnader. Ett annat problem var att avgöra huruvida den skadelidande var medvållande.

Med hänsyn till långslitna skadeståndsprocesser hade både arbetsgivare och arbetstagare under 1960-talet börjat intressera sig för no-faultsystemet. Detta bygger på principen att oavsett vem som vållat skadan skulle den skadelidande hållas skadelös. Det var denna tankegång som låg bakom trygghetsförsäkringarna.

Frågan om kompensation vid yrkesskada hade särskild aktualitet på 1971 års LO-kongress där flera "tunga" förbund krävt förbättringar (Kongressprotokollet, sid 336 ff). Bland annat konstaterade landssekretariatet att yrkesskadeförsäkringen var under utredning och att en förstärkning av denna sågs som en möjlighet. Väl så intressant var att skadeståndsrätten höll på att förbättras sett utifrån de skadelidandes utgångspunkt. Man kunde här konstatera att detta bland annat skulle medföra höjda avgifter för företagens ansvarsförsäkringar (den försäkring som företag tecknar för att skydda sig vid skadeståndsanspråk).

Trygghetsförsäkring vid yrkesskada syftade till att den som drabbas skulle få ersättning enligt skadeståndsrättens normer utan att behöva visa att arbetsgivaren eller annan är skadeståndsskyldig. Den som omfattas av försäkringen får inte föra skadeståndstalan mot arbetsgivaren. Den första trygghetsförsäkringen tillkom 1971 och gällde anställda inom stuverifacket (Edebalk och Wadensjö 1989). Snart följde avtal om trygghetsförsäkring för bleck- och plåtslageriarbetare, gruvarbetare och andra grupper.

Centrala förhandlingar om trygghetsförsäkring inleddes år 1973 och SAF, LO och PTK träffade i maj 1974 en central överenskommelse om trygghetsförsäkring. Till försäkringen som trädde i kraft den 1 september samma år anslöts även alla kommunal- och landstingsanställda. Trygghetsförsäkringen vid yrkesskada (TFY) ändrade namn till TFA 1977 då den nya lagen om arbetsskadeförsäkring trädde i kraft.

1.5 Aktörer och motiv

Sociala förmåner knutna till anställning hade funnits för privat- och offentliganställda tjänstemän innan moderna förhandlingslösningar blev aktuella. Dessa förmåner hade man knappast behövt kämpa sig till. Att privattjänstemännen förhandlingsvägen lyckades driva genom kompletterande sjuklön och pensioner (sjuk- och ålderspensioner) på 1950-talet kan ses som ett uttryck för starka önskemål att bevara nivån på deras sociala förmåner. Det var förhandlingslösningar där SIF och SALF gick i täten. Härigenom angavs en möjlig färdriktning åt fackföreningsrörelsen: att förhandlingsvägen nå en högre grad av trygghet än den de då nya socialförsäkringsgrenarna gav.

Intresset för arbetsmarknadsförsäkringar inom LO-området växte på allvar fram omkring 1960. Det är ingen tillfällighet. De "stora" socialförsäkringsbesluten hade då tagits med den allmänna sjukförsäkringen och ATP som sista länkarna. Med arbetsmarknadsförsäkringarna ville man gå ett steg vidare för att förbättra den ekonomiska tryggheten för medlemmarna. Omkring 1960 hade man också inom LO alltmer börjat intressera sig för att minska de sociala skillnaderna mellan privatanställda tjänstemän och arbetare. Ett motiv för förbättrad ekonomisk trygghet för LO-medlemmar var att utjämna de sociala skillnaderna på arbetsmarknaden.

Krav och önskemål om kompletterande försäkringsskydd har ytterst kommit från LO-medlemmar och har visat sig i form av motioner till förbundskongresser och LO-kongresser. För den enskilde LO-medlemmen kan kollektiva lösningar ha fördelar främst genom administrativa stordriftsfördelar och utnyttjandet av kollektivets förhandlingsstyrka gentemot potentiella försäkringsgivare. Före tillkomsten av arbetsmarknadsförsäkringarna hade man också haft en viss utveckling av trygghetsarrangemang inom olika förbundsområden, men dessa ansågs otillräckliga.

Arbetsmarknadsförsäkringarna har tillkommit efter *centrala* förhandlingar. Det kan knappast förklaras utan hänvisning till idén om en solidarisk lönepolitik och härtill kopplade centrala förhandlingar. Genom en solidarisk lönepolitik eftersträvas bland annat en "rättvis" och likformig lönestruktur. I begreppet "lön" ingår givetvis också sociala förmåner knutna till anställningen. Idén om en solidarisk lönepolitik innefattar alltså i princip likartade sociala förmåner för de anställda. Andra fackliga lösningar än de som bygger på centrala förhandlingar tenderar att ge ojämna sociala förmåner, liksom en ojämn lönestruktur i övrigt, beroende bland annat på gruppers olika förhandlingsstyrka. Den solidariska lönepolitiken är idémässigt relaterad till en rörlig arbetsmarknad. En sådan, menade man inom LO, skulle främjas genom centrala lösningar.

Strävandena att förbättra medlemmarnas ekonomiska trygghet kan realiseras på flera sätt. En möjlighet för LO har varit att agera på den politiska arenan för att uppnå förbättringar inom ramen för socialförsäkringssystemet. Detta alternativ har funnits med i diskussionerna kring tillkomsten av avtalsförsäkringarna. Sett utifrån LO:s perspektiv har det emellertid funnits vissa fördelar med att gå fram avtalsvägen:

1) Avtalslösningarna visade på fördelen med och gav legitimitet åt centrala förhandlingar. Endast genom centrala förhandlingar ansågs viktiga trygghetsfrågor kunna lösas (Se t ex protokoll vid Svenska beklädnadsarbetareförbundets kongress 1964, sid 102-103).
2) Resultatet har varit påtagligt för medlemmarna (och potentiella medlemmar) och har ansetts vara en good-willskapande faktor för fackföreningsrörelsen. Detta har man varit medveten om inom LO och, för att exemplifiera, vid 1966 års LO-kongress sades uttryckligen att om avtalsförsäkringarna skulle föras över till samhällets allmänna försäkringssystem "så skulle fackföreningsrörelsen mista en good-willskapande faktor" (Kongressprotokollet, sid 378).
3) Det är i vissa fall enklare att få igenom en avtalsöverenskommelse än ett politiskt beslut då det gäller att förbättra försäkringsskyddet. I andra fall har arbetsgivarmotståndet varit alltför starkt som t ex i samband med framställningarna om sjuklön på 1960-talet. Här blev den politiska vägen den enda framkomliga för att slopa karensdagarna och höja sjukpenningen.
4) Fackföreningsrörelsen får ett mer direkt och starkare inflytande på utformningen av en avtalsförsäkring jämfört med en socialförsäkring. Socialförsäkringarna omfattar i princip samtliga medborgare varför utformningen får karaktären av en politisk kompromiss. Härav följer att arbetsmarknadsförsäkringarna kunde få olika utformning för arbetare och tjänstemän. Detta är t ex påtagligt om vi jämför de privatanställda arbetarnas AGS och STP med privattjänstemännens sjuklön och ITP.
5) Ett system med avtalsförsäkringar blir mer obyråkratiskt och flexiblare än ett offentligt system. Detta innebär bland annat att det, åtminstone i princip, är relativt enkelt att genomföra detaljändringar i bestämmelserna. Successiva förbättringar av de ursprungliga förmånerna kunde alltså ske. Detta gällde bland annat AGS.
Arbetsmarknadsförsäkringarna omfattar samtliga anställda inom LO-SAF-området som arbetar under kollektivavtal. Detta innebär att icke-fackligt anslutna kan vara försäkrade men också att LO-medlemmar på arbetsplatser där arbetsgivarna inte är bundna av kollektivavtal inte omfattas. En renodlad medlemsförsäkring har därför också varit ett alternativ till avtalslösningar. Från början utmönstrades dock medlemsförsäkringen som ett för dyrt alternativ för de här aktuella försäkringarna. Det ansågs inte möjligt att höja medlemsavgiften så mycket som försäkringskostnaden skulle kräva (se t ex LO:s kongressprotokoll 1966, sid 378).

Efterhand som systemet med arbetsmarknadsförsäkringar expanderat har emellertid frågan om medlemsförsäkring fått ökat intresse. Krav på en omvandling till medlemsförsäkringar har framförts med hänvisning till att vissa LO-medlemmar ställts utanför avtalsförsäkringarna samtidigt som oorganiserade omfattas. Till medlemsförsäkringskraven hör också krav på en avgörande facklig bestämmanderätt över försäkringsvillkor, försäkringskapital och försäkringarnas administration.

Frågan om omvandling till medlemsförsäkring behandlades bland annat vid LO:s kongress 1986. Där intogs uppfattningen att en omvandling till medlemsförsäkring är omöjlig. Givetvis finns ett arbetsgivarmotstånd mot en sådan omvandling. Frågan om omvandling har emellertid också en viktig principiell dimension som rör kollektivavtalets karaktär och syftet att anställda, oberoende av fackligt medlemskap, arbetar under samma avtal. Med kollektivavtalet vill man bland annat förhindra att oorganiserade "underbjuder" organiserade. En annan aspekt är att man önskar förhindra att arbetsgivarna ger bättre förmåner till oorganiserade, något som skulle kunna hämma fackligt medlemskap.

Även arbetsgivarna har ställt sig positiva till uppbyggandet av systemet med arbetsmarknadsförsäkringar. Ett mycket enkelt sätt att se på arbetsgivarrollen är att arbetsgivarna gått med på att betala en viss försäkringsavgift i stället för att höja lönerna med motsvarande belopp. Det finns emellertid också andra skäl för arbetsgivarna att se positivt på försäkringslösningar.

För tjänstemännen på 1950-talet och för LO senare har avtalslösningarna haft en hög prioritet. Ett tillmötesgående från arbetsgivarna har därför haft ett högt köpvärde i förhandlingarna (De Geer, 1986).

För SAF har det också funnits ett ideologiskt ställningstagande. SAF hade t ex i ATP-striden engagerat sig för en avtalslösning av tjänstepensionsfrågan (Molin, 1965). Sedan ATP-beslutet tagits sågs arbetsmarknadsförsäkringarna som en möjlighet att minska behovet av en fortsatt utbyggnad av det offentliga socialförsäkringssystemet (Classon, 1988). Här gäller givetvis att också arbetsgivarna får ett mera direkt och starkare inflytande på en avtalsförsäkring än på en socialförsäkring.

SAF har också sett fördelar med avtalsförsäkringar som täcker hela LO-SAF-området. Härigenom omfattas små företag, som utomlands ofta inte omfattas av avtalsbaserade försäkringar. Detta innebär bland annat att avgifter och sociala förmåner inom arbetsmarknadsförsäkringarna är likformiga varför de inte kan användas som

konkurrensmedel mellan företag. Med decentraliserade avtalslösningar kan rörligheten på arbetsmarknaden hämmas eftersom sådana lösningar kan utformas så att arbetskraftens flyttningskostnader blir höga då en upparbetad ersättningsrätt kan förloras. Även administrativa fördelar kan vara av intresse för arbetsgivarna.

I SAF:s ställningstagande för centrala lösningar har funnits ett hänsynstagande till småföretagarna. Detta hänsynstagande kan också förklara SAF:s negativa inställning till avtalsenlig sjuklön inom LO-området på 1960-talet. Här blev därför lösningen först politisk i form av en förbättrad allmän sjukförsäkring och sedan en avtalsförsäkring (AGS). Senare, under 1990-talet, har SAF varit pådrivande vad gäller införandet av en arbetsgivarperiod utan att ta särskild hänsyn till småföretagen.

Bakom tillkomsten av arbetsmarknadsförsäkringarna har funnits LO:s önskemål att utjämna skillnader mellan arbetare och tjänstemän. De specifika sociala förmåner som tidigare var knutna till tjänstemannaställningen hade tillkommit då tjänstemännen sågs som arbetsgivarnas "förtroendemän" och då kategorin var relativt liten. När antalet tjänstemän och deras fackliga organisationsgrad ökade och när kollektiva löneformer bredde ut sig blev den tidigare olikbehandlingen av arbetare och tjänstemän alltmer otidsenlig även sett ur arbetsgivarnas synvinkel. Denna inställning växte successivt fram under efterkrigstiden och framträdde bland annat i de hårda förhandlingarna om tjänstemännens sjuklöner i samband med sjukförsäkringsreformen 1955 (Sandberg, 1969). Från ett jämlikhetsperspektiv fanns alltså praktiskt taget inget arbetsgivarmotstånd då LO aktualiserade arbetsmarknadsförsäkringarna.

Tillkomsten av arbetsmarknadsförsäkringarna har skett under relativt gott samförstånd. En stor tvistefråga från början var emellertid administrationen. För tjänstegrupplivförsäkringen, TGL, krävde LO att Folksam skulle svara för administrationen. Folksam hade bland annat svarat för de då existerande grupplivförsäkringarna inom förbunden. SAF å sin sida hävdade att försäkringsbolag ur deras delägarkrets skulle handha försäkringen. Kompromissen blev att ett särskilt bolag benämnt Arbetsmarknadens försäkringsaktiebolag (AFA) bildades med parterna som delägare. Till AFA knöts TGL och AGB.

För de tre arbetsmarknadsförsäkringar som tillkom i början av 1970-talet innebar den administrativa kompromissen bland annat ett explicit hänsynstagande till respektive part närstående försäkringsföretag. Avtalsgruppsjukförsäkringen, AGS, skulle förvaltas av

Folksam (som hade erfarenhet från gruppsjukförsäkringar inom förbunden) och den särskilda tilläggspensionen STP, skulle administreras av SPP som hade erfarenhet från tjänstemännens ITP. För trygghetsförsäkringen vid yrkesskada bildades ett särskilt konsortium bestående av å ena sidan Folksam och å andra sidan Skandia, Trygg-Hansa och Länsförsäkringsbolagen.

En för såväl arbetsgivare som arbetstagare positiv faktor bakom utvecklingen av arbetsmarknadsförsäkringarna har varit en gynnsam skattemässig behandling (Edebalk och Wadensjö 1989). Man kan hävda att statsmakterna varit en betydelsefull medaktör. Premierna till avtalsförsäkringarna har inte ingått i underlaget för bestämmandet av lagstadgade arbetsgivaravgifter och för de utbetalade ersättningarna har arbetsgivaravgifter ej lagts på.

Dessutom och viktigare är att en stor del av ersättningarna varit undantagna från inkomstskatt. Detta gäller ersättning från tjänstegrupplivförsäkring, arbetslöshetsbeloppet inom avgångsbidragsförsäkringen (AGB), ersättning från avtalsgruppsjukförsäkringen (AGS) och ersättning för lyte och men från trygghetsförsäkring vid arbetsskada (TFA). Här har LO och SAF haft gemensamma intressen och också tillsammans gjort framställningar till regeringen. På detta område har numera EG-anpassningen inneburit att skattefrihet garanteras för vissa typer av ersättning från avtalsförsäkringarna. Den gynnsamma skattemässiga behandlingen är alltså i ett sådant fall inte uttryck för den svenska statsmaktens välvilliga inställning.

Det finns också en skattefördel på avgiftssidan genom att den försäkrade inte behöver ta upp avgifterna som en avlöningsförmån i taxeringen. Avgifterna utgör således en icke-skattepliktig inkomst. Då tjänstemännen fått sin grupplivförsäkring togs avgifterna upp som inkomst och avgiftsavdrag kunde ske inom ramen för då gällande försäkringsavdrag. Då motsvarande beslut fattats inom LO-SAF-området såg man det som en förenkling att inte behöva deklarera avgiften som inkomst (proposition 1963:24). Finansministern var väl medveten om att detta innebar ett gynnande av de avtalsförsäkrade.

1.6 Sammanfattning

Möjligheten att genom kollektivavtal lösa trygghetsfrågor har för arbetare funnits sedan sekelskiftet. Från början gällde det främst ersättningar vid arbetsolycksfall och sjukdom. Ersättningarna var

förhållandevis blygsamma och de förmåner som den allmänna sjukförsäkringen gav från och med 1955 översteg som regel avtalsersättningarna. I samband med reformen skedde därför en avlösning mot en lönekompensation.

Trygghet genom ensidiga arbetsgivarutfästelser fanns i viss utsträckning före tillkomsten av kollektivavtalen. Detta gällde exempelvis bruksarbetare, men främst för tjänstemannagrupper. Det var då förhållandevis små grupper som hade någon form av "förtroendeställning".

De anställningsrelaterade trygghetslösningar som fanns före 1955 var alternativ, dvs de fanns i stället för en offentlig socialförsäkring. Med 1955 års reform blev förutsättningarna annorlunda och arbetsgivarna på den privata sidan var inställda på en avlösning för både arbetare och tjänstemän. För, åtminstone åtskilliga, tjänstemän gav den offentliga lösningen ett sämre utfall. Tjänstemännen drev därför förhandlingsvägen fram komplement till den offentliga försäkringen. Det blev sjuklön, och efter ATP-beslutet ITP och TGL.

Det blev i stort sett bara en grupp som drabbades negativt av 1955 års reform: yrkesskadade LO-arbetare som nu fick tre karensdagar. Detta tillsammans med tjänstemännens rent allmänt sett bättre förmåner blev en drivkraft för bättre sociala förmåner för LO-folket. De centrala förhandlingar, som den solidariska lönepolitiken krävde, blev medlet. Man kan säga att centrala lösningar fick legitimitet genom de resultat som nåddes under 1960- och 1970-talen. För LO fanns också andra fördelar med avtalslösningar t ex genom att man kunde "skräddarsy" lösningarna för LO-grupperna. Även SAF såg positivt på centrala avtalslösningar då det gällde sociala förmåner.

Statsmakterna underlättade tillkomsten av de centrala avtalsförsäkringarna genom en gynnsam skattemässig behandling. De nya arbetsmarknadsförsäkringarna blev, tveklöst, en del av det som brukade kallas "den svenska modellen". *Ett* element i denna har varit arbetsmarknadskorporatism (Forsberg, 1996). Avtal och överenskommelser har slutits på central nivå mellan arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer utan statens direkta, men väl stödjande, medverkan.

Referenser

Classon, Sigvard (1988), *Kampen för tryggheten*. Stockholm: LO

De Geer, Hans (1986), *SAF i förhandlingar*. Stockholm: SAFs Förlag

Edebalk, Per Gunnar (1996), *Välfärdsstaten träder fram. Svensk socialförsäkring 1884-1955*. Lund: Arkiv.

Edebalk, Per Gunnar och Wadensjö, Eskil (1989), *Arbetsmarknads försäkringar*. Rapport till ESO. Stockholm

Fackföreningsrörelsen 1954, 1968, 1971

Forsberg, Pia (1996), *Välfärd, arbetsmarknad och korporativa institutioner. En studie av Trygghetsrådet SAF-PTK*. Lund: Sociologiska institutionen

Landsorganisationens kongressprotokoll 1956, 1961, 1966, 1971, 1986

Molin, Björn (1965), *Tjänstepensionsfrågan. En studie i svensk partipolitik*. Lund: Akademiförlaget

Proposition 1963:24 med förslag till lag om ändring i kommunal skattelagen av den 28 september 1928 (nr 370) m.m.

Proposition 1970:66, Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring, m.m.

SOU 1952:39, *Sjukförsäkring och Yrkesskadeförsäkring*.

Sandberg, Per (1969), *Tjänstemannarörelsen. Uppkomst och utveckling*. Stockholm: Tiden

Svenska beklädnadsarbetareförbundets 21:a ordinarie kongress 1964. Protokoll

2 Samspelet mellan avtals- och socialförsäkringar

2.1 Två interdependenta system

Individer och hushåll försöker på olika sätt att skydda sig mot inkomstbortfall på grund av arbetslöshet, sjukdom, arbetsskada och ålderdom. Det finns olika vägar att uppnå ett sådant skydd, ofta kombineras dessa. I internationell debatt brukar man tala om olika lager (tier) eller olika pelare (pillar) som skyddet är uppbyggt av. I det första lagret finns socialförsäkringssystemet, som i många fall innehåller en inkomstoberoende del och en inkomstberoende del, i det andra lagret avtalsförsäkringar men också försäkringar som företagen tecknar och ensidiga utfästelser som företagen gör, i det tredje lagret finns gruppförsäkringar, privata försäkringar och också privat sparande.

Det offentliga inslaget i det svenska trygghetssystemet är mycket starkt. De komplement som finns, främst i form av avtalsförsäkringar, har många gemensamma drag med det offentliga systemet. Båda systemen är i praktiken obligatoriska och allomfattande, de finansieras i allt väsentligt genom arbetsgivaravgifter och försäkringsrättigheterna är överföringsbara på arbetsmarknaden. Även en del andra länder har socialförsäkringssystem med liknande täckning och kompensationsgrad och i några länder är ersättningarna via avtalsförsäkringar och företagsutfästelser mer omfattande vad gäller vissa typer av inkomstbortfall. Det som utmärker Sverige är att i stort sett alla omfattas av avtalsförsäkringar som är utformade i några få rikstäckande avtalsområden och som kompenserar vid många olika typer av inkomstbortfall.

Vid internationella jämförelser finns ofta stora problem vad gäller att klassificera olika försäkringar. Det finns t ex länder som har obligatoriska avtalslösningar och där frivilligheten gäller valet av avtal, eller där avtal som träffas genom förhandlingar via lag kommer att omfatta alla på berörd del av arbetsmarknaden. Ett exempel på svårklassificerade försäkringar är det finländska arbetspensionssystemet som kan sägas tillhöra både det första och det andra lagret.

I många länder är delar av de försäkringar vi betecknar avtalsförsäkringar inte baserade på avtal utan i stället på ensidiga arbetsgivar-

utfästelser. Det gäller bl a i många länder de pensioner som staten som arbetsgivare utfäster sig att betala. I Sverige är dock numera dessa pensioner förhandlade och beslutade via avtal.

Det är självklart så att de olika lagren hänger nära samman. Det är ju det totala inkomstskyddet, som i första hand är intressant för individerna, inte sammansättningen av detta skydd. Om det offentliga försäkringssystemet byggs ut så kan man förvänta sig att efterfrågan på avtals- och privata försäkringar minskar liksom sparandet. En undersökning som visar på denna typ av fenomen har genomförts av Kantor & Fishback (1996) som med individdata undersökte variationer i köp av olycksfallsförsäkringar och i privat sparande beroende på om delstater i USA hade infört en offentlig arbetsskadeförsäkring eller inte. Deras undersökning pekade på klara effekter av införandet av en socialförsäkring på andra former av skydd mot inkomstbortfall. Såväl köp av försäkringar som privat sparande var lägre där en offentlig arbetsskadeförsäkring var införd. Dessa effekter fanns för grupper med höga arbetsskaderisker (arbetare) men inte för grupper med låga arbetsskaderisker (tjänstemän).

De olika lagren är alltså i betydande utsträckning substitut till varandra. Ibland följer det direkt av systemets konstruktion som när ett avtalspensionssystem garanterar en totalnivå. Om ersättningen inom socialförsäkringssystemet förändras, förändras också enligt avtal den ersättning som kommer från avtalsförsäkringssystemet i motverkande riktning.

Avtalsförsäkringar och socialförsäkringar kan också vara komplement till varandra inte bara i den vardagliga meningen att ersättningarna kompletterar varandra och ger en viss ersättningsnivå tillsammans utan också i den nationalekonomiska meningen att en förändring av en socialförsäkring leder till en förändring av avtalsförsäkringen i samma riktning, t ex att införandet av en socialförsäkring kan leda till att en avtalsförsäkring etableras. Ett exempel är att när delpensioneringen infördes så infördes också kompletterande delpensionsförsäkringar för tjänstemän inom den privata sektorn samt för anställda inom den statliga och den kommunala sektorn för att ge dessa en kompensation för bortfall av inkomstdelar över 7,5 basbelopp. En sänkning av ersättningsnivåerna inom det offentliga pensionssystemet i USA har lett till att företag i mindre omfattning garanterar företagspensioner.

Man kan fråga sig varför man kan få denna typ av samband, dvs en parallell utveckling av social- och avtalsförsäkringar. En förklaring

är att en socialförsäkring för vissa grupper inte ger en ersättning som är tillräckligt hög för att den ensamt skall vara så attraktiv att den påverkar beteendet, t ex gör att delpensionering i praktiken blir ett alternativ. Införandet av en kompletterande avtalsförsäkring eller en grupp- eller privatförsäkring kan däremot leda till att alternativet blir attraktivt. Sänkningarna av ersättningen av de offentliga pensionerna har i USA medfört att kompletteringen med hjälp av företagspensioner vid den gällande ersättningsnivån för vissa grupper har blivit för låg för att bidra till en högre levnadsstandard vid pensionering än vad man annars skulle ha fått - man kommer inte över den nivå som ges av andra möjligheter till försörjning. Alternativen är antingen att höja eller slopa de företagsbaserade pensionerna.

Två försäkringar som har många drag gemensamma med de kollektivavtalsgrundade försäkringarna har tillkommit under de båda senaste decennierna, en av dem är under avveckling och en har i varje fall tillfälligt upphört. Den första var permitteringslöneersättningen som trädde i kraft 1985. Det finns här en mycket nära relation mellan lagstiftning och avtal. Permitteringspaketet innebar att lagen om anställningsskydd (LAS) ändrades så att de permitterade får full lön och andra anställningsförmåner som om de varit kvar i arbete. De företag som permitterade kunde erhålla permitteringslöneersättning, ett bidrag som kom dels från staten (PLE), dels från en av LO och SAF nybildad stiftelse (PLE K). Bidraget från stiftelsen finansierades genom en avtalsenlig procentsats av lönen. Det statliga stödet till denna försäkring upphörde 1995 och LO och SAF beslutade att upphöra att göra avsättningar till försäkringen. Utbetalningar görs endast så länge de fonderade medlen räcker i form av partsavtalad permitteringsersättning (PLE-P).

Den andra nytillkomna avtalsförsäkringen, TUFS (tidsbegränsat utförsäkringsskydd), tillkom genom avtal mellan SAF och LO i juni år 1993 och innebär en ersättning för personer 62 år och äldre som inte lyckas få ett nytt arbete innan de blir utförsäkrade från arbetslöshetskassan. Ersättningen har bestått av två delar. Den första komponenten var en ersättning från AGB försäkringen om 1000 kronor per månad. Den andra komponenten, som var huvuddelen av försäkringen finansierades av Trygghetsfonden SAF-LO. Ersättningen uppgick sammanlagt till högst 93,75 procent av den ersättning personen erhöll från arbetslöshetskassan. För att få TUFS skulle arbetstagare inom 5 år före utförsäkringen ha friställts på grund av arbetsbrist och till följd av denna friställning fått AGB-ersättning. Denna ersättning har drag som påminner om den slopade socialför-

säkringen förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl. Försäkringen har i varje fall tillfälligt upphört med utgången av 1995 då parterna ännu ej kunnat komma överens om en förlängning.

För korttidssjuka har sjuklön införts genom lagstiftning om sjuklön även för grupper som inte tidigare haft denna typ av ersättning. Sjuklön tillhör i och för sig inte avtalsförsäkringarna men har dock tidigare varit en renodlad avtalslösning. Sjuklön är intressant, bl a eftersom den till skillnad från avtalsförsäkringarna ger arbetsgivarna ett enskilt betalningsansvar. Härigenom får arbetsgivarna incitament till att vidta åtgärder för att hålla sjukfrånvaron nere men också starkare incitament än tidigare att undvika att anställa personer som kan förväntas ha hög sjukfrånvaro.

2.2 Staten, arbetsmarknadens parter och samspelet mellan socialförsäkringar och avtalsförsäkringar

Avtalsförsäkringar är avtal om försäkringar som träffas av arbetsmarknadens parter. De träffas formellt oberoende av staten och socialförsäkringarna. Reellt finns det ett inflytande i båda riktningarna – socialförsäkringarna påverkar avtalsförsäkringarna och avtalsförsäkringarna påverkar socialförsäkringarna. Staten har dessutom ett inflytande över avtalsförsäkringarna i flera andra avseenden. Staten kan påverka utformningen av avtalsförsäkringarna genom skattebehandlingen av avtalsförsäkringarna, genom reglering och genom sitt agerande som arbetsgivare. Staten är i de flesta länder en stor arbetsgivare och har ofta gått före vad gäller införandet av ersättningar vid pensionering, sjukdom eller arbetsskada. Arbetsgivare på andra områden har tagit efter. Vi skall här lägga tonvikten på samspelet mellan de olika försäkringssystemen och endast i mindre utsträckning beröra statens andra sätt att påverka avtalsförsäkringarna. För att visa förekomsten av ett samband mellan social- och avtalsförsäkringar skall vi ge några exempel från den svenska politiska debatten.

Tjänstegrupplivförsäkringarna (TGL) fick en snabb utveckling i början av 1960-talet och kom snart att täcka in nästan samtliga förvärvsarbetande. En del av TGL består av begravningshjälp. Det har vid flera tillfällen föreslagits att en obligatorisk begravningsförsäkring skall införas som en del av socialförsäkringssystemet. I början av 1950-talet framfördes ett sådant förslag av socialvårdskommittén (SOU 1951:23). Efter sjukförsäkringsreformen 1955

aktualiserades frågan på nytt under 1960-talet. I SOU 1966:54 konstaterades att behovet har minskat på grund av grupplivförsäkringarnas utveckling.

Avgångsvederlag är i en del länder som t ex i Italien en socialförsäkring och i andra länder som i Österrike något som åläggs arbetsgivaren enligt lag. I Sverige är avgångsvederlagen avtalsreglerade. Det har emellertid också i Sverige funnits idéer om att införa en lag om avgångsvederlag. Frågan om avgångsvederlag behandlades av den åmanska utredningen om ökad anställningstrygghet (SOU 1973:56). Enligt direktiven skulle utredningen pröva om det utöver förlängda uppsägningstider behövdes någon form av avgångsersättning för att öka tryggheten i synnerhet för äldre arbetstagare. Efter en genomgång av befintliga system för avgångsersättning, främst då AGB-ersättningen (LO-SAF-området), konstaterade utredningen att uppskattningsvis något mer än 95 procent av alla anställda inom den privata sektorn omfattas av avtalsenlig avgångsersättning. Utredningen konstaterar också att AGB- och AGE-systemen (PTK-SAF-området) var olika, beroende på skilda förutsättningar och framförde att lagfästa system inte på samma sätt som överenskommelser kan ta hänsyn till olika gruppers särskilda förutsättningar och behov och föreslog därför inte några lagregler om rätt till avgångsersättning.

Trygghetsförsäkringar vid yrkesskada i kollektivavtal utvecklades under perioden 1972–74 till att omfatta praktiskt taget alla anställda i Sverige. Bakgrunden till dessa försäkringar finner vi bl a i den tidigare gällande skadeståndsrätten, som kunde innebära långslitna skadeståndsprocesser mellan arbetsgivare och arbetstagare. Under 1960-talet hade man börjat intressera sig för no-faultsystemet – ett system som byggde på principen att oavsett vem som vållat skadan skulle den skadelidande hållas skadelös. Det var denna tankegång som låg bakom trygghetsförsäkringarna (TFY samt statens personskadeskydd).

Yrkesskadeförsäkringskommittén som avlämnade sitt betänkande angående ersättning vid arbetsskada 1975 (SOU 1975:84) ägnade stort utrymme åt trygghetsförsäkringarna. Utredningen konstaterade att trygghetsförsäkringarna i princip står öppna för alla anställda och att frågan om menersättning därmed fått en lösning med fullgod kompensation för de skadelidande och att arbetsskadeförsäkringen skulle sträva efter att ge fullgod kompensation endast för inkomstbortfallet. Regeringen anslöt sig till denna syn (proposition 1975/76:197) och det blev också en viktig del i lagen om arbetsska-

deförsäkring 1977. Samtidigt med den nya lagen ersattes TFY med TFA.

Om nu avtalsförsäkringarna inte hade införts hade då statsmakterna istället infört nya eller förbättrat ersättningsvillkoren i socialförsäkringarna? Det finns tecken som tyder på möjligheterna av en sådan utveckling under 1960- och 1970-talen, men det är självklart omöjligt att avgöra vad som skulle ha hänt. Se Edebalk och Wadensjö (1989) för en mer omfattande redovisning av debatten.

I ovanstående exempel har vi sett hur förekomsten av avtalslösningar har medfört att statliga lagstiftningsåtgärder inte införts. Det finns också exempel på att avtalsförsäkringar påverkat den statliga socialpolitiken i så mening att förändringar genomförts inom denna som följd av förändringar inom avtalsförsäkringarna. Påtagligt är detta då den allmänna pensionsåldern sänktes från 67 till 65 år 1976. Sedan STP trätt i kraft 1973 gällde 65 år som pensionsålder för såväl arbetare som tjänstemän. Få grupper hade en högre pensionsålder än 65 år. Följaktligen blev förändringen av den reella pensionsåldern liten när den allmänna pensionsåldern sänktes från 67 till 65, sammansättningen av finansieringen kom dock att förändras (SOU 1974:15).

Statsmakterna har bidragit till framväxten av avtalsförsäkringarna genom att ge dem en gynnsam skattemässig behandling – gynnsammare än om samma belopp hade använts till lön oavsett om lönen använts till att teckna liknande försäkringar eller inte. Denna fråga har behandlats mer ingående i kapitel 1.

Den skattemässiga behandlingen har varit gynnsam i följande avseenden:

1. Premierna till avtalsförsäkringar ingår inte i underlaget för bestämmande av arbetsgivaravgifter fastställda av staten.
2. Avgifterna utgör inte underlag för betalning av inkomstskatt.
3. Det har heller inte funnits en avkastningsskatt på fonderna, numera har en sådan dock införts.

Skatt utgår istället på de utbetalade ersättningarna dock med vissa undantag. Undantagen reducerades mycket markant i och med skattereformen 1990/91. En viktig förändring var att hela AGB blev skattepliktigt medan tidigare endast A-beloppet (det arbetslöshetsoberoende) var skattepliktigt. Också i flera andra avseenden blev den skattemässiga behandlingen mindre gynnsam.

De flesta länder ger avtalsförsäkringar en skattemässigt gynnsam behandling. Det finns dock betydande skillnader i utformningen av

den skattemässiga behandlingen. Vad gäller avtalspensioner se Duskin (1992).

2.3 Avtalsreglerade trygghetssystem i ett internationellt perspektiv

Inledningsvis nämndes att avtalsförsäkringar och ensidiga företagsutfästelser är vanliga också i andra länder. Det finns dock stora skillnader i omfattningen och konstruktionen av denna typ av lösningar. Här skall vi hämta exempel från några områden för att visa på olika typer av lösningar och också på utvecklingstendenser.

Ett första exempel är hur man i olika länder kompletterar ålderspension från socialförsäkringssystemet med avtalspensioner och företagspensioner, försäkringar som ofta också inkluderar ersättning vid avgång före ordinarie pensionsålder. Det finns här stora skillnader mellan olika industrialiserade länder. Länder som Italien och Österrike har socialförsäkringssystem som ger hög inkomstkompensation och som tillåtit tidig pensionering. Avtalsförsäkringarna spelar i praktiken ingen roll i Italien. I Österrike har de betydelse endast för en mindre del av arbetskraften – de som har inkomster över inkomsttaket i det offentliga pensionssystemet. I länder som Storbritannien och Japan har reglerna däremot varit sådana att de uppmuntrat till ett utträde ur den inkomstberoende delen av socialförsäkringssystemet för att ersätta den med avtals- eller privata försäkringar. Avtalsförsäkringarna har fått en stor och växande betydelse. Det har under lång tid också varit fallet i USA. Länder som Frankrike, Nederländerna och Tyskland har däremot som Sverige ersättningssystem som kombinerar social- och avtalsförsäkringar och där avtalsförsäkringarna täcker större delen av befolkningen. Se Rein och Wadensjö (1996). Avtalsförsäkringarna har stor betydelse framför allt för de grupper som har relativt höga inkomster. Avtalsförsäkringar har också i bl a Nederländerna spelat en stor roll för utvecklingen mot tidigt utträde från arbetslivet.

Ett andra exempel är hur man i de nordiska länderna, Danmark, Finland, Norge och Sverige har konstruerat ersättningen vid sjukdom med olika kombinationer av socialförsäkring, avtalsförsäkring och direkta betalningar från arbetsgivaren. Kangas och Palme (1993) jämför sammansättningen av ersättningen vid sjukdom i Danmark, Finland, Norge och Sverige år 1990. Tre av länderna hade vid detta tillfälle en inledande arbetsgivarperiod – Sverige var då

undantaget. I tre av länderna kompletterades sjukpenning av ersättning från avtalsförsäkringen – i Norge var kompensationsgraden från socialförsäkringssystemet 100 procent och ingen ytterligare ersättning förekom av naturliga skäl från något avtalsförsäkringssystem. Trots skillnaderna i systemens utformning var kompensationsgraden likvärdig. I ett annat arbete av Kangas (1992) jämförs ersättningen vid sjukdom i Finland och Sverige med den i Tyskland och Storbritannien. Även denna jämförelse pekar på att den totala kompensationsgraden inte varierar särskilt mycket medan däremot sammansättningen gör det, där obligatorisk sjuklön, socialförsäkring och avtalsförsäkring är de tre komponenterna.

Ett tredje exempel är hur man i de nordiska länderna, Danmark, Finland, Norge och Sverige, har löst frågan om avgångsbidrag. Samtliga länder fick sina lösningar under 1960-talet eller i början av 1970-talet. Sverige och Norge har liknande system, i Finland är avgångsbidragen en del av socialförsäkringssystemet medan Danmark har satsat på en förstärkt arbetslöshetsförsäkring, vars kompensationsnivå är högre än övriga länders arbetslöshetsförsäkringar. Det antyder att avtalsförsäkringar och en förbättring av socialförsäkringar kan vara alternativ. Som tidigare nämnts framförde ledande politiker också i Sverige lagstiftningsmöjligheten som ett alternativ till en avtalslösning av avgångsbidragen i slutet av 1960-talet.

2.4 Den totala ersättningsnivån vid olika utfall

Under flera decennier höjdes gradvis ersättningen inom socialförsäkringarna. Ersättningsnivåer om 90 procent blev vanliga och i en del fall var ersättningen ännu högre. Dessa nivåer och deras effekter kom att diskuteras mycket under 1980-talet. Ofta glömde man då bort att till dessa ersättningar från socialförsäkringar vanligtvis tillkom ersättningar från avtalsförsäkringarna och direkta ersättningar från arbetsgivarna.

Under 1990-talet började så nedskärningar att genomföras inom socialförsäkringarna. De första, som initierades under högkonjunkturen i slutet av 1980-talet, var närmast föranledda av en önskan att minska utnyttjandet av socialförsäkringarna och på så sätt öka arbetsutbudet men också av en önskan att hålla nere kostnaderna inom socialförsäkringssystemen. Se Lantto (1994) för en diskussion. De

senare förändringarna har mer entydigt varit föranledda av en önskan att minska kostnaderna.

Vid nedskärningarna blev det också mer allmänt känt att vissa avtalsförsäkringar garanterar en totalnivå och att nedskärningar i socialförsäkringar i dessa fall inte skulle leda till några nedskärningar i ersättningsnivåerna för dessa grupper. I den politiska debatten framhölls två nackdelar med detta. För det första sågs det som fördelningspolitiskt orättvist att vissa grupper (tjänstemän) skulle kunna få behålla sina förmåner, medan andra (arbetare) skulle få en sänkt ersättningsnivå. För det andra sågs det som en nackdel att den åsyftade effekten vad gäller ökade arbetsincitament inte skulle uppnås.

För sjukersättningen genomfördes då en lagstiftning som innebar att sänkningen av ersättningen från sjukpenningsystemet också ledde till en sänkning av den totala nivån. Enligt den proposition som presenterades av den socialdemokratiska regeringen den 8 november 1990 var motivet följande: "Avsikten med de föreslagna ändringarna i den lagstadgade kompensationen vid sjukdom är att minska socialförsäkringens kostnader. En förutsättning för att genomföra ändringar av det här slaget i försäkringen är att åtgärden drabbar alla så lika som möjligt.Av det skälet bör en ordning tillskapas som motverkar att vissa arbetstagare via avtal tillförsäkras en högre kompensationsnivå vid sjukdom än andra grupper i samhället." (Proposition 1990/91:59, s. 21).

Vad gäller avtalspensionerna så ledde förhandlingar på det statliga området till att man 1991 gick ifrån systemet med en garanti vad gäller den totala pensionsnivån. Bruttosamordningen upphörde. Enligt överenskommelse skulle också de som redan pensionerats omfattas av en sänkning av den garanterade totalnivån orsakad av sänkningen av basbeloppet för pensioner med 2 procent. Denna överenskommelse var dock enligt utslag i Arbetsdomstolen inte giltig för dem som redan pensionerats när avtalet träffades (de som pensionerats 1991 eller tidigare). För de som redan pensionerats är pensionsavtalet att betrakta som ett individuellt avtal.[1]

På det kommunala området finns dock samordningen till en total nivå bestämd genom avtal kvar. Se bl a Björnstad och Kruse (1994). Här finns en pågående tvist vad gäller sänkningen av pensioner av

[1] Se Arbetsdomstolen, dom nr 157/95.

samma art som det fall som behandlats i Arbetsdomstolen vad gäller statliga pensioner.

Det finns alltså två modeller för så kallad bruttosamordning av den totala ersättningen. Den första modellen innebär att staten bestämmer en viss nivå som inte får överskridas. Om den avtalsenliga ersättningen blir så hög att taket överskrids reduceras ersättningen från socialförsäkringen med motsvarande belopp. Det är den modell som nu tillämpas inom sjukpenningförsäkringen.

Den andra modellen innebär att avtalsförsäkringen garanterar en viss nivå. Om ersättningen från socialförsäkringarna inte ger denna nivå så fyller avtalsförsäkringen på upp till denna nivå. Denna modell kan leda till finansiella problem för avtalsförsäkringen och krav på höjda arbetsgivaravgifter om staten oväntat sänker ersättningsnivån inom socialförsäkringen. Så skedde exempelvis för TFA då ersättningarna till arbetsskadade reducerades 1993. Frågan ledde till en tvist mellan å ena sidan LO och PTK och å andra sidan SAF. Ärendet fördes till skiljenämnden för AMF-försäkringar som avgjorde ärendet till arbetstagarorganisationernas fördel, dvs bruttosamordningen skulle fortsatt gälla och de ökade kostnaderna finansieras via arbetsgivaravgifter till försäkringen.

I perioder med höjningar av ersättningen i socialförsäkringarna har dock den motsatta utvecklingen varit fallet. Kostnaden för avtalsförsäkringarna har minskat, vilket kan leda till konflikter om vem som skall vinna på att kostnaderna sjunker. Vid introduktionen av ATP löstes detta på tjänstemannaområdet genom en engångshöjning av lönenivån.

2.5 Effekter på graden av utnyttjande av olika socialförsäkringar

Under förutsättning att ersättningen inom såväl avtalsförsäkringarna som socialförsäkringarna är kända för de försäkrade är det självklart så att det är den totala ersättningen och inte enbart ersättningen från socialförsäkringssystemet som påverkar individernas beslut. Det betyder att nivån på avtalsförsäkringarna har betydelse för utnyttjandet av olika socialförsäkringar. Höjer ersättningen från avtalsförsäkringarna den totala ersättningen vid sjukdom från 75 till 85 procent, och ersättningsnivån vid sjukdom har betydelse för sjukfrånvaro, så innebär det att förekomsten av avtalsförsäkringar påverkar sjukfrånvaron och därmed kostnaderna

inom sjukförsäkringssystemet.[2] Skulle ersättningen från avtalsförsäkringarna höjas så att t ex den totala kompensationen stiger, så skulle kostnaderna för den offentliga sjukförsäkringen med stor sannolikhet öka, även om ersättningsnivån inom denna är oförändrad.

Detta exempel visar att det kan finnas ett nära samband mellan avtals- och socialförsäkringar också vad gäller utnyttjandegraden. Fler exempel på detta tas upp i kapitel 3. Det visar på vikten av att vid utformningen av socialförsäkringarna också beakta avtalsförsäkringarna och andra typer av försäkringar och vikten av att diskutera den totala ersättningsnivån vid olika försäkringsfall (sådana regler finns vad gäller sakförsäkringar - det är t ex inte tillåtet att olika brandförsäkringar tillsammans täcker mer än värdet av det brunna). För en diskussion se Henrekson, Lantto och Persson (1992).

2.6 Riskdifferentiering eller omfördelning

Det finns två principer inom social- och avtalsförsäkringarna som står mot varandra. Den ena är att en omfördelning skall ske så att medel överförs från dem som är starka till dem som är svaga i samhället. Personer som har större risk att drabbas av t ex sjukdom och funktionsnedsättning betalar mindre i premier (arbetsgivaravgifter) än vad de förväntas få ut i ersättningar. Om man önskar ha en sådan omfördelning måste försäkringarna vara socialförsäkringar eller avtalsförsäkringar som i praktiken täcker alla på arbetsmarknaden. Om t ex inte sjukförsäkringen direkt eller indirekt är obligatorisk kan man få ett gradvist utträde av personer med ett gott hälsotillstånd till andra försäkringsformer och på så sätt endast få kvar dem som innebär större risker (adverse selection) och därmed få alltmer stigande premier. Ett problem med denna typ av obligatoriska försäkringar med betydande inkomstomfördelningsinslag är emellertid att de kan ha oönskade incitamentseffekter.

Den andra principen är att riskdifferentiera så att varje person eller företag i princip betalar efter förväntade kostnader. Det som gör att personer kan vilja betala för sådana försäkringar är att endast den

[2] Här kan också tillkomma ersättning från individuell sjuk- och olycksfallsförsäkring. Totalt utbetalades 207 miljoner kronor från denna typ av försäkringar 1993.

förväntade risken och inte det faktiska utfallet är känt och att personer har riskaversion. I ett sådant fall kan försäkringen jämställas med en privat försäkring. Argumenten för social- och avtalsförsäkringar jämfört med privata försäkringar är i sådant fall främst att administrationskostnaderna blir lägre och också att social- och avtalsförsäkringar kan klara av att markant ändrade yttre omständigheter leder till snabbt ökade kostnader (t ex inom arbetslöshetsförsäkringen).

De obligatoriska allmänna socialförsäkringarna har en utformning som gör att de blir omfördelande. Se Ståhlberg (1989,1990). Omfördelning sker till låginkomsttagare däribland personer som inte har eller har haft en fast anknytning till arbetsmarknaden.

Avtalsförsäkringarna har inte på samma sätt en inriktning mot omfördelning. Det finns dock inslag av omfördelning också i dessa.

För det första förekommer en (förutsedd) omfördelning mellan olika sektorer – t ex mellan olika förbundsområden inom LO-SAF-området. Risken för uppsägningar, sjukdomsfall, förtidspensionering och arbetsskador varierar mellan förbunden medan premierna och ersättningsvillkoren är desamma.

En omfördelning av denna typ innebär på kort sikt, när subventionerna införs eller förändras, att lönestrukturen inklusive försäkringsförmåner påverkas. På längre sikt blir sannolikt den främsta effekten att resursallokeringen påverkas. Industrier där arbetskraften subventioneras kommer att bli relativt sett större än vad de skulle ha varit utan denna subvention. Främst är det textil- och gruvindustrierna som subventionerats via avtalsförsäkringarna. Det är två krisbranscher som även i övrigt erhållit mycket subventioner. Se Edebalk och Wadensjö (1989). Björklund och Holmlund (1991) samt Wadensjö (1987) har gjort beräkningar av nettosubventionerna inom arbetslöshetsförsäkringssystemet respektive systemet för permitteringsstöd. Om man summerar dessa tre försäkringssystem så ser man att det är byggnadsindustrin och textilindustrin som fick de största subventionerna under 1980-talet.

För det andra så innebär avtalsförsäkringarna i likhet med socialförsäkringarna en omfördelning mellan individerna oavsett vilken del av arbetsmarknaden de befinner sig på. Denna omfördelning är av två olika slag. Den första omfördelningen kommer sig av att avtalsförsäkringarna är solidariska försäkringar utan riskdifferentiering. Personer som utgör större risker vad gäller sjukdom eller förtidspensionering betalar samma premie som de personer som utgör mindre risker. Den andra omfördelningen kommer sig av att

avtalsförsäkringarna i flertalet fall kompenserar också för inkomstbortfall över 7,5 basbelopp och att den kompensationsgrad som utgår från avtalsförsäkringarna är betydligt högre för dessa inkomstdelar. I vissa fall, ålderspension inom ITP-systemet, svarar den högre ersättningen mot att företagen betalar högre premier för dessa personer. Det finns i sådant fall ingen omfördelning inom försäkringen utan skillnaden kan hänföras till skillnader i löneförmåner (och bör t ex beaktas vad gäller jämförelser av lönerna för olika grupper – se Selén och Ståhlberg 1996 och 1996a). I andra fall finns en omfördelning inom försäkringen – premierna utgår som en fast procent av lönesumman.

För vissa grupper kan de här nämnda båda omfördelningseffekterna motverka varandra. Personer med längre utbildning har t ex lägre sjukfrånvaro och förtidspensionsfrekvens än personer med kortare utbildning. Å andra sidan har personerna med längre utbildning mycket oftare inkomster över 7,5 basbelopp. Vilken typ av omfördelning som överväger går inte att fastställa utan närmare empiriska undersökningar. I kapitel 4 analyseras förekomsten av en omfördelning mellan män och kvinnor inom avtalsförsäkringarna.

2.7 Några slutsatser

Hittills har man i Sverige vanligtvis sett avtalsförsäkringarna som ett komplement till socialförsäkringarna. Huruvida försäkringarna kommer att bli mer av alternativ framöver återstår att se. Man har länge talat om den s k omprövningen av socialförsäkringssystemet och en omprövning ägde rum i andra länder som t ex Storbritannien redan på 1980-talet. Se t ex Creedy & Disney (1988) och Lynes (1996). Där har också avtalslösningar fått en ökad betydelse. De som frivilligt lämnar den inkomstberoende delen av ålderspensionen, SERPS (motsvarar närmast ATP), blir subventionerade. Många har också lämnat SERPS för avtalspensioner eller privata pensioner.

Lägre kompensationsnivåer och ökad osäkerhet om de framtida socialförsäkringarna kan leda till att personer och organisationer i ökad utsträckning söker sig till andra lösningar. I Italien har en ökad osäkerhet om pensionsutfästelsernas värde inom det offentliga systemet orsakad av betydande underskott lett till en markant ökning av de privata pensionsförsäkringarna. Se Fiocca & Hey (1988). I Sverige kan kanske en motsvarande osäkerhet inte bara leda till ökade privata försäkringar men också till en större roll för avtals-

försäkringar, gruppförsäkringar och lösningar på företagsnivå. I kapitel 4 diskuteras vilka konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män den ökade osäkerheten kan komma att få.

Förekomsten av avtalsförsäkringar kan också kopplas till privatiseringsdebatten. Ett större inslag av individuella lösningar har framförts som en önskvärd reform av socialförsäkringssystemet. Vi håller det dock för troligt att en neddragning inom socialförsäkringssystemet i Sverige främst kommer att leda till lösningar på avtals-, grupp- och företagsnivåerna och mindre på individuell nivå.

En stor fördel med avtalsförsäkringarna, främst de inom privat sektor men även en del av de inom offentlig sektor, är att deras finansiering är konstruerad så att om förmånerna utökas så måste avgifterna samtidigt höjas. Vissa av de offentliga systemen är utformade så att det kan finnas incitament för politiker att utsträcka förmåner och skjuta upp finansieringen till senare så att finansiella problem kan uppstå längre fram. Det bytesförhållande mellan lönehöjning och avgift som finns inom avtalsförsäkringarna kan ge ett bättre kostnadsmedvetande.

Under 1970- och 1980-talen diskuterades möjligheterna av en fortsatt expansion av de kollektiva avtalsförsäkringarna. Under 1990-talets kärvare ekonomiska tider och med övergången till förbundsvisa löneförhandlingar har dock denna utveckling stannat av. Det utesluter dock inte framtida avtalslösningar. De kan dock få en annan karaktär en tidigare, t ex i mindre grad inkomstkompensation och i högre grad bli av skadeförebyggande och aktivitetsstimulerande karaktär. Som ett exempel kan nämnas att AGB även kan utgå till den som av hälsoskäl måste söka annat arbete hos annan arbetsgivare.

Förekomsten och utvecklingen av avtalsförsäkringarna leder till informationsproblem. För den enskilde blir det totala trygghetssystemet svåröverskådligt. Detta har uppmärksammats av arbetsmarknadens parter som genomfört speciella satsningar på information om försäkringarna. LO har också utsett särskilda försäkringsrådgivare ute på arbetsplatserna (Classon (1988)).

Det finns alltså problem förbundna med utvecklingen av avtalsförsäkringarna. Men dessa problem måste vägas mot möjliga fördelar. För breda löntagargrupper har avtalsförsäkringarna hittills varit en framkomlig väg att förbättra den ekonomiska tryggheten och att utjämna sociala skillnader på arbetsmarknaden. De svenska avtalsförsäkringarna omfattar i princip samtliga anställda vid såväl stora som små företag. En del av kritiken mot "occupational welfare"

utomlands har utgått från företagsbaserade system eller system som täcker en mindre del av arbetsmarknaden. Se Shalev (1996) och Papadakis & Taylor-Goodby (1987). Sådana kan givetvis ge ojämna förmåner och särskilt gynna anställda vid större företag. Denna form av kritik kan emellertid knappast riktas mot det system som utvecklats i Sverige.

Ett system med avtalsförsäkringar är också mer flexibelt och anpassningsbart till olika gruppers speciella förutsättningar. Som exempel kan nämnas att STP har haft en annan konstruktion än tjänstemännens ITP, och detta beror bl a på olika lönestrukturer. Som nämnts har den hittillsvarande STP-planen upphört och ett helt nytt avtalspensionssystem införts för kollektivanställda arbetare inom privat sektor.[3]

[3] Se Förhandlingsprotokoll 1996-03-06, Pensionsöverenskommelse mellan Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF) och Landsorganisationen i Sverige (LO).

Referenser

Björklund, Anders och Holmlund, Bertil (1991), "The Economics of Unemployment Insurance: The Case of Sweden", i A. Björklund *m fl Labour Market Policy and Unemployment Insurance.* Oxford: Clarendon Press

Björnstad, Sverre och Kruse, Agneta (1994), *Den kommunala pensionsskulden*, Stockholm: KPA.

Classon, Sigvard (1988), *Kampen för tryggheten*, Stockholm: LO.

Creedy, John och Disney, Richard (1988), "Public and Private Partnership in Social Security Provision: Recent UK Policy" i B. Gustafsson och A. Klevmarken (red), *The Political Economy of Social Security,* Amsterdam: North Holland.

Duskin, Elizabeth (red.) (1992), *Private Pensions and Public Policy*, Paris: OECD.

Edebalk, Per Gunnar och Wadensjö, Eskil (1988), "Contractually Determined Insurance Schemes for Manual Workers" i B. Gustafsson och A. Klevmarken (red), *The Political Economy of Social Security,* Amsterdam: North Holland

Fiocca, Mariateresa och Hey, John D (1988), "The Effect on the Italian Private Pension Market of Increased Uncertainty Concerning Public Pension Provision", *The European Journal of Political Economy,* Vol 4, s. 491-516.

Förhandlingsprotokoll 1996-03-06, Pensionsöverenskommelse mellan Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF) och Landsorganisationen i Sverige (LO).

Henrekson, Magnus, Lantto, Kari och Persson, Mats (1992), *Bruk och missbruk av socialförsäkringar*, Stockholm: SNS förlag.

Kangas, Olli (1992), "The Politics of Universalism: The Case of Finnish Sickness Insurance", *Journal of Social Policy*, Vol 21, s. 25-52.

Kangas, Olli och Palme, Joakim (1993), "Statism Eroded? Labor Market Benefits and Challenges to the Scandinavian Welfare States", i E.J. Hansen, S. Ringen, H. Uusitalo och R. Erikson, *Welfare Trends in the Scandinavian Countries,* New York: M.E. Sharpe.

Kantor, Shawn Everett och Fishback, Price V. (1996), "Precautionary Saving, Insurance and the Origins of Workers' Compensation", *Journal of Political Economy*, Vol 104, s. 419-442.

Lantto, Kari (1994), "Vad bör göras åt sjukpenningen?", *Ekonomisk debatt*, Vol 22, s. 135-148.

Lynes, Tony (1996), "The British Case", under utgivning i M. Rein och E. Wadensjö (red.) (1996), *The Enterprise and the Welfare State*, London: Edward Elgar.

Proposition 1975/76:197 med förslag till lag om arbetsskadeförsäkring.

Proposition 1990/91:59 om vissa ändringar i sjukförsäkringen m m.

Rein, Martin och Wadensjö, Eskil (red.) (1996), *The Enterprise and the Welfare State*, under utgivning, London: Edward Elgar.

Selén, Jan och Ståhlberg, Ann-Charlotte (1996), "Non-Wage Benefits in Sweden", *Meddelande från Institutet för social forskning* 2/1996.

Selén, Jan och Ståhlberg, Ann-Charlotte (1996a), "Public and Negotiated Pension Rights in a Total Wage Concept. An Empirical Study of Sweden", *Meddelande från Institutet för social forskning* 3/1996.

Skiljenämnden för AMF-försäkringar, Skiljedom angående tolkning av ersättningsbestämmelser i kollektivavtal om trygghetsförsäkring vid arbetsskada, m.m. 1993-09-08.

SOU 1951:23, *Utredning och förslag angående begravnings hjälpsförsäkring*

SOU 1966:54, *Yrkesskadeförsäkring*

SOU 1973:56, *Trygghet i anställningen*

SOU 1974:15, *Sänkt pensionsålder m.m.*

SOU 1975:84, *Ersättning vid arbetsskada*

Ståhlberg, Ann-Charlotte (1989), "Redistribution Effects of Social Policy in a Lifetime Analytical Framework", i B. Gustafsson och A. Klevmarken (red), *The Political Economy of Social Security*, Amsterdam: North Holland.

Ståhlberg, Ann-Charlotte (1990), "Lifecycle Income Redistribution of the Public Sector: Inter- and Intragenerational Effects", i I. Persson (red), *Generating Equality in the Welfare State: The Swedish Experience*, Oslo: Norwegian University Press.

Wadensjö, Eskil (1987), "Några ekonomiska aspekter på finansieringen av permitteringar" i H. Indreberg och H. Torp (red), *Permitteringer og Arbeidslöshetstrygd*. Oslo: ISF.

3 En belysning av några arbetsmarknadseffekter av avtalsförsäkringar

Avtalsförsäkringarna kan genom sin utformning ha effekter på arbetsmarknaden i flera olika avseenden. Dessa effekter är svåra att beräkna speciellt när man inte vet hur alternativet till avtalsförsäkringarna ser ut. Som vi diskuterade i föregående kapitel finns det sannolikt ett samband mellan utformningen av arbetsmarknads- och socialförsäkringarna, ett samband som dock är svårt att precisera. Jag skall i detta kapitel försöka visa på några arbetsmarknadseffekter av avtalsförsäkringarna givet utformningen av socialförsäkringarna.

3.1 Effekter på arbetsutbudet

Avtalsförsäkringarna kan påverka arbetsutbudet. De höjer kompensationsnivån vid arbetslöshet, sjukdom, arbetsskada, förtidspensionering och ålderspensionering och höjer de totala löneberoende avgifterna. Såväl förmånerna som deras finansiering kan påverka arbetsutbudet i flera olika avseenden.

För det första kan avtalsförsäkringarna påverka hur attraktivt det är att ha ett arbete, och därmed arbetsutbudet vad avser antalet personer.

För det andra kan avtalsförsäkringarna bidra till att andelen som lämnar arbetskraften före ordinarie pensionsålder förändras.

För det tredje kan avtalsförsäkringarna leda till att antalet arbetstimmar per person i arbetskraften förändras, t ex att genom att påverka sjukfrånvaron bland de anställda och sökintensiteten bland de arbetslösa.

Det är framför allt de senare båda typerna av effekter som har berörts i den allmänna debatten. Här skall de tre grupperna av effekter presenteras i tur och ordning.

Beslut om att delta i arbetskraften [1]

Arbetsutbudet brukar delas upp i två komponenter: antal personer och timmar per person. Antal personer som önskar att arbeta påverkas av ersättningen för arbete. Denna ersättning består dels av kontant lön men också av anställningsrelaterade förmåner. En höjning av lönen men också en höjning av ersättningsrelaterade förmåner kan medföra att fler söker sig ut på arbetsmarknaden.[2] Vill vi speciellt granska avtalsförsäkringarna måste vi dels se på finansieringen, dels på förmånerna.

Avtalsförsäkringen finansieras i huvudsak via avgifter som är proportionella mot lönen. Om vi för ett ögonblick bortser från förmånssidan så innebär det vid oförändrad lönekostnad en lägre kontantlön. Det skulle alltså leda till ett minskat arbetsutbud. Om vi däremot ser enbart på förmånssidan så innebär värdet av förmånen en högre ersättning av att ha ett arbete (högre ersättning vid sjukdom, arbetsskada etc) än ett fall utan dessa försäkringar.

Om den sänkta lönen exakt motsvaras av det uppskattade värdet av försäkringsskyddet så påverkas inte arbetsutbudet räknat i antal personer. Nu finns det ingen anledning att vänta sig en sådan exakt överensstämmelse. Värdet är troligen högre än kostnaden för de grupper som i olika avseenden har större risker för sjukdom, arbetsskada etc. Det är samtidigt troligen ofta grupper som har en låg benägenhet att delta i arbetskraften (där det inte alltid är självklart om man skall delta i arbetskraften eller inte) och där förekomsten av avtalsförsäkringen kan ha en effekt på beslutet. De grupper som har låga risker för sjukdom, arbetskada etc är samtidigt de grupper som har hög benägenhet att delta i arbetskraften. Det är därför troligt att deras arbetskraftsdeltagande påverkas relativt litet av förekomsten av avtalsförsäkringar och alltså att nettoeffekten på arbetsutbudet vad gäller antalet personer skulle vara positivt. På detta område krävs ökade kunskaper dels om värdet av avtalsförsäkringarna för personer med olika karakteristika, dels om arbetskraftsdeltagandets bestämningsfaktorer för dessa grupper.

[1] Se t ex Björklund m fl (1996) för en analys och referenser till olika studier på området.

[2] Enligt nationalekonomisk terminologi att fler får en ersättning som överstiger reservationslönen.

Tidigt utträde ur arbetskraften

Arbetsutbudet räknat i antal personer kan också påverkas av att avtalsförsäkringarna påverkar det ekonomiska utfallet vid tidigt utträde ur arbetslivet. Avtalsförsäkringarna har därvid inte huvudrollen men de kan förstärka effekten av socialförsäkringssystemet. Vi skall visa på tre sådana "vägar" ur arbetslivet (den viktigaste vägen ut ur arbetslivet har hela tiden varit och är fortfarande trots allt vanlig ålderspensionering).[3] Det är viktigt att uppmärksamma att stora förändringar har skett i möjligheterna att lämna arbetskraften före ordinarie pensionsålder med denna typ av ersättningar. De är dock fortfarande av intresse då de visar på att det är det totala ersättningssystemet och inte dess olika komponenter som har betydelse.[4]

En väg ut ur arbetslivet har gått via uppsägning, ersättning från arbetslöshetskassan och förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl. Ersättningen kombinerades med avgångsvederlag från AGB eller AGE. För en person 63 år och äldre gav denna kombination mer än full kompensation för inkomstbortfallet. Ända ner till åldern 58 år och tre månader gav detta system en god inkomstkompensation. Ofta kompletterades också ersättningarna från de olika trygghetssystemen med extra avgångsbidrag från företagen. Det är viktigt att understryka att AGB eller AGE endast stod för en mindre del av ersättningen, men att den i många fall medförde att den totala kompensationen blev över 100 procent.

För att minska denna typ av "58,3-pensioner" infördes ett krav att avvikelse från LAS turordningsregler skulle godkännas av fackförbund (och ej enbart av den lokala fackföreningen) för personer 57 år och äldre. Denna regel trädde i kraft den 1 januari 1985 (SFS 1984:1008). Detta behöver inte betyda att fackförbunden centralt i varje tillfälle godkände uppsägningarna. Överenskommelserna kunde fortfarande ske lokalt:

"Det bör observeras att godkännande inte behöver inhämtas för lokala turordningsöverenskommelser som inte avviker från lagens regler även om överenskommelsen omfattar äldre anställda. Enligt lagens turordningsregler skall som nämnts inte bara beaktas

[3] För en närmare beskrivning av de olika vägarna ut ut arbetslivet se Edebalk och Wadensjö (1990) och Wadensjö (1991).

[4] Avtalsförsäkringar kan också bidra till ett senare utträde. Det har t ex gällt STP, som genom sin utformning har givit incitament till att arbeta kvar under viss tid efter fyllda 60 års ålder.

anställningstid och ålder utan även den anställdes kvalifikationer." (Verkstadsföreningen, Kommentar till Verkstadsavtalet. 1987 års utgåva).

Uppsägningarna blev emellertid fortsatt starkt koncentrerade till personer 58 år eller äldre. Det går att belysa effekterna av 58,3-pensioner genom att studera åldersfördelningen bland samtliga som fått ersättning från AGB-försäkringen. Det kan man göra genom att undersöka åldersfördelningen för de som fått A-belopp. A-beloppet är det belopp som utgår oavsett om den uppsagde blir arbetslös eller inte. Det framgår att de äldre är överrepresenterade. År 1988 var 42 procent av de som fick A-belopp 58 år eller äldre. Toppen låg just vid 58 års ålder.

Från oktober 1991 har det inte längre varit möjligt att få förtidspension av enbart arbetsmarknadsskäl[5] och denna väg ut ur arbetslivet stängdes därmed och med det den här beskrivna effekten från avtalsförsäkringarna på arbetsutbudet. Antalet förtidspensioner beviljade av arbetsmarknadsskäl låg länge på en nivå mellan 2000 och 4000 om året. Från 1983 skedde en markant ökning som kulminerade 1984 och 1985 med 9124 respektive 10663 beviljade pensioner av denna typ. Orsaken till den starka uppgången är främst att söka i lågkonjunkturen under 1982 och 1983. Därefter sjönk antalet nybeviljade pensioner och var 3942 år 1990, det sista året som helt omfattades av pensionsformen. Troligen hade antalet förtidspensioner av arbetsmarknadsskäl stigit mycket markant från 1993 och framåt till följd av den höga arbetslösheten under 1990-talet om denna form av förtidspensionering hade funnits kvar.

En andra väg ut ur arbetslivet vid vilken avtalsförsäkringarna är betydelsefulla går via sjukskrivning och förtidspensionering. Här kan självklart den prövning som görs vid försäkringskassorna vara av avgörande betydelse men valet att vilja förtidspensioneras och trycket på försäkringskassorna kan påverkas av ersättningsnivån. Även här finns avtalsförsäkringar som komplement, i detta fall avtalsgruppsjukförsäkringen (AGS) för kollektivanställda och sjuklön och ITP för privatanställda tjänstemän och motsvarande för offentliganställda. Antalet nybeviljade förtidspensioner ökade kraftigt under de första åren av 1990-talet för att sedan markant falla.

[5] Det har dock kunnat beviljas förtidspensioner av arbetsmarknadsskäl även under en övergångsperiod efter september 1991. Dessa undantag har dock varit få, t ex 61 under år 1994.

Den huvudsakliga förklaringen till den snabba uppgången i början av 1990-talet var troligen en tidigare prövning av långa sjukfall i samband med krav på ökade rehabiliteringsinsatser.[6] Många personer som i annat fall senare skulle ha förtidspensionerats fick på så sätt en förtidspension i stället för en fortsatt sjukpenningperiod. Det innebar att beståndet av kandidater för förtidspensionering minskade efter denna genomgång av de långtidssjukskrivna. Det kan förklara att det blev en så stark nedgång i antalet nya förtidspensioner under 1994 och 1995. Till denna nedgång kan också ha bidragit en skärpt tillämpning av gällande regler. Nedgången är än mer markant vad gäller antalet personer med hel förtidspension. En utveckling som kan förklaras av att hel förtidspension sedan 1 juli 1993 endast kan beviljas den vars arbetsförmåga är helt nedsatt.

Antalet nybeviljade förtidspensioner var 49.544 år 1991, steg till 58.382 och 62.465 under åren 1992 och 1993, och sjönk till 48.531 år 1994. Antalet förtidspensioner ökade från 373.000 år 1991 till 422.000 år 1994. Samtidigt minskade antalet långa sjukfall (mer än 90 dagar) från 158.000 till 102.000.[7] Det innebär att antalet personer som antingen är förtidspensionerade eller långtidssjukskrivna inte ändrades särskilt mycket under dessa år.

En tredje väg ut ur arbetslivet går via sjukskrivning med ersättning enligt lagen om arbetsskadeförsäkring och livränta. Här var inkomstkompensationen hela tiden 100 procent. Undantaget var den tid då samordning sker med sjukpenningen. Gav inte ersättningen från arbetsskadeförsäkringen fullständig inkomstkompensation så tillkom ersättning från TFA som gav denna kompensationsnivå. TFA kunde också täcka kostnader i samband med arbetsskadan. Vid återfall vid arbetsskada utbetalades en kompensation uppgående till 110 procent. Se Riksdagens revisorer (1989) s. 21. Antalet beviljade livräntor enligt lagen om arbetsskadeförsäkring flerdubblades under 1980-talets senare del. Det var i synnerhet äldre personer som erhöll livränta. Även här har skett en markant åtstramning under 1990-talet genom ändrad lagstiftning. År 1992 förlängdes samordningstiden med sjukförsäkringen från 90 till 180 dagar, och från 1 juli 1993 samordnades arbetsskadeförsäkringen helt med sjukförsäkringen.

[6] Se Hetzler (1994) för en analys av de stora variationerna under 1990-talet.

[7] Se RRV 1995:33 för en sammanställning och en diskussion av utvecklingen.

Från den 1 januari 1993 skärptes reglerna för att få arbetsskador erkända.

De tre vägarna ur arbetslivet och därmed avtalsförsäkringarna är en del av förklaringen till nedgången i arbetskraftstalen bland äldre män under tiden fram till 1990-talets första år. Dessa vägar har nu som nämnts helt stängts eller blivit betydligt svårare att använda. Förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl har upphört och antalet förtidspensioneringar på grund av medicinska skäl har minskat mycket drastiskt efter den snabba uppgången. Utträdet ur arbetslivet bland äldre har emellertid snarast tenderat att öka. Orsaken till ökningen är rimligen att söka i konjunkturnedgången och den höga arbetslösheten. Den intressanta frågan är vilken ersättning personerna som nu lämnar arbetskraften erhåller. Det finns troligen flera olika ersättningsformer som kommit till användning för denna grupp.

En metod som troligen ökat mycket markant är avtalspensionering, dvs att arbetsgivaren utfäster sig att stå för kostnaden för en pension på en viss nivå fram till 65 för de äldre som lämnar sin anställning vid omstrukturering. Pensionsnivån är oftast ungefär 75 procent av inkomsten men även högre ersättningsnivåer förekommer. Arbetsgivaren slipper inte bara en del av lönekostnaden utan också, vilket är viktigare, vissa arbetsgivaravgifter på hela eller delar av lönebeloppet för dem som pensioneras i förtid. I en del fall kombineras ersättningen med ersättning under en tid från socialförsäkringssystemet, t ex arbetslöshetsförsäkringen. Systemet påminner om 58,3 pensionerna men arbetsgivarens kostnader är högre i detta fall. En motsvarande utveckling har man tidigare sett i Nederländerna i samband med en skärpning av förtidspensioneringsreglerna. Se t ex Wadensjö (1995).

På LO-SAF-området infördes som tidigare nämnts en speciell avtalsförsäkring för äldre personer som utförsäkrats från arbetslöshetskassan, TUFS (tidsbegränsat utförsäkringsskydd). Till skillnad från t ex förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl så förutsätts att den som erhåller ersättning fortsätter att söka arbete och är aktuell för placering i olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Liksom andra typer av ersättningssystem kan dock TUFS trots de uttalade intentionerna minska incitamenten efter att söka efter arbete. Förekomsten och storleken av denna typ av effekter är precis som i andra fall en fråga för empiriskt inriktad forskning. Antalet personer som t o m den 31 december 1995 beviljats TUFS ersättning

var 1161, av dem var 748 män och 413 kvinnor.[8] Ersättningsformen fick alltså ingen större omfattning.

Här skall också nämnas den verksamhet som finansieras av de olika trygghetsråden (fonderna/stiftelserna). Även denna kan ha påverkat arbetsutbudet. Denna verksamhet kan ses som ett komplement till den offentliga arbetsmarknadspolitiken men håller samtidigt på att bli ett allt viktigare komplement till avtalsförsäkringarna. Insatser från trygghetsrådens sida för att finna arbete för varslade eller uppsagda kan minska kostnaderna för såväl avtals- som socialförsäkringarna om dessa ansträngningar är framgångsrika. Den kan också leda till att fler personer stannar kvar på arbetsmarknaden, dvs till att arbetsutbudet ökar räknat i antal personer.

Arbetsutbudet per person vad gäller arbetade timmar

Avtalsförsäkringarna kan också påverka arbetsutbudet för de personer som deltar i arbetskraften. Dels kan utformningen av försäkringarna påverka valet mellan heltid och deltid beroende på hur utformningen av försäkringarna vad gäller avgifter och förmåner är relaterad till arbetstid, dels kan ersättningsformerna genom att leda till att kostnaderna vad gäller frånvaro eller annan icke-arbetstid blir lägre medföra att antalet timmar blir färre. Vad gäller den senare typen av effekter har diskussionen varit speciellt intensiv vad gäller ersättningen vid sjukdom och arbetslöshet.

Vid diskussioner av utformningen av sjukpenningsystemet har man diskuterat effekterna av kompensationsnivån på frånvarofrekvensen där forskningsresultat pekar på att högre ersättning leder till högre frånvarotal.[9]

Det är den totala ersättningen som har betydelse för individen, inte hur den är uppdelad på social- och avtalsförsäkringar. Effekterna kan också förväntas vara desamma vid gruppsjukförsäkringar där det inte görs en individuell prövning eller en differentiering av avgiften

[8] Uppgifter från AFA.

[9] Se Klevmarken (1994) för en diskussion av de svenska erfarenheterna. Brown och Sessions (1996) ger en översikt över den internationella forskningen på området, en forskning som hittills inte varit alltför omfattande. De faktorer som visat sig vara av betydelse är förutom hälsa och ersättningsnivå också lönenivå, arbetsmiljö och arbetsorganisation.

efter risker. Däremot kan det för avtalsförsäkringar och än mer för gruppförsäkringar vara en avgiftsdifferentiering mellan de avtal som olika kollektiv träffar.

Av större intresse är att det kan ha stor betydelse om ersättningen betalas av arbetsgivaren eller via en försäkring (social-, avtals- eller gruppförsäkring). Här finns det två förhållanden att uppmärksamma. Dels hur den kompletterande ersättningen vid sjukdom är utformad, dels i vad mån det finns en arbetsgivarperiod.

På SAF-LO-området utgår den extra sjukersättningen från AGS, på övriga avtalsområden direkt från arbetsgivaren som sjuklön. Utformningen kan ha effekter på arbetsgivarens incitament att minska sjukfrånvaron.

En obligatorisk arbetsgivarperiod infördes under 1990-talet. Vid en arbetsgivarperiod kan den sociala kontrollen av frånvaron bli starkare än om ersättningen kommer från en mer opersonlig och avlägsen försäkring. Företagen kan också få starkare incitament för att vidta åtgärder som bidrar till att minska sjukfrånvaron, såväl kontroller som rehabiliteringsinsatser.

Sjukfrånvaron kan också bli lägre av ett annat skäl vid en arbetsgivarperiod, nämligen genom att arbetsgivarna i mindre utsträckning än vid en renodlad försäkringslösning blir benägna att anställa personer med förväntad hög sjukfrånvaro. Utökade hälsokontroller vid anställning eller undvikande att anställa personer från grupper som i ett statistiskt genomsnitt har större sjukfrånvaro kan vara vägar för företagen att uppnå en lägre sjukfrånvaro. Det kan bidra till att vissa gruppers arbetslöshetsperioder förlängs. Företagen kan också genom att uppmuntra förtidspensionering av personer med hög sjukfrånvaro försöka få ner sina kostnader för arbetsgivarperioden vid sjukdom.

Om trygghetssystem vid uppsägningar, AGB och AGE (AGE är formellt inte en avtalsförsäkring), bidrar till att den totala ersättningen vid arbetslöshet blir högre, kan resultatet bli förlängda arbetslöshetsperioder genom att sökaktiviteten minskar. Även på detta område har man länge i den allmänna debatten om ersättningsnivåerna vid arbetslöshet bortsett från ersättningen från avtalsförsäkringarna. Ett undantag är Bröms m fl (1994). Man kan dock fråga sig hur viktig denna effekt är i ett konjunkturläge som det nuvarande som kännetecknas av en mycket hög arbetslöshet.

Ett tredje exempel där avtalsförsäkringarna kan ha effekter vad gäller antalet arbetade timmar gäller deltidspensioneringen. Där finns ett komplement för tjänstemän inom privat sektor och för

anställda inom statlig och kommunal sektor för bortfall av inkomstdelar över 7,5 basbelopp. Denna typ av tillägg kan påverka benägenheten att söka delpension.

3.2. Effekter på rörlighetsbenägenheten

Den svenska arbetsmarknadspolitiken kännetecknas bl a av en stark satsning på rörlighetsstimulerande åtgärder. Denna satsning är en viktig del av den Rehn-Meidnerska politiken, vars centrala delar är en restriktiv allmän konjunkturpolitik, en solidarisk lönepolitik och en aktiv arbetsmarknadspolitik. Tillkomsten av avtalsförsäkringarna kan bl a ses som en följd av den solidariska lönepolitiken. Med centrala avtal erhålls likartade förmåner inom hela avtalsområdet och detta kan antas främja rörligheten, åtminstone jämfört med alternativa lösningar på företags- eller branschnivå. En extrem form är de trotjänarpensionssystem som fanns tidigare och där förutsättningen för att pensionen skulle betalas ut var att personen var kvar i företaget fram till pensioneringen. I många länder finns fortfarande pensionssystem där upparbetade pensionsrättigheter inte i full utsträckning går att föra med sig när man byter arbete. Lagstiftningen har dock i flera länder ändrats så att det i ökad utsträckning skall vara möjligt att behålla sina upparbetade rättigheter. Inom EU pågår ett arbete för att stoppa denna typ av bestämmelser och därmed öka möjligheterna till rörlighet.

För AGB-försäkringen har det funnits ett motiv att minska den enskildes kostnader och därmed reducera motståndet mot strukturomvandlingen. På ett allmänt plan kan alltså AGB sägas vara rörlighetsbefrämjande. Studerar man AGB-konstruktionen i detalj blir bilden mer nyanserad. För avgångsbidrag krävs att man har varit anställd minst tre år under de senaste fem åren i det företag som beslutar om att inskränka eller lägga ner driften. Det innebär att en person som lämnar ett företag för en ny anställning inte förrän tidigast om tre år har rätt till avgångsbidrag vid en uppsägning. Hade han i det tidigare företaget kvalificerat sig för rätt till avgångsbidrag så förlorar han alltså denna rätt under en treårsperiod och hade han kortare anställningstid än tre år i det tidigare företaget får han vänta längre tid än annars på att bli täckt av AGB-försäkringen. Här skall dock tilläggas att det är möjligt att en viss tid vara borta från ett företag och sedan återgå och direkt vara täckt av AGB-försäkringen genom att villkoret är formulerat som tre av de senaste fem åren.

Förekomsten av avgångsbidrag kan påverka anställdas beslut att lämna eller att stanna kvar i ett företag.

Generellt gäller emellertid att avtalsförsäkringarna i Sverige innebär inga eller obetydliga rörelsehinder för individernas del. Upparbetade förmåner går inte förlorade vid ett byte av arbetsgivare. Rörelsehindren kan i stället finnas vad gäller arbetskraftsefterfrågan.

3.3 Effekter på företagens rekryteringsbeteende

Socialförsäkringarna har den fördelen för arbetsgivaren att ersättningen vid t ex sjukfrånvaro betalas av försäkringen. Det innebär inte att alla kostnader för sjukfrånvaro är eliminerade – – kostnader i form av störningar i verksamheten kan finnas kvar (i en del fall, t ex vid tillfällig nedgång av orderingången, kan dock frånvaro vara önskvärd vilket bl a förekomsten av permitteringar med lön från företaget vittnar om). Det finns ur samhällsekonomisk synpunkt en nackdel med detta system och det är att incitamenten till förebyggande verksamhet och rehabilitering blir mindre.[10]

Avtalsförsäkringarna är till stor del konstruerade som socialförsäkringarna. Det finns emellertid ett betydande inslag av ersättningar betalade direkt av arbetsgivaren. Ett exempel är de kommunala pensionerna där den kommun som en person sist är anställd i får betala hela pensionskostnaden, sistahandsansvaret.[11] Det kan göra att kommunerna får starkare incitament än andra arbetsgivare att undvika att anställa äldre.

En tredje form av ersättning är via en arbetsgivarperiod. Det fanns tidigare genom sjuklön för främst tjänstemän men har nu blivit mycket mer omfattande genom en obligatorisk arbetsgivarperiod under den inledande delen av en sjukperiod. Arbetsgivarna har genom införandet av sjuklön fått ökade incitament till att undvika att anställa personer för vilka risken för sjukfrånvaro är högre än för andra.

[10] Se Brown och Sessions (1996) för en utförlig diskussion av konskvenserna för produktionen av frånvaro. Se också Lazear (1996) för en analys av skillnader i konsekvenser av frånvaro mellan olika typer av arbetsuppgifter.

[11] Se Ds 1995:46 för en analys av effekterna av sistahandsansvaret och för förslag till förändringar.

Konstruktionen med en arbetsgivarperiod och än mer om den förlängs kan komma att innebära att möjligheterna att få arbete kommer att skilja sig än mer mellan olika arbetssökande än vad som redan nu är fallet. Det kan leda till ökade tendenser till långtidsarbetslöshet bland personer med hälsoproblem. Det kan också bidra till minskad rörlighet på arbetsmarknaden genom att de personer med hälsoproblem som har arbete får minskade möjligheter att byta arbete. De blir i större utsträckning än tidigare låsta vid sin arbetsplats. Se Palmer (1995).

3.4 Effekter på lönebildningen

Om arbetsbudet påverkas av avtalsförsäkringarna så påverkas indirekt också lönerna. Som nämnts är effekten på arbetsutbudet obestämd. Det finns effekter i båda riktningarna. Viktigast är troligen att om avtalsförsäkringarna bidrar till att personer lämnar arbetskraften tidigare än vad de annars skulle ha gjort, så blir arbetsutbudet mindre och lönen högre för de som är kvar på arbetsmarknaden.[12] Effekterna på arbetsutbudet är inte så stora att man kan förvänta sig några större effekter på lönenivån för hela arbetsmarknaden, men troligen större för vissa grupper där avtalsförsäkringarna har större effekt på lönebildningen. Se bl a Holmlund (1995) och kapitel 2 i Björklund m. fl. (1996).

Avtalsförsäkringarna finansieras genom att arbetsgivaren betalar avgifter som i huvudsak är proportionella till lönen och som bestäms via kollektivförhandlingar. Det är rimligt att anta att företagen i allt väsentligt ser kostnader för avtalsförsäkringar som likvärdiga med andra arbetskraftskostnader. Det skulle i så fall innebära att en förändring av avtalsförsäkringar skulle leda till att bruttolönen förändras i motsatt riktning med motsvarande kostnad. En ökning av premierna med en procentenhet på bruttolönen skulle leda till att bruttolönen sjönk med motsvarande belopp. Detta gäller naturligtvis inte bara för avgifter till avtalsförsäkringar utan lika mycket för avgifter till socialförsäkringar. Exempel på detta ges av undersökningar av effekten på lönerna av införandet av olika socialförsäk-

[12] Som tidigare framhållits kan effekten på lönebildningen variera med arbetsmarknadsläget, t ex så att effekten är starkare i ett högkonjunkturläge än i ett läge som kännetecknas av den nu aktuella arbetslösheten.

ringar i USA. Se Fishback och Kantor (1995) för en undersökning av löneeffekterna av införandet av arbetsskadeförsäkring och för talrika referenser till andra undersökningar.

Det finns några reservationer att göra. Den första gäller om de anställda inte ser de båda ersättningsformerna som likvärdiga. I ett sådant fall påverkas arbetsutbudets storlek och därmed också lönen. Se Selén och Ståhlberg (1996) och (1996a) för en analys av värdet av några förmåner av denna typ på svensk arbetsmarknad.

Den andra reservationen gäller att beslut om avtalsförsäkringar fattas på central nivå och avtal om löner på två eller tre nivåer. Det finns en osäkerhet om huruvida utfallet av förhandlingar påverkas av antalet nivåer på vilka löneförhandlingar sker. Vissa forskare menar att löneökningens totala storlek påverkas av en uppdelning av förhandlingarna på olika nivåer (och alltså att en koncentration av förhandlingar till endast en nivå skulle ge lägre löneökningar totalt sett). Det betyder i så fall att det är möjligt att kostnader för avtalsförsäkringar beslutade på central nivå inte exakt motsvaras av en minskning av andra lönekostnader. Även på detta område krävs fortsatt forskning.

3.5 Några slutsatser

I detta kapitel har behandlats några av avtalsförsäkringarnas effekter på arbetsmarknaden. Det är viktigt att vid en sådan genomgång komma ihåg att socialförsäkringarna i merparten fall står för huvudparten av ersättningen. Avtalsförsäkringarna kan dock vara viktiga genom att höja den totala ersättningsnivån och på så sätt påverka besluten - en kompensation som är 70 respektive 80 procent kan föranleda olika beslut.

Större delen av kapitlet har ägnats åt effekter på arbetskraftsutbudet. Effekterna kan här gå i delvis olika riktning. Avtalsförsäkringarna kan för en del grupper göra att den totala förväntade kompensationen ökar och därmed incitamenten för att delta i arbetskraften. Avtalsförsäkringarna kan å andra sidan också bidra till att tidigt utträde ur arbetskraften blir mer attraktivt och på så sätt att arbetsutbudet räknat i antal personer blir mindre. Avtalsförsäkringarna kan också påverka antalet timmar i arbete för de personer som är i arbetskraften genom att påverka kostnaderna för arbetssökande och frånvaro.

Den finns en omfattande vetenskaplig debatt om effekterna av arbetslöshetsförsäkringen på lönebildningen. Samma typ av effekter som behandlas i denna debatt kan vara aktuella även för den kompensation som lämnas av avtalsförsäkringarna vid arbetslöshet. Även åtgärder som begränsar eller påverkar arbetsutbudet kan ha effekter på lönebildningen – det gäller allt från förlängd skolgång till förändrad allmän pensionsålder. Om avtalsförsäkringarna påverkar tendenserna till tidig avgång ur arbetslivet kan dessa försäkringar indirekt också ha en effekt på lönebildningen.

De svenska avtalsförsäkringarna är i allt väsentligt utformade så att den försäkrade inte förlorar upparbetade rättigheter vid ett byte av arbetsgivare (undantag är till viss del AGB). De påminner i detta avseende starkt om socialförsäkringarna. Det gör att dessa försäkringar inte har den inlåsningseffekt som är vanligt i andra länder inom avtalsbaserade system. I andra länder är avtalen ofta träffade på mindre avtalsområden och med bristande överförbarhet av upparbetade rättigheter mellan olika avtalsområden.

Däremot finns det ett inslag i en avtalsförsäkring som kan påverka arbetsgivarens rekryteringsbeteeende, nämligen de kommunala avtalspensionerna.

Referenser

Björklund, Anders, Edin, Per-Anders, Holmlund, Bertil och Wadensjö, Eskil (1996), *Arbetsmarknaden*, Stockholm: SNS.

Brown, Sarah och John G. Sessions (1996), "The Economics of Absence: Theory and Evidence", *Journal of Economic Surveys*, Vol. 10, s. 23-53.

Bröms, Jan m. fl. (1994), *En social försäkring.* Rapport till ESO, Ds 1994:81.

Ds 1995:46, *Kommunala avtalspensioner.*

Edebalk, Per Gunnar och Wadensjö, Eskil (1987), "AGB-försäkring en. Utvecklingen och effekter". *Meddelande från Institutet för social forskning.* Nr. 1/1987.

Edebalk, Per Gunnar och Wadensjö, Eskil (1989), *Arbetsmarknads försäkringar*, Rapport till ESO, Ds 1989:68.

Edebalk, Per Gunnar och Wadensjö, Eskil (1990), "Det okända socialförsäkringssystemet", *Ekonomisk Debatt*, Vol. 18, s. 263-270.

Fishback, Price V. och Kantor, Shawn Everett (1995), "Did Workers Pay for the Passage of Workers' Compensation Laws?", *Quarterly Journal of Economics*, Vol 110, s. 713-742.

Hetzler, Antionette (1994), "Förtidspension under 1990-talet – myt och verklighet", i SOU 1994:148, *Förtidspension – en arbetsmarknadspolitisk ventil?*

Holmlund, Bertil (1995), "Finansieringsalternativen för sjuk- och arbetskadeförsäkringen" i SOU 1995:59, *Ohälsoförsäkring och samhällsekonomi – olika aspekter på modeller, finansiering och incitament.*

Kangas, Olli (1988), "Politik och ekonomi i pensionförsäkringen. Det finska pensionssystem i ett jämförande perspektiv", *Meddelande från Institutet för social forskning* 5/1988.

Kangas, Olli och Palme, Joakim (1989), "Public and Private Pensions: The Scandinavian Countries in a Comparative Perspective", *Meddelande från Institutet för social forskning* 3/1989.

Klevmarken, Anders (1995), "Sjukförsäkringens incitamentseffek ter" i SOU 1995:59, *Ohälsoförsäkring och samhällsekonomi – olika aspekter på modeller, finansiering och incitament.*

Lazear, Edward (1996), *Personnel Economics*, Cambridge Mass.: MIT Press.

Palmer, Edward (1995), "Administrationsformer för sjuk, arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringar" i SOU 1995:59,

Ohälsoförsäkring och samhällsekonomi – olika aspekter på modeller, finansiering och incitament.

Papadakis, Elim och Taylor-Goodby, Peter (1987), *The Private Provision of Public Welfare. State, Market and Community.* Sussex: Wheatsheaf Books.

Riksdagens revisorer (1989), "Arbetsskadeförsäkringen", Rapport 1988/89:5.

RRV 1995:33, *Förtidspension – fusk och systembrister.*

SAF (1954), *Arbetarpensioner*, Betänkande av Svenska Arbetsgiva reföreningens pensionskommitté. Stockholm: SAF.

Selén, Jan och Ståhlberg, Ann-Charlotte (1996), "Non–Wage Benefits in Sweden", *Meddelande från Institutet för social forskning* 2/1996.

Selén, Jan och Ståhlberg, Ann-Charlotte (1996a), "Public and Negotiated Pension Rights in a Total Wage Concept. An Empirical Study of Sweden", *Meddelande från Institutet för social forskning* 3/1996.

SFS 1984:1008, Lag om ändring i lagen (1982:80) om anställnings skydd.

Shalev, Michael (1996), "Introduction" under utgivning i M. Shalev (red), *The Privatization of Social Policy?*, London: Macmillan.

Sjuk- och arbetsskadekommittén, "Det kompletterade skyddet genom kollektivavtal", PM nr 37, 1995-10-24.

Wadensjö, Eskil (1991), "Partial Exit: Sweden", i M. Kohli, M. Rein, A.M. Guillemard och H. van Gunsteren (red), *Time for Retirement: Comparative studies of early exit from the labor force*, Cambridge: Cambridge University Press.

Wadensjö, Eskil (1995), "De äldre och arbetsmarknaden", i E. Wadensjö (red), *1990-talets arbetsmarknad i Norden*, Nord 1995:5.

Verkstadsföreningen, Kommentar till Verkstadsavtalet. 1987 års utgåva.

4 Avtalssystemen ur jämställdhetssynpunkt

4.1 Inledning

Detta kapitel beskriver avtalsförsäkringarna ur jämställdhetssynpunkt. Kapitlet inleds med en diskussion om vad som är relevanta jämförelsekriterier när jämställdheten mellan kvinnor och män står i fokus. Därpå följer en allmän beskrivning av vilka regler i avtalsförsäkringarna som kan få olika konsekvenser vad gäller utfallet för kvinnor och män. Dessa konsekvenser belyser jag sedan med hjälp av simuleringar. På basis av data från Levnadsnivåundersökningen 1991 vid Institutet för social forskning, Stockholms universitet, simulerar jag förtidspensionsreglernas och sjukpenningreglernas konsekvenser för kvinnor och män i de fyra stora avtalssystemen. Solidariska försäkringar och dess betydelse för jämställdheten tar jag upp i ett separat avsnitt. Kapitlet avslutas med slutsatser. Regelsystem och beräkningar redovisas i appendix.

4.2 Olika dimensioner i försäkringssystemen

När jag föreläser i socialpolitik för Socialhögskolans studenter brukar jag be dem reflektera över nedanstående tabell från *Välfärd och levnadsvillkor i Västeuropa, bilaga 9 till EG-konsekvensutredningen* (Hallvarsson 1994). Tabellen är en jämförelse av ersättningsnivåerna i föräldraförsäkringen i olika länder år 1991.

Tabell 4.1. Föräldrapenningen i olika länder år 1991.

Land		Förmånsstorlek
Belgien	82,5%	av lönen de första 30 dagarna, därefter 60-75%
Danmark	90%	av lönen, dock högst 2556 Dkr i veckan
Finland	80%	av lönen
Frankrike	84%	av lönen
Grekland	100%	av lönen
Irland	70%	av lönen
Italien	80%	av lönen i 5 månader, därefter 30%
Luxemburg	100%	av lönen
Nederländerna	100%	av lönen
Norge	100%	av lönen
Portugal	100%	av lönen
Spanien	75%	av lönen
Sverige	90%	av lönen
Storbritannien	90%	av lönen i 6 veckor, därefter 46,3 pund per vecka
Tyskland	100%	av lönen, dock högst 750 D-mark per månad

Källa: Hallvarsson (1994).

Detta är inte alls vad studenterna har förväntat sig. När det gäller just föräldraförsäkringen har de alla uppfattningen att Sverige ligger steget före övriga länder. Men i tabellen är förmånsnivåerna i stort sett lika i alla länder. Flera länder har en ersättning på 100 procent av lönen, nästan alla har en ersättning på minst 80-90 procent. Hur hänger det ihop med våra föreställningar?

Svaret ligger i "mer information". För en korrekt jämförelse behöver vi veta mer än tabellens ersättningsnivåer. Ersättningsnivån är bara en dimension av flera. Andra dimensioner är vilka som omfattas, ersättningsperiodens längd, kvalifikationskrav mm. Hur skiljer sig föräldraförsäkringen i de olika länderna vad avser ersättningsperiodens längd? Vilka omfattas av försäkringen? Vad krävs för att kvalificera sig för ersättning? Måste man t ex ha arbetat en längre tid hos en och samma arbetsgivare för att kvalificera sig? Hur är kostnaderna fördelade på olika försäkringstagare?

Men med dessa utökade krav blir jämförelser mycket mer komplicerade och svåröverskådliga. Det kan vara svårt att se skogen för alla träd. Det är ett skäl till att man i den socialpolitiska litteraturen baserar jämförelser på ganska grova generaliseringar (se t ex Esping-Andersen, 1990). Det behövs heller inte mer än så, om vi jämför individer som alla beter sig i stort sett likadant på arbetsmarknaden; arbetar heltid, inte gör längre förvärvsavbrott o dyl. Dvs beter sig som de flesta män gör.

På senare år har den här typen av generaliseringar skarpt kritiserats av kvinnoforskare (se t ex Sainsbury, 1994). Generaliseringarna döljer många skillnader när det gäller utfallet för män respektive kvinnor. Till exempel är kontantstöden i socialförsäkringarna och arbetsmarknads- eller avtalsförsäkringarna utformade efter ett typiskt manligt arbetsmarknadsmönster. Skyddet fungerar bra för den som arbetar heltid utan avbrott hela sitt vuxenliv. Gör man inte det, vilket kvinnor ofta inte gör, kan det finnas påtagliga brister i skyddet. Kvinnors arbetsmarknadsmönster gör dem mer sårbara än män för reglerna i de inkomstrelaterade försäkringarna. Inte bara är kvinnornas löner överlag lägre än männens och deras förmåner av det skälet lägre, utan det krävs också ofta att man arbetat en längre tid, eller att man arbetat ett minsta antal timmar per vecka o. dyl. Kvalifikationskraven kan vara svårare för kvinnor än för män att nå upp till.

Generellt är det så att om kvalifikationstiden är lång kan kvinnor bli utan ersättning, trots att de betalat till systemet i flera år. Kvalifikationskraven är hårdare i de flesta länder än vad de är i Sverige och övriga Norden. I Tyskland finns t ex en stor grupp kvinnor som arbetar i familjeföretag eller på timjobb och som inte omfattas av socialförsäkringssystemet. Deltidsanställda i Storbritannien saknar ofta socialt skydd som pensioner och mammaledighet. I många länder fungerar arbetsmarknadspensioner så att intjänad pensionsrätt förverkas när man byter anställning. Om kvinnor tvingas byta jobb ofta på grund av förvärvsavbrott vid barnafödande, kan sådana regler drabba kvinnor hårdare än män. När pensionen beräknas på slutlönen, men pensionsavgift betalas årligen som en viss procent på lönen, får de som har en svag löneutveckling över tiden, vilket många kvinnor har, betala mer för sina pensioner än vad de med karriärlöner (oftast män) behöver göra (se Ståhlberg, 1994). Slutsatsen blir att det är angeläget att närmare granska försäkringssystemens olika dimensioner.

Gör vi återkopplingen till tabell 4.1 ser vi att parallellen med avtalsförsäkringarna finns där. Reglerna är formellt lika för män och kvinnor inom respektive avtalssystem, men hur blir konsekvenserna när hänsyn tas till mäns och kvinnors olika arbetsmarknadsmönster?

4.3 Enhetliga system

Fyra avtalssystem täcker tillsammans mer än 90 procent av den svenska arbetsmarknaden. Enhetliga system som täcker stora segment av arbetskraften är mindre vanliga i andra länder. Uppkomsten av stora enhetliga system kan ha gynnat kvinnor på områden där de har en svag förhandlingssituation.

Avtalsförsäkringarna kompletterar ersättningarna från socialförsäkringarna, dels genom att höja ersättningsnivån, dels genom att kompensera för inkomstbortfall över 7,5 basbelopp vilket socialförsäkringarna inte kompenserar för. Avtalsförsäkringarna uppvisar sinsemellan stora likheter. De har också många drag gemensamma med den allmänna försäkringen. De är obligatoriska för dem som tillhör avtalsområdet och de är inkomstrelaterade. Ett individbaserat och inkomstrelaterat försäkringssystem återspeglar de skillnader i förvärvsinkomster som finns mellan kvinnor och män.

Avtalsförsäkringarna är liksom socialförsäkringarna konstruerade så att en långvarig anknytning till arbetsmarknaden ger högre ersättning. Gränsen för vad som krävs för att kvalificera sig är i regel kort deltid (minst 16 timmar per vecka). Konstruktionen är således inte alltid neutral mellan heltids- och deltidsarbete. Övertidsersättning är inte pensionsgrundande vare sig i ITP eller det statliga avtalssystemet. Deltidsanställning som kompletteras med övertid upp till full tjänstgöring ger därför sämre ålders- och förtidspensioner från dessa båda system än en heltidsanställning med samma årsinkomst. De olika avtalssystemen är samordnade så att intjänad kvalifikationstid i princip inte förloras vid byte av anställning.

Kompensationen vid sjukdom är likartad i de fyra avtalssystemen, mindre likartad vid förtidspension. Kompensationsgraden är högre vid förtidspensionering än vid ålderspensionering. Ersättningarna vid arbetsskada är i stort sett lika på samtliga områden. I regel ger redan socialförsäkringssystemet fullständig inkomstkompensation vid arbetsskada. Avtalsförsäkringarna på SAF-LO-området ger till skillnad från avtalsförsäkringarna på övriga områden inte kompensation för inkomstbortfall på lönedelar över 7,5 basbelopp.[1] Finansieringen av avtalsförsäkringarna sker huvudsakligen med en procentuell avgift på lönesumman.

[1] LO och SAF har under 1995 slutit ett nytt ålderspensionsavtal som inte har detta tak.

Förmånskonstruktionen i avtalsförsäkringarna kan ha olika konsekvenser för kvinnor och män av framför allt två skäl:

(1) När förmånen beräknas på de sista årens löner ger en brant livslöneprofil (som många män har) högre ersättning än en flack löneprofil (som många kvinnor har) vid i övrigt lika stora livsinkomster. Detta har relevans för ålderspensionen som beräknas på slutlönen för privatanställda tjänstemän, på de sista fem åren för statsanställda, på de sista sju åren för kommunal- och landstingsanställda och på inkomsterna mellan 55 och 59 års ålder för arbetare inom LO-SAF-kollektivet.

(2) Inkomstbortfall på inkomster under 7,5 basbelopp kompenseras med ca 10 procent, medan bortfall av inkomster över 7,5 basbelopp, i samtliga system med undantag för LO-SAF-området, kompenseras med 90 procent i sjukförsäkringen och med ca 65 procent (upp till 20 basbelopp, därefter 32,5 procent mellan 20 och 30 basbelopp) i förtidspensionssystemen. Fler män än kvinnor har inkomster som överstiger 7,5 basbelopp. Kvinnor kan därför inte tillgodogöra sig förmånerna i samma utsträckning som män.

År 1994 hade enligt Riksförsäkringsverket 17,4 procent av alla förvärvsarbetande män, men bara 3,5 procent av kvinnorna, en årsinkomst som var större än 7,5 basbelopp. Andelen män som har inkomster över 7,5 basbelopp är ungefär 5 gånger större än andelen kvinnor som har sådana inkomster. Enligt de kalkyler som pensionsberedningen redovisade i sitt betänkande 1990 skulle 29 procent av alla förvärvsarbetande män och knappt 6 procent av alla förvärvsarbetande kvinnor komma att ha inkomster över 7,5 basbelopp år 2000 när den årliga reallönetillväxten antagits vara 2 procent (SOU 1990:76). Andelen män som har inkomster över 7,5 basbelopp skulle då också vara ungefär 5 gånger större än andelen kvinnor som har sådana inkomster.

4.4 "Man tager vad man haver, sa Cajsa Warg"

Jämställdhet och avtalsförsäkringar är ett outforskat område, något som inte låter sig avhjälpas i en handvändning. Avsikten med detta kapitel är att med enkla begränsade resonemang peka på tänkbara effekter av avtalsförsäkringarnas konstruktion på kvinnors och mäns situation. Det är ingen fullständig analys. Den kan kritiseras för att vara partiell och för sina antaganden. Må så vara, men den ökar

förvisso vår kunskap om avtalsförsäkringarnas effekter på jämställdheten mellan kvinnor och män.

I det följande avser jag att belysa hur graden av kompensation skiljer sig mellan kvinnor och män när de ersätts enligt de regler som gäller för (1) SAF-LO-området, (2) SAF-PTK-området, (3) staten och (4) kommuner och landsting. Min empiriska redovisning bygger på simuleringar av avtalsförmånerna för ett urval individer från Levnadsnivåundersökningen 1991 vid Institutet för social forskning, Stockholms universitet; 494 anställda män och 493 anställda kvinnor födda 1932 – 1944. Var och en av dessa personer har påförts uppgifter om sina ATP-poäng varje år från 1960 – 1990 och sina deklarerade förvärvsinkomster för vart och ett av åren 1979 – 1990. Det har skett genom samkörning med register hos Riksförsäkringsverket och Statistiska centralbyrån. Se även Ståhlberg (1994). Från och med 16 års ålder kan ATP-förmåner, och från och med 28 års ålder avtalsförmåner, tjänas in. De som är födda 1932 är 28 år 1960 och 58 år 1990. De som är födda 1944 är 16 år 1960 och 46 år 1990. Årsklasserna är valda så att det går att bestämma antalet kvalifikationsår i försäkringen för samtliga individer. Simuleringarna förutsätter att kontantlönen inte påverkas av avtalsförsäkringens utformning.

4.5 Förmånsreglernas konsekvenser för kvinnor och män

4.5.1 Förtidspensionsreglernas konsekvenser

PÅ SAF-LO-området är ersättningen till en förtidspensionär ett månatligt belopp från AGS vars storlek beror av i vilket löneintervall individen befinner sig. Maximal ersättning från AGS är 30 000 kr (2500 x 12) per år. Det får de vilkas årslön är ca 5,3 basbelopp eller mer. På SAF-PTK-området ersätts förtidspensionär med 15 procent av inkomstbortfallet på den del av lönen som understiger 7,5 basbelopp, med 65 procent av inkomstbortfallet på den del av lönen som är mellan 7,5 och 20 basbelopp och med 32,5 procent av inkomstbortfallet på den del av lönen som är mellan 20 och 30 basbelopp. Den kommunala avtalsförsäkringen ger samma ersättning som AGS för inkomstbortfall på lön som understiger 7,5 basbelopp. Ersättningen till den med större inkomst än så, räknas ut på samma

sätt som den kommunala ålderspensionen och bruttosamordnas med den allmänna förtidspensionen från folkpension och ATP och med ersättningen från AGS. Också förtidspensionen i det statliga avtalssystemet är bruttosamordnad med folkpension och ATP. Den som är statligt anställd och har en pensionsgrundande lön mellan 1 och 20 basbelopp får totalt en kompensation på 81,5 procent, den vars lön ligger mellan 20 och 30 basbelopp kompenseras med 40,75 procent och den vars pensionsunderlag är mindre än ett basbelopp kompenseras med 117,5 procent.

Simuleringarna av förtidspensionen går till så att jag låter samtliga personer i undersökningsurvalet förtidspensioneras år 1991 och beräknar hur stor årlig ersättning de då skulle få från de olika avtalssystemen. Risken att drabbas låter jag med andra ord vara lika för män och kvinnor. På så sätt kan jag renodla reglernas konsekvenser.[2] Vilka kända faktorer som bestämmer risken att drabbas av arbetsoförmåga och hur skillnader i risk påverkar resultaten från simuleringarna tar jag upp längre fram i avsnitt 4.6 och 4.7.

År 1991 är personerna i undersökningen mellan 47 och 59 år gamla. De har då hunnit få relativt höga inkomster. 1990 hade kvinnorna i undersökningen en årsinkomst på i genomsnitt ca 4 basbelopp. Männen hade en årsinkomst på i genomsnitt ca 6,5 basbelopp. 27 procent av männen och 5 procent av kvinnorna har beräkningsåret en inkomst som är större än 7,5 basbelopp. Andelen män som har inkomster över 7,5 basbelopp är drygt 5 gånger större än andelen kvinnor som har det.[3]

I tabell 4.2 redovisar jag vilka förtidspensioner män och kvinnor skulle få om alla ersattes efter de nuvarande (1) AGS-reglerna, (2) ITP-reglerna, (3) reglerna i det kommunala systemet eller (4) reglerna i det statliga systemet. Inkomsten före det simulerade pensionsfallet är i genomsnitt omkring en och en halv gånger större för män än för kvinnor. Förtidspensionen däremot är mer än så – mellan två och tre gånger större för män – med undantag för den från AGS. Från ITP får männen en förtidspension som i genomsnitt motsvarar 21 procent av deras löner före pensionsfallet, kvinnornas motsvarar 16 procent. Män anställda i staten får en förtidspension som i

[2] Att risken har värdet ett har dock ingen betydelse för slutsatserna, eftersom det är relationen mellan mäns och kvinnors förmåner som studeras.

[3] Jfr sid 183.

genomsnitt motsvarar 19 procent av deras löner före pensionsfallet, kvinnornas motsvarar bara något mer än 10 procent. Det här betyder att väsentligt fler män än kvinnor kompenseras med 65 procent på delar av inkomstbortfallet. Ju större andel av lönen som kompenseras med 65 procent, desto större blir den genomsnittliga kompensationen. Vi ser också att folkpensionen och pensionstillskotten utjämnar mellan män och kvinnor i det offentliga systemet.

Tabell 4.2. Storleken på årlig förtidspension (i antal basbelopp) i olika system. Simulerade medelvärden för kvinnor och män.

	Ink. före pens. fallet	AGS	ITP	Statligt avtals-system	Komm avtals-system	ATP	Summa av ATP, folkp. och pens. tillskott
Kvinnor	3,983	0,582	0,634	0,421	0,573	0,944	2,882
Män	6,553	0,845	1,388	1,277	1,189	2,047	3,951
Män/ Kvinnor	1,645	1,452	2,189	3,033	2,075	2,168	1,371

Källa: Egna beräkningar

En invändning mot ovanstående resultat skulle kunna vara att löneskillnaderna mellan män och kvinnor ser helt olika ut på de fyra avtalsförsäkringsområdena och att simuleringarna som inte särskiljer områdena ger en missvisande bild. Om det till exempel är så att varken kvinnor eller män anställda i kommuner och landsting har inkomster över 7,5 basbelopp, så sker inga omfördelningar på grund av regelkonstruktionen. Och har män och kvinnor anställda i staten i lika stor utsträckning inkomster över 7,5 basbelopp, så sker inte heller några omfördelningar mellan män och kvinnor. Då finns bara omfördelningar från lägre inkomsttagare till högre inkomsttagare kvar. I LNU-materialet som är ett representativt urval av hela befolkningen har dock en större andel män än kvinnor i åldrarna 46-58 år en årsinkomst på mer än 7,5 basbelopp. Detta gäller på varje avtalsförsäkringsområde. Enligt uppgifter från Arbetsgivarverket är andelen män bland alla anställda män i staten, som har inkomster över 7,5 basbelopp ungefär 4 gånger större än andelen kvinnor som har det. Av alla anställda män i staten har 15 procent en inkomst som överstiger 7,5 basbelopp. Bland kvinnorna är det 4 procent.

I ett kompletterande material till min studie (Schager m fl 1996) redovisar Arbetsgivarverket den faktiska ersättningen från den statliga avtalsförsäkringen till 243 kvinnor och 167 män (mellan 30 och 64 år gamla) som beviljats förtidspension år 1995. Bland dessa hade 5 kvinnor och 3 män, dvs en nästan lika stor andel kvinnor (2 procent) som män (1,8 procent), en inkomst före pensionsfallet som var större än 7,5 basbelopp.

En tolkning är att risken år 1995 att få statlig förtidspension är mycket högre för kvinnliga höginkomsttagare (dvs de som har inkomster över 7,5 basbelopp) än för manliga höginkomsttagare. En alternativ tolkning är att risken att förtidspensioneras när man är höginkomsttagare (dvs har inkomster över 7,5 basbelopp) i statlig tjänst (eller bara höginkomsttagare) är mycket liten. Dessa hypoteser finns det anledning att undersöka närmare (se avsnitt 4.6 och 4.7). Det finns dock ännu inga sådana empiriska undersökningar. Vi vet i dag alltför lite om vilka egenskaper utöver ålder och kön som bestämmer sannolikheten att förtidspensioneras. På detta område behövs mer forskning.

4.5.2 Sjukpenningreglernas konsekvenser

Avtalsförmånerna vid sjukdom är ganska lika, i varje fall för tjänstemän. Dessa ersätts med 10 procent av inkomstbortfallet på den del av lönen som är mindre än 7,5 basbelopp. Är lönen högre, är kompensationen 90 procent på den del som överstiger 7,5 basbelopp. På SAF-LO-området avser kompensationen enbart inkomster under 7,5 basbelopp. AGS lämnar kompletterande ersättning med ca 10 procent av inkomstbortfallet.

Simuleringarna av sjukersättningen går till så att jag låter samtliga personer i undersökningsurvalet få avtalsenlig sjukersättning under en månads tid och beräknar vilken ersättning de då skulle få med olika regelsystem. I tabell 4.3 har jag simulerat en månads sjukersättning på 1990 års lön som män respektive kvinnor skulle få om alla ersattes efter reglerna i (1) AGS, (2) det kommunala systemet, (3) det statliga systemet eller (4) systemet för privatanställda tjänstemän. Personerna i undersökningen är då mellan 46 och 58 år gamla. I dessa åldrar har kvinnorna i undersökningen i genomsnitt en årsinkomst på ca 4 basbelopp. Männen har en årsinkomst på i genomsnitt ca 6,5 basbelopp. Det är drygt en och en halv gånger mer än vad kvinnorna har. Men sjukersättningen som betalas ut till män

är i genomsnitt nästan tre gånger större än den som betalas ut till kvinnor med de regler som gäller i stat, kommun och på SAF-PTK-området. Kvinnor får i genomsnitt 11 procent av lönen, männen får 20 procent. I AGS finns inte motsvarande skillnader. Omfördelningarna går snarare i motsatt riktning. Inkomster över 7,5 basbelopp ersätts inte alls i AGS, varför männen i genomsnitt ersätts med en lägre procentsats, räknat på hela lönen, än kvinnorna.

I Arbetsgivarverkets material (Schager m fl 1996) är också den avtalade sjukersättningens procentuella andel av lönen ungefär samma för män och kvinnor. Verkets jämförelse gäller emellertid inte alla som har fått avtalsenlig sjukersättning under beräkningsåret. Enbart de personer som förtidspensionerades 1995 ingår i studien. De korta sjukfallen ingår således inte i verkets redovisning. Dessa kan dock förväntas ha en annorlunda löneprofil än de långa sjukfallen (andelen höginkomsttagare med kort sjukfrånvaro kan förväntas vara större än andelen höginkomsttagare bland de långa sjukfallen). Det är svårt att på ett sådant material dra några slutsatser om omfördelningarna mellan män och kvinnor.

Tabell 4.3. En månads sjukersättning (i antal basbelopp) på 1990 års lön i olika system. Simulerade medelvärden för kvinnor och män.

	Lön år 1990	AGS	Avtalssystem privat anst. tjänstemän	Statligt avtalssystem	Kommunalt avtalssystem
Kvinnor	3,983	0,0325	0,0380	0,0380	0,0380
Män	6,553	0,0478	0,1089	0,1089	0,1089
Män/ Kvinnor	1,645	1,471	2,867	2,867	2,867

Källa: Egna beräkningar

4.5.3 Kvinnor får ut mindre än män

Kvinnors löner stiger i allmänhet mindre brant än mäns. De når inte över taket på 7,5 basbelopp i den utsträckning som män gör. I avtalssystemen är kompensationen på inkomstbortfall större för lönedelar över än under taket. Kompensationen till kvinnor kan därför bli mindre än den till män.

Vi erinrar oss att samma sak gäller ålderspensionerna. Till det bidrar både en brantare livslöneprofil hos män än hos kvinnor och

att män i betydligt större utsträckning än kvinnor har inkomster över ATP-taket (Ståhlberg, 1994).

4.6 Solidariska försäkringar

Marknadsförsäkringar är i princip aktuariska. Med det menas att priset på försäkringen (premien) så väl som möjligt ska återge den individuella risken och därmed den troliga framtida kostnaden. Det pris ett försäkringsbolag på en konkurrensmarknad sätter på en försäkring (den aktuariska premien) är π, så att $\pi = pL + T$, där pL är förväntad förlust, L är den förlust som uppstår om händelsen inträffar och p sannolikheten att händelsen man vill gardera sig mot inträffar. T är försäkringsbolagets transaktionskostnader.

Solidariska försäkringar syftar till fördelningspolitisk rättvisa. Rättviseskälen handlar om i vilken utsträckning aktuariska faktorer, dvs det förhållandet att vi har olika risk att förlora inkomsten till följd av sjukdom o dyl ska få avspeglas i premien. Det är just avvikelsen från aktuariska principer som förvandlar premien till en skatt. Aktuariska principer innebär att de som har en svag hälsa betalar mer i sjukförsäkringsavgift och att kvinnor som statistiskt sett lever längre eller som i kommuner och landsting har lägre pensionsålder, betalar en större del av sin inkomst under de aktiva åren till pensionssystemet. Antag att det finns en högriskgrupp H vars sannolikhet för försäkringsutfall är p_H och en lågriskgrupp L vars sannolikhet för försäkringsutfall är p_L. Då blir premierna i en aktuarisk försäkring $\pi_L = p_L L + T$ och $\pi_H = p_H L + T$,
där $\pi_L < \pi_H$. I en solidarisk försäkring är premien enhetlig och baseras på genomsnittlig förväntad förlust. Om N står för antal försäkringstagare så är

$$\pi'_L = \pi'_H = \pi = \{p_H[N_H/(N_H + N_L)] + p_L[N_L/(N_H + N_L)]\}L + T$$

vilket innebär att $\pi'_L > p_L L + T$ och $\pi'_H < p_H L + T$.
$(\pi'_L - \pi_L)$ är den skatt som lågriskpersoner får betala och
$(\pi_H - \pi'_H)$ den subvention som högriskpersoner erhåller.

Förtidspensionen, sjukförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen (liksom STP och ålderspensionen i det statliga och det kommunala avtalssystemet) bygger på solidaritetsprincipen. Inom varje system är avgifterna (premierna) enhetliga och ej differentierade efter risk.

4.6.1 Kvinnors ohälsa större än mäns

Det är känt från flera undersökningar att risken för långtidssjukskrivning och förtidspension ökar med åldern (se t ex Marklund 1994). Bland dem som förtidspensioneras finns en överrepresentation av korttidsutbildade. Personer med kort utbildning är överrepresenterade bland dem med tunga arbeten och bland arbetslösa. Under 1970-talet förtidspensionerades mest män och då av arbetsmarknadsskäl. På senare år har fler kvinnor förtidspensionerats, och då framför allt på grund av sjukdomar i rörelseorganen. År 1989 var 53 procent av förtidspensionärerna kvinnor, fem år senare utgjorde de 54 procent. Det betyder att kvinnor idag har en något större risk att drabbas av förtidspension än män.

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män. I synnerhet gäller det de långa sjukfallen. År 1990 var sjukpenningtalet 19,0 för kvinnor och 14,0 för män, år 1994 var det 12,9 för kvinnor och 9,6 för män (Fakta 1995).[4] Skillnaderna återfinns i alla åldersgrupper. Arbetssjukdomar förekommer ungefär lika ofta bland män som bland kvinnor, men ökningstakten har under senare hälften av 1980-talet varit högre för kvinnor än för män (SOU 1994:72). Arbetsolyckor är vanligare bland män än bland kvinnor.

Ohälsotalet anger det genomsnittliga antalet dagar per försäkrad och år som ersatts med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringssjukpenning, förebyggande sjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag. År 1983 var ohälsotalet samma för kvinnor och män, men har därefter stigit mer för kvinnor än för män (SOU 1994:72). År 1995 var kvinnors ohälsotal 9,4 dagar högre än mäns. Kvinnornas ohälsotal var då 43,8 dagar och männens 34,4 dagar.

Kvinnors risk och därmed sannolikhet att få ersättning från avtalssystemen är idag något större än för män. Det innebär att det i avtalsförsäkringen såväl som i socialförsäkringen finns inslag som tenderar att gynna kvinnor. I den mån deras risk är större omfördelar försäkringen inkomster från män till kvinnor.

[4] Med sjukpenningtal avses antal dagar per försäkrad och år med sjukpenning och arbetsskadesjukpenning. År 1994 gäller att sjukpenningdagar medräknas först från och med den 15:e dagen i sjukperioden.

4.7 "Tar in på gungorna"

Ett inslag såväl i avtalsförsäkringarna som i socialförsäkringarna, vilket tenderar att gynna kvinnor är att de inte differentieras efter risk. Kvinnors risk att drabbas av sjukdom, arbetsskada och förtidspensionering är större än mäns. Men även andra inkomstomfördelningar än de mellan olika riskgrupper kan åstadkommas i en kollektiv obligatorisk försäkring. Det är dessa andra omfördelningar jag har belyst med mina beräkningar. Avtalsförsäkringarna, med undantag från LO-SAF-områdets, har en konstruktion som i detta andra avseende är ofördelaktig för kvinnor. Kvinnor till skillnad från män, når mera sällan upp till inkomster över 7,5 basbelopp. När kvinnor ersätts för inkomstbortfall får de i genomsnitt en lägre andel av inkomstbortfallet kompenserat än vad män får. Kanske kan man säga att männen tar in en del på "gungorna vad de förlorat på karusellen".

Vi har med andra ord två motverkande effekter i de flesta avtalsförsäkringar: en som omfördelar från dem som har låg risk att drabbas till dem som har hög risk att drabbas (från män till kvinnor) och en som omfördelar från inkomsttagare under "taket" till inkomsttagare över "taket" (från kvinnor till män). Om omfördelningarna mellan riskgrupper är större än de mellan inkomstgrupper kan försäkringen vara förmånligare för kvinnor än för män och omvänt. Om nettoeffekten är noll, betyder det att inga omfördelningar sker. De omfördelningar som kan finnas mellan riskgrupper och de som kan finnas mellan inkomstgrupper tar då ut varandra. Vilken typ av omfördelning som överväger är en empirisk fråga.[5]

En solidarisk försäkring innebär ett ställningstagande att omfördela inkomster från lågriskgrupper till högriskgrupper. Vem som har hög risk och vem som har låg risk är dock inte en gång för alla givet. T ex var risken att förtidspensioneras större för män än för kvinnor

[5] I socialförsäkringssystemet har vi också två effekter, men båda verkar i samma omfördelande riktning: från män till kvinnor. För det första är avgiften till socialförsäkringen enhetlig och inte differentierad efter risk. Därför omfördelas inkomster från dem som har låg risk att drabbas till dem som har hög risk att drabbas. För det andra är enbart inkomster upp till 7,5 basbelopp förmånsgrundande, medan avgifter huvudsakligen betalas på hela inkomsten även på de delar som ligger över 7,5 basbelopp. Därför omfördelas inkomster från dem vars årsinkomster är större än 7,5 basbelopp till dem vars årsinkomster är mindre än 7,5 basbelopp.

under 1970-talet. I dag gäller det omvända. Däremot innebär regelkonstruktionen i flertalet avtalsförsäkringar alltid en viss omfördelning från lägre till högre inkomsttagare och så länge kvinnor tillhör den förra gruppen, från kvinnor till män. Eftersom avtalsförsäkringen kan ses som en löneförmån bidrar dess konstruktion till att förstärka löneskillnaderna mellan kvinnor och män.

Appendix

Regelsystemen och beräkningarna[6]

Jag antar att varje inkomstår fr o m 28 års ålder ger ett helt intjänandeår i samtliga avtalssystem.

Yki = (inkomst för individ k år i)/(basbeloppet år i)
i = 1990

Förtidspension, privatanställda arbetare

FAGSki = förtidspension från AGS för individ k år i
FAGSki = f(Yki) enligt tabell för AGS

Förtidspension, privatanställda tjänstemän

FITPki = förtidspension från ITP för individ k år i
$c_1 = 0{,}15$ för Yki_1 som är den del av Yki som är $\leq 7{,}5$
$c_2 = 0{,}65$ för Yki_2 som är den del av Yki som är $>7{,}5$, men ≤ 20
$c_3 = 0{,}325$ för Yki_3 som är den del av Yki som är >20, men ≤ 30
$c_4 = 0$ för den del av Yki som är >30

$$FITPki = \sum_{j=1}^{4} c_j \times Yki_j$$

Förtidspension från folkpension och ATP

FAFki = förtidspension från allmän försäkring (folkpension, pensionstillskott och ATP) för individ k år i
FATPki = förtidspension från ATP för individ k år i

[6] De regler som ligger till grund för mina simuleringar är de som beskrivs i PM nr 37 från Sjuk - och arbetsskadekommittén, 1995.

Beräkna antagandepoäng. Antagandepoängen är medeltalet av ATP-poängen de fyra åren före pensionsfallet eller, om pensionen därigenom blir större, medeltalet under samtliga år. I det senare fallet bortses från häiften av åren, den hälft då ATP-poängen är noll eller lägst.

Alki = medelvärdet av de 15 högsta ATP-poängen (faktiska poäng och antagandepoäng), eller om k inte har 15 år med ATP-poäng, medelvärdet av de poängår som finns.
Atki = antal år med ATP-poäng (faktiska poäng och antagandepoäng)
Atki≥ 3, annars FATPki = 0
Atki/30 ≤ 1
FPTki = FPTi = 1,055
FATPki = 0,60 x Alki x Atki/30 - FPTi
FATPki ≥ 0, annars FATPki = 0
FFPki = FFPi = 0,849 för män
FFPki = FFPi = 0,883 för kvinnor
FAFki = FFPi + FPTi +FATPki

Förtidspension, statligt anställda

FSTATki = statlig förtidspension för individ k år i

$$Glki = 1/5 \times \sum_{j=i-4}^{i} Ykj \qquad \max Yki = 30$$

Gtki = (antal år med ATP-poäng > 0, räknat från 28 års ålder) +
+ (födelseår +64 - i)
Gtki/30 ≤1
FSTATki = 1,175 x GLki x Gtki/30 - FAFki för Yki ≤1
FSTATki = 0,815 x GLki x Gtki/30 - FAFki för 1 < Yki ≤20
FSTATki = 0,4075 x GLki x Gtki/30 - FAFki för 20 < Yki

FSTATki≥ 0 annars FSTATki = 0

Förtidspension, kommunalt anställda

FKOMMki = kommunal förtidspension för individ k år i
FKOMMki = f(Yki) enligt tabell för AGS för Yki≤ 7,5
Om Yki > 7,5 gäller i stället:

$$ÅLki = 1/5 \times \sum_{j=i-7}^{i-1} Ykj$$ då lägsta och näst lägsta Ykj = 0

max Yki = 30

Åtki = (antal år med ATP-poäng > 0 räknat från 28 års ålder) +
+ födelseår + 64 - i)
Åtki/30 ≤ 1

FKOMMki = (0,65 x ÅLki + 0,4225) x Åtki/30 - FAFki
då 7,5 < Yki ≤ 20
FKOMMki = (0,32 x ÅLki + 6,9225) x Åtki/30 - FAFki
då 20 < Yki
FKOMMki ≥ 0 annars FKOMMki = 0

Sjukersättningen, privatanställda arbetare

SAGSki = en månads sjukersättning från AGS för individ k år i
SAGSki = 0,10 x Yki / 12 max Yki = 7,5

Sjukersättning, privatanställda tjänstemän, statligt anställda, kommunalt anställda

SITPki = en månads sjukersättning från ITP för individ k år i
SSTATki = en månads statlig sjukersättning för individ k år i
SKOMMki = en månads kommunal sjukersättning för individ k år i

c_1 = 0,10 för Yki_1 som är den del av Yki som är ≤ 7,5
c_2 = 0,90 för Yki_2 som är den del av Yki som är >7,5

$$SITPki = SSTATki = SKOMMki = \sum_{j=1}^{2} c_j \times Yki_j / 12$$

Referenser

Esping-Andersen, Gösta (1990), *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press, Cambridge, UK.

Fakta 1995. Socialförsäkringsstatistik. Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Hallvarsson, Mats (1994), *Välfärd och levnadsvillkor i Västeuropa. Bilaga 9 till EG-konsekvensutredningen*. Stockholm.

Marklud, Staffan (1994), "Vilken roll spelar individförhållanden, konjunkturer och strukturförhållanden för förtidspensioneringen?" i *Förtidspension – en arbetsmarknadspolitisk ventil?* SOU 1994:148. Rapport från Sjuk- och arbetsskadeberedningen samt Arbetsmarknadspolitiska kommittén.

Sainsbury, Diane (red), (1994), *Gendering welfare states*. SAGE Publications, London.

Schager, Nils Henrik, m. fl (1996), Kommentar till Ann-Charlotte Ståhlbergs uppsats "Avtalssystemen ur jämställdhetssynpunkt, rapport till Sjuk- och arbetsskadeberedningen". PM 1996–05–14. Arbetsgivarverket. Stockholm.

Sjuk- och arbetsskadekommittén, PM nr 37, 1995.

SOU 1990:76. *Pensionsberedningens huvudbetänkande*.

SOU 1994:72. *Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension*. Rap port från Sjuk- och arbetsskadeberedningen.

Ståhlberg, Ann-Charlotte (1994), *Kvinnors ATP och avtalspension*, SOU 1994:22.

Ohälsoförsäkring utanför statens budget

Lennart Brege och Olle Rahm

Innehåll

Sammanfattning *201*

1 *Uppdraget* *203*
1.1 Inledning 203
1.2 Sjuk- och arbetsskadekommitténs direktiv 203
1.3 Uppdraget till Statskontoret 204
1.4 Studerade modeller 205

2 *Nuvarande system och utveckling av mål- och resultatstyrningen* *207*
2.1 Övergripande mål 207
2.2 RFV:s roll enligt instruktion 208
2.3 Socialförsäkringens verksamhetsgrenar, förutsättningar för styrning 208
2.4 Utveckling av mål- och resultatstyrningen 210
2.5 ÖSA-utredningen 211

3 *Fristående fondalternativ och dess styrning* 212
3.1 Inledning 212
3.2 Fondkonstruktion 213
3.3 Uppgifts- och ansvarsfördelning 215
3.4 Delvis nya principer för styrning 218
3.5 Styrmedel 220
3.6 Finansiärers och intressenters roll 222
3.7 Måluppfyllelsen 223
3.8 Uppföljning, utvärdering och tillsyn 225

4 *Jämförelse mellan fondalternativet och ett alternativ inom statsbudgeten* *226*

Sammanfattning

Sjuk- och arbetsskadekommittén skall enligt sina direktiv som huvudalternativ redovisa en ohälsoförsäkring inom ramen för statsbudgeten. Kommittén är dock oförhindrad att pröva en ordning där den allmänna försäkringen ges en mer fristående ställning.

Statskontoret har på kommitténs uppdrag prövat den samhälleliga styrningen av ohälsoförsäkringen utifrån två olika modeller. Dessa modeller är dels nuvarande regelstyrda system men med större inslag av målstyrning, dels en modell med en mer fristående ställning för försäkringen, utanför statens budget och med en fondlösning. Uppdraget har sin tyngdpunkt i denna senare modell.

Vi redovisar i denna PM hur ett alternativ med fondlösning skulle kunna utformas och hur det borde styras. Det bör understrykas att det vi presenterar är en *tankemodell* som är principiellt utformad. Vårt arbete bör ge underlag för att pröva om de fördelar man kan uppnå med ett autonomt system också kan nås i ett system där ohälsoförsäkringen ligger inom statsbudgeten.

I enlighet med tankemodellen inrättas en fond för förvaltning och transferering av medlen i ohälsoförsäkringen. Härigenom skapas förutsättningar för finansiell autonomi och långsiktig finansiell balans. Resurserna kan disponeras friare och effektivare avvägningar kan göras när det gäller hur dessa kan användas.

Incitament för kostnadseffektiva resultat och hög måluppfyllelse skapas, bl.a. genom att finansiärerna – staten, arbetsgivarna och arbetstagarna – är representerade i en central fondstyrelse och i regionala styrelser.

Riksdag och regering styr försäkringen genom att bl.a. formulera övergripande mål och ange ramar för förmåner och avgifter. Det ankommer sedan på försäkringsorganisationens styrelser att fatta beslut om de exakta nivåerna på förmåner och avgifter inom fastställda intervall och ramar.

Fondalternativet förutsätter viss maktförskjutning från regering och riksdag, i första hand till den centrala fondstyrelsen. Återföring till statsmakterna sker så att de ges ett fullgott underlag för att bedöma effekterna av vidtagna åtgärder, av den förda politiken och av fondens förvaltning.

Ohälsoförsäkringen blir inte vid en fondlösning en del i budgetpolitiken. Tillfälliga politiska initiativ kan inte rubba de ekonomiska förutsättningarna. Överskott inom olika grenar av försäkringen kan inte heller finansiera sådant som ligger utanför systemet.

Delvis nya principer för styrningen introduceras. Styrningen från statsmakternas sida sker med stabilitet och långsiktighet. Endast härigenom skapas förutsättningar för att bedriva en effektiv verksamhet och för att kunna skapa finansiell stabilitet.

För försäkringsorganisationen får främst de ekonomiska styrmedlen stor betydelse för att nå effektiva resultat i det förebyggande och rehabiliterande arbetet.

Ekonomiska realiteter och försäkringsmässiga överväganden kommer i högre grad att vara styrande. Försäkringen kommer att ge större möjligheter till affärsmässigt handlande. De försäkrades relation till försäkringen kommer mer att likna en kundrelation.

Kraven på rättssäkerhet, objektivitet och service bör i stort vara möjliga att uppnå i likhet med vad som sker i dag. Kraven på likvärdighet sätter gränser för hur stora skillnader i förmåner som kan tillåtas.

I avsnitt 1 redogör vi närmare för vårt uppdrag och förutsättningarna för de studerade modellerna. Den modell som enligt uppdraget är nuvarande regelstyrda system, med större inslag av målstyrning, behandlas i avsnitt 2. Här kommenterar vi arbetet med att utveckla mål- och resultatstyrningen inom befintliga system och förutsättningar för styrning av nuvarande verksamhet.

Avsnitt 3 behandlar fondalternativet och dess uppbyggnad. I avsnitt 4 sammanfattas en jämförelse mellan fondalternativet och ett alternativ inom statsbudgeten.

1 Uppdraget

1.1 Inledning

Statskontoret har fått Sjuk- och arbetsskadekommitténs uppdrag att enligt direktiv 1996–03–06 belysa styrningsfrågor i samband med en allmän ohälsoförsäkring.

Uppdraget syftar till att biträda kommittén med att ta fram underlag för fortsatta diskussioner och ställningstaganden avseende styrformer för ohälsoförsäkringen. En principiellt inriktad promemoria med beskrivningar och analyser samt frågeställningar att diskutera har presenterats i form av ett arbetsmaterial. Efter diskussion i kommittén den 15 april 1996 har det uppdragits åt Statskontoret att vidareutveckla promemorian. Resultatet av detta arbete redovisas härmed.

Inom Statskontoret har uppdraget utförts av Lennart Brege och Olle Rahm.

1.2 Sjuk- och arbetsskadekommitténs direktiv

Kommitténs skall enligt sina direktiv bl.a. analysera hur en allmän ohälsoförsäkring kan utformas så att en långsiktig finansiell balans upprätthålls. Förslag skall vidare utformas till hur redovisning av inkomster och utgifter kan tydliggöras så att försäkringens finansiella ställning kan utläsas.

Till övervägande del bör ohälsoförsäkringen enligt direktiven finansieras med enhetliga och till försäkringen destinerade avgifter som tas ut på förvärvsinkomster. Då försäkringen även skall ge ersättning till grupper som inte har eller har haft förankring på arbetsmarknaden framhålls det som rimligt att försäkringen även till viss del finansieras med allmänna skattemedel.

Ohälsoförsäkringen bör till sin utformning i princip vara förmånsbestämd. Vid varaktiga förändringar i försäkringsutnyttjandet kan det dock enligt direktiven inte undvikas att en avvägning måste göras mellan nivån på avgiftsuttaget till försäkringen och de förmåner som utges.

Enligt regeringens bedömning kan ohälsoförsäkringen inte utformas som ett finansiellt autonomt och avgiftsbestämt system.

1.3 Uppdraget till Statskontoret

Ett huvudalternativ för kommittén är mot ovan angiven bakgrund att ohälsoförsäkringen kvarstår inom ramen för statsbudgeten. Kommittén är dock enligt direktiven oförhindrad att även pröva för- och nackdelar med en ordning där den allmänna försäkringen ges en mer fristående ställning. Statskontorets uppgift avser i huvudsak att belysa detta.

Vårt uppdrag är att pröva den samhälleliga styrningen av den allmänna ohälsoförsäkringen på principiell nivå utifrån två olika modeller. Dessa modeller är:

- Nuvarande regelstyrda system med större inslag av målstyrning och med en ekonomisk redovisning inom ramen för statsbudgeten.
- En modell med en mer fristående ställning för ohälsoförsäkringen. Denna modell skall innehålla någon form av fondlösning för att skapa ett finansiellt autonomt system. I denna modell skall försäkringen ligga utanför den statliga budgeten, men med anknytning till den statliga redovisningen.

I direktiven till Statskontoret framhåller kommittén att modellen med fondlösning närmast skall ses som en jämförelsemodell, men en mycket viktig sådan. Som framgått anser regeringen att ohälsoförsäkringen inte kan utformas som ett finansiellt autonomt och avgiftsbestämt system.

Fondmodellen bör vara intressant främst av det skälet att den – när vi prövar hur styrningen bör utformas – kan ge idéer som också kan tas tillvara när kommittén utvecklar huvudalternativet med ett system inom ramen för den statliga budgeten.

Direktiven till Statskontoret anger att de tillkommande uppgifterna för försäkringsorganisationen – att medverka till förebyggande och rehabiliterande åtgärder så att ohälsan och därmed kostnaderna minimeras – kräver målstyrning och möjligheter till högre självständighet i förvaltningen av försäkringens medel. Styrsystemet måste således medverka till både korrekt regelstyrning och dynamisk målstyrning.

Rent generellt och gällande båda modellerna kan hävdas att organisationen måste präglas av stark mål- och resultatinriktad verksamhetsstyrning. Det måste finnas möjligheter att initiera och stimulera till förebyggande åtgärder liksom till tidiga och aktiva

rehabiliteringsinsatser. Som vi belyser i avsnitt 3 blir möjligheterna till detta större i alternativet med en fristående ställning för ohälsoförsäkringen.

1.4 Studerade modeller

I det följande preciserar vi de båda modeller som vårt uppdrag berör.

Nuvarande regelstyrda system, större inslag av målstyrning och ekonomisk redovisning inom ramen för statsbudgeten.

Den här modellen är i väsentliga delar nuvarande regelstyrda system. Det systemet har stått under diskussion bl.a. av den tidigare Sjuk- och arbetsskadeberedningen vad gäller tydlighet, klara avgränsningar samt uppföljning av ekonomi och verksamhetsresultat. Det har härvid framgått att:

- De grundläggande principerna för styrning och tydligt resultattänkande har brister. Uppföljnings- och utvärderingsinsatserna har inte heller varit tillräckligt effektiva.
- Avsaknaden av sådana grundläggande principer och tydligt resultattänkande har inte sällan lett till att beslut i riksdag och regering fattats utan att de samhällsekonomiska konsekvenserna fullt ut beaktats. Kostnadsutvecklingen under 1980-talet och de underskott som då uppstod i såväl sjuk- som arbetsskadeförsäkringarna var symptom som pekade på denna typ av problematik.
- Statsmakternas beslut har dessutom varit av ganska detaljerad karaktär varför möjligheterna till korrigeringar och anpassning i försäkringsorganisationen varit begränsade.

Modellen skall innehålla större inslag av målstyrning. Vi har dock inte sett det som vår uppgift att närmare precisera hur detta borde ske. I avsnitt 2 redogör vi dock för pågående arbete inom socialförsäkringsadministrationen med att utveckla mål- och resultatstyrningen. Där belyser vi också förutsättningarna för styrning av nuvarande verksamhet.

Frågor om ekonomisk redovisning av ohälsoförsäkringen inom ramen för statsbudgeten behandlas av kommittén. Vi avstår därför från att behandla dessa frågor.

Modellen med en mer fristående ställning och med fond

Tyngdpunkten i vårt uppdrag ligger på modellen med en fristående ställning. När vi prövar denna modell sker det i huvudsak mot nuvarande regelstyrda system med beaktande av möjligheterna till större inslag av målstyrning.

För att skaffa oss utgångspunkter och förutsättningar för att precisera och beskriva modellen har vi i samarbete med kommitténs sekretariat utvecklat en skiss till modell som presenteras här. I avsnitt 3 utvecklar vi modellen och hur den bör styras.

Det som särskilt bör konstituera modellen med den fristående ställningen är fondlösningen. Genom en fond som organiseras för förvaltning och transfereringar av medlen i ohälsoförsäkringen skapas förutsättningar för finansiell autonomi och långsiktig finansiell balans.

I övrigt konstitueras modellen sammanfattningsvis av följande i enlighet med de utgångspunkter som preciserats i den nämnda modellskissen.

- Försäkringen ligger utanför den statliga budgeten, men med anknytning till den statliga redovisningen. Detta bör möjliggöra friare styrformer.
- Riksdag och regering styr försäkringen genom att ange ramar för förmåner, riktlinjer för försäkringens innehåll och tillämpning samt fleråriga ekonomiska ramar.
- Fonden knyts till en nationell ledningsorganisation/styrelse. Med utgångspunkt i statsmakternas ramar och riktlinjer bestämmer den nationella styrelsen storleken på egenavgifter och arbetsgivaravgifter. Likaså bestämmer styrelsen storleken på ersättningarna, inom vissa intervall som statsmakterna angivit.
- Inom vissa ramar bör det också vara möjligt för den regionala organisationen att korrigera i avgifter och eventuellt också förmåner. Detta kräver bl.a. kraftig lokal förankring men måste samtidigt bygga på en utvecklad regional och nationell samordning.
- Den nationella ledningsorganisationen/styrelsen skall leda försäkringsorganisationen och föra dialogen med riksdag och regering. På nationell nivå bör det även finnas en tillsynsfunktion med uppgift att bevaka och utvärdera att försäkringsorganisationen lever upp till de mål, ramar och riktlinjer som riksdag och regering lagt fast och att den enskildes rätt tillgodoses. Ledningsorganisationen/styrelsen skall vara ansvarig för att tillsynsfunktionen fullgörs.

organisationens roll blir att tolka de riktlinjer, ramar och mål som formuleras av riksdag och regering och i mål- och resultatstyrningsprocessen föra ut dessa i försäkringsorganisationen.
- Tre parter förutsätts ta ett gemensamt ansvar för styrning och ledning av försäkringsorganisationen nämligen staten, arbetsgivarna och arbetstagarna. Styrningen förutsätts ske på såväl nationell som regional nivå. Försäkringsorganisationen och dess styrelser får ansvara för de ytterligare riktlinjer och anvisningar som behövs för att bedriva verksamheten.
- Organisationen måste präglas av en stark mål- och resultatorienterad styrning (regional organisation med eget resultatansvar). Stor frihet måste finnas för den regionala organisationen att styra verksamheten mot angivna mål.

2 Nuvarande system och utveckling av mål- och resultatstyrningen

Den första modellen enligt vårt uppdrag är nuvarande regelstyrda system med större inslag av målstyrning. Vi behandlar därför i detta avsnitt utvecklingen av mål- och resultatstyrningen inom nuvarande system och förutsättningarna för styrning av socialförsäkringens verksamhetsgrenar.

2.1 Övergripande mål

De övergripande målen som regeringen fastställt för socialförsäkringsadministrationen skall vara att aktivt:

- administrera och verka för en allmän försäkring som ger ekonomisk trygghet vid sjukdom, handikapp, ålderdom och vård av barn,
- verka för att förebygga och minska ohälsa samt genom att offensivt arbeta med och samordna rehabiliteringen bidra till att ge sjuka och funktionshindrade personer möjlighet att åter kunna arbeta,

- säkerställa likformighet och kvalitet i handläggningen av försäkrings- och bidragsärenden.

2.2 RFV:s roll enligt instruktion

I sin roll som central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och anslutande bidragssystem har RFV följande uppgifter:

- att svara för den centrala ledningen och tillsynen över försäkringskassornas verksamhet,
- att verka för att trygghetssystemet tillämpas likformigt och rättvist samt för att aktiva åtgärder vidtas för att minska långa sjukskrivningar och förtidspensioneringar,
- att ge tillämpningsanvisningar för att säkerställa en effektiv resursanvändning och administration,
- att se till att allmänheten får tillfredsställande service och information samt ansvara för informations- och utbildningsverksamhet,
- att vidta åtgärder som behövs för förvaltning av RFV:s fonder,
- att följa utvecklingen inom och svara för utvärdering av trygghetssystemets effekter för individ och samhälle,
- att svara för officiell statistik enligt förordningen om den officiella statistiken.

2.3 Socialförsäkringens verksamhetsgrenar, förutsättningar för styrning

Socialförsäkringens verksamhetsgrenar är – enligt gällande regleringsbrev för 1995/96 – utbetalning av ersättningar, åtgärder mot ohälsa samt samlade insatser för analys och kvalitetssäkring. Den senare verksamhetsgrenen har tillkommit bl.a. mot bakgrund av de särskilda krav på resultatuppföljning som mål- och resultatstyrningen ställer.

Utbetalningsverksamheten kännetecknas av att den är regelstyrd och består av en mängd olika förmåner, bidrag och försäkringar. Det grundläggande förhållandet att försäkringen är nationell i kombination med hög grad av regelstyrning ger i princip inte något utrymme för lokala/regionala variationer i tillämpningen.

Utbetalningsverksamhetens viktigaste resultat är att bevilja de förmåner som den enskilde har rätt till, och till så låga kostnader som möjligt. Krav ställs på likformighet, produktivitet, kvalitet och att rätt ersättning utgår. Målet för den operativa verksamheten är inte primärt att minska samhällets kostnader även om socialförsäkringsadministrationens ansvar också måste vara att uppmärksamma effekterna av ersättningssystemen och föreslå förändringar.

Genom att vidta åtgärder för rehabilitering m.m. skall sjukperioder kortas, förtidspensioner undvikas och människor komma i arbete varigenom samhällets kostnader för ohälsan kan nedbringas. Härvid skall samverkan ske bl.a. med arbetsgivare, arbetsmarknadsmyndigheter, landsting och kommuner. Mål- och resultatstyrningens möjligheter till lokalt anpassade arbetsformer och lösningar får ett stort spelutrymme. Insatserna får anpassas till lokala förhållanden och de omständigheter som råder i varje särskilt fall.

Ohälsoarbetet kännetecknas av att det styrs av krav på samhällsekonomiska (och humanitära) resultat. Den principiella inriktningen är att det är på effektivitetsnivå resultatet av denna verksamhet skall utläsas, dvs. effekterna i samhället i förhållande till resursinsatsen.

Jämfört med utbetalningsverksamheten har inte rehabiliteringsarbetet några på förhand givna prestationer. Man saknar också fullständiga kunskaper om vilka åtgärder som på individnivå leder till bästa resultat och varaktig återgång till arbetslivet. Mål- och resultatkrav måste därför formuleras så att stor frihet i val av medel tillförsäkras den regionala och lokala organisationen.

Ett förhållande som påtagligt skiljer ohälsoarbetet från den utbetalande verksamheten är vidare att den förra inte fullt ut sker med de egna resurser socialförsäkringsadministrationen disponerar över. Hur långt kassans ansvar sträcker sig framstår inte som helt klart.

Av lagen om allmän försäkring framgår att kassan har att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten. Kassan skall i samråd med den försäkrade se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Kassans samordningsroll medför att kassan i någon mening har ett ansvar för effektiviteten även i de insatser som skall ske med andra organisationer och huvudmän.

Verksamhetsförutsättningarna och de helt annorlunda resultatkrav som statsmakterna ställer på ohälsoarbetet jämfört med den löpande utbetalningsverksamheten aktualiserar olika krav på styrningen.

Det förebyggande arbetet är hittills tämligen outvecklat. Medan rehabiliteringsarbetet är individinriktad till sin karaktär är insatser inom det förebyggande arbetet av strukturell karaktär, bl.a. folkhälsoarbete och arbetsmiljöutveckling.

2.4 Utveckling av mål- och resultatstyrningen

Inom socialförsäkringsadministrationen pågår ett omfattande arbete med att öka effektiviteten och utveckla mål- och resultatstyrningen. RFV har lagt fast direktiv för arbetet efter diskussion i samverkansorganisationen. I direktiven har följande huvuduppgifter angetts:

- Identifiera data och nyckeltal i ett system för löpande resultatmätning inom socialförsäkringsadministrationen.
- Identifiera former för resultatdialog.
- Beskriva formerna för systemtillsyn (kvalitetssäkringen av verksamheten).
- Utveckla planeringsprocessen.
- Fortsatt kvalitetsutveckling.

Fem grupper med representation från alla intressenter i verksamheten har tillsatts för att ta fram underlag för den fortsatta utvecklingen. Ett inledande arbete inom dessa områden har skett och arbetet fortsätter.

Bl.a. har följande uppmärksammats i arbetet.

En central del i systemtillsynen är att se till att det finns fungerande system för att säkerställa likformighet och kvalitet i handläggningen på alla nivåer och i hela riket. Lokalkontoret bör ansvara för kvaliteten i handläggningen på lokalkontoret. Centralkontoret ansvarar för kvaliteten i handläggningen på kassan. RFV ansvarar för att socialförsäkrings- och bidragssystemet tillämpas likformigt och rättvist på nationell nivå.

Enligt arbetet skall vidare i princip centralkontorets respektive RFV:s analys grundas på det som sker på lokalkassenivå. Detta ställer krav på metodiken för kvalitetssäkring på denna nivå så att jämförbarhet och kvalitetssäkring i förhållande till vald ambitionsnivå blir möjlig. För att detta skall kunna följas ställs också krav på en genomtänkt uppföljning av verksamheten och dess slut-

prestationer. Ett system för resultatstyrning, resultatanalys och systemtillsyn är nu under utveckling.

För att öka kapaciteten i uppföljnings- och utvärderingsverksamheten framhålls att det också bör diskuteras vilka möjligheter som finns för att lägga ut utvärderingsuppdrag på kassorna. I samma syfte framhålls att utnyttjandet av de gemensamma projektmedlen bör effektiviseras.

Under arbetet har också slagits fast att en viktig förutsättning för att systemet skall fungera är att det finns en formaliserad och kontinuerlig dialog grundad på resultat, analys, planeringsförutsättningar (mål) och "kontrakt" (ansvarsfördelningen). Man har under arbetet konstaterat att mål- och resultatstyrningen förutsätter individualiserade kontakter mellan RFV och varje försäkringskassa. Det framhålls att det i processen måste byggas in utrymme för sådana kontakter som ett komplement till övriga kontakter. Detta är en viktig utgångspunkt för det utvecklingsarbete som pågår inom socialförsäkringsadministrationen.

2.5 ÖSA-utredningen

En särskild utredare har på regeringens uppdrag gjort en översyn av socialförsäkringsadministrationens organisationsstruktur. Utredningen (ÖSA-utredningen) har redovisat resultatet av arbetet i betänkandet Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration (SOU 1996:64).

Det är av intresse att något beröra utredningens förslag då det vid ett genomförande kommer att påverka förutsättningarna för att styra verksamheten och utrymmet för den regionala och lokala organisationen när det gäller ansvar för verksamhet och ekonomi.

Sammanfattningsvis innebär förslagen att det skapas en sammanhållen organisation med ett entydigt statligt huvudmannaskap som gör det möjligt att utveckla starkt decentraliserade lösningar för ansvarsfördelningen inom administrationen.

Försäkringskassorna inordnas i den statliga förvaltningsstrukturen genom att deras huvudmannaskap ändras från formellt fristående organ till statliga förvaltningsmyndigheter på regional nivå. Ansvar och befogenheter läggs på de regionala myndigheterna i en omfattning som avviker från vad som traditionellt återfinns inom statsförvaltningen.

I utredningen framhålls att en nödvändig förutsättning för att uppnå samsyn i värderingar, gemensamt ansvarstagande för hela verksamheten och en effektiv resursanvändning är att den centrala myndigheten utvecklar nya former för dialogen med kassorna.

Individuella verksamhetsöverenskommelser mellan central och regional nivå bör enligt utredningens förslag arbetas fram årligen i anslutning till beslut om fördelning av budgetmedlen. I detta arbete förutsätts att det utvecklas en gemensam syn avseende innebörden av de olika verksamhetsmålen, vilka resultat som skall uppnås och vilka prioriteringar som skall göras.

Vad beträffar ansvarsfördelningen på den regionala nivån mellan styrelse och direktör föreslås att det operativa ansvaret för den löpande verksamheten läggs på direktören, vilket bl.a. innebär att denne bör ansvara för arbetsgivarfrågorna. Styrelsen skall generellt biträda direktören i dennes arbete samt fatta beslut i frågor som har stor betydelse för medborgarna och där kunskaper om de lokala förhållandena har särskild betydelse.

Sådana frågor är enligt utredningen beslut om lokalkontorsnätets utformning och socialförsäkringsnämnderna samt den utvecklade förtroendemannarollen för de försäkrade. I övrigt ingår det även i kassastyrelsens uppdrag att pröva om försäkringskassans verksamhet bedrivs effektivt och i överensstämmelse med verksamhetens syfte.

3 Fristående fondalternativ och dess styrning

3.1 Inledning

Ett system för ohälsoförsäkringen som ligger utanför den statliga budgeten (men med anknytning till den statliga redovisningen) och med en fond som skall ge finansiell autonomi kräver delvis andra styrformer än dagens försäkringar. Vi skall i detta avsnitt dels närmare redovisa hur en fondlösning skulle kunna utformas, dels redogöra för den förändring som en sådan lösning skulle innebära för riksdag och regering liksom för försäkringsorganisationen när det gäller styrningen av verksamheten. Inledningsvis anger vi syftet med ohälsoförsäkringen.

I sitt delbetänkande Försäkringsskydd vid sjukdom (SOU 1995:149) har Sjuk- och arbetsskadekommittén angett syftet med den allmänna ohälsoförsäkringen enligt följande:

- Att ge ersättning för inkomstbortfall, som orsakats av temporärt eller varaktigt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, skada eller funktionshinder. Försäkringen skall ge den försäkrade en ekonomisk trygghet.
- Att aktivt verka för att den försäkrades arbetsförmåga skall återupprättas. Detta stöd skall stärka den försäkrades möjligheter att så långt som möjligt återfå förmåga och förutsättningar att finna sin huvudsakliga försörjning genom eget arbete.
- Att understödja förebyggande insatser. Stöd till samt medverkan i samhällets och arbetslivets primärpreventiva arbete skall motverka uppkomst av ohälsa.

Den nuvarande ordningen med en stark regelstyrning fungerar inte i detta alternativ. Rent generellt motverkar en detaljerad regelstyrning myndigheternas handlingsutrymme och ambitioner att skapa regionala organisationer med eget resultatansvar inom en effektiv mål- och resultatstyrning. Den nuvarande lagstiftningen inom området är mycket omfattande och detaljerad. Inte sällan sker förändringar i regelverket och förändringar i detaljer på riksdagens initiativ. I detta kan ligga önskemål om absolut rättvisa.

Det framstår som särskilt angeläget att i detta alternativ dels förutsätta en förenklad lagstiftning, dels utgå från att man i högre grad överlåter till styrelser och försäkringsförvaltning att utforma reglerna och driva verksamheten. Försäkringsorganisationen måste ges större frihet härvidlag. Detta utvecklas i det följande liksom de förändrade förutsättningarna för försäkringsorganisationen som fondalternativet i övrigt aktualiserar.

3.2 Fondkonstruktion

Den i avsnitt 1.4 berörda modellen med fristående ställning för ohälsoförsäkringen och med en fond bör, när det gäller själva fondkonstruktionen, främst kännetecknas av följande:

- Fonden organiseras för förvaltning och transferering av medlen i ohälsoförsäkringen. I våra direktiv har en fondlösning beskrivits enligt nedan.

  > – Ett mer fristående försäkringsalternativ avses innehålla någon form av fondlösning. En sådan form bygger på rätt att placera överskott eller ta upp lån hos Riksgäldskontoret. Redovisningsmässigt förs inkomster från avgifter och statsbidrag till en fond, som även belastas med försäkringens utgifter. Kassamässiga överskott förs till ett konto hos Riksgäldskontoret med en räntenivå som kan vara fast under en viss period eller rörlig. Vid underskott kan man på motsvarande sätt låna hos Riksgäldskontoret till aktuell ränta. Även om försäkringen inte bruttoredovisas inom statsbudgeten så har man kvar kopplingen till statens redovisning. Tanken är att riksdag och regering styr försäkringen genom att ange riktlinjer och ramar för försäkringens innehåll och tillämpning samt fleråriga ekonomiska ramar.

- Fonden förvaltas och leds genom en av regeringen på riksdagens uppdrag utsedd central (nationell) fondstyrelse. Styrelsen stöds i ledningsarbetet av en central (nationell) försäkringsorganisation som verkställer styrelsens beslut. Också regionala styrelser inrättas. I styrelserna ingår representanter för staten liksom för arbetsgivarna och arbetstagarna. Den centrala styrelsen bör ha ett avgörande inflytande när det gäller att utse ordförande och ledamöter i de regionala styrelserna.
- Fonden byggs upp för att finansiera de tre försäkringssystem, som ohälsoförsäkringen skall omfatta, samt förvaltningskostnaderna.
- Fondens intäkter är socialavgifter, allmänna egenavgifter, medel från staten för personer utanför arbetsmarknaden samt räntor på placerade överskottsmedel. Utgifterna är olika ersättningar, räntekostnader och förvaltningskostnader.
- Fonden balanseras över ett antal år. Genom att ett långsiktigt finansiellt utrymme härigenom skapas kan fonden arbeta också långsiktigt förebyggande, rehabiliterande och attitydförändrande.
- Kopplingen till statens redovisning kan ske genom att fondens redovisning upprättas på samma sätt som för myndigheter.
- Ett löpande system för rapportering till staten ger underlag för riksdagens beslut om avgifts- och ersättningsnivåer inom intervall och ramar.

Den fond som byggs upp styrs dock inte primärt av aktuariska principer som privata försäkringar.

3.3 Uppgifts- och ansvarsfördelning

I det följande anger vi översiktligt uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan regering och riksdag, central fondstyrelse, central försäkringsorganisation och den regionala och lokala organisationen i fondalternativet.

Vi prövar inte hur konstruktionen med fond och fondstyrelser i organisatorisk bemärkelse bör förhålla sig och anpassas till försäkringsorganisationen på central, regional och lokal nivå. Vi ser dock inte att fondalternativet förutsätter att det byggs upp parallella organisationer för styrningen eller att den nuvarande strukturen slås sönder. Som vi utvecklar i det följande kan dock en fondkonstruktionen på sikt aktualisera och motivera förändringar i organisationsstrukturen.

Riksdag och regering

Riksdag och regering lägger tonvikten i sin styrning vid att formulera övergripande mål för ohälsoförsäkringen och krav på resultat. Man preciserar också försäkringens innehåll och tillämpning samt antar fleråriga ekonomiska ramar och fleråriga planer. För storleken på förmåner och avgifter anger riksdagen ramar. Inom dessa ramar har den centrala styrelsen att agera.

Förslagsvis vart tredje år bör de fleråriga planerna redovisas för riksdagen i samband med att försäkringsorganisationen lämnar sin årsredovisning. Riksdagen kan härvid besluta om att nyansera mål och gränser för försäkringen m.m. Sådana beslut bör minst avse en femårsperiod. Det löpande systemet för återrapportering till statsmakterna ger bl.a. underlag för att analysera och utvärdera de uppnådda resultaten och ger underlag för riksdagen att revidera beslut om avgifts- och ersättningsnivåer inom intervall och ramar.

Fondalternativet innebär således att man i högre grad överlåter på försäkringsförvaltningens styrelser att fatta beslut om avgifter och förmåner och att utforma reglerna. En sådan förskjutning av makt och inflytande från riksdag och regering till försäkringsförvaltningen och dess centrala styrelse är – som vi återkommer till – en förutsätt-

ning för att alternativet skall fungera och att man når finansiell autonomi och långsiktig finansiell balans.

Central fondstyrelse och försäkringsorganisation

En central (nationell) fondstyrelse ansvarar ytterst för förvaltning av fonden och transferering av medlen i ohälsoförsäkringen. Styrelsen stöds i ledningsarbetet av en central (nationell) försäkringsorganisation som verkställer styrelsens beslut.

Som vi närmare redogör för i det följande förutsätter vi att representanter för staten liksom för arbetsmarknadens parter ingår i styrelsen. Dessa representanter är såväl starka intressenter i ohälsoförsäkringen som företrädare för de egentliga finansiärerna av försäkringen.

Fondstyrelsen förutsätts ha ett övergripande verksamhetsansvar och ett ekonomiskt ansvar för ohälsoförsäkringens förvaltning. Styrelsen förtydligar statsmakternas övergripande mål och anger verksamhetsmål och resultatmål. Styrelsen ansvarar vidare för återrapportering till regeringen när det gäller uppnådda resultat och utveckling av fondens ekonomi samt redovisar fleråriga planer för verksamheten.

Med utgångspunkt i statsmakternas ramar och riktlinjer och fondens ekonomiska ställning bestämmer den centrala styrelsen storleken på egenavgifter och arbetsgivaravgifter inom de intervall som statsmakterna angivit. Styrelsen bör också ange förutsättningarna för regionala skillnader och ange de ramar inom vilka de regionala styrelserna tillåts korrigera i avgifter och förmåner.

Vi förutsätter vidare att den centrala fondstyrelsen ytterst ansvarar för fördelning och anvisning av medel till de olika försäkringskassorna i landet.

Fondstyrelsen kommer således att ha en väsentligt annorlunda roll än fondfullmäktige som enligt särskilt reglemente (1961:265) skall förvalta fonder som står under Riksförsäkringsverkets förvaltning. I detta senare fall rör det sig enbart om kapitalförvaltning.

Ett sådant kapitalförvaltande ansvar måste givetvis också läggas på fondstyrelsen.

Den centrala (nationella) försäkringsorganisationen verkställer styrelsens beslut angående ohälsoförsäkringen och förser styrelsen med de redogörelser och det underlag den begär.

Den svarar under fondstyrelsen för den centrala ledningen liksom för uppföljning och utvärdering av ohälsoförsäkringen och dess administration. Vi förutsätter – som vi återkommer till – att det finns

en funktion för tillsyn utanför försäkringsorganisationen. Styrningen inriktas mot att hålla dialogen kring de gemensamma målen levande och att återkoppla resultaten från uppföljningar och utvärderingar.

Ett nytt resultattänkande introduceras som genomsyrar hela organisationen. Incitament och styrmedel utvecklas som stimulerar till kostnadseffektiva resultat och höggradig måluppfyllelse.

Fondalternativet ställer krav på en stark mål- och resultatorienterad styrning och en regional organisation med högre grad av självständighet och med eget resultatansvar. Inom försäkringsadministrationen måste man göra det möjligt att utveckla starkt decentraliserade lösningar. Detta kräver bl.a. att den centrala försäkringsorganisationen utvecklar nya former för dialogen med kassorna. Regionalt skilda förutsättningar kan kräva olika lösningar och olika stöd och styrning från den centrala nivån för att verksamheten skall fungera effektivt.

Alternativet sätter fokus på ÖSA-utredningens förslag att individuella verksamhetsöverenskommelser mellan central och regional nivå bör arbetas fram årligen i anslutning till beslut om fördelning av budgetmedlen (jfr avsnitt 2.5). En gemensam syn utvecklas när det gäller innebörden av de olika verksamhetsmålen, vilka resultat som skall uppnås och vilka prioriteringar som skall göras.

Den centrala försäkringsorganisationen ansvarar för ohälsoförsäkringens årsredovisning i dess helhet och för återrapportering till regering och riksdag, baserat på underlag från försäkringskassorna. Den centrala fondstyrelsen förutsätts godkänna dessa redovisningar och rapporter.

När det gäller själva fonden förutsätter vi att en årlig redovisning sker till regeringen innehållande resultatredovisning, resultaträkning, balansräkning och finansieringsanalys.

Den regionala och lokala organisationen

Fondalternativet förutsätter en decentraliserad administration och stort inflytande på verksamheten på den regionala och lokala nivån. Dessa enheter måste ges stor frihet att utforma verksamheten efter regionala och lokala förutsättningar och styra verksamheten mot angivna mål. Det måste finnas ett finansiellt utrymme och möjlighet att fritt utnyttja resurserna och bestämma hur mycket som t.ex. skall anslås för aktiva förebyggande och rehabiliterande insatser.

Verksamheten får i fondalternativet en tydligare affärsmässig inriktning då krav ställs på finansiell autonomi och en långsiktig

finansiell balans. Den ekonomiska ställningen görs hela tiden tydlig. På redovisningssystemet ställs krav att tydligt kunna avläsa de ekonomiska effekterna av olika insatser i det förebyggande och rehabiliterande arbetet.

Till varje regional enhet förutsätter vi att det knyts en styrelse som i likhet med den centrala styrelsen skall representera intressenterna och finansiärerna, dvs. staten och arbetsmarknadens parter. Styrelsen med sin förtroendemannaorganisation förutsätts ha ett stort inflytande över verksamheten och inriktningen av arbetet.

Styrelsens viktigaste uppgifter bör vara att göra prioriteringar och avvägningar när det gäller hur resurserna skall disponeras, formulera mål och resultatkrav regionalt och analysera och utvärdera uppnådda resultat. Styrelsen fastställer vidare ekonomiska redovisningar och underlag för årsredovisningar och anslagsframställningar.

Den regionala styrelsen är ansvarig för att de övergripande målen för verksamheten nås inom regionen och att det ekonomiska utfallet blir tillfredsställande. I detta ligger ytterst att styrelsen bör ha vissa möjligheter att korrigera i utgående förmåner och i de avgifter som tas ut. Den centrala styrelsen får som framgått ange förutsättningarna härför och det utrymme som man medger för regionala avvikelser inom ramen för de intervall eller ramar som statsmakterna angett.

Den roll styrelserna får på den regionala nivån i fondalternativet och inflytandet från förtroendemännen avviker i hög grad från vad ÖSA-utredningen föreslagit (jfr avsnitt 2.5).

3.4 Delvis nya principer för styrning

I det traditionella sättet för statsmakterna att styra verksamheter ingår bl.a. att i efterhand ta del av årsredovisningar och uppföljningar. Regeringen har att med underlag härav informera riksdagen. Detta sätt att styra skulle dock sannolikt medföra att riksdagen känner sig ha dålig styrkraft och att styrningen skulle ske med eftersläpning. En aktivare och mer långsiktig styrning krävs som samtidigt möjliggör friare styrformer.

För att i en fondlösning skapa en aktiv styrning aktualiseras följande.

- *Framförhållning.* I samband med årsredovisningen lämnas som framgått också flerårsplaner för verksamheten från den centrala fondstyrelsen. Flerårsplaneringen skulle förslagsvis kunna

omfatta tre till fem år. Vart tredje år redovisas dessa planer för riksdagen. Riksdagen kan härvid besluta om nyansering av mål, gränser för försäkringen m.m. Dessa beslut bör minst avse en femårsperiod.

- *Stabilitet.* Riksdagen bör inte kunna gå in löpande och ändra på olika parametrar. Det krävs en större långsiktighet. Endast härigenom skapas stabilitet och goda förutsättningar för utvärdering och för konsekvensbeskrivningar av hur olika beslut påverkat verksamheten. Systemändringar i lagstiftningen bör inte ske oftare än vart tredje år. Däremellan får regeringen, om så erfordras, medge eventuella finjusteringar enligt det utrymme som anges i lag.
- *Experimenterande.* För att man vid fondlösningen inom rimlig tid skall kunna bygga upp erforderliga kunskaper för att motivera effektiva systemändringar bör möjligheter skapas för försöksverksamhet. Det bör således (med riksdagens och regeringens godkännande enligt tagna treårsplaner) vara möjligt att ha olika regler i olika regioner för t.ex. en viss treårsperiod. Detta bör givetvis ske på så sätt att frågor om likabehandling och rättssäkerhet också vägs in i sammanhanget.

  Regionala skillnader skulle vid försök vara tidsbegränsade. Stora resurser måste sättas av för att planera och utvärdera sådana försöksverksamheter. Det framstår som viktigt att vid utvärderingar av regionala försök som ger systemskillnader få en tydlig bild av hur attityder och beteenden påverkats hos försäkrade, företag, den egna organisationens aktörer, aktörer inom angränsande försäkringssystem och inom förebyggande och rehabiliterande verksamheter.
- *Begriplighet.* Det är mycket viktigt för en väl fungerande fondlösning att mål, planer och konsekvenser av olika lösningar ges överskådlighet och att alla berörda får tillgång till en god information. Detta gäller också de försäkrade. Det kan t.ex. gälla olika åtgärders samhällsekonomiska konsekvenser och konsekvenser av olika systemändringar.

De ovanstående idéerna om styrning och de styrprinciper som redovisats måste utformas så att det blir tydliga gränser mellan olika aktörers roller och ansvar.

Om riksdag och regering alltför mycket och alltför ofta utnyttjar sina möjligheter att gå in med restriktioner och nyanserade målformuleringar så blir det inte lätt för styrelserna och ledningS-

organisationen att ta sitt ansvar. Det blir särskilt besvärligt i fältorganisationen där olika utvecklingsprojekt skall drivas och nya samverkansformer behöver prövas mellan försäkringsorganisationen, arbetsmiljö- och arbetsmarknadsmyndigheterna, hälso- och sjukvården, kommunerna och andra aktörer i det förebyggande och rehabiliterande arbetet.

Det blir således viktigt för riksdag och regering att fråga sig hur stor makt de vill avstå till den nationella ledningsorganisationen utan att äventyra rättssäkerhet och likvärdig behandling av försäkringstagarna. Det är främst en fråga om rikspolitikerna vill lämna ifrån sig en del av möjligheterna att detaljreglera. Den begränsade kunskapen om samband mellan åtgärder och resultat härav i ohälsoarbetet kommer sannolikt under flera år att medföra problem kring politiska formuleringar av allmänna mål och restriktioner.

En fördel med de styrningsprinciper som redovisats är de goda möjligheter som kan skapas till en konstruktiv dialog mellan fondledning, riksdag och regering och de incitament som byggs in för kostnadseffektiva lösningar och ett förstärkt resultattänkande.

3.5 Styrmedel

Styrningen i fondalternativet bör i hög grad avse vilka styrmedel som kan tillåtas. Ett fondsystem som möjliggör men också förutsätter friare styrformer kommer sannolikt att få leva i en kamp med det politiska systemet.

Det är rimligt att utgå från att företrädare för fonden kommer att försöka vidga sina ramar och påverka beslutsfattarna att få använda fler och vidare styrmedel. Politikerna kommer att kunna medge detta i den grad de känner sig säkra på vilka konsekvenserna blir, dels för effektivitet (kostnadsbesparing) och måluppfyllelse i termer av minskad ohälsa, dels för politiskt viktiga fördelningskonsekvenser.

En rad olika *styrmedel* kan användas. Det är de ekonomiska styrmedlen som är de mest intressanta i fondalternativet för att skapa incitament till förebyggande och rehabiliterande insatser. Det framstår här som särskilt betydelsefullt att finna de styrmedel som verkar aktivt förebyggande och som stimulerar till tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser.

I syfte att uppmuntra till förebyggande insatser hos företagen kan stöd till investeringar och ekonomisk stimulans för förbättringar i

arbetsorganisationen aktualiseras. Förbättringar här kan sannolikt också leda till ökad produktivitet vid företagen.

Vid sidan av de ekonomiska styrmedlen är också administrativa och informativa sådana viktiga. Bland de informativa kan t.ex. nämnas spridande av erfarenheter av personalekonomiska studier. De personalekonomiska studier som gjorts, i anslutningen till utvärderingen av Arbetslivsfondens verksamhet, visar att det finns företagsekonomisk lönsamhet i förebyggande arbetsmiljöinsatser, arbetsanpassning liksom tidiga och aktiva rehabiliteringsåtgärder.

För att fondlösningen skall fungera måste förutsättas att en översyn görs av de lagar (främst arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring) som styr arbetsgivarens ansvar för förebyggande och rehabiliterande insatser. Arbetsgivarnas ansvar måste förtydligas.

Bland *strategiska styrparametrar* för en central fondstyrelse kan nämnas.

- I vilken takt arbetsgivar- och egenavgifter kan sänkas.
- Hur beräkningsförutsättningarna skall definieras som avser den del av befolkningen som är utanför arbetskraften.

Arbetsgivaravgiften torde på sikt kunna differentieras såväl med hänsyn till risker som förebyggande åtgärder. Redan från början borde de regionala styrelserna få arbeta med differentierade avgiftsnivåer för arbetsskadeförsäkringen inom rimliga intervall och med hänsyn till företagens, regionernas eller branschernas risktal.

Att tillämpa differentierade avgifter är dock som vi ser det inte en absolut förutsättning för att fondalternativet skall fungera. Som framgått kan olika ekonomiska stimulansåtgärder, subventioner m.m. också komma i fråga.

För att fondalternativet skall fungera effektivt måste *styrmedlen på regional och lokal nivå* kunna bidra härtill. När det gäller dessa styrmedel kan "benchmarking" bli ett viktigt organisatoriskt styrmedel. De mest framgångsrika enheterna fungerar som mönster för de andra. Det gäller att stimulera de olika regionerna att tävla med varandra om kostnadseffektiva resultat och höggradig måluppfyllelse. Detta kan ske genom att utveckla enhetliga nyckeltal för viktiga parametrar.

Incitamentsstrukturen regionalt och lokalt bör utformas så att det ges möjlighet att i ärendehandläggningen göra en effektiv avvägning mellan aktiva åtgärder och utbetalningar. De försäkrades (dvs. allmänhetens) vaksamhet mot administrationen kommer att skärpas

betydligt. Effektiv administration kan ge höjd ersättning till arbetstagarna eller sänkta avgifter för arbetsgivarna.

Regionalt bör man som framgått inom centralt fastlagda normalnivåer för utgående förmåner och inom givna gränser, kunna variera storleken på förmånsnivåerna. På regional och lokal nivå aktualiserar fondalternativet ett mycket nära samarbete med kommunen och arbetsförmedlingen/arbetslöshetskassan samt yrkesinspektionen och sjukvårdens olika organ, företagshälsovården och olika rehabiliteringsinstitutioner. Styrmedel bör inte bara vara små variationer i ersättningsnivåer utan också försäkringstekniskt motiverade bidrag för förebyggande och rehabiliterande åtgärder.

3.6 Finansiärers och intressenters roll

Tre parter förutsätts således enligt våra utgångspunkter för fondalternativet ta ett gemensamt ansvar för styrning och ledning av försäkringen nämligen staten, arbetsgivarna och arbetstagarna. Syftet är att åstadkomma en tydlig koppling mellan styrning och finansiering. Styrningen förutsätts ske på såväl nationell som regional nivå.

Den centrala styrelsen bör utses av regeringen på uppdrag av riksdagen och efter förslag från de politiska partierna och från arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna. Styrelsen kan sedan utse fondens verkställande ledning. På regional nivå förutsätter vi regionala styrelser sammansatta på liknande sätt som den centrala styrelsen.

Vi förutsätter således att staten och arbetsmarknadens parter i egenskap av intressenter och finansiärer medverkar i styrningen av fonden både på central och regional nivå och inom av riksdagen fastställda ramar.

Motivet till statens medverkan är att tillförsäkra inflytande från försäkringstagarna och från de grupper som står utanför arbetsmarknaden. Staten bör också ha ett övergripande ansvar.

Arbetsgivare och arbetstagare har intresse av att medverka till att försäkringen bedrivs på ett kostnadseffektivt sätt. De har intresse av att arbeta förebyggande och aktivt rehabiliterande då avgifterna härigenom kan reduceras och ersättningsnivåerna upprätthållas eller höjas. I fondalternativet kommer att krävas sådana förebyggande och rehabiliterande åtgärder av arbetsgivarna.

Arbetstagarna betalar in stora egenavgifter och avstår lön för arbetsgivarnas arbetsgivaravgifter. De har intresse att bevaka att pengarna kommer till bästa nytta. Sjuka och skadade arbetstagare förlorar genom sin situation inkomster och har intresse att påverka sina arbetsgivare i deras förebyggande och rehabiliterande arbete. Fondalternativet understryker också individens eget ansvar, t.ex. i rehabiliteringen.

Det finns anledning att i fondalternativet överväga hur småföretagarna bör vara representerade i styrelserna och därmed få ett direkt inflytande över styrningen. Det torde vara inom de små företagen som många av framtidens nya arbetstillfällen kommer att kunna skapas.

Arbetsgivare och arbetstagare företräds enligt svensk arbetsrättslig tradition av sina organisationer. Om detta bör gälla också inom ohälsoförsäkringen är dock inte självklart. Det handlar ju här om delvis andra roller, nämligen att företräda försäkringens finansiärer. En annan fråga är om parterna är villiga att medverka i styrningen av försäkringen. De kan anse att styrningen av denna inte är en sådan uppgift i vilken de bör medverka.

Vi har övervägt om även andra intressenter bör medverka i styrningen men dock inte funnit tillräckliga skäl härför.

Kommunerna skulle kunna vara sådana intressenter. Deras engagemang för hälsoskydd, för inkomstsäkring som inte omfattas av ohälsoförsäkringen samt för grupper som står utanför arbetsmarknaden gör att deras insatser har betydelse för försäkringen.

Landstingen finansierar en stor del av sjukvården och allmän hälsoförebyggande verksamhet. Det kommer sannolikt, särskilt med en kreativ och aktiv fondledning, att uppstå problem med samordning av systemen mellan landstingen och fonden.

3.7 Måluppfyllelsen

I våra direktiv nämns att vi skall analysera mål som rättssäkerhet, objektivitet, service, kvalitet samt förändringar i det demokratiska inflytandet. Vilken påverkan på måluppfyllelsen fondalternativet får belyser vi i detta avsnitt. Vi begränsar oss dock till de förändringar i måluppfyllelsen som kan följa av en fristående lösning och behandlar inte måluppfyllelsen för försäkringen överhuvudtaget.

Det fristående alternativ vi analyserat är *ingen* egentlig *marknadslösning*. Men det har lånat drag från marknadens förhållanden som

gör att det blir mer marknadslikt. Det finns därför risker eller möjligheter med alternativet. Frågor som sammanhänger härmed har debatterats under senare år i den ekonomiska debatten om marknadslösningar.

Försäkringen kommer sannolikt att utmärkas av större möjligheter till affärsmässigt handlande och försäkringstagarna kommer att bli mer lika kunder. Med de inslag av försöksverksamhet som vi skisserat och med möjligheter att på ett annat sätt än i dag variera storleken på avgifter och olika förmåner, påverkas självfallet möjligheterna att uppnå exakt rättvisa och likformighet.

Kvalitet är ett så mångfacetterat begrepp att det är svårt att entydigt ha någon uppfattning om hur den förändras för olika intressegrupper. För den enskilde medborgaren blir kvaliteten i vissa avseenden sannolikt bättre i det fristående alternativet, i andra avseenden kommer den att upplevas som sämre, t.ex. som en följd av att ersättningarna, utöver en miniminivå, inte kan anges exakt. Utnyttjande av incitament och mindre regelstyrning kan sannolikt befrämja totalkvaliteten.

När det gäller *rättssäkerhet, objektivitet och service*, beror graden av måluppfyllelse på hur alternativet konstrueras. Det bör dock vara möjligt att utforma alternativet så att problem inte uppstår och att man upprätthåller en oförändrad nivå när det gäller rättssäkerhet och objektivitet. Riksdagens yttersta ansvar för försäkringen bör vara en garanti för detta.

För att tillgodose *rättssäkerheten* måste beslut med grund i regelverken kunna överprövas och den enskilde få sin sak prövad i rättslig instans.

Arbetsgivare och arbetstagare kommer kanske vid en fondlösning att vilja bygga upp egna rehabiliteringsinstitutioner för att förbättra effektiviteten. Likaså kan de komma att ställa krav på att sjukvårdens resurser i första hand skall utnyttjas för de försäkrade.

Detta kan sammantaget leda till att de som är i arbete prioriteras vilket kan vara en fara för *objektiviteten*. Samhällets resurser för sjukvård kan i minskad omfattning komma att användas för andra grupper än de försäkringen prioriterar. Det är därför viktigt att man hittar former för att bygga in solidaritet i styrningen för att inte snedvrida utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser.

För den försäkringsorganisation som följer av fondalternativet kommer de ekonomiska realiteterna och det försäkringsmässiga att i högre grad vara styrande. De försäkrade är inte längre garanterade en absolut ersättningsnivå över en längre tid. Vid en fondlösning

ställs dock krav på att ge de försäkrade en god bild av förmånerna även på längre sikt. Vi förutsätter dock som framgått att statsmakterna anger den miniminivå som ersättningarna inte får understiga.

Man kan knappast åstadkomma en absolut rättvisa. Mål som likvärdighet blir rimligare att uppnå. Det är dock inte alldeles lätt att se vilka problem som skulle uppstå eller hur lösningarna skall se ut.

Service och kvalitet i handläggningen behöver inte bli sämre om man väljer ett fristående alternativ. Men det torde vara klart att aktörerna i en mer affärsmässig verksamhet sannolikt kommer att sträva efter de mest ekonomiska lösningarna, t.ex. när det gäller lokalkontorsstruktur och antalet servicepunkter. Och det finns säkert grupper som kommer att motsätta sig detta.

Medborgarna kommer i alternativet med fondlösning inte att acceptera en onödigt stor eller ineffektiv administration eftersom detta direkt leder till lägre ersättning. Utnyttjande av ny teknik och inrättande av medborgarkontor kan ge tillräckligt god service också i en rationaliserad struktur.

Det *demokratiska inflytandet* påverkas genom att en del av makten förskjuts från riksdagen. I fondalternativet förutsätts regeringen utse den centrala fondstyrelsen på uppdrag av riksdagen. Den enskildes inflytande begränsas i någon mån på detta sätt. En lösning med direktval av styrelsen är knappast möjlig. Men då riksdagen har det yttersta ansvaret för försäkringen bör detta till en del säkerställa det demokratiska inflytandet. Arbetstagarna får också inflytande genom representation i de olika styrelseorganen.

3.8 Uppföljning, utvärdering och tillsyn

I fondalternativet blir uppföljning och utvärdering samt återföring av den reaktion som denna verksamhet ger upphov till mycket viktiga inslag i styrningen. Uppföljning och utvärdering skall dels fungera som en del i en löpande process, dels fungera som hjälpmedel för att bedöma effekterna av de använda styrmedlen.

Med en ordning där friare och andra styrmedel än de som hittills använts tillämpas, är det av utomordentlig vikt att verksamheten fungerar på ett effektivt sätt och att man kan bedöma om de övergripande målen nås. Återföring till statsmakterna måste ske så att man i efterhand kan bedöma effekterna av den förda politiken och få underlag för anpassningar och revideringar.

En fond som omsätter i storleksordningen 60–70 miljarder kronor per år behöver bygga upp ett kunnande när det gäller samhällsekonomiska effekter av verksamheten. Detta aktualiserar frågan om ett fristående utvärderingsorgan, finansierat genom fonden. Tonvikten vid ett sådant utvärderingsorgan bör läggas på samhällsekonomiska effekter av verksamheten och verksamhetens effektivitet i ett samhällsperspektiv. Syftet bör också vara att löpande pröva och bedöma ohälsoförsäkringens gränser mot andra system och andra aktörer och hur effektiva styrmedel och mål är.

Ett sådant utvärderingsorgan bör dock inte skapas utan att man samtidigt bedömer hur utvärderingen av arbetsmiljö, arbetsolyckor, arbetssjukdom och arbetsorganisation bör ske så att antalet utvärderare inte blir för stort.

Beträffande tillsynen förutsätter vi att den organiseras utanför försäkringsorganisationen och med rapportering direkt till regeringen. Tillsynen bör bl.a. inriktas på hur försäkringsorganisationen behandlar enskilda personer och hur rättssäkerheten upprätthålls.

4 Jämförelse mellan fondalternativet och ett alternativ inom statsbudgeten

I det följande sammanfattar vi på vilka väsentliga punkter fondalternativet skiljer sig från en modell med ohälsoförsäkringen inom statens budget. Vi inleder dock med ett allmänt resonemang om målfrågor.

Mål

För att möjliggöra bedömningar av resultat och effekter av verksamheten inom ohälsoförsäkringen måste åtgärder, styrmedel och verksamhet kunna ställas mot tydliga mål. Om det skall vara möjligt att bedöma kostnadseffektiviteten inom försäkringen och samhällsekonomiska effekter måste dessa mål dels vara tydliga, dels vara väl avvägda i förhållande till målen för andra berörda sektorer och aktörer.

Verksamhetsmålen för de aktörer som är verksamma inom ohälsoförsäkringen, arbetsmarknadssektorn och arbetslivssektorn måste utvecklas så att de blir tydliga och ger uttryck för en gemensam uppfattning, t.ex. när det gäller förebyggande och rehabiliterande arbete. Otydliga mål får inte försvåra ett samarbete mellan organisationerna inom de nämnda sektorerna. De problem och frågor som sammanhänger härmed har bl.a. Statskontoret utvecklat i sin rapport (1994:15) Arbetslivsinriktad rehabilitering – sektorsövergripande analys.

En grundläggande fråga för en fondlösning är om målen kan formuleras tillräckligt operativa för att mål- och resultatstyrningen skall bli effektiv samtidigt som målen skall vara politiskt acceptabla. Fondmodellen ger dock förbättrade möjligheter för resultatorienterad styrning och stimulerar till kostnadseffektiva resultat på regional och lokal nivå.

Finansiell autonomi

En fördel med fondlösningen jämfört med en modell med ohälsoförsäkringen inom statsbudgeten är som framhållits den finansiella autonomin med möjlighet till en långsiktig finansiell balans. Fondens ekonomiska ställning görs hela tiden tydlig. Redovisningssystemet utformas så att man kan avläsa de ekonomiska effekterna av olika åtgärder.

Ohälsoförsäkringen blir inte en del i budgetpolitiken. Tillfälliga politiska initiativ kan inte rubba de ekonomiska förutsättningarna för försäkringen. Överskott inom olika grenar av försäkringen kan inte heller finansiera sådant som ligger utanför systemet.

Vid en fondlösning kan prioriteringar göras på ett helt annat sätt än idag då ansvariga får möjlighet att påverka utvecklingen inom försäkringen. Med den nuvarande anonyma finansieringen kan inte nödvändiga frågor om alternativ användning av resurserna aktualiseras. Fondkonstruktionen tillåter just sådana avväganden.

Statsmakternas roll

Vid en fondlösning skulle som framgått riksdag och regering lägga tonvikten i sin styrning vid att formulera övergripande mål och riktlinjer för försäkringens innehåll och tillämpning, ekonomiska ramar för verksamheten, ramar för förmåner och avgifter m.m. Detta förut-

sätter delvis nya principer för styrningen på statsmaktsnivå. Likaså ställs andra krav på styrningen till följd av att en fond skapas och ett nytt resultattänkande och en förstärkt resultatstyrning introduceras.

En betydelsefull fråga är stabiliteten. Vi menar att det är viktigt för ohälsoförsäkringen att styrningen sker långsiktigt. Endast härigenom skapas förutsättningar för utvärdering och för att på ett meningsfullt sätt kunna göra konsekvensbedömningar av hur olika beslut påverkar verksamheten.

Fondalternativet förutsätter att ersättningsnivåer och storleken på avgifterna – inom vissa intervall – beslutas i försäkringsorganisationen. En större frihet för den regionala organisationen att disponera över resurserna måste medges.

Den viktigaste frågan för riksdag och regering blir vid en fondlösning att bestämma hur stor makt man vill lämna ifrån sig utan att anse att man äventyrar rättssäkerhet och likvärdig behandling av försäkringstagarna. En sådan maktförskjutning från statsmakterna är dock närmast en förutsättning för att fondalternativet skall fungera.

Incitament

Uppmärksamheten på hur försäkringen utnyttjas kommer också att skärpas. Finansiärer och intressenter får den största anledning att intressera sig för detta. En ökad sjukfrånvaro som inte kan motverkas i tid kan leda till sänkt ersättning för de försäkrade och/eller höjda avgifter för såväl arbetsgivare som arbetstagare.

I fondalternativet får arbetsgivarna tydliga incitament till att arbeta med förebyggande åtgärder och aktiva rehabiliteringsinsatser. Möjligheterna till avgiftssänkningar förstärker arbetsgivarnas motiv för att nedbringa riskerna i arbetsmiljön för sjukdomar och arbetsskador.

Medborgarna kommer inte att acceptera en onödigt stor eller ineffektiv administration eftersom detta direkt leder till lägre ersättning. Utnyttjande av ny teknik och inrättande av medborgarkontor kan ge tillräckligt god service också i en rationaliserad struktur.

Incitamenten i övrigt blir också radikalt förändrade. Ett ansvar läggs på de organ som administrerar försäkringen att göra effektiva avvägningar mellan aktiva åtgärder och utbetalningar. De styrmedel som generellt är de intressantaste och mest verkningsfulla är sannolikt de ekonomiska.

Rättssäkerhet, objektivitet, likvärdighet m.m.

Den fristående modellen förutsätter som framgått att statens, arbetsgivarnas och arbetstagarnas representanter samverkar i styrningen centralt och regionalt.

Möjligheterna att uppnå rättssäkerhet, objektivitet och service i fondalternativet blir beroende av hur alternativet utformas. Det bör i stort vara möjligt att uppnå målen här i likhet med vad som sker i dag. Kraven på likvärdighet sätter dock gränser för hur stora skillnader i förmåner som kan tillåtas.

Uppföljning, utvärdering och tillsyn

I fondalternativet förstärks betydelsen av uppföljning och utvärdering som viktiga inslag i styrningen. En ordning med andra och friare styrmedel i förhållande till dagens ställer bl.a. stora krav på en väl underbyggd och väl fungerande återrapportering till statsmakterna. Tonvikt behöver läggas bl.a. vid samhällsekonomiska effekter av olika beslut och åtgärder och effekterna av den förda politiken. Detta aktualiserar frågan om ett fristående utvärderingsorgan, finansierat av fonden.

Tillsynsfunktionen bör – som vi framhållit – läggas utanför försäkringsorganisationen med rapportering direkt till regeringen.

En skiss till struktur och innehåll i en lag om en allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering

Arne Johansson

Kommentar till bilagan Lag om allmän sjukförsäkring

Kommittén har beslutat att inte lämna något förslag till en ny lag om allmän ohälsoförsäkring med hänsyn till bl.a. att något lagtextförslag inte lämnas beträffande frågor om ersättning till försäkrade vid långvarig arbetsoförmåga

Kommittén föreslår vidare att en ny utredning bör se över lagen om allmän försäkring. Bilagan skall därför endast ses som ett försök till en skiss över hur ett senare lagförslag kan komma att struktureras.

Lag (xxxx:xx) om allmän sjukförsäkring

Första avdelningen. Inledande bestämmelser

1 kap. Försäkringens omfattning, syfte och mål m. m.

1 § Genom denna lag skall de försäkrade ges ersättning för inkomstbortfall som orsakats av temporärt eller långvarigt nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, skada eller funktionshinder.

Den allmänna sjukförsäkringen skall aktivt verka för att den försäkrades arbetsförmåga skall återupprättas. Detta stöd skall stärka den försäkrades möjligheter att så långt som möjligt återfå förmåga och förutsättningar att finna sin huvudsakliga försörjning genom eget arbete.

Den allmänna sjukförsäkringen skall understödja förebyggande insatser.

Verksamheten skall bygga på människors eget ansvar med respekt för deras självbestämmande och integritet. Bedömningen av rätt till ersättning och annat ekonomiskt stöd från försäkringen skall präglas av objektivitet och likformighet. Service och aktiva insatser skall dessutom karaktäriseras av helhetssyn och närhet. Den enskilde skall garanteras likabehandling och rättssäkerhet i prövning av enskilda fall.

2 § Den allmänna sjukförsäkringen handhaves av riksförsäkringsverket, de allmänna försäkringskassorna samt de lokala organ, som regeringen bestämmer.

3 § Försäkrade enligt denna lag är.... (personkretsen är i nuläget inte bestämd)

4 § Från och med den månad varunder försäkrad uppnår sexton års ålder skall han, därest han är bosatt i riket, vara inskriven hos allmän försäkringskassa.

Försäkrad skall vara inskriven hos den kassa, inom vars verksamhetsområde han var folkbokförd den 1 november föregående år. Var den försäkrade inte folkbokförd i Sverige den 1 november föregående år, skall han vara inskriven hos den kassa, inom vars verksamhetsområde han är bosatt vid årets ingång, eller, om han bosätter sig i riket senare under året, hos den kassa, inom vars verksamhetsoråde bosättningen äger rum.

6 § Allmän försäkringskassa skall inskriva försäkrad, så snart kassan erhåller kännedom om att han skall vara inskriven hos kassan. Inskrivningen gäller dock från den tidpunkt, då sådant förhållande inträtt att den försäkrade skall vara inskriven, dock tidigast från och med tredje månaden före den, då han inskrives.

Skall försäkrad, som inte var folkbokförd i Sverige den 1 november föregående år, vara inskriven hos försäkringskassa enligt vad i 5 § sägs, åligger det honom att inom två veckor från den tidpunkt, då sådant förhållande inträtt att han skall vara inskriven anmäla sig till den kassa, hos vilken han skall inskrivas.

Så snart allmän försäkringskassa erhållit kännedom om att försäkrad ej längre skall vara inskriven hos kassan, skall kassan avföra honom från sitt register över inskrivna försäkrade med verkan från den tidpunkt, då sådant förhållande inträtt att inskrivningen skall upphöra.

7 § Inom den allmänna sjukförsäkringen skall de beräkningar, som anges i denna lag, göras med anknytning till ett *basbelopp*. Vissa beräkningar skall dock göras enligt vad som anges i tredje och femte styckena.

Basbeloppet räknas fram genom att bastalet 36 168 multipliceras med ett jämförelsetal som minskats med talet 1 och därefter multiplicerats med 0,60, varefter ett tillägg gjorts med talet 1. Jämförelsetalet anger förhållandet mellan det allmänna prisläget i juni året före det som basbeloppet avser och prisläget i juni 1995. Det framräknade basbeloppet avrundas till närmaste hundratal kronor och fastställes för varje år av regeringen.

Det enligt andra stycket fastställda beloppet skall minskas med två procent vid beräkning av folkpension och tilläggspension i form av förtidspension.

Andra avdelningen

2 kap. Om sjukpenninggrundande inkomst m.m.

1 § Hos allmän försäkringskassa inskriven försäkrad äger enligt vad nedan sägs rätt till sjukpenning, om han har en sjukpenninggrundande inkomst som, beräknad enligt 2 och 9-13 §§, uppgår till minst 24 procent av det vid ersättningstillfället gällande basbeloppet.

Villkoret om inskrivning hos försäkringskassa för rätt till sjukpenning anses uppfyllt om det har berott på åldersregeln i 1 kap. 4 § att villkoret inte kunnat uppfyllas.

Rätt till sjukpenning enligt detta kapitel föreligger inte på grundval av anställningsförmåner för tid som ingår i en sjuklöneperiod, under vilken den försäkrades arbetsgivare har att svara för sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön.

2 § *Sjukpenninggrundande inkomst* är den årliga inkomst i pengar som en försäkrad kan antas få för eget arbete som pågår eller beräknas pågå minst sex månader i följd eller är årligen återkommande, antingen såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst *(inkomst av anställning)* eller på annan grund *(inkomst av annat förvärvsarbete).* Som inkomst av anställning räknas dock inte ersättning av en arbetsgivare som är bosatt utomlands eller en utländsk juridisk person, om arbetet har utförts i arbetsgivarens verksamhet utom riket. I fråga om arbete som utförts utomlands av den som av en statlig arbetsgivare sänts till ett annat land för arbete för arbetsgivarens räkning bortses vid beräkningen av sjukpenninggrundande inkomst från sådana lönetillägg som betingas av ökade levnadskostnader och andra särskilda förhållanden i sysselsättningslandet. Som inkomst av anställning eller inkomst av annat förvärvsarbete räknas heller inte intäkt som avses i 32 § 1 mom. första stycket h och i kommunalskattelagen (1928:370) eller sådan ersättning som anges i 1 § första stycket 2–6 och fjärde stycket lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster. Som inkomst av annat förvärsarbete räknas inte sådan ersättning enligt gruppsjukförsäkringen eller trygghetsförsäkring vid arbetsskada som enligt 2 § första stycket lagen om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster utgör underlag för nämnda skatt. Inkomst av anställning och inkomst av annat förvärvsarbete skall var för sig avrundas till närmast lägre hundratal kronor.

Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst bortses från sådan inkomst av anställning och annat förvärvsarbete som överstiger sju och en halv gånger basbeloppet. Det belopp som sålunda skall undantas skall i första hand räkans av från inkomst av annat förvärvsarbete. Ersättning i pengar för utfört arbete i annan form än pension räknas som inkomst av anställning, såvida ersättningen under ett år uppgår till minst 1 000 kronor, även om mottagaren inte är anställd hos den som utger ersättningen. I nu angivna fall skall den som utför arbetet anses såsom arbetstagare och den som utger ersättningen såsom arbetsgivare. Kan ersättning för arbete för någon annans räkning under året inte antas uppgå till minst 1 000 kronor, skall ersättningen från denne inte tas med vid beräkningen av den sjukpenninggrundande inkomsten i annat fall än då den utgör inkomst av näringsverksamhet. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall bortses från ersättning som enligt 3 § skall anses som inkomst av annat förvärvsarbete samt ersättning som idrottsutövare får från sådan ideell förening som avses i 7 § 5 mom. lagen (1947:576) om statlig inkomstskatt och som har till huvudsakligt syfte att främja idrottslig verksamhet om ersättningen från föreningen under året inte kan antas uppgå till minst ett halvt basbelopp. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning bortse även från ersättning från en stiftelse som har till väsentligt ändamål att tillgodose ekonomiska intressen hos dem som är eller har varit anställda hos en arbetsgivare som lämnat bidrag till stiftelsen (vinstandelsstiftelse), om ersättningen avser en sådan anställd och inte utgör ersättning för arbete för stiftelsens räkning. Detta gäller dock endast om de bidrag arbetsgivaren lämnat stiftelsen varit avsedda att vara bundna under minst tre kalenderår och att på likartade villkor tillkomma en betydande del av de anställda. Om arbetsgivaren är ett fåmansföretag eller ett fåmansägt handelsbolag skall vid beräkningen inte bortses från ersättning som stiftelsen lämnar till sådan företagsledare eller delägare i företaget eller denne närstående person som avses i punkt 14 av anvisningarna till 32 § kommunalskattelagen. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall alltid bortses från ersättning från en vinstandelsstiftelse som härrör från bidrag som arbetsgivaren lämnat under åren 1988–1991.

Semesterlön får inte beräknas till högre belopp än vad som skulle ha utgivits i lön till den försäkrade för utfört arbete under motsvarande tid.

3 § Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst skall ersättning från en arbetsgivare som är bosatt utomlands eller är en utländsk juridisk person anses som inkomst av annat förvärvsarbete, om ersättningen avser arbete som utförts inom riket samt arbetsgivaren och arbetstagaren träffat överenskommelse om att ersättningen skall hänföras till sådan inkomst.

Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst skall som inkomst av annat förvärvsarbete också anses ersättning som utgör skattepliktig inkomst av tjänst enligt kommunalskattelagen (1928:370) och som, utan att anställningsförhållande förelegat, utbetalats av fysisk person bosatt utomlands eller utländsk juridisk person.

Som inkomst av annat förvärvsarbete räknas dessutom ersättning för arbete under förutsättning att ersättningen betalas ut

1. till mottagare som har en F-skattesedel antingen när ersättningen bestäms eller när den betalas ut,

2. till mottagare som har en A-skattesedel eller som saknar skattsedel på preliminär skatt om ersättningen tillsammans med annan ersättning för arbete från samma utbetalare under inkomståret kan antas komma att understiga
10 000 kronor och utbetalaren är en fysisk person eller ett dödsbo samt vad som utbetalats inte utgör utgift i en av utbetalaren bedriven näringsverksamhet,

3. till delägare i handelsbolag av bolaget,

4. till medlem i europeisk ekonomisk intressegruppering av grupperingen.

Om i fall som avses i tredje stycket 1 mottagaren har både en F-skattesedel och en A-skattesedel, räknas ersättningen som inkomst av annat förvärvsarbete bara om F-skattesedeln skriftligen åberopas.

4 § Årsarbetstid är det antal timmar per år som en försäkrad kan antas ha som ordinarie arbetstid eller motsvarande normal arbetstid i det förvärvsarbete som ligger till grund för sjukpenninggrundande inkomst av anställning. Vid beräkning av årsarbetstiden inräknas även ledighet enligt 3 kap. 8 § andra stycket.

Årsarbetstiden avrundas till närmaste hela timtal, varvid halv timme avrundas uppåt.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket får meddela föreskrifter om schablonberäkning av årsarbetstid.

5 § En försäkrad, som har inkomst av annat förvärvsarbete har, utan hinder av vad som stadgas i 2 §, rätt till sjukersättning motsvarande gällande KAS-ersättning för det fall verksamheten befinner sig i ett uppbyggnadsskede eller vid ändrade förvärvsförhållanden. Detta gäller vid ersättningsfall som inträffar under tre år räknat från verksamhetens början eller från verksamhetsförändringen och under förutsättning att den försäkrade arbetar minst heltid i rörelsen. Om den försäkrade arbetar mindre än heltid men minst halvtid skall sjukersättningen motsvara hälften av ovan nämnda ersättning.

6 § En försäkrad, som uppbär hel förtidspension eller hel särskild efterlevandepension enligt lagen (1962: 381) om allmän försäkring eller uppburit sådan pension under månaden närmast före den då han började uppbära hel ålderspension, har inte rätt till sjukpenning. För tid efter ingången av den månad då den försäkrade fyllt 70 år eller dessförinnan börjat uppbära hel ålderspension enligt denna lag får sjukpenning utgå för högst 180 dagar.

7 § För dagar i en sjukperiod gäller, om inte annat följer av 3 kap. 8–10 §§,

1. att sjukpenning inte utges för den första dagen, och
2. att hel sjukpenning för de därpå följande dagarna utgör för dag 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365. Sjukpenningen avrundas till närmaste hela krontal.

Som sjukperiod anses tid, under vilken en försäkrad i en oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 3 kap. 1 § eller har rätt till sjukpenning enligt 3 kap. 3 § eller rehabiliteringspenning enligt 5 kap 7 §. Uppkommer för den försäkrade rätt till sjukpenning enligt kapitlet i omedelbar anslutning till en sjuklöneperiod enligt lagen (1991:1047) om sjuklön, skall sjukperioden enligt denna lag anses omfatta också sjuklöneperioden.

Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det en tidigare sjukperiod avslutats skall bestämmelserna i första stycket samt 8 §och 3 kap 9 § tillämpas som om den senare sjukperioden utgör en fortsättning på den tidigare sjukperioden.

Om den försäkrade gått miste om sjukpenning till följd av bestämmelserna i första stycket 1 eller 3 kap. 9 § första stycket 1 för sammanlagt tio dagar under de senaste tolv månaderna utges sjukpenning för dag som avses i första stycket 1 med 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten delad med 365.

8 § Om den försäkrade av arbetsgivaren erhåller lön under sjukdom för samma tid som sjukpenningen avser, skall sjukpenning som utges minskas med det belopp som förmånerna tillsammans överstiger 90 procent av vad den försäkrade skulle ha fått i lön om han hade varit i arbete. Till den del lönen under sjukdom utges i förhållande till lön i arbete som för år räknat överstiger den högsta sjukpenninggrundande inkomst som kan beräknas enligt 2 § skall minskningen dock endast ske med belopp som överstiger 90 procent av lönen i arbete.

Vid tillämpning av bestämmelserna i första stycket skall ersättning som utges på grund av förmån av fri gruppsjukförsäkring som åtnjuts enligt grunder som fastställs i kollektivavtal anses som lön under sjukdom från arbetsgivare.

Det belopp varmed minskning skall göras avrundas till närmast lägre hela krontal. Avräkning skall i första hand göras vid utbetalning av sjukpenning som avser samma tid som den lön under sjukdom som föranlett minskningen men får också göras vid närmast följande utbetalning av sjukpenning.

9 § Under en period då den försäkrade inte förvärvsarbetar eller har minskat sitt förvärvsarbete av skäl som anges nedan skall den sjukpenninggrundande inkomsten utgöra lägst den årliga inkomst beräknad enligt 2 § som den försäkrade kunde antas få för eget arbete omedelbart före en sådan period eller flera sådana perioder. De perioder som avses är då den försäkrade

1. genomgår kommunal vuxenutbildning (komvux), vuxenutbildning för psykiskt utvecklingsstörda (särvux) eller svenskundervisning för invandrare (sfi) och uppbär timersättning för studierna,
2. är gravid och avbryter eller inskränker sitt förvärvsarbete tidigast sex månader före barnets födelse eller den beräknade tidpunkten härför,
3. är helt eller delvis ledig från förvärvsarbete för vård av barn, om den försäkrade är förälder till barnet eller likställs med förälder enligt föräldraledighetslagen (1995:584) och barnet inte har fyllt 18 månader.

Motsvarande gäller vid adoption av barn som ej fyllt tio år eller vid mottagande av sådant barn i avsikt att adoptera det, om mindre än 18 månader förflutit sedan den försäkrade fick barnet i sin vård,

4. uppbär föräldrapenning i minst samma omfattning som han är ledig från förvärvsarbete för vård av barn.

5. fullgör annan tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt än grundutbildning som är längre än 60 dagar.

6. inte förvärvsarbetar eller har minskat sitt förvärvsarbete av anledning som berättigar till ersättning enligt 3 kap. samt 5 kap. lagen om sjukförsäkring eller motsvarande ersättning enligt lagstiftningen om arbetsskadeförsäkring eller om annan jämförbar ekonomisk förmån.

7. är arbetslös före ingången av den månad då han fyller 65 år och är anmäld som arbetssökande på arbetsförmedling samt är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot närmast föregående förvärvsarbete.

8. i annat fall än som avses i 12 §är ledig från en anställning för studier inom det egna yrkesområdet eller, utan att vara ledig från en anställning, bedriver studier för högst ett åt inom det egna yrkesområdet.

Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst enligt första stycket skall bortses från inkomster som avser förvärvsarbete som motsvaras av förtidspension eller särskild efterlevandepension enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring eller delpension enligt särskild lag som beviljats den försäkrade. Om den försäkrade beviljats tjänstepension gäller särskilda regler enligt 10 §.

Den sjukpenninggrundande inkomsten skall anpassas till löneutvecklingen inom den försäkrades yrkesområde för försäkrad som inte fyllt 65 år.

10 § För en försäkrad, till vilken tjänstepension utges i form av ålderspension eller annan därmed jämställd pension före utgången av den månad under vilken han fyller 65 år, beräknas den sjukpenninggrundande inkomsten på den årliga inkomst han kan antas få i ett förvärvsarbete som beräknas pågå under minst sex månader i följd. Den sjukpenninggrundande inkomsten beräknas därvid enligt 2 §.

Är en försäkrad med sådan tjänstepension som avses i första stycket helt eller delvis arbetslös samt arbetssökande, skall sjukpenninggrundande inkomst beräknas endast om tjänstepensionen understiger 60 procent av lönen närmast före pensionsavgången. Den sjukpenninggrundande inkomsten beräknas därvid på grundval av lönen närmast före pensionsavgången eller, om den försäkrade inte har för avsikt att förvärvsarbeta i samma omfattning som tidigare, den inkomst han kan antas få av arbete som svarar mot det föreliggande arbetsutbudet. Vid beräkningen skall iakttas att

inkomsten inte får överstiga sju och en halv gånger basbeloppet. Vidare skall inkomsten minskas med tjänstepensionen. Minskningen får dock inte ge till resultat att en försäkrad som är endast delvis arbetslös erhåller lägre sjukpenninggrundande inkomst än om beräkning skett enligt första stycket.

11 § För en försäkrad som av Svenska kyrkan, ett svenskt trossamfund, ett organ som är knutet till ett sådant samfund eller en svensk ideell organisation som bedriver biståndsverksamhet varit sänd till ett annat land för arbete för arbetsgivarens räkning, skall, om utlandsvistelsen varat högst tre år, den sjukpenninggrundande inkomsten vid återkomsten till Sverige beräknas enligt 9 §. Bestämmelsen i denna paragraf gäller även den medföljande maken. Med make likställs den som utan att vara gift med den utsände lever tillsammans med denne, om de tidigare varit gifta eller gemensamt har eller har haft barn.

12 § Under en period då den försäkrade inte förvärvsarbetar eller har minskat sitt förvärvsarbete av skäl som anges nedan skall sjukpenningen beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst beräknad enbart på grundval av inkomsten av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid. De perioder som avses är då den försäkrade

1. bedriver studier, för vilka han uppbär studiehjälp, studiemedel eller särskilt vuxenstudiestöd enligt studiestödslagen (1973:349), studiestöd enligt lagen (1983:1030) om särskilt vuxenstudiestöd för arbetslösa eller bidrag enligt förordningen (1976:536) om utbildningsbidrag för doktorander.
2. är inskriven vid arbetsmarknadsinstitut eller genomgår arbetsmarknadsutbildning som beslutats av en arbetsmarknadsmyndighet.
3. genomgår grundutbildning enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt som är längre än 60 dagar eller
4. får sådan behandling eller rehabilitering som avses i 3 kap. 3 § eller 5 kap. 7 § och som under denna tid får livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt en annan författning.

Under studieuppehåll mellan vår- och höstterminen, då den försäkrade inte uppbär studiesocial förmån som anges i första stycket 1, skall sjukpenningen beräknas på en sjukpenninggrundande inkomst beräknad enligt 9 §, om den blir högre än sjukpenning beräknad enligt första stycket

1. om den försäkrade är helt eller delvis arbetslös och anmäld som arbetssökande på arbetsförmedling samt är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot tidigare förvärvsarbete eller
2. om den försäkrade skall uppbära sjukpenning för tid då annars havandeskapspenning eller rehabiliteringsersättning skulle ha uppburits.

Vid utgången av en period som avses i första stycket 1 – 3 skall den sjukpenninggrundande inkomsten beräknas enligt 9 §.

13 § Vid utgången av en period då den försäkrade haft förtidspension eller sjukbidrag enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring skall den sjukpenninggrundande inkomsten beräknas enligt 9 § om han är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot närmast föregående förvärvsarbete.

14 § En försäkrad skall till den allmänna försäkringskassan lämna uppgift om sina inkomstförhållanden eller andra omständigheter, som påverkar rätten till sjukpenning eller sjukpenningens storlek.

3 kap. Om ersättning vid temporär ohälsa.

1 § Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid denna bedömning skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Med sjukdom jämställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.

Saknar den försäkrade arbetsförmåga utges hel sjukpenning. Om arbetsförmågan inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels sjukpenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv sjukpenning. I annat fall utges en fjärdedels sjukpenning.

Vid bedömningen av om arbetsförmågan är fullständigt nedsatt skall, om den försäkrade kan antas återgå till sitt vanliga arbete, särskilt beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den anställde. Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärvsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, skall hans arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande mån den dagen.

Om den försäkrade inte kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete eller till annat arbete hos arbetsgivaren, skall vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning särskilt beaktas om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i
3 § eller i 5 kap. kan försörja sig själv genom arbete hos arbetsgivaren.

Om den försäkrade inte kan försörja sig själv genom arbete hos arbetsgivaren eller genom annat förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden skall vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning särskilt beaktas om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i 3 § eller 5 kap. med hänsyn till vad som rimligen kan begäras av honom, kan försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller annat för honom lämpligt arbete.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning enligt fjärde och femte styckena skall göras i förhållande till högst ett heltidsarbete.

Vid prövning av den försäkrades rätt till sjukpenning för tid under vilken han annars skulle ha uppburit föräldrapenning, skall arbetsförmågan anses nedsatt endast i den utsträckning som den försäkrades förmåga att vårda barnet är nedsatt på grund av sjukdomen.

Om den försäkrade uppbär förtidspension eller särskild efterlevandepension
enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, skall vid prövning av den försäkrades rätt till sjukpenning bedömningen av hans arbetsförmåga ske med bortseende från den nedsättning av förmågan eller möjligheten att bereda sig inkomst genom arbete som ligger till grund för utgående pension.

2 § För att underlätta återgång till arbete i anslutning till ett sjukdomsfall får i stället för den sjukpenning som annars skulle ha utgetts enligt 1 § andra stycket skälig ersättning utges för den försäkrades merutgifter för resor till och från arbetet.

Merutgifterna skall ha uppkommit på grund av att den försäkrades hälsotillstånd inte tillåter honom att utnyttja det färdsätt som han normalt använder för sådana resor.

3 § Sjukpenning enligt 1 § utges även när den försäkrade genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom eller att förkorta sjukdomstid eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Som villkor gäller att behandlingen eller rehabiliteringen har ordinerats av läkare och ingår i en av försäkringskassan godkänd plan.

Arbetsförmågan skall anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta.

Sjukpenning enligt denna paragraf utges med 75 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst delad med 365 eller, vid sjukpenningberäkning enligt 9 § med motsvarande arbetstidsfaktor även för dag som avses i 2 kap. 7 § första stycket 1 eller 9 § första stycket 1.

4 § Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in en skriftlig försäkran för sjukpenning. Försäkran skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan. Uppgifterna i försäkran skall lämnas på heder och samvete. Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in ett läkarintyg för att styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen till dess sådant läkarutlåtande som anges i tredje stycket har getts in till kassan.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in ett särskilt läkarutlåtande och en skriftlig särskild försäkran för att styrka nedsättningen av arbetsförmågan senast från och med den tjugoåttonde dagen efter sjukanmälningsdagen. Det särskilda läkarutlåtandet skall innehålla uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, samt läkarens bedömning i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan. Utlåtandet skall även innehålla uppgift om sjukdomsfallet anses ha orsakats av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet i den mening som avses i 2 kap. 1 § lag (1976:380) om arbetsskadeförsäkring. Den särskilda försäkran skall innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmågan än försäkran enligt första stycket. Uppgifterna i den särskilda försäkran skall lämnas på heder och samvete.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket får meddela föreskrifter dels om undantag i vissa fall från skyldighet att lämna läkarintyg, läkarutlåtande, försäkran och särskild försäkran, dels om att sådan skyldighet skall gälla från och med annan dag än vad som anges i denna paragraf.

5 § Försäkringskassan skall, senast efter det att det särskilda läkarutlåtandet och den särskilda försäkran kommit in och efter hörande av en sådan försäkringsläkare som avses i 18 kap. 12 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, bedöma i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är erforderliga.

Försäkringskassan skall, om det är nödvändigt för bedömning enligt första stycket, begära att den försäkrade genomgår utredning för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Försäkringskassan skall även annars under sjukperioden, när det finns skäl till det, undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i 3 § eller 5 kap., helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete.

Försäkringskassan skall, när det kan anses nödvändigt för bedömningen av rätt till sjukpenning eller åtgärder enligt 3 § eller 5 kap., under sjukperioden även i övrigt

1. infordra utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig,
2. göra förfrågan hos den försäkrade, den försäkrades arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter, och
3. besöka den försäkrade.

För kostnader som den enskilde har med anledning av sådan utredning som avses i andra eller fjärde stycket lämnas ersättning i enlighet med vad regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket föreskriver.

6 § En försäkrad kvinna har rätt till havandeskapspenning, om havandeskap har satt ned hennes förmåga att utföra uppgifterna i sitt förvärvsarbete med minst en fjärdedel och hon inte kan omplaceras till annat mindre ansträngande arbete enligt 19 § föräldraledighetslagen (1995:584).

En kvinna har även rätt till havandeskapspenning om hon inte får sysselsättas i sitt förvärvsarbete på grund av en föreskrift om förbud mot arbete under havandeskap, som har meddelats med stöd av 4 kap. 6 § arbetsmiljölagen (1977:1160), och hon inte kan omplaceras till annat arbete enligt 18 § föräldraledighetslagen.

Havandeskapspenning utges i fall som avses i första stycket för varje dag som nedsättningen består, dock tidigast från och med den sextionde dagen före den beräknade tidpunkten för barnets födelse, och i fall som avses i andra stycket för varje dag som förbudet

gäller. Havandeskapspenning utges längst till och med den elfte dagen före den beräknade tidpunkten för barnets födelse.

Havandeskapspenning utges med belopp som motsvararar kvinnans sjukpenning enligt 2 kap. 7 §.

7 § En kvinna som önskar erhålla havandeskapspenning skall göra ansökan därom. Den allmänna försäkringskassan får påfordra att kvinnan till stöd för sin rätt till havandeskapspenning inger utlåtande av sin arbetsgivare samt läkarutlåtande.

I beslutet om havandeskapspenning skall anges under vilken tid ersättningen kan utges.

Vad i lag eller annan författning föreskrivs om sjukpenning gäller i fråga om havandeskapspenning med undantag av bestämmelserna om ersättning för merutgifter i 2 § och om karenstid i 12 §.Vidare skall havandeskapspenningen, med avvikelse från vad som anges i 2 kap. 7 § första stycket och 9 §, utges med 75 procent även från den första dagen. Havandeskapspenning utges inte i den mån kvinnan för samma tid uppbär sjukpenning eller sjuklön eller annan ersättning enligt lagen (1991:1047) om sjuklön.

8 § För de första 14 dagarna i sjukperioden utges sjukpenning som svarar mot sjukpenninggrundande inkomst av anställning endast under förutsättning att den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat om han inte varit sjuk. För en försäkrad som avses i 2 kap. 12 § första stycket skall vad som nu har sagts gälla även för tid efter de första 14 dagarna av sjukperioden. För sjukpenningen skall 9 och 10 §§ tillämpas.

Med tid för förvärvsarbete enligt första stycket jämställs

1. ledighet för semester, dock inte om den försäkrade uppbär semesterlön enligt semesterlagen (1977:480) och, enligt 15 § samma lag, kan begära att dag då han är oförmögen till arbete på grund av sjukdom inte räknas som semesterdag,
2. ledighet under studietid för vilken oavkortade löneförmåner utges,
3. ledighet under tid då den försäkrade genomgår sådan utbildning eller undervisning som anges i 2 kap. 9 § första stycket 1 eller uppbär korttidsstudiestöd enligt studiestödslagen (1973:379),
4. ledighet för ferier eller för motsvarande uppehåll för lärare som är anställda inom utbildningsväsendet, och
5. dag då den försäkrade gått miste om dagpenning från arbetslöshetskassa eller det kontanta arbetsmarknadsstödet, dag som skulle

ha utgjort karensdag för arbetslöshetsersättning och dag då den försäkrade skulle ha varit avstängd från arbetslöshetsersättning.

9 § Om den försäkrades sjukpenning i fall som avses i 8 § svarar mot sjukpenninggrundande inkomst av enbart anställning, gäller gäller för dagar i sjukperioden som den försäkrade skulle ha utfört förvärvsarbete om han inte varit sjuk,

1. att sjukpenning inte utges för den första dagen , och
2. att hel sjukpenning för de därpå följande dagarna utgör 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten och beräknas enligt andra och tredje styckena.

Skall sjukpenning utges för endast en dag skall till grund för beräkningen läggas det tal som erhålls när angiven procentandel av den sjukpenninggrundande inkomsten delas med årsarbetstiden. Talet avrundas till närmaste hela krontal. Det multipliceras därefter med antalet timmar av ordinarie arbetstid eller däremot svarande normal arbetstid. Produkten utgör hel sjukpenning för dagen.

Skall sjukpenning utges för mer än en dag med samma procentandel skall, vid beräkning av sjukpenning för dessa dagar, det tal som erhållits enligt andra stycket andra meningen multipliceras med det sammanlagda antalet timmar av ordinarie arbetstid eller däremot svarande normal arbetstid som belöper på dagarna. Det tal som därvid erhålls delas med antalet dagar med sjukpenning. Kvoten utgör beloppet av hel sjukpenning för dag. Skall sjukpenning utges efter olika grader av nedsatt arbetsförmåga sammanläggs dock de timmar som avser samma grad för sig. Sjukpenning beräknas för varje sådan period för sig.

Om antalet timmar eller det sammanlagda antalet timmar enligt andra och tredje styckena inte uppgår till ett helt timtal skall avrundning ske till närmaste hela timmar, varvid halv timme avrundas uppåt. Sjukpenning avrundas till närmaste hela krontal.

Om den försäkrade gått miste om sjukpenning till följd av bestämmelserna i första stycket 1 eller 2 kap. 7 § första stycket 1 för sammanlagt tio dagar under de senaste tolv månaderna, utges sjukpenning för dag som avses i första stycket 1 med 75 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten och beräknas enligt andra och tredje styckena.

För dag som avses i 8 § andra stycket 5 utgör hel sjukpenning högst det belopp som utgör den försäkrades dagpenning från arbetslöshetskassa eller det kontanta arbetsmarknadsstödet.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket får meddela föreskrifter om schablonberäkning av ordinarie arbetstid och däremot svarande normal arbetstid.

10 § Om den försäkrades sjukpenning i fall som avses i 8 § svarar mot sjukpenninggrundande inkomst av såväl anställning som annat förvärvsarbete beräknas beloppet av hel sjukpenning för dag enligt följande. Den del av sjukpenningen som svarar mot inkomst av anställning beräknas enligt 9 § första – fjärde och sjätte styckena. Den del som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete beräknas enligt 2 kap. 7 § första stycket.

11 § Utan hinder av föreskrifterna i 8 – 10 §§ beräknas sjukpenning enligt 2 kap. 7 § första stycket när den försäkrade skall uppbära sjukpenning för tid då annars havandeskapspenning, föräldrapenning eller rehabiliteringspenning skulle ha uppburits.

Vid beräkning av sjukpenning på en sjukpenninggrundande inkomst som omfattar ersättning för sådan vård som avses i 13 § skall sjukpenning som svarar mot denna ersättning beräknas enligt 2 kap. 7 § första stycket.

För tid efter de första 14 dagarna i sjukperioden beräknas sjukpenningen enligt 2 kap. 7 § första stycket om den försäkrade är helt eller delvis arbetslös och anmäld som arbetssökande på arbetsförmedling samt är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten.

12 § Om en försäkrad gör anmälan till den allmänna försäkringskassan skall sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete inte utges för de första 3 eller 30 dagarna av varje sjukperiod, den dag då sjukdomsfallet inträffade inräknad *(karenstid)*. Vid beräkning av karenstid skall, om en sjukperiod börjar inom 20 dagar efter föregående sjukperiods slut, de båda perioderna anses såsom en sjukperiod.

En försäkrad, som gjort anmälan enligt första stycket, får övergå till försäkring med kortare karenstid eller utan karenstid, om han inte fyllt 55 år. En sådan ändring skall bli gällande 14 dagar efter den, då framställningen gjordes hos kassan, men får ej tillämpas vid sjukdom som inträffar innan ändringen blivit gällande.

13 § Vårdar en försäkrad annans barn under arton år i hemmet som fosterbarn eller under därmed jämförliga förhållanden och lämnas ersättning för vården under tid då sjukpenning kommer i fråga, bedöms rätten till sjukpenning med bortseende från ersättningen. Sjukpenningens storlek och årsarbetstiden beräknas därvid på grundval av en sjukpenninggrundande inkomst respektive beräknat antal timmar i förvärvsarbete som inte omfattar sådan ersättning.

14 § Om en arbetsgivare skall svara för sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön för samma dag som sjukpenning kommer i fråga, beräknas sjukpenningens storlek på grundval av en sjukpenninggrundande inkomst respektive beräknat antal timmar i förvärvsarbete som inte omfattar anställningsförmåner från den arbetsgivaren.

Årsarbetstiden beräknas i fall som avses i första stycket på grundval av beräknat antal timmar i förvärvsarbete hos arbetsgivare som inte skall svara för sjuklön.

15 § Frågor om förmåner enligt detta kapitel prövas av den allmänna försäkringskassa hos vilken den försäkrade är inskriven eller skulle ha varit inskriven om han uppfyllt åldersvillkoret i 1 kap. 4 §. Denna försäkringskassa får dock uppdra åt en annan försäkringskassa att pröva sådana frågor.

Bestämmelserna i 2 kap. 6 och 9 §§ samt 3 kap. 4 § i fråga om förtidspension tillämpas även där den försäkrade skulle ha erhållit sådan pension, om han haft rätt till folkpension enligt bestämmelserna i 5 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring

Har en försäkrad, utan att bestämmelserna i 2 kap. 6 § är tillämpliga, efter ingången av den månad då han uppnådde sextiofem års ålder, erhållit sjukpenning under etthundraåttio dagar, får den allmänna försäkringskassan besluta att sjukpenning inte längre skall utgå.

16 § Sjukpenning får inte utges för tid innan anmälan om sjukdomsfallet har gjorts hos den allmänna försäkringskassan, där inte hinder mött för sådan anmälan eller annars särskilda skäl föranleder att sjukpenning bör utges.

Utan hinder av föreskriften i första stycket skall sjukpenning som grundas på inkomst av anställning utges, om den försäkrades arbetsgivare skall anmäla sjukdomsfallet enligt 12 § första stycket lagen (1991:1047) om sjuklön.

17 § Sjukpenning utgår ej för tid då den försäkrade

a) fullgör annan tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt än grundutbildning som är längre än 60 dagar;

b) är intagen i sådant hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga med stöd av 3 § sagda lag;

c) är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt;

d) i annat fall än under b) eller c) sagts av annan orsak än sjukdom tagits om hand på det allmännas bekostnad;

e) vistas utomlands i annat fall än då den försäkrade insjuknar medan han utför arbete som ett led i en här i riket bedriven verksamhet eller som sjöman antälld på svenskt handelsfartyg eller under sjukdom eller i fall som avses i 3 § reser till utlandet med försäkringskassans medgivande.

För varje dag då en försäkrad bereds vård i ett sådant hem för vård eller boende eller familjehem enligt socialtjänstlagen (1980:620) som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika, skall sjukpenningen på begäran av den som svarar för vårdkostnaderna minskas med 80 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Därvid skall det belopp varmed minskning sker avrundas till närmast lägre hela krontal. Det belopp som sjukpenningen minskas med skall betalas ut till den på vars begäran minskningen har gjorts.

Utan hinder av första stycket utgår sjukpenning till försäkrad som avses under c) vid sjukdom som inträffar under tid då han får vistas utom anstalt och därvid bereds tillfälle att förvärvsarbeta.

18 § Om en arbetstagare har rätt till lön under sjukdom enligt statliga, kommunala eller landstingskommunala bestämmelser, kan regeringen föreskriva undantag helt eller delvis från bestämmelserna om rätt till sjukpenning.

I den mån sådant undantag inte har föreskrivits får arbetsgivaren i den ordning regeringen bestämmer uppbära arbetstagarens sjukpenning till den del den inte överstiger den utbetalda lönen.

En överenskommelse, som innebär att en arbetsgivare som har utgivit lön till en arbetstagare under sjukdom har rätt att uppbära dennes sjukpenning, är bindande för försäkringskassan om den har form av kollektivavtal och på arbetstagarsidan har slutits eller godkänts av en organisation som är att anse som huvudorganisation. Ett sådant kollektivavtal får en arbetsgivare som är bunden av avtalet efter överenskommelse åberopa även i fråga om arbetstagare som inte omfattas av avtalet men sysselsätts i arbete som avses i det.

Regeringen får meddela föreskrifter om sjukpenningberäkning och handläggning av sjukfall för arbetstagare hos staten som omfattas av sådant avtal.

Regeringen får även meddela föreskrifter om sjukpenningberäkning för arbetstagare med statligt reglerad anställning som är anställda hos en annan arbetsgivare än staten och som omfattas av sådant kollektivavtal som anges i tredje stycket.

Har en försäkrad drabbats av sjukdom utom riket och därvid erhållit underhåll genom utrikesförvaltningens försorg får förvaltningen i den ordning regeringen bestämmer från försäkringskassan erhålla den försäkrades sjukpenning, i den mån den inte överstiger vad som har utgivits i underhåll.

Sjukpenning som betalats ut enligt denna paragraf till en arbetsgivare skall minskas med lön under sjukdom som arbetsgivaren utger till arbetstagaren för samma tid som sjukpenningen avser, dock endast med den del av lönen under sjukdom som överstiger 85 procent av lönen i arbete när sjukpenning utges från och med den andra till och med den nittionde dagen och 75 procent av lönen i arbete för tid därefter. Härvid har bestämmelserna i 2 kap. 8 § andra och tredje styckena motsvarande tillämpning.

19 § Regeringen får föreskriva att ersättning som en arbetsgivare för sjömän som avses i sjömanslagen (1973:282) har rätt till enligt 18 § skall utges för varje dag och med viss procent av utbetald lön och andra kostnader som arbetsgivaren haft för den anställde.

20 § Sjukpenning får, om omständigheterna motiverar det, dras in eller sättas ned om en försäkrad

a) vägrar att ta emot besök av en person, som fått i uppdrag av försäkringskassan att utreda rätten till sjukpenning eller behovet av rehabiliteringsåtgärd,

b) underlåter att meddela försäkringskassan sin vistelseadress när han under sjukdomsfall vistas annat än tillfälligt på annan adress än den som angetts till kassan,

c) underlåter att enligt 2 kap. 14 § anmäla sådan ändring, som är av betydelse för rätten till sjukpenning eller för sjukpenningens storlek.

Angående nedsättning eller indragning i andra fall av ersättning som här avses stadgas i 6 kap. 3 §.

4 kap. Om ersättning vid långvarig ohälsa

Under detta kapitel kan regler om månadsersättning föras in, om kommitténs förslag i dessa delar leder till en framtida lagstiftning.

Tredje avdelningen

5 kap. Om förebyggande insatser och rehabilitering

1 § En försäkrad som är inskriven hos allmän försäkringskassa eller har rätt till sjukpenning enligt 2 kap. 1 § andra stycket har rätt att hos försäkringskassan få en rehabiliteringsbedömning genomförd. Han har under tid för rehabilitering rätt till rehabiliteringsersättning enligt vad som anges i detta kapitel.

2 § Rehabilitering enligt detta kapitel skall syfta till att återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Rehabiliteringsåtgärder skall planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov.

3 § Den försäkrades arbetsgivare skall efter kontakt med den försäkrade göra en prövning av dennes behov av rehabiliteringsinsatser och senast fyra veckor efter den försäkrades sjukanmälan anmäla sjukdomsfallet till försäkringskassan. Till sådan anmälan skall fogas en dokumentation över de kontakter arbetsgivaren haft med arbetstagaren under sjukperioden, de rehabiliteringsinsatser arbetsgivaren vidtagit eller planerar att vidta eller, om sådana åtgärder inte vidtagits eller planeras att vidtas, skälen för ett sådant ställningstagande. Arbetsgivaren har även efter nämnda tid ansvar för att de åtgärder vidtas som behövs för att den anställde skall kunna återgå i arbetet.

Den försäkrades arbetsgivare svarar för de kostnader som kan uppstå för rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen. Arbetsgivaren svarar också till skälig del för kostnader för rehabiliteringsåtgärder som behöver vidtas utanför arbetsplatsen.

Försäkringskassan kan dock beträffande små företag till viss del finansiera företagets kostnader för att dels upprätta, dels genomföra förebyggande åtgärder och rehabiliterande åtgärder i ett program. Försäkringskassan kan också på sådana arbetsplatser till viss del

ersätta nämnda slag av kostnader om arbetstagare på grund av dokumenterad skada eller sjukdom löper risk att helt eller delvis tvingas avstå från arbetet.

4 § Den försäkrade skall lämna de upplysningar som behövs för att kartlägga hans behov av rehabilitering. Den försäkrade skall även aktivt verka för att hans rätt till rehabilitering tillvaratas.

5 § Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag.

Försäkringskassan skall i samråd med den försäkrade se till att hans behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med hans arbetsgivare, arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan skall därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.

Försäkringskassan skall se till att rehabiliteringsinsatser påbörjas så snart det av medicinska och andra skäl är möjligt.

6 § Försäkringskassan skall när den försäkrade begär det, eller senast fyra veckor efter den försäkrades sjukanmälan, påbörja en rehabiliteringsbedömning och därefter upprätta en åtgärdsplan.

Planen skall såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Åtgärdsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade kostnaden för ersättning under rehabiliteringstiden.

Försäkringskassan skall fortlöpande se till att åtgärdsplanen följs och att det vid behov görs ändringar i den.

7 § Rehabiliteringsersättning utges när en försäkrad, vars arbetsförmåga till följd av sjukdom är nedsatt med minst en fjärdel, deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Rehabiliteringsersättning består av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag.

Rehabiliteringserättning utbetalas efter ansökan av den försäkrade.

Rehabiliteringsersättning utges längst till och med månaden före den då den försäkrade fyller 65 år.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om rehabiliteringsersättning vid utbildning.

8 § Hel rehabiliteringspenning utgör för dag 75 procent av den (fastställda) sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365. Rehabiliteringspenningen avrundas till närmaste hela krontal.

9 § Saknar den försäkrade arbetsförmåga utges hel rehabiliteringspenning. Om arbetsförmågan inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels rehabiliteringspenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv rehabiliteringspenning. I annat fall utges en fjärdedels rehabiliteringspenning.

Arbetsförmågan skall under tid för rehabiliteringsåtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är förhindrad att förvärvsarbeta.

10 § Särskilt bidrag utges under rehabiliteringstiden för kostnader som uppstår för den försäkrade i samband med rehabiliteringen. Ytterligare föreskrifter om sådant bidrag får meddelas av regeringen.

11 § Den försäkrade skall så snart det kan ske och senast inom två veckor till försäkringskassan anmäla sådan ändring av sina förhållanden som är av betydelse för rätten till rehabiliteringsersättning eller för rehabiliteringsersättningens storlek.

12 § Bestämmelserna i 3 kap 13 § och 18 § första – femte styckena tillämpas även i fråga om rehabiliteringspenning.

13 § Den som får rehabiliteringsersättning får behålla ersättningen

1. vid kortvarig ledighet för enskild angelägenhet av vikt och
2. vid ledighet på grund av uppehåll i rehabiliteringen enligt föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

14 § Rehabiliteringspenningen skall minskas med det belopp den försäkrade för samma tid får som

1. sjukpenning enligt denna lag eller föräldrapenningförmån enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring,
2. sjukpenning eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt annan författning, dock inte livränta till efterlevande samt i övrigt endast till den del ersättningen avser samma inkomstbortfall som rehabiliteringspenningen är avsedd att täcka,
3. studiehjälp, studiemedel, korttidsstudiestöd, särskilt vuxenstudiestöd eller utbildningsarvode enligt studiestödslagen (1973:349), dock inte till den del ersättningen är återbetalningspliktig.

Vad som föreskrivs i första stycket gäller även beträffande motsvarande förmån som utges till den försäkrade på grundval av utländsk lagstiftning.

15 § Rehabiliteringsersättning enligt detta kapitel får, om omständigheterna motiverar det, dras in eller sättas ned om den försäkrade

1. vägrar att ta emot besök av en person som fått i uppdrag av försäkringskassan att utreda rätten till rehabiliteringsersättning eller behovet av rehabiliteringsåtgärd,
2. vägrar att lämna upplysningar som behövs för att klarlägga behovet av rehabiliteringsåtgärd,
3. underlåter att till försäkringskassan anmäla sådan ändring av förhållande,

som är av betydelse för rätten till rehabiliteringsersättning eller för rehabiliteringsersättningens storlek.

Om nedsättning eller indragning i andra fall av ersättning som här avses föreskrivs i 6 kap. 3 §.

16 § Frågor som avses i detta kapitel prövas av den allmänna försäkringskassa hos vilken den försäkrade är inskriven eller skulle ha varit inskriven om han hade uppfyllt åldersvillkoret i 1 kap. 4 §. Denna försäkringskassa får dock uppdra åt en annan försäkringskassa att pröva sådana frågor.

Fjärde avdelningen

6 kap. Övriga bestämmelser

1 § I denna lag avses, där ej annat framgår, med år kalenderår och med månad kalendermånad.

Med sjöman avses, där ej annat framgår, arbetstagare som enligt sjömanslagen (1973:282) anses som sjöman.

Med anställning på svenskt handelsfartyg likställes anställning på utländskt handelsfartyg som svensk redare förhyr i huvudsak obemannat, om anställningen sker hos denne eller någon av honom anlitad arbetsgivare. Uthyres svenskt handelsfartyg till utländsk redare i huvudsak obemannat, äga bestämmelserna i denna lag motsvarande tillämpning om anställningen sker hos fartygets ägare eller någon av denne anlitad arbetsgivare.

Bestämmelserna i 1 kap. 3 § andra stycket äga icke tillämpning i fall då lagen (1958:295) om sjömansskatt enligt beslut jämlikt 36 a § nämnda lag icke skall tillämpas.

2 § Om det inte utan betydande dröjsmål kan avgöras om rätt till ersättning föreligger enligt denna lag, men det finns sannolika skäl för att sådan rätt föreligger, skall försäkringskassan besluta att ersättning skall betalas ut med ett skäligt belopp om detta är av väsentlig betydelse för den försäkrade. Detsamma gäller om det står klart att rätt till ersättning föreligger men ersättningens belopp inte kan bestämmas utan betydande dröjsmål. För sådan ersättning får föreskrivas särskilda villkor.

Om det senare bestäms att ersättning inte skall utges eller skall utges med lägre belopp är den försäkrade inte skyldig att betala tillbaka utbetalad ersättning i andra fall än som anges i 4 §.

Finns det sannolika skäl att dra att dra in eller minska en ersättning, kan försäkringskassan besluta att ersättningen skall hållas inne eller utges med lägre belopp till dess slutligt beslut fattats.

I ärenden som skall avgöras av socialförsäkringsnämnd får beslut enligt första och tredje styckena fattas av tjänsteman i försäkringskassan, om nämnden gett ett sådant bemyndigande.

3 § Ersättning enligt denna lag får dras in eller sättas ned, om den som är berättigad till ersättningen

a) ådragit sig sjukdomen eller skadan vid uppsåtligt brott som han har dömts för genom dom som har vunnit laga kraft:

b) vägrar att genomgå undersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter;

c) underlåter att ge in sådant läkarintyg, läkarutlåtande, försäkran eller särskild försäkran som skall ges in till försäkringskassan enligt 3 kap. 8 §;

d) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning.

Vägrar en försäkrad utan giltig anledning att genomgå sådan behandling, utredning eller rehabilitering som avses i 3 kap 3 och 5 §§ eller 5 kap. 4,5 och 7 §§ får sjukpenning helt eller delvis tills vidare förvägras honom, under förutsättning att han erinrats om denna påföljd.

4 § Har någon genom oriktiga upgifter eller genom underlåtenhet att fullgöra en uppgifts- eller anmälningsskyldighet eller på annat sätt förorsakat att ersättning utgått obehörigen eller med för högt belopp, eller har någon eljest obehörigen eller med för högt belopp uppburit ersättning och har han skäligen bort inse detta, skall återbetalning ske av vad som för mycket utbetalats, om inte i särskilt fall anledning föreligger att helt eller delvis efterge återbetalningsskyldigheten.

Har återbetalningsskyldighet ålagts någon enligt första stycket, får vid senare utbetalning till honom i avräkning på vad som mycket utgått innehållas ett skäligt belopp.

5 § Vad i 17 – 20 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring stadgas gäller i tillämpliga delar även enligt denna lag.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan – hur går det? U.
2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
3. Fritid i förändring.
   Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
8. Batterierna – en laddad fråga. M.
9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
10. Forskning för vår vardag. C.
11. EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
12. Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. Fi.
13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
14. Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
17. Bättre trafik med väginformatik. K.
18. Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
22. Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
25. Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. Ku.
26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
29. Forskning och Pengar. U.
30. Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
35. Kriminalunderrättelseregister DNA-register. Ju.
36. Högskola i Malmö. U.
37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
38. Nationalstadsparker. M.
39. Rapport från klimatdelegationen 1995. Klimatrelaterad forskning. M.
40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
41. Statens maritima verksamhet. Fö.
42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
44. Översyn av skatteflyktslagen. Reformerat förhandsbesked. Fi.
45. Presumtionsregeln i expropriationslagen. Ju.
46. Enskilda vägar. K.
47. Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
49. Regler för handel med el. N.
50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. A.
52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
53. Kalkning av sjöar och vattendrag.M.
54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
55. På väg mot egenföretagande. A.
55. Vägar in i Sverige. A.
56. Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. UD.
61. Olika länder – olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. UD.
62. EU, konsumenterna och maten – Förväntningar och verklighet. Jo.
63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
64. Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration. S.
65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. Jo.
66. Utvärderat personval. Ju.
67. Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. Fi.
68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. In.
72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
73. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 1 – An Assessment. M.
74. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 2 – Descriptions. M.
75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
76. EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. UD.
77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. Fi.
78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. N.
79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
80. Viktigt meddelande. Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. K.
83. Allmänt pensionssparande. S.
84. Ekobrottsforskning. Ju.
85. Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
86. Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. Fö.
87. Tredimensionell fastighetsindelning. Ju.
88. Kameraövervakning. Ju.
89. Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. N.
90. Sammanhållet studiestöd. U.
91. Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. S.
92. IT i miljöarbetet. M.
93. Ny yrkestrafiklagstiftning. K.
94. Nationell teleadresskatalog. K.
95. Botniabanan. K.
96. Strukturförändring och besparing. En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. Fö.
97. Effektivare försvarsfastigheter! Utvärdering av en reform. Fö.
98. Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. Fö.
99. Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. Fö.
100. Ett nytt system för skattebetalningar. Del A. Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. Fi.
101. Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. M.
102. TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. U.
103. Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling. Del 1 och 2. M.
104. Konsumentskydd på elmarknaden. C.
105. Att främja donationer till universitet och högskolor. U.
106. EU och Sverige – från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. UD.
107. Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. UD.
108. Konsumenterna och miljön. C.
109. Från åkerlotter till Paradis – ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. Fi.
110. Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden inom kulturområdet. Ku.
111. Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. C

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

112. Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. M.
113. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. S.

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumtionsregeln i expropriationslagen.[45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]
Utvärderat personval. [66]
Ekobrottsforskning. [84]
Tredimensionell fastighetsindelning. [87]
Kameraövervakning. [88]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. [60]
Olika länder – olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. [61]
EU:s regeringskonferens - procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. [76]
EU och Sverige – från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. [106]
Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. [107]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]
Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. [86]
Strukturförändring och besparing. En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. [96]
Effektivare försvarsfastigheter! Utvärdering av en reform. [97]
Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. [98]
Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. [99]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]
Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration. [64]
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]
Allmänt pensionssparande. [83]
Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]
Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. [91]
En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. [113]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]
Bättre trafik med väginformatik. [17]
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]
Enskilda vägar. [46]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]
Ny yrkestrafiklagstiftning. [93]
Nationell teleadresskatalog. [94]
Botniabanan. [95]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. [12]
Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]
Borgenärsbrotten - en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]
Översyn av skatteflyktslagen.
Reformerat förhandsbesked. [44]
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]
Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]
Några folkbokföringsfrågor. [68]
Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]
Översyn av revisionsreglerna. [79]
Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]
Ett nytt system för skattebetalningar. Del A.
Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. [100]
Från åkerlotter till Paradis - ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. [109]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – hur går det? [1]
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning [20]
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]
Inflytande på riktigt - Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]
Forskning och Pengar. [29]
Högskola i Malmö. [36]
Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]
Värden i folkhögskolevärlden. [75]
Sammanhållet studiestöd. [90]
TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. [102]
Att främja donationer till universitet och högskolor. [105]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten – Förväntningar och verklighet. [62]
Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag.[51]
Sverige, framtiden och mångfalden. [55]
På väg mot egenföretagande. [55]
Vägar in i Sverige. [55]
Hälften vore nog - om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]

Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. [25]
Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. [80]
Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden inom kulturområdet. [110]

Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]
Regler för handel med el. [49]
Kompetens och kapital + bilaga. [69]
Samverkan mellan högskolan och näringslivet. [70]
Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. [78]
Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. [89]

Civildepartementet

Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Attityder och lagstiftning i samverkan
+ bilagedel. [31]
Konsumentskydd på elmarknaden. [104]
Konsumenterna och miljön. [108]
Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till
30 år. [111]

Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och
landsbygd. [71]

Miljödepartementet

Batterierna - en laddad fråga. [8]
Nationalstadsparker. [38]
Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. [39]
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 – An Assessment. [73]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 – Descriptions. [74]
IT i miljöarbetet. [92]
Kärnavfall - teknik och platsval. KASAMs
yttrande över SKBs FUD-Program 95. [101]
Miljöbalken. En skärpt och samordnad
miljölagstiftning för en hållbar utveckling.
Del 1 och 2. [103]
Integrering av miljöhänsyn inom den statliga
förvaltningen. [112]

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

FRITZES
Postadress: 10647 Stockholm
Fax 08-20 50 21, Telefon 08-690 91 90

ISBN 91-38-20330-8
ISSN 0375-250X