

## Till statsrådet Ingela Thalén

Vid sammanträde den 23 juni 1999 beslutade regeringen om direktiv (dir. 1999:54) som gav en särskild utredare i uppdrag att göra en analys av sjukförsäkringen. Den 28 oktober 1999 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 1999:82). Tilläggsdirektiven innebar att delbetänkande skulle avges den 1 juli och slutredovisningen flyttades fram till senast den 1 december 2000. Efter att utredningen erhållit anstånd lämnades delbetänkandet *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter* (SOU 2000:72) den 15 augusti 2000. Direktiven till utredningen har i sin helhet bifogats betänkandet (bilaga 1). Utredningen (S 1999:11) har antagit namnet Sjukförsäkringsutredningen.

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Ingela Thalén dåvarande landshövdingen Jan Rydh att från den 27 oktober 1999 vara särskild utredare i utredningen. Som sekreterare i utredningen har sedan den 15 november 1999 tjänstgjort pol. mag. Rolf Lundgren och sedan den 13 december 1999 fil. mag./försäkringsspecialisten Birgitta Målsäter. Ergonomen Per Lindberg (enkätundersökning) och fil. kand. Göran Wikner (statistik) har i viss utsträckning arbetat som sekreterare i utredningen.

Den 29 december förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen departementsrådet Lars Dirke, kanslirådet Marie Heiborn, avdelningschefen Inger Marklund och kanslirådet Per Tillander. Till att som experter ingå i utredningen förordnades samma dag vårdcentralchefen Christina Fabian, avdelningsdirektören Annika Hultin, hälsoekonomen Dick Jonsson, departementsrådet Märten Lagergren, direktören Solveig Lindblom, avdelningsdirektören Dan Ljungberg, försäkringsläkaren Bo Mikaelsson, chefsekonomen Karin Mossler, professorn Åke Nygren, departementssekreteraren Kristina Olofsson

(t.o.m. 001031), direktören Levi Svenningsson och t.f. enhetschefen Leif Westerlind.

Sjukförsäkringsutredningen överlämnar härmed slutbetänkandet Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121). Sakkunniga Marie Heiborn har lämnat ett särskilt yttrande.

Stockholm den 19 december 2000

Jan Rydh

/Rolf Lundgren  
Birgitta Målsäter

# Innehåll

Sammanfattning .....	11
<b>1 Utredningens uppdrag och arbetsformer .....</b>	<b>23</b>
1.1 Utredningens uppdrag .....	23
1.2 Arbetsformer .....	24
<b>2 Delbetänkandet och utredningens utgångspunkter .....</b>	<b>27</b>
2.1 Utredningens delbetänkande "Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter" (SOU 2000:72) .....	27
2.2 Utgångspunkter för utredningens analys och överväganden .....	28
2.2.1 Sjukförsäkringssystemet – en integrerad del av socialförsäkringarna .....	28
2.2.2 Sjukfrånvaro och sjukdom .....	29
2.2.3 Förebyggande insatser för folkhälsa kombineras med insatser på arbetsplatsen .....	30
2.2.4 Sysselsättningsmålen .....	31
2.2.5 Utvecklingen inom EU .....	31
2.2.6 En allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former .....	32
<b>3 Kompletterande analys och basfakta .....</b>	<b>35</b>
3.1 Inledning .....	35
3.2 Kompletterande statistik .....	36
3.2.1 Befolkningsutveckling och sjukfrånvaro. Konsekvenser för kostnader och sysselsättning .....	36
3.2.2 Befolkningsutveckling och sjukfrånvaro. Konsekvenser för kostnader och sysselsättning .....	36

3.2.3	Sjukfrånvarons utveckling i företag av olika storlek, i olika branscher och inom olika sektorer.....	41
3.3	Långtidssjukskrivna i slutet av 1980-talet och 1999 – en jämförelse .....	47
3.4	Regionala skillnader.....	48
3.4.1	De regionala skillnaderna i sjukfrånvaron .....	48
3.4.2	Regionala sjukfallsstudier .....	48
3.5	Kvinnors sjukfrånvaro.....	50
3.6	Sjukskrivning som behandling.....	51
3.7	Utbildning i försäkringsmedicin .....	54
3.8	Hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro .....	55
3.8.1	Utredningens egen undersökning .....	56
3.8.2	Samkörning av arbetsmiljöstatistik och sjukdata.....	58
3.9	Företagshälsovården.....	69
3.9.1	Bakgrund.....	69
3.9.2	Förändringen under 1990-talet .....	70
3.9.3	Utredningar och nya regler efter 1992 .....	71
3.9.4	Företagshälsovården idag.....	74
3.9.5	Exempel och erfarenheter som utredningen tagit del av .....	75
3.9.6	Utbildning i företagshälsovård.....	78
3.9.7	Internationella åtaganden .....	78
3.9.8	Internationell jämförelse och företagshälsovårdens framtida roll.....	80
3.10	Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen .....	81
3.11	Samband sjukpenning – förtidspension .....	83
3.12	Samband sjukvård – sjukförsäkring.....	84
3.13	Uppföljning av sjukfrånvaron, statistik m.m.....	86
3.14	Övriga frågor .....	87
3.14.1	Högriskskydd.....	87
4	Internationella erfarenheter .....	91

4.1	Inledning.....	91
4.2	Sjukförsäkringen i Norge .....	93
4.2.1	Förslag som förebygger och minskar sjukfrånvaro och stärker arbetsförmågan.....	93
4.2.2	Förslag i syfte att minska förtidspensionering .....	99
4.2.3	Debatten och fortsättningen.....	100
4.3	Sjukförsäkringen i Danmark .....	101
4.4	Sjukförsäkringen i Finland .....	106
4.5	Sjukförsäkringen i Nederländerna .....	112
5	Finansiering av inkomstbortfall vid sjukdom – konsekvenser av olika alternativ .....	119
5.1	Sjukfrånvaron och inkomstbortfallet under 1999.....	119
5.2	Alternativa utformningar av sjuklöneperioden.....	121
5.3	Höjt ersättningstak till 10 prisbasbelopp .....	124
5.4	Konsekvenser av ett ändrat sätt att beräkna underlaget för sjukförsäkringsavgiften.....	125
6	En sjukförsäkring i försäkringsmässiga former .....	127
6.1	Inledning.....	127
6.2	Försäkring och försäkringsmässiga former .....	127
6.2.1	Försäkringens institutionella indelning .....	128
6.2.2	Försäkringens två dimensioner .....	129
6.2.3	Ytterligare aspekter på försäkringsmässiga former .....	132
6.2.4	Övrigt .....	137
6.2.5	Försäkringsmässighet i en framtida allmän sjukförsäkring .....	138
6.3	En allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former .....	140
6.3.1	En allmän sjukförsäkrings syfte.....	140
6.3.2	Avgift och förmån .....	143
6.3.3	Något om benämningar/terminologi .....	144
6.3.4	Vad ska sjukförsäkringsavgiften finansiera? .....	150
6.3.5	Ersättningsnivå i en sjukförsäkring .....	150

6.3.6	Fondering .....	154
6.4	Prevention och rehabilitering .....	155
6.4.1	Prevention.....	156
6.4.2	Rehabilitering.....	156
7	Överväganden.....	157
7.1	Inriktningsmål för sjukförsäkringssystemet.....	157
7.1.1	Försäkring för inkomstbortfall .....	158
7.1.2	Försäkringen skall arbeta med förebyggande åtgärder och bidra till och påskynda den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden .....	159
7.1.3	Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning .....	159
7.1.4	Systemet skall sammantaget vara kostnadseffektivt.....	159
7.1.5	Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament .....	159
7.1.6	Sjukförsäkringen skall vara en fristående allmän, obligatorisk försäkring.....	160
7.2	Övergripande överväganden .....	160
7.2.1	Sjukförsäkringssystemet .....	161
7.2.2	Sjukdomsbegreppet.....	163
7.2.3	Rehabiliteringsbegreppet .....	165
7.3	Incitament och självrisker för den försäkrade .....	166
7.3.1	Karensdagen.....	167
7.3.2	Ersättningsnivå och ersättningstak .....	168
7.3.3	Ersättningsgrad.....	169
7.4	Arbetsgivarens ansvar och sjuklöneperiodens konstruktion .....	171
7.4.1	Arbetsgivarens ansvar .....	171
7.4.2	Ansvar för rehabiliteringsutredningar .....	172
7.4.3	Sjukskrivna utan arbetsgivare .....	174
7.4.4	Sjuklön .....	175
7.4.5	Högriskskydd.....	179
7.4.6	Högekostnadsskydd för mindre företag .....	180
7.5	Prevention och rehabilitering .....	181
7.5.1	Prevention.....	182

7.5.2 Rehabilitering .....	183
7.5.3 Företagshälsovård .....	184
7.5.4 Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro .....	185
7.6 Tidsbegränsad sjukskrivning .....	185
7.7 Sjukskrivning .....	188
7.7.1 Läkarintyg, sjukskrivningsunderlag, sjukskrivning .....	188
7.7.2 Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen .....	188
7.7.3 Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen .....	190
7.7.4 Försäkringsläkarens roll i sjukskrivningsprocessen .....	191
7.7.5 Sjukskrivningsprocessen .....	191
7.8 Finansiering – vad skall finansieras inom försäkringen? .....	192
7.9 Uppföljning av sjukfrånvaron - Behov av data för ärendehandläggning samt statistik- och uppföljningsändamål .....	193
7.9.1 Den statistiska uppföljningens syfte .....	195
7.9.2 Registerlagstiftningen .....	197
7.9.3 Innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister .....	198
7.9.4 Statistik om sjukfrånvaro under sjuklöneperioden .....	198
7.10 Organisatoriska frågor .....	199
7.11 Andra frågor .....	200
7.11.1 Sjukskrivning i väntan på vård .....	200
7.11.2 Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension .....	201
<b>8 Utredningens konsekvensredovisningar .....</b>	<b>205</b>
8.1 En strukturell förändring och insatser utöver nuvarande ramar är nödvändig .....	205
8.2 Sammanfattning av ekonomiska konsekvenser .....	207
8.3 Avgiftsnivå i sjukförsäkringssystemet .....	211
8.4 Övriga konsekvenser .....	211

Särskilt yttrande .....	213	
<b>Bilagaor</b>		
Bilaga 1	Kommittédirektiv .....	217
Bilaga 2	Sammanfattning av delbetänkandet Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72) .....	229
Bilaga 3	Långtidssjukskrivna .....	235
Bilaga 4	Regionala sjukfallstudier .....	245
Bilaga 5	Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro? .....	273
Bilaga 6	Hälsa, arbetsförhållanden, sjukfrånvaro och sjuknärvaro bland män och kvinnor födda 1945, 1955 och 1965.....	303
Bilaga 7	Arbetsförhållanden och sjukskrivning med ersättning.....	373
Bilaga 8	Den långa sjukfrånvaron på två års sikt.....	423
Bilaga 9	Sjukskrivning i väntan på vård .....	459
Bilaga 10	Förslag till innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister .....	503
Bilaga 11	Underlag för förslag till statistisk uppföljning av den korta sjukfrånvaron .....	513
Bilaga 12	Utredning om särskilt högriskskydd enligt 13 § lag (1991:1047) om sjuklön, (SjLL) .....	519
Bilaga 13	Organisationsmedicin .....	531
Bilaga 14	Taket i sjuk- och föräldraförsäkringen år 2001.....	549



# Sammanfattning

Sjukförsäkringsutredningen redovisade i augusti 2000 delbetänkandet Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72). I detta slutbetänkande slutför utredningen sin analys och lämnar förslag till åtgärder. Utredningens förslag och överväganden återfinns i kapitel 7 och bedömning av ekonomiska och andra konsekvenser finns i kapitel 8.

## *En fristående sjukförsäkring – en nödvändig strukturell reform*

Sjukförsäkringsutredningen föreslår att sjukförsäkringen ges en mer försäkringsmässig utformning och att den allmänna, obligatoriska sjukförsäkringen organiseras fristående utanför den statliga budgeten.

Sjukförsäkringsutredningen har visat att den mycket snabba ökningen av sjukskrivningar under senare år inte kan förklaras i generella termer. Ökningen av sjukskrivningarna är tvärtemot mycket ojämnt fördelad, mellan kvinnor och män, mellan olika branscher och mellan olika åldrar. Därtill kommer skillnader i sjukskrivningsmönster mellan olika delar av landet. En väsentlig orsak till skillnader i sjukfrånvaro utgörs av skillnader i arbetsmiljö. Resursnedskärningar i den offentliga sektorn har slagit särskilt hårt mot den äldre arbetskraften. Det finns all anledning att befara att den nuvarande negativa utvecklingen av antalet sjukskrivna fortsätter även om själva ökningstakten minskar något.

Utredningen konstaterar att de viktigaste åtgärderna för att minska antalet sjukskrivningar måste vara att se till att organisation, resurstilldelning och utformning av arbetsrutiner sker på ett sådant sätt att anställda orkar ett helt arbetsliv. En allt större del av arbetskraften slutar arbeta långt före normal pensionsålder genom sjukskrivning, förtidspension, förtida

pension eller via egen pensionering. Av särskild vikt är därför tidiga och förebyggande insatser på arbetsplatserna.

Utredningen har i sina överväganden redovisat olika förslag till åtgärder. De viktigaste åtgärderna är sådana som förändrar och intensifierar själva *sjukskrivningsprocessen*. Arbetsgivare, läkare, företagshälsovård och försäkringskassor i samverkan med arbetstagare måste mycket tidigt satsa på förebyggande arbete och i rätt tid sätta in rehabiliterande åtgärder. För de hösten 2000 redan sjukskrivna (84 000 längre än ett år) måste omfattande åtgärder vidtagas om en rehabilitering skall ha några förutsättningar att lyckas. Utredningen konstaterar att i nuvarande försäkringssystem ligger sjukpenning- och förtidspensionsutgifter som ett eget verksamhetsområde skilt från utgifterna för administration, preventiv och rehabiliterande verksamhet. Detta innebär att viktiga förebyggande och rehabiliterande åtgärder inte kan finansieras genom minskade kostnader för sjukpenning och/eller förtidspension.

Inom ramen för statens budget och utgiftstak kan visserligen riksdag/regering i varje enskilt fall besluta om erforderliga resurstillskott. Utredningen redovisar också ett antal sådana förslag i kapitel 7. Utredningens slutsats ligger dock fast. Nuvarande ordning är inte tillräcklig flexibel och kan aldrig bli tillräckligt effektiv. Ett försäkringsföretag hade långt tidigare genomfört flera av de åtgärder utredningen föreslår.

Utredningen kan inte ens föreslå särskilt verkningsfulla förändringar om utredningen strikt skulle följa de instruktioner som ges för varje statlig utredning. Utredningen får inte föreslå insatser som inte är finansierade med besparingar på annat håll. I det sammanhanget får framtida vinster inte inräknas. I varje annan försäkringskalkyl skulle just framtida vinster vara det viktigaste incitamentet för förebyggande och kostnadssänkande åtgärder. Utredningens förslag skall därför betraktas som förslag till en *ny struktur* av det svenska sjukförsäkringssystemet. Utredningens förslag kan sammanfattas i tre huvudgrupper:

- sådana förslag som kan genomföras inom ramen för nuvarande system och inom ramen för gällande budgetrestriktioner
- sådana förslag som kan genomföras inom ramen för nuvarande system men som förutsätter tillskott av budgetmedel samt
- övriga åtgärder av administrativ eller utredande karaktär.

I den mån riksdag/regering finner att nuvarande system skall bibehållas måste under de närmaste åren särskilda och omfattande resurser tilldelas sjukförsäkringssystemet. Därtill måste nya och mer flexibla regler utformas som gör det möjligt för försäkringskassorna att använda tilldelad budgetram för förebyggande, utredande och rehabiliterande åtgärder.

Nya särskilda resurser måste också tilldelas sjukförsäkringssystemet för att i efterhand nu rehabilitera de som redan gått länge sjukskrivna. Sådana insatser kommer att vara mycket kostnadskrävande. Utredningen vill understryka att många av dagens långtidssjukskrivna med riktiga insatser åter kan komma i arbete. Dessa insatser kommer dock inte alltid att vara "lönsamma" ens i ett mycket vitt perspektiv. Insatserna är lika fullt självfallet motiverade av hänsyn till de människor som berörs. I sista hand är insatser för långtidssjukskrivna en rättvisefråga av stor politisk dignitet.

Sjukförsäkringsutredningen anser det vara svårt att i längden upprätthålla ett effektivt sjukförsäkringssystem inom ramen för statens budget och utgiftstak och föreslår därför att den allmänna, obligatoriska sjukförsäkringen organiseras fristående utanför den statliga budgeten.

#### *Inriktningsmål för sjukförsäkringssystemet*

Utredningen föreslår att följande inriktningsmål skall gälla för det svenska sjukförsäkringssystemet:

Sjukförsäkringen skall ge individen ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

I försäkringen skall ingå resurser för förebyggande och rehabiliterande insatser. Försäkringen skall utformas och praktiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.

Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning oavsett kön, ålder, sysselsättning, arbetsgivare, bostadsort etc. Systemet (administration och åtgärder) skall sammantaget i sig och i samverkan med andra system vara kostnadseffektivt.

Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar till åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.

Sjukförsäkringen skall vara en fristående allmän, obligatorisk försäkring.

#### *Utredningens förslag inom nuvarande budgetram*

Partiell ersättning från sjukförsäkringen skall kunna utgå efter individuell prövning, dock lägst med 20 procent.

Arbetsgivaren har ett förstahandsansvar i samband med anställdas ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering. Detta förstahandsansvar avser såväl förebyggande åtgärder som rehabiliteringsinsatser för den anställda samt åtgärder för att anpassa arbetsinnehåll, arbetsorganisation och arbetsförhållanden till de anställdas förutsättningar.

Arbetsgivare skall snarast och senast dag 45 lämna rehabiliteringsutredning och underlag från företagshälsovård till försäkringskassan i pågående fall.

Arbetsmarknadsmyndigheten och arbetslöshetskassorna skall ha ett ansvar, motsvarande arbetsgivarens, för arbetslösa sjukskrivna.

Ersättningsnivåerna i arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen skall samordnas.

Sjuklöneperioden skall förlängas till 60 dagar. Förändringen skall genomföras i två steg. I ett första steg, som föreslås genomföras snarast, skall sjuklöneperioden förlängas till 28 dagar. Sjukförsäkringsavgiften skall sänkas med det belopp som motsvarar kostnadsökningarna för sjuklön.

Sjuklönens storlek skall fastställas till 90 procent av anställningsförmånerna fr.o.m. dag 15 och de därpå följande dagarna inom sjuklöneperioden.

Beräkningsunderlaget för sjukförsäkringsavgiften skall begränsas till att avse lönesumman för anställda under 55 år.

Sjukförsäkringsavgiften skall finansiera försäkringens kostnader för prevention, sjukpenning, rehabilitering, förtidspension och administration.

Sjukskrivningsperioden skall tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov hos den försäkrade.

I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Efter sjukskrivningsperioden kan fortsatt ersättning endast utgå vid planerad medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rehabiliteringsersättning skall även kunna användas som direkt lönebidrag till arbetsgivare.

I de fall arbetsförmågan bedöms varaktigt nedsatt skall förtidspension utgå.

### *Utredningens förslag som erfordrar tillskott av medel*

Taket för ersättning från sjukförsäkringen skall höjas till 10 prisbasbelopp och ersättningsnivån bibehållas oförändrad, dvs. 80 procent.

Ett högkostnadsskydd för mindre företag skall integreras i sjukförsäkringen.

Sjukförsäkringen skall öka kvaliteten i det preventiva och rehabiliterande arbetet. Försäkringskassan skall regelmässigt för sjukfall längre än sextio dagar begära och bekosta en samlad utredning där företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas.

Företagshälsovårdens roll skall förstärkas.

Utredningen föreslår att regeringen i särskild ordning ger sjukförsäkringen ett temporärt resurstillskott för att möjliggöra utredningar och bedömningar av hur nu långtidssjukskrivnas sjukskrivningsperiod skall avslutas (huvudregeln i förslaget om en tidsbegränsad sjukskrivning) och för att genomföra de åtgärder som kan bli aktuella.

### *Övriga åtgärder*

Karensdagen skall bibehållas. Fördjupade studier skall göras av eventuella samband mellan sjuknärvaro och därav betingad efterföljande sjukfrånvaro.

RFV skall ges i uppdrag att utreda och föreslå förbättrade högriskskydd för den enskilde.

Arbetsmiljöverket skall ha en utökad bevakande och uppsökande roll.

RFV skall ges i uppdrag att närmare undersöka utnyttjandet av den förebyggande sjukpenningen och om så behövs föreslå informations- och/eller andra åtgärder.

En redovisning av anställdas sjukfrånvaro skall göras obligatorisk i företags, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser.

Alla läkare skall, som hittills, ha rätt att utfärda läkarintyg.

Försäkringsmedicin skall ingå som ett mål i all läkarutbildning på alla nivåer.

Detaljregleringen av formerna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall skall tas bort.

Försäkringskassan skall avgöra vilket underlag som erfordras för beslut om ersättning. Ärenden som bedöms bli korta eller av annan anledning kan bedömas entydigt skall hanteras med en förenklad bedömning.

Den fortsatta översynen av socialförsäkringsregisterlagstiftningen skall beakta de behov av uppgifter som en tillfredsställande uppföljning av sjukfrånvaron kräver.

Uppgifter skall få registreras och användas i enlighet med förslagen i bilaga 10 och de hinder som finns för detta skall undanröjas.

Nuvarande sjuklöneaviseringsystem skall avvecklas och ersättas av en statistik om den korta sjukfrånvaron i enlighet med förslag i bilaga 11.

Sjukförsäkringens framtida organisation skall utformas som en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation.

### *Ekonomiska konsekvenser*

Utredningen redovisar i kapitel 8 en samlad bedömning av förslagets ekonomiska konsekvenser både för statens budget och för arbetsmarknaden. Uppgifterna redovisas totalt för arbetsgivar-kollektivet och fördelade på de olika sektorerna, staten, kommuner och landsting och den privata sektorn.

En förlängd sjuklöneperiod till 28 dagar tillsammans med högkostnadsskydd för mindre företag och sänkt arbetsgivaravgift innebär för statens del en ökad budgetbelastning på 665 miljoner kronor. Den privata sektorn får sammantaget 833 miljoner kronor

i minskad kostnad, kommunernas kostnader ökar med 198 miljoner kronor och medan staten som arbetsgivare får en minskad kostnad på 31 miljoner kronor. Om sjuklöneperioden förlängs till 60 dagar blir budgetbelastningen 798 miljoner kronor. Den privata sektorns besparing blir 1 174 miljoner kronor medan kommunerna får en kostnadsökning på 445 miljoner kronor. Statens besparing som arbetsgivare blir 68 miljoner kronor.

Utredningen redovisar också de sammantagna konsekvenserna med hänsyn till förslaget att sjukförsäkringsavgiften endast tas ut på löneunderlag för anställda under 55 år och förslaget om höjt ersättningstak. De totala budgetkonsekvenserna uppgår därvid till 1 898 miljoner kronor inklusive ökade kostnader för föräldraförsäkringen. Samtliga sektorer av arbetsgivare får i detta förslag en oförändrad eller något sänkt kostnad.

Utredningen bedömer vidare att ytterligare statliga medel behöver om disponeras till sjukförsäkringen för att ge de nu långtidssjukskrivna tillfredsställande rehabilitering. Under en tre-årsperiod erfordras ett tillskott på mellan 3 600 och 4 500 miljoner kronor årligen.

### *Utredningens innehåll*

I kapitel 1 redovisar utredningen sitt uppdrag. Redan i delbetänkandet konstaterade utredningen att sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika branscher, arbetsgivare och arbetsplatser. Utredningen hade därför anledning att dra den slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer skapar och resulterar i olika sjukfrånvaro. Detta innebär inte att utredningen hävdade att all frånvaro orsakas av förhållanden på arbetsplatsen. Däremot är skillnader i sjukfrånvaro påtagliga och arbetsmiljöberoende.

I kapitel 2 anger utredningen några väsentliga utgångspunkter för sin analys och för sina förslag. Sjukförsäkringssystemet utgör en integrerad del av de svenska socialförsäkringarna. Utredningen kommenterar vidare skillnaderna i begreppen sjukdom och sjukfrånvaro och poängterar att förebyggande insatser för folkhälsa är av stor betydelse som medel för att minska sjukfrånvaron. Sådana insatser bör kombineras med insatser på arbetsplatsen.

En av de stora frågorna inför framtiden är hur en minskande andel av befolkningen i arbetsför ålder genom produktivt arbete

skall kunna försörja en ökande andel av framför allt äldre. Regeringens mål för sysselsättningen är att 80 procent av den arbetsföra befolkningen skall vara i arbete 2004. För närvarande (hösten 2000) är sysselsättningsgraden 77,5 procent. Nuvarande höga sjuktal utgör ett allvarligt hinder för att uppsatta sysselsättningsmål skall kunna uppnås.

Utredningen redovisade i sitt delbetänkande ett utförligt statistiskt material avseende sjukfrånvarons utveckling. I kapitel 3 redovisas inledningsvis kompletterande data och analyser.

Eftersom befintlig sjukfrånvarostatistik saknar uppgifter som kan belysa olika individ- och miljöfaktorers inverkan på hälsa och sjukfrånvaro har utredningen låtit genomföra en omfattande undersökning av hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro. De multivariata analyserna av dessa tvärsnittsdata visade ett klart samband mellan ålder och risken att bli långtids-sjukskriven. I övrigt visades entydigt att förhållanden på arbetet av både fysisk, psykosocial och organisatorisk karaktär hade betydelse för långtidssjukskrivning. Högsta riskerna uppmättes för de män och kvinnor som hade en hög fysisk belastning och inte var nöjda med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter. Dåligt arbetsklimat i gruppen var en annan exponering som gav en måttligt men signifikant ökad risk för män och kvinnor att bli långtids-sjukskrivna. Höga krav från arbetet och samtidigt låg kontroll gav också en risk för långtidssjukskrivning. Undersökningen visar vidare att de med lägst inkomst hade högst risk för långtids-sjukskrivning. Detta var förmodligen inte en effekt enbart av en sämre ekonomi, generellt eller i samband med långtidssjukskrivning, utan indikerar ytterligare att arbetsförhållanden är av betydelse då arbeten med låga löner ofta även har de sämsta arbetsförhållandena.

Sammanfattningsvis förstärker de fortsatta analyserna som redovisas i kapitel 3 de resultat som redovisades redan i delbetänkandet. Sjukfrånvarons ökning är ojämnt fördelad mellan kvinnor och män, mellan olika åldersgrupper och mellan olika delar av landet. Framför allt är sjukfrånvarons storlek och ökning bland kvinnor över 50 år starkt oroande. Skillnader i sjukfrånvaron är starkt köns-, ålders- och arbetsplatsberoende. Sjukfrånvaron i mindre företag är lägre än i stora företag. Skillnaden mellan sjukfrånvaron bland kvinnor i kommunal och privat sektor kan till stor del förklaras av att kommunalt anställda har en hög genom-



snittsalder. Förändringen från 1990 har dock i hög grad varit negativ för kommunalt anställda kvinnor.

Utredningen har också låtit SCB samköra Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmiljöstatistik och RFV:s sjukfrånvaroregister. Materialet understryker de starka samband som råder mellan ökad sjukskrivning och ålder och arbetsplatsberoende förhållanden.

Sedan den 1 januari 2000 gäller att arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som påkallas av arbetsförhållandena finns att tillgå. Utredningen konstaterar att företagshälsovårdens insatser under 1990-talet har minskat i omfattning. Det är angeläget att företagshälsovården på ett mer aktivt sätt medverkar i det förebyggande och rehabiliterande arbetet. Utredningens förslag ger företagshälsovården en starkare roll.

Statskontoret har för utredningens räkning vidareutvecklat den tidigare redovisade beskrivningen av sambandet mellan sjukskrivning och förtidspension. Den framtida utvecklingen av antalet sjukfall som varat mer än ett år kan beskrivas utifrån tre olika scenarier. I scenario 1 fortsätter utvecklingen som under de senaste åren, vilket innebär en kraftig ökning av antalet sjukfall på två års sikt. I scenario 2 beskrivs hur åtgärder vidtas för att åstadkomma en stabilisering eller svag minskning under motsvarande tid och i scenario 3 hur åtgärder vidtas för att åstadkomma ett kraftigt trendbrott mot snabbt sjunkande antal. De åtgärder som kan vidtas är ökad rehabilitering och förtidspensionering.

Statskontoret har på utredningens uppdrag även genomfört en studie om sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen. Huvudsyftet med studien är att ge en konkret beskrivning av i vilken utsträckning sjukskrivning orsakas av väntetider i vården. Studien visar på ett icke obetydligt samband mellan vårdsituationen och sjukskrivningar. Det finns därför all anledning att fortsätta att utveckla metoder och samverkan som kan förkorta "onödiga" sjukskrivningar. RFV har på utredningens uppdrag kartlagt och redovisat vilka data som skulle erfordras för en fortlöpande heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaron. Utredningen anser att en förbättrad och samordnad informationsinsamling och redovisning är nödvändig.

I kapitel 4 sammanställer utredningen fakta och erfarenheter från Norge, Finland, Danmark och Nederländerna.

Norge har liksom Sverige en utveckling med ökade sjuktal under 1990-talets andra hälft. En utredning tillsattes där i april 1999 för att utreda orsakerna till ökningen i sjukfrånvaro och förtids-

pension. Den 15 september 2000 lämnades betänkandet Sykefravaer og utforepensjonering – Et inkluderende arbetsliv NOU 2000:27. Bland förslagen kan här nämnas, införandet av egenrisk för den enskilde med 20 procent under sjuklöneperioden dag 1–16 och förslaget att arbetsgivarna skall betala 20 procents sjuklön från dag 17–365.

Finland har inte som Sverige och Norge haft en så dramatisk ökning i sjukfrånvaron de senaste åren. Däremot finns i Finland en oro för att allt färre arbetar fram till 65 års ålder. Genomförda förändringar på senare tid har därför syftat till att höja åldern för utträde ur arbetslivet. I Finland förekommer att arbetsgivaren fortsätter att betala lön vid sjukdom utöver lagen om arbetsavtal. Om så sker betalar Folkpensionsanstalten den försäkrades dagpenning till arbetsgivaren. Finland har en lång tradition med företagshälsovård. Arbetsgivaren är enligt lag skyldig att anordna företagshälsovård och får ersättning av folkpensionsanstalten för detta med 50 procent upp till ett visst maxibelopp.

I Danmark har kommunerna ansvaret för sjukförsäkringen. Arbetsgivarna betalar sjuklön i två veckor. Offentliga arbetsgivare betalar för sina anställda under hela sjukperioden. Sjukpenningen ersätter inkomstbortfallet med 100 procent upp till maximalt 2 846 danska kronor per vecka. I Danmark finns ingen karenssdag.

Nederländerna har under 1990-talet genomfört stora förändringar i sitt sjukförsäkringssystem. Sedan mars 1997 betalar arbetsgivarna sjuklön i 12 månader. Sjuklörens nivå är 70 procent, men i regel får de allra flesta 100 procents ersättning. Någon karenssdag tillämpas i praktiken inte. Arbetsgivarna kan försäkra sig via privata försäkringsbolag.

Gemensamt för Norge, Finland, Danmark och Nederländerna är att sjukersättningen upphör efter ett år. För ersättning därefter krävs en kvalificerad bedömning av arbetsförmågans nedsättning, varaktighet och rehabiliteringspotential. Generellt sett är självrisken för den enskilde i dessa länder lägre än i Sverige.

I kapitel 5 redovisar utredningen hur inkomstbortfallet vid sjukfrånvaro täcks av de försäkrade genom karenssdag och "självrisk" beroende på ersättningsnivå, arbetsgivarna genom sjuklön och sjukförsäkringen vid olika utformning av sjuklöneperioden, konsekvenserna av ett höjt ersättningstak och konsekvenserna av ett förändrat sätt att beräkna underlaget för sjukförsäkringsavgiften.

I kapitel 6 gör utredningen en genomgång av de principer som bör gälla för en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former.

I kapitel 7 och 8 redovisas utredningens överväganden och bedömning av ekonomiska och andra konsekvenser av utredningar förslag.

# 1 Utredningens uppdrag och arbetsformer

## 1.1 Utredningens uppdrag

Utredningen redovisade i augusti 2000 delbetänkandet Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72). Utredningen beskriver där sitt uppdrag på följande sätt:

”Sjukförsäkringen utgör en väsentlig och integrerad del av det svenska välfärdssystemet. Direktiven för denna utredning (bilaga 1) är omfattande och tolkas av utredningen som ett mandat att redovisa och analysera alla de omständigheter som kan förklara den mycket stora uppgång av kostnaderna för sjukförsäkringen som skett under de senaste åren. Den stora kostnadsökningen kan dölja bakomliggande problem med ohälsa och stress i arbets- och privatlivet med åtföljande personligt lidande för den enskilde. Inget samhälle kan sägas fungera väl om sjuktalen och frånvaron från arbetslivet drastiskt ökar.

De ökande kostnaderna innebär också en stor belastning på statens budget och riskerar att hota det nuvarande systemet eller tränga ut andra viktiga välfärdsområden.

Direktiven anger en mycket snäv tidsram för denna studie. I praktiken skall ett utredningsarbete ske under en kortare tid än ett år. Detta gör att en hel del i sig intressanta utredningsområden måste släppas till förmån för en koncentration på några av utredningen valda viktiga områden. Utredningens strategi är att framför allt presentera underlag för och analysera sådan statistik som kan anses ge mest förklaringsvärde. Den s.k. 80/20-regeln gäller också inom detta område. Utredningen har ur det stora statistik- och utredningsmaterial som redan finns valt ut sådant som ger påtagligt och stort utfall. Detta innebär inte att andra företeelser är ointressanta. De kan i sig för individer eller grupper av individer ha större relevans än det material som utredningen valt att presentera.

Sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika sektorer och mellan olika arbetsplatser. Utvecklingen

under senare år har förstärkt dessa skillnader. Utredningen har därför anledning att dra den slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer kan skapa och resultera i olika sjukfrånvaro. Arbetsplatsernas organisation och arbetets uppläggning och anpassning till individerna måste därför sättas i förgrunden. Detta innebär inte att också det omvända gäller. Den enskilde har också ett eget ansvar för sin situation.”

I föreliggande slutbetänkande har utredningen fördjupat framför allt analysen av frågor som rör utformningen av ett autonomt försäkringssystem, internationella erfarenheter samt utvecklat och konsekvensberäknat utredningens slutliga förslag. Utredningen vill understryka att i delbetänkandet redovisades ett antal utvecklingsmöjligheter. Utredningens slutliga förslag återfinns endast i slutbetänkandet.

## 1.2 Arbetsformer

Regeringen beslöt om direktiv för utredningen den 23 juni 1999. Utredaren utsågs den 27 oktober samma år och med ett sekretariat på plats påbörjades det faktiska arbetet i mitten av december 1999. Den 15 augusti 2000 överlämnades delbetänkandet *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter* (SOU 2000:72). Arbetet har bedrivits i nära samarbete med utredningens sakkunniga och experter. Sammanlagt har tolv sammanträden med experter och sakkunniga ägt rum. Därutöver har förekommit täta enskilda kontakter med flertalet experter och sakkunniga.

Utredningen har tagit del av en mängd litteratur, artiklar, utredningar och rapporter på området. Mycket arbete har också ägnats åt att samla in befintlig statistik från olika håll och att sammanställa den på ett enhetligt sätt.

Utredningen har eftersträvat en öppenhet i utredningsarbetet gentemot alla intresserade, inte minst allmänheten. I den andan har utredningen använt en hemsida med adressen "[www.sjukforsakring.gov.se](http://www.sjukforsakring.gov.se)".

Utredaren och sekretariatet har träffat företrädare från myndigheter, sjukhus, företagshälsovård, organisationer och försäkringsbolag. Vid fyra tillfällen har utredningen haft överläggningar med representanter från LO, SAF, Läkarförbundet, Kommunförbundet, TCO och SACO.

Samråd har skett med andra utredningar och arbetsgrupper; Arbetsgruppen för åtgärder på arbetsmiljöområdet, Reformrad

förtidspension m.m., Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, Översyn av läkemedelsförmånen, Nationella folkhälsokommittén, Kommittén Valfärdsbokslut m.fl.

I arbetet med internationella jämförelser har utredningen besökt departementen i Finland, Danmark och Holland. Utredningen har också besökt den norska sjukförsäkringsutredningen som lämnade sitt slutbetänkande i september 2000 samt Europaparlamentet och EU-kommissionen i Bryssel.

För att kunna belysa olika individ- och miljöfaktorers påverkan på hälsa och sjukfrånvaro har utredningen i samarbete med Riksförsäkringsverket (RFV) och Karolinska Institutet låtit genomföra en stor enkätundersökning (24 000 enkäter). Resultatet redovisas i docent Eva Vingårds och ergonomie magister Per Lindbergs rapport "Hälsa, arbetsförhållanden, sjukfrånvaro och sjuknärvaro". Avdelningschefen Inger Marklund, (RFV), och professorerna Gunnar Aronsson, Christer Hogstedt och Staffan Marklund från Arbetslivsinstitutet samt professor Åke Nygren, Karolinska Institutet, har utgjort en referensgrupp i detta arbete.

Utredningen har också låtit Statistiska centralbyrån samköra Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmiljöstatistik och RFV:s sjukfrånvaroregister. Resultatet redovisas i utredaren Alf Anderssons rapport "Arbetsförhållanden och sjukskrivning med ersättning".

Tillsammans med RFV har utredningen genomfört ett seminarium om kvinnors sjukfrånvaro. Syftet med seminariet var bl.a. att samla kompetens om könsbaserade skillnader i sjukfrånvaron.

Försäkringsmannen Gunvall Grip har för utredningens räkning redogjort för *En sjukförsäkring i försäkringsmässiga former*. Grips PM utgör grund för kapitel 6. Docent Kristina Alexandersson har skrivit rapporten *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?*, professor C.G. Sandberg har beskrivit området organisationsmedicin och fil. mag. AnnaKarin Danielsson har sammanställt rapporten "Regionala sjukfallstudier". RFV har haft uppdragen att lämna statistik, belysa högriskskyddet och beskriva behovet av förbättringar på statistikområdet.

Fil. kand. Göran Wikner har medverkat i fördjupad statistikanalys. Statskontoret har anlåtats att för utredningens räkning beskriva sambanden mellan sjukförsäkring och förtidspension samt sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringen.

## 2 Delbetänkandet och utredningens utgångspunkter

### 2.1 Utredningens delbetänkande "Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter" (SOU 2000:72)

Sjukförsäkringsutredningen avlämnade den 16 augusti 2000 delbetänkandet "Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter" (SOU 2000:72). De slutsatser och förslag som presenteras i föreliggande slutbetänkande bygger på tidigare presenterade basfakta och de analyser som gjordes i delbetänkandet och de tillkommande fakta och undersökningar som nu redovisas. En sammanfattning av delbetänkandet återfinns som bilaga 2.

Redan i delbetänkandet konstaterade utredningen att sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika branscher, arbetsgivare och arbetsplatser. Utredningen hade därför anledning att dra den slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer skapar och resulterar i olika sjukfrånvaro. Detta innebär inte att utredningen hävdade att all frånvaro orsakas av förhållanden på arbetsplatsen. Däremot är *skillnader* i sjukfrånvaro påtagliga och arbetsmiljöberoende. I delbetänkandet redovisar också utredningen "Inriktningsmål och utvecklingsmöjligheter". Den diskussion som följt på utredningens delbetänkande visar att inriktningsmålen synes vara väl accepterade och utredningen utgår därför också i detta slutbetänkande från dessa mål. De redovisas med några kompletteringar i kapitel 7.

En av de viktigaste slutsatserna av utredningens analys av nuvarande regelsystem är att ett effektivt fungerande system måste göras mer försäkringsmässigt. I detta slutbetänkande redovisas därför i ett särskilt avsnitt hur ett mer fristående system kan byggas upp.

I delbetänkandet redovisade utredningen avslutningsvis ett antal ytterligare utvecklingsmöjligheter och förändringar i nuvarande system.

Utredningens diskussion om en förlängd sjuklöneperiod mötte ett starkt motstånd framför allt från arbetsmarknadens parter. Trots att utredningen samtidigt föreslog att ett särskilt högkostnadsskydd för mindre företag skulle införas avvisades förslaget också av företrädare för mindre och medelstora företag. Utredningens påpekande att just mindre och medelstora företag var "vinnare" i detta sammanhang accepterades inte. Mindre företag har en väsentligt lägre sjukfrånvaro än både större företag och offentlig sektor och betalar idag via sjukförsäkringsavgiften en högre "premie" än vad som motsvaras av den faktiska frånvaron. En ökad sjuklöneperiod, kombinerad med en sänkt premie skulle med det av utredningen tänkta högkostnadsskyddet innebära att mindre företag skulle få lägre kostnader än med nuvarande system. Detta förhållande skulle gälla också huvuddelen av det privata näringslivet.

Fackliga företrädare ansåg att ett ökat arbetsgivaransvar skulle innebära att personer med hög sjukdomsrisk skulle riskera att utestängas från arbetsmarknaden. Det av utredningen föreslagna förstärkta personliga riskskyddet bedömdes inte, eller tillmättes inte, tillräckligt värde i sammanhanget.

Utredningen anser att de tillkommande undersökningar som presenteras i slutbetänkandet snarast förstärker slutsatsen att ansvaret för att minska sjukfrånvaron bäst hanteras så nära arbetsplatsen som möjligt. Utredningen återkommer i detta slutbetänkande med en fördjupad analys av förslaget om en utökad sjuklöneperiod.

## **2.2 Utgångspunkter för utredningens analys och överväganden**

I detta avsnitt redovisar Sjukförsäkringsutredningen de utgångspunkter som utredningen arbetat med och som utgör grunder för utredningens överväganden och förslag.

### **2.2.1 Sjukförsäkringssystemet – en integrerad del av socialförsäkringarna**

Sjukförsäkringssystemet utgör en integrerad del av de svenska socialförsäkringarna. En för hög sjukfrånvaro jämfört med vad som kan uppnås i ett välfungerande system innebär, förutom onödigt



personligt lidande och höga sjukförsäkringskostnader, framför allt stora produktionsförluster. Denna senare del kommer att bli av allt större betydelse. Brist på arbetskraft kommer att känneteckna arbetsmarknaden under överskådlig tid framöver.

Utredningen vill i sin ansats se sjukförsäkringen som en integrerad del av ett komplext system där konstruktionen och den tekniska utformningen av en modern sjukförsäkringen är en del i ett större sammanhang. Det ligger inte inom ramen för denna utredning att föreslå ändringar i andra samverkande system. Sambanden med t.ex. reglerna i arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringen etc. behöver belysas ytterligare. Utredningen förutsätter dock att i den kommande beredningen av sjukförsäkringen också andra angränsande system ses över.

### 2.2.2 Sjukfrånvaro och sjukdom

Utredningen vill inledningsvis understryka att sjukfrånvaro och sjukdom inte är synonyma begrepp. Givetvis finns en "grundfrånvaro", som kan sägas vara ofrånkomlig. Vi bär med oss genetiska anlag, vi utsätts för förkylning och olyckor inträffar. Denna frånvaro utgör förmodligen en större del av orsakerna till sjukfrånvaron. Om enbart denna "grundfrånvaro" skulle vara orsak till frånvaro från arbete skulle sjukfrånvaron inte variera särskilt mycket mellan olika arbetsplatser, branscher och delar av landet.

Det är dock sedan länge känt att frånvaron varierar kraftigt och utredningens analys visar också på skillnader som inte kan förklaras på annat sätt än att förhållandena på olika arbetsplatser varierar. *En* sjukdom kan för *en* individ innebära ett totalt hinder för arbete medan samtidigt en annan individ med andra förutsättningar mycket väl kan fortsätta sitt arbete. Arbetsplatsens förmåga till anpassning kan variera. Hinder kan undanröjas, acceptansen för lägre prestationer under en sjukdomsperiod kan variera, arbetskamraternas och arbetsledningens inställning är olika på olika arbetsplatser, etc. Det är summan av alla dessa förutsättningar som till sist avgör sjukfrånvarons omfattning.

Det är mot den bakgrunden som denna utredning starkt betonar arbetsplatsens roll för utvecklingen av sjukfrånvaron. Detta betyder inte, som många gånger felaktigt hävdats i debatten, att utredningen anser att arbetsplatsen ensam orsakar sjukdom. Däre-

mot är arbetsplatsens förmåga att attrahera och motivera individen till närvaro och till rehabilitering avgörande.

### 2.2.3 Förebyggande insatser för folkhälsa kombineras med insatser på arbetsplatsen

Förebyggande insatser påverkar naturligtvis på lång sikt den totala sjukfrånvaron. Enligt Nationella Folkhälsokommittén<sup>1</sup> har den grundläggande folkhälsan kontinuerligt förbättrats. Mot den bakgrunden förstärks utredningens uppfattning att den ökande sjukfrånvaron i hög grad har att göra med förändringar av arbetsmiljön och den enskildes attityder och värderingar.

Sambandet med livsstil, levnadsvillkor, sociala och ekonomiska villkor är i övrigt tydliga. Rökning, alkohol- och drogmissbruk samt övervikt har dokumenterat negativa konsekvenser för individens hälsa. Rätt kost och motion bidrar däremot positivt till den enskildes hälsa.

Nationella Folkhälsokommittén har föreslagit 18 hälsopolitiska mål. Kommitténs mål om en *god arbetsmiljö* handlar om en anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet och minskat övertidsarbete. Vidare framför kommittén vikten av *ökad fysisk rörelse*. Kroppen är beroende av fysisk aktivitet för att må bra. I dagens samhälle rör vi oss för lite. Det ökande stillasittandet är ett hot mot hälsan på sikt. En halvtimmes måttlig fysisk aktivitet per dag är tillräckligt för att minska risken för många sjukdomar. Kommittén framhåller också vikten av *goda matvanor*. Tobak är den enskilt största hälsorisken i Sverige. Insatser bör därför göras för att kraftigt *minska rökningen*. Skadligt *alkoholbruk bör minska*. Alkoholen utgör en tung faktor bakom sjukhusvård och förtidspensioneringar. Kommittén förordar en mer *hälsoinriktad hälso- och sjukvård*. Förebyggande insatser skall vara en självklar del i all behandling.

Utredningen utgår från att upplysning och information i frågor som rör folkhälsan utgör ett vitalt samhällsintresse som dock hanteras i ett annat sammanhang. Det finns all anledning för arbetsgivare både inom privat och inom offentlig sektor att göra kontinuerliga, egna insatser inom det förebyggande området för att minska sjukfrånvaron. Sådana insatser är i stor utsträckning direkt

---

<sup>1</sup> Hälsa på lika villkor (SOU 2000:91).

lönsamma. Utredningen anser också att förebyggande insatser ingår i sjukförsäkringens ansvarsområde.

#### 2.2.4 Sysselsättningsmålen

En av de stora frågorna inför framtiden är hur en minskande andel av befolkningen i arbetsför ålder genom produktivt arbete skall kunna försörja en ökande andel av framför allt äldre. Regeringens mål för sysselsättningen är att 80 procent av den arbetsföra befolkningen skall vara i arbete 2004. För närvarande (hösten 2000) är sysselsättningsgraden 77,5 procent. Nuvarande höga sjuktalet utgör ett allvarligt hinder för att uppsatta sysselsättningsmål skall kunna uppnås.

Regeringen förbereder vidare förslag som innebär att det skall vara möjligt för den enskilde att arbeta fram till 67 års ålder. De höga sjuktalet för både män och kvinnor över 50 år, inklusive förtidspensioner, innebär snarare att än färre kommer att arbeta fram till pensionsåldern. Under kommande 10-årsperiod kommer Sverige - liksom hela EU - att ha en brist på arbetskraft i produktiv ålder. Enbart primärkommunerna bedöms fram till 2010 ha ett rekryteringsbehov som uppgår till 500 000 personer. En sådan volym av nyrekrytering förutsätter att åtgärder vidtas som minskar de nuvarande höga sjuktalet bland bl.a. äldre, anställda kvinnor.

Ett sjukförsäkringssystem som stimulerar enskilda och arbetsgivare till förebyggande insatser och rehabilitering är mot denna bakgrund en av nyckelfaktorerna för framgång. Systemets utformning är av stor vikt för att målen för ökad sysselsättning uppnås. Utredningen vill också understryka att arbetsplatser, arbetsuppgifter, organisation, ansvar och krav måste förändras om också den äldre delen av arbetskraften skall orka hela yrkeslivet ut. Sjukförsäkringen måste utformas så att försäkringen ger incitament till de arbetsgivare som vidtar sådana insatser som kan förlänga den reella "arbetsföra perioden" för sina anställda.

#### 2.2.5 Utvecklingen inom EU

Inom EU arbetar man med en samordnad strategi för att modernisera den sociala tryggheten. Fyra övergripande mål finns uppsatta, fyra "pelare". Arbetet skall medverka till att; göra de sociala trygghetssystemen mer sysselsättningsfrämjande (arbete skall ge

en säker inkomst), göra pensionerna säkra och pensionssystemen hållbara, främja social integration och garantera en hållbar hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Det finns enligt EU:s utskott för sysselsättning och socialfrågor behov av att se över pensions- samt hälso- och sjukvårdssystemen i relation till den åldrande befolkningen och säkra behovet av framtida arbetskraft. Medlemsländerna bör sträva efter att anpassa skatte- och bidragssystemen för att främja anställbarhet och nya jobb. Ökad sysselsättning är en viktig förutsättning för att öka välfärden och ett ökat antal sysselsatta är avgörande för att säkerställa de sociala trygghetssystemens ekonomiska hållbarhet inte minst med tanke på att allt fler lever allt längre.

Någon fullständig harmonisering av de olika ländernas sociala system är inte att vänta. Medlemsländernas olika utvecklingsnivå och traditioner på området för social trygghet medger inte det. En harmonisering skulle ställa alltför höga krav på svagare medlemsstater samtidigt som socialt mer utvecklade stater skulle kunna komma att skära ned i de sociala trygghetssystemen av konkurrensskäl.<sup>2</sup>

Utskottet för kvinnors rättigheter och jämställdhetsfrågor inom EU har framfört att de förväntar sig att det kommer att behövas en reform av de olika medlemsländernas sjukförsäkringssystem så att det skapas en ordning som är hållbar på lång sikt. Alla människor skall ha rätt till ett hälsoskydd av hög kvalitet utan hänsyn till den enskilde personens ekonomiska situation. Utskottet anser att en könsspecifik översikt över yrkesbetingade sjukdomsfall inom EU borde tas fram.

#### 2.2.6 En allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former

Utredningen har under sitt arbete kommit till den bestämda slutsatsen att en stabil allmän sjukförsäkring inte kan utformas inom nuvarande ramar. I kapitel 6 redovisar utredningen en genomgång av förutsättningarna för en renodlad försäkringslösning. Utredningen utgår från direktivens förutsättning att "Sjukförsäkringen fortsatt skall vara ett generellt, offentligt försäkringssystem". Den flexibilitet som krävs för att insatser vid varje tid skall kunna genomföras optimalt kan inte uppnås inom ramen för det system

---

<sup>2</sup> Europaparlamentet, Betänkande – En samordnad strategi för att modernisera social trygghet, februari 2000.

som för närvarande ligger inom statsbudgetens ram. Utgifterna är inte kopplade till avgifterna och kan inte heller användas på ett flexibelt och situationsanpassat sätt. Ett försäkringsbolag skulle mycket tidigare på rent affärsmässiga grunder ha agerat genom investeringar i förebyggande och rehabiliterande verksamhet. Sådana investeringar skulle med stor sannolikhet ha bidragit till att sänka sjuktalen.

Nuvarande ordning innefattar uppenbara systemfel. Under innevarande höst redovisade landets försäkringskassor att rehabiliteringsmedlen var slut. Samtidigt växte kön av personer som behöver rehabilitering. En kostsam förlängning av sjukskrivningsperioden blir följden – en förlängning som kostar väsentligt mer än de rehabiliteringsinsatser som kunnat göras.

## 3 Kompletterande analys och basfakta

### 3.1 Inledning

Utredningen redovisade i sitt delbetänkande<sup>1</sup> ett utförligt statistiskt material avseende sjukfrånvarons utveckling. I detta kapitel redovisas inledningsvis vissa kompletterande data och analyser.

Befolkningsutvecklingen fram till 2015 och dess påverkan på sjukfrånvaron diskuteras, långtidssjukskrivna i slutet av 1980-talet jämförs med långtidssjukskrivna 1999, regionala skillnader kommenteras liksom kvinnors sjukfrånvaro som både är högre och ökar snabbare än männens. Vidare redogör utredningen för iakttagelser av sjukskrivning som behandling och exempel på utbildning i försäkringsmedicin.

Eftersom befintlig sjukfrånvarostatistik saknar uppgifter som kan belysa olika individ- och miljöfaktorers inverkan på hälsa och sjukfrånvaro har utredningen låtit genomföra en omfattande undersökning av hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro. Utredningen har också låtit samköra Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmiljöstatistik och Riksförsäkringsverkets (RFV) sjukfrånvaroregister. Resultaten av dessa studier sammanfattas här och redovisas i sin helhet som bilagor.

Företagshälsovårdens förändring under 1990-talet redovisas, liksom dess situation idag. Utredningen har också i detta kapitel sammanfattat det betänkande (SOU 2000:78) som Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen lämnat.

Statskontoret har för utredningens räkning studerat sambanden mellan sjukpenning och förtidspension och analyserat omfattningen av sjukskrivning i väntan på vård. Slutligen berör utredningen frågor om behovet av statistik för uppföljning av sjukfrånvaron och utnyttjandet av befintliga högriskskydd.

---

<sup>1</sup> Sjukförsäkringen - Basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72).

## **3.2 Kompletterande statistik**

### **3.2.1 Befolkningsutveckling och sjukfrånvaro. Konsekvenser för kostnader och sysselsättning**

Utredningen har tidigare konstaterat att det finns ett starkt samband mellan ålder och sjukfrånvaro. Förändringar av befolkningens åldersstruktur får därför stora konsekvenser för utvecklingen av sjukfrånvaron. Utredningen vill också understryka sjukfrånvarons betydelse för möjligheterna att nå uppsatta sysselsättningsmål.

Mot bakgrund av ovanstående vill utredningen översiktligt redovisa hur de prognostiserade förändringarna av åldersstrukturen de närmaste femton åren i kombination med olika antagen om sjukfrånvarons utveckling påverkar sjukfrånvaro, sjukförsäkringskostnader och sysselsättning.

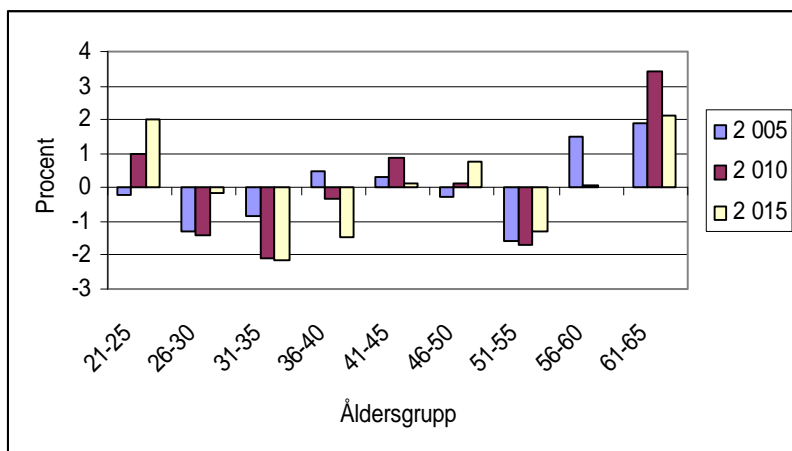
### **3.2.2 Befolkningsutveckling och sjukfrånvaro. Konsekvenser för kostnader och sysselsättning**

Utredningen har tidigare konstaterat att det finns ett starkt samband mellan ålder och sjukfrånvaro. Förändringar av befolkningens åldersstruktur får därför stora konsekvenser för utvecklingen av sjukfrånvaron. Utredningen har beräknat sjukfrånvarons effekter på sysselsättningsgraden. En fortsatt hög sjukfrånvaro gör det mycket svårt att nå uppsatta sysselsättningsmål.

I det följande redovisar utredningen översiktligt hur de prognostiserade förändringarna av åldersstrukturen de närmaste femton åren i kombination med olika antaganden om sjukfrånvarons utveckling påverkar sjukfrånvaro, sjukförsäkringskostnader och sysselsättning.

## Förändring av åldersfördelningen 2005–2015

Diagram 1. Förändring av åldersfördelningen 2005–2015 jämfört med 2000 för män och kvinnor. Åldersgrupper 21–65 år.



Källa: Bearbetning av SCB:s befolkningsprognos.

Andelen av befolkningen i åldersgruppen 26–35 år blir under hela perioden fram till 2015 lägre jämfört med år 2000. År 2015 blir dessutom andelen i åldersgruppen 36–45 år lägre än idag. Också åldersgruppen 51–55 år får en lägre andel under perioden. Andelen äldre i arbetskraften (61–65 år) kommer däremot att växa under hela perioden. Eftersom allt fler i denna grupp inte orkar fortsätta sitt arbete och blir långtidssjukskrivna eller väljer olika former av pension kommer sysselsättningsgraden att sjunka om inte kraftfulla åtgärder vidtas så att också denna grupp kan och vill fortsätta att arbeta.

Eftersom sjuktalen ökar med ålder, innebär den förändrade åldersstrukturen att sjuktalen i genomsnitt kommer att öka. Den äldsta åldersgruppen har dock låg förvärvsintensitet idag och utvecklingen mot ökande sjuktal motverkas också av att andelen i befolkningen som är i åldersgruppen 51–55 år minskar. Denna åldersgrupp har både relativt höga sjuktal och hög förvärvsintensitet.

Med oförändrad sysselsättningsintensitet och förvärvsfrekvens inom varje åldersgrupp fram till 2015 leder förändringarna i befolkningsstrukturen, med oförändrade sjuktal, till att antalet sjukdagar ökar marginellt med 6 000–7 000 dagar fram till 2010. Därefter faller antalet något men förblir något högre än idag. Förändringar i



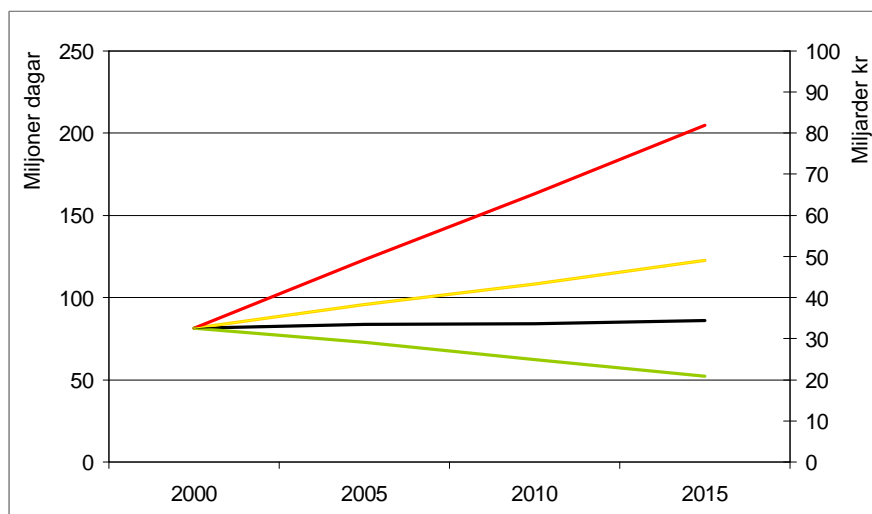
befolkningsstrukturen har således måttliga effekter på utvecklingen av sjuktagen.

### **Sjukfrånvarons utveckling 2000–2015 – några alternativ**

Förutsättningen att de relativa sjuktagen är oförändrade är inte självklar. Idag är kvinnor i genomsnitt sjukskrivna cirka 20 dagar per år och män cirka 12 dagar per år. I det följande redovisas några kalkyler, där det genomsnittliga antalet sjukdagar förändras från idag enligt följande:

- *Nuvarande trend* innebär att antalet sjukdagar antas öka med tre dagar per femårsperiod för män och med fem dagar per femårsperiod för kvinnor.
- *Oförändrade sjuktag* innebär att sjuktagen för respektive åldersgrupp inte förändras under åren 2005–2015 från dagens nivåer.
- *Halverad ökningstakt* innebär att sjuktagen ökar med två dagar per femårsperiod för män. För kvinnor upp till 40 år ökar antalet sjukdagar med två dagar per femårsperiod och för kvinnor över 40 år är ökningen tre dagar per femårsperiod.
- *Minskade sjuktag*, innebär att sjuktagen antas minska med en dag per femårsperiod för män och kvinnor upp till 40 år. För kvinnor över 40 år antas sjuktaget minska med fem dagar per femårsperiod.

Diagram 2. Utvecklingen av antalet sjukdagar och sjukpenningutgifter 2000–2015 vid olika antaganden om utvecklingen.



Källa: Bearbetningar med utgångspunkt från SCB:s befolkningsprognos och RFV:s sjukfrånvarostatistik.

Om sjuktalen fortsätter att utvecklas som under de senaste åren, kommer sjukfrånvaron att fördubblas fram till 2010. Med en något måttligare utveckling (halverad ökningstakt) kommer sjukfrånvaron att öka med 30–40 procent fram till 2010 och med cirka 50 procent fram till 2015. Om utvecklingen av sjuktalen minskar genom olika åtgärder kommer sjukfrånvaron självfallet att minska.

Omräknat till kostnader för sjukpenning och med antagandet att den genomsnittliga sjukpenningen inte ökar med åren, blir skillnaden mellan de fyra alternativen stor. Men *nuvarande trend* blir kostnaderna under 2015 för sjukpenningen över 80 miljarder kronor. År 2005 har kostnaderna ökat med mer än 15 miljarder kronor. Om man utgår från att sjukförsäkringen skall finansieras med sjukförsäkringsavgiften i arbetsgivaravgifterna, innebär det att avgiften (vid oförändrad kostnad för förtidspension) skulle behöva höjas med mer än 20 procent redan 2005, utöver den höjning som skulle behövas för att finansiera dagens nivå på sjukförsäkringskostnaderna. I det mer positiva scenariot blir kostnaderna 2015 cirka 20 miljarder och minskar med fyra miljarder redan till 2005.

I kalkylerna har ingen hänsyn tagits till realinkomstökningar. I delbetänkandet redovisades att den genomsnittliga ersättningsnivån stigit snabbt de senaste åren. Tillsammans med en realinkomstökning innebär det att kostnaderna i själva verket kommer att öka mer än vad tabellen visar.

### Sjukfrånvaro, arbetskraft och sysselsättning

Ett alternativt sätt att illustrera kostnaden för sjukskrivningarna är att se hur sjukfrånvaron påverkar arbetskraftens faktiska storlek. I nedanstående tabell redovisas sjukfrånvaron mätt som antal årsarbetare i relation till antalet sysselsatta.

*Tabell 1.* Andelen sjukskrivna i procent av antalet sysselsatta i åldersgrupperna 21–65 år.

	2000	2005	2010	2015
Nuvarande trend	4,4	6,6	8,8	11,0
Oförändrade sjuktal	4,4	4,5	4,5	4,4
Halverad ökningstakt	4,4	5,1	5,9	6,7
Minskade sjuktal	4,4	3,8	3,2	2,7

Andelen sjukskrivna, mätt i årsarbetare, kommer om nuvarande trend fortsätter att fördubblas fram till 2010 och ytterliga drastiskt öka fram till år 2015. En sådan utveckling kommer att minska den ekonomiska tillväxten och kraftigt förstärka den arbetskraftsbrist som nu förutses.

I Långtidsutredningen 1999/2000,<sup>2</sup> redovisas hur arbetskraftsutbudet förändras fram till 2015 med olika antaganden om arbetskraftsdeltagandet. Om sjuktalen fortsätter att öka i samma eller lägre takt som under de senaste åren, behöver arbetskraftsdeltagandet i befolkningen öka väsentligt mer än vad kalkylerna i långtidsutredningen utgår från.

Utredningen konstaterar att redan nuvarande nivå och i än högre grad en fortsatt negativ utveckling av sjukfrånvaron allvarligt försämrar förutsättningarna för den ekonomiska tillväxten i Sverige.

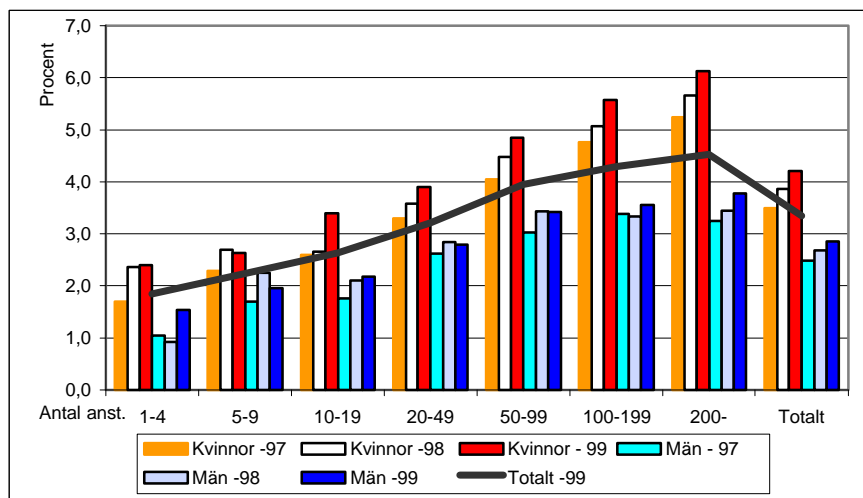
<sup>2</sup> Bilaga 1 till Långtidsutredningen 1999/2000, tabell 3.8, sid 48.

### 3.2.3 Sjukfrånvarons utveckling i företag av olika storlek, i olika branscher och inom olika sektorer

#### Sjukfrånvaron i företag av olika storlek

Sjukfrånvaron ökar tydligt med företagets storlek. För samtliga storleksgrupper är sjuktalen högre under 1999 än 1997. Skillnaden mellan dessa år är liten för män, men något större för kvinnor. De statistiska uppgifterna har hämtats från SCB:s kortperiodiska sysselsättningsstatistik, som bygger på kvartalsvisa uppgifter från ett urval av arbetsgivare.

*Diagram 3.* Sjukfrånvaro för kvinnor och män anställda på arbetsplatser av olika storlek inom enskild sektor. Procent av anställda.



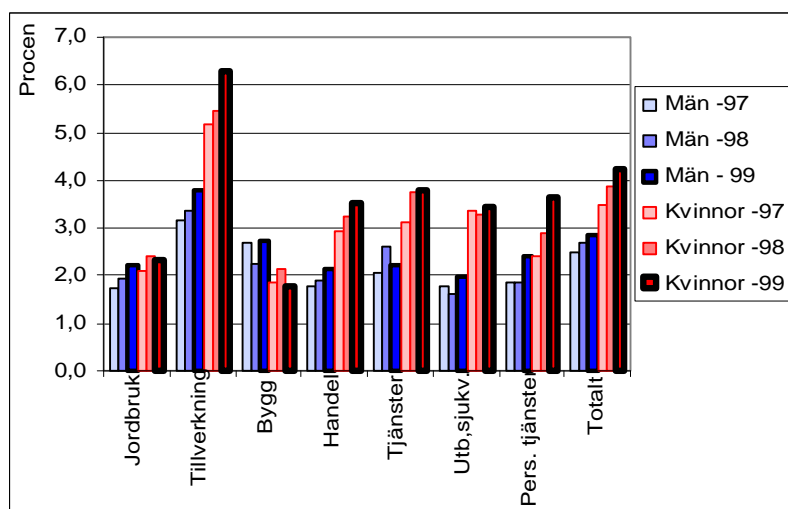
*Källa:* Bearbetning av SCB:s kortperiodiska sysselsättningsstatistik.

I diagrammet redovisas sjuktalen för åren, 1997, 1998 och 1999. Mellan dessa år ökade sjuktalen markant, framför allt bland kvinnor. Diagrammet visar att ökningen av sjuktalen synes ha skett i stort sett lika i alla företag oavsett storlek.

Det föreligger ett tydligt samband mellan sjukfrånvaro och arbetsplatsens storlek. Förklaringen kan vara att de anställda har betydligt större personligt engagemang i de små än i de stora företagen. Sambandet mellan närvaro, produktion och anställningstrygghet kan också vara tydligare för den anställda i ett litet än i ett stort företag.

## Sjukfrånvaron i olika branscher inom den privata sektorn

Diagram 4. Sjukfrånvaro i olika branscher 1997–1999. Procent av anställda.



Källa: Bearbetning av SCB:s kortperiodiska sysselsättningsstatistik

Sjukfrånvaron inom tillverkningsindustrin är markant högre än inom andra branscher. De industrianställda mäns sjuktal är 33 procent högre än genomsnittet för privatanställda män och kvinnornas sjuktal hela 50 procent över genomsnittet.

Under perioden 1997–1999 har kvinnornas genomsnittliga sjuktal ökat med 21 procent och mäns med 15 procent.

## Sjukfrånvaron inom olika sektorer

I sjukförsäkringsutredningens delbetänkande redovisades att sjukfrånvaron varierar starkt med åldern. Det konstaterades också att sjukfrekvensen är olika inom olika sektorer (kommunal, statlig och enskild). Utredningen har nu mera ingående analyserat åldersfördelningen bland de anställda inom respektive sektor och redovisar nedan de ytterligare kommentarer som kan göras beträffande skillnaderna i utveckling mellan olika sektorer.

*Tabell 2a.* Genomsnittsåldern för män och kvinnor anställda i statlig, kommunal respektive enskild tjänst 1999.

	Statligt	Kommunalt	Enskilt
Män	44,2	43,7	39,5
Kvinnor	44,0	43,5	38,3

*Tabell 2b.* Genomsnittsåldern för män och kvinnor anställda i statlig, kommunal respektive enskild tjänst 1995.

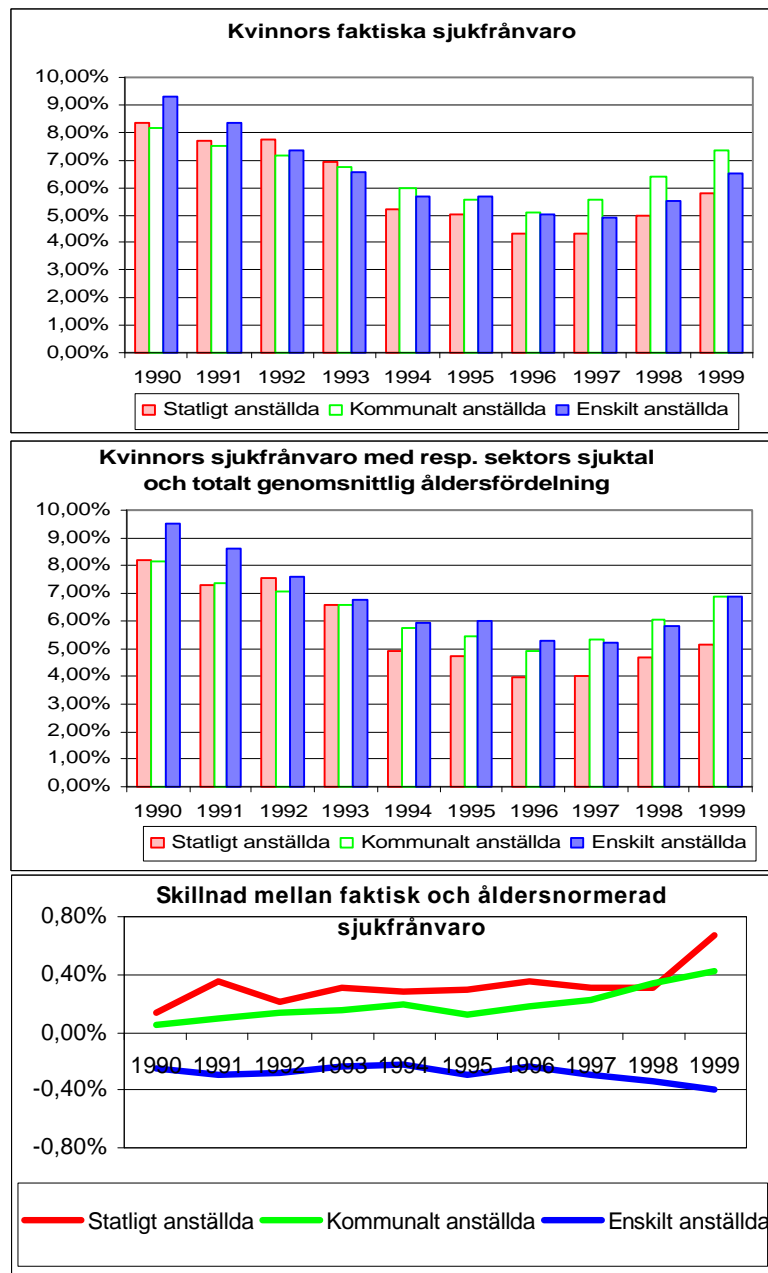
	Statligt	Kommunalt	Enskilt
Män	42,2	41,9	38,2
Kvinnor	42,2	41,3	37,1

*Källa:* Bearbetning av material från SCB: arbetskraftsundersökningar.

En anställd i enskild tjänst var 1999 i genomsnitt närmare fem år yngre än anställda i statlig eller kommunal tjänst. Skillnaden var större för kvinnor än för män. Genomsnittsåldern har ökat med cirka två år mellan 1995 och 1999 för de anställda i statlig eller kommunal tjänst. Medelåldern för de enskilt anställda ökade med cirka ett år under samma tid.

Skillnaden i de anställdas ålder gör att den genomsnittliga sjukfrekvensen blir olika mellan sektorerna. För att utjämna inverkan av respektive sektors åldersfördelning på de totala sjuktalen har utredningen beräknat hur sjuktalen skulle ha utvecklats om alla sektorer haft samma åldersfördelning. Resultaten redovisas i följande diagram.

**Diagram 5.** Kvinnors faktiska och åldersnormerade sjukfrånvaro inom olika sektorer 1990–1999.

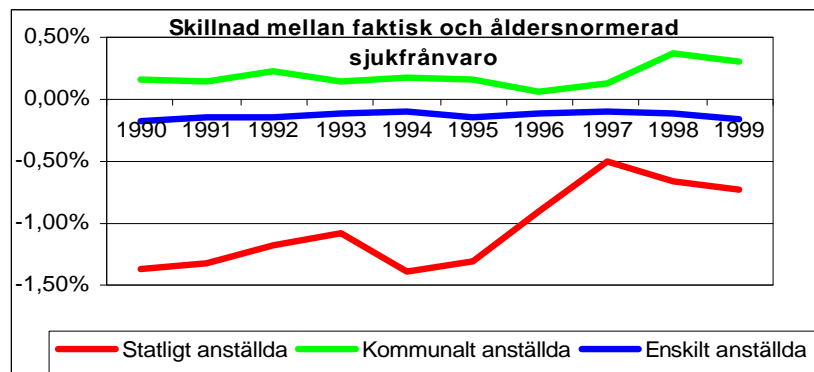
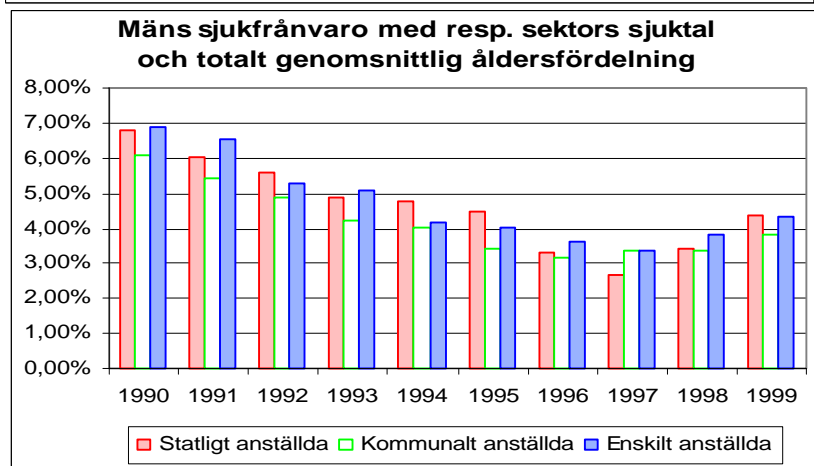
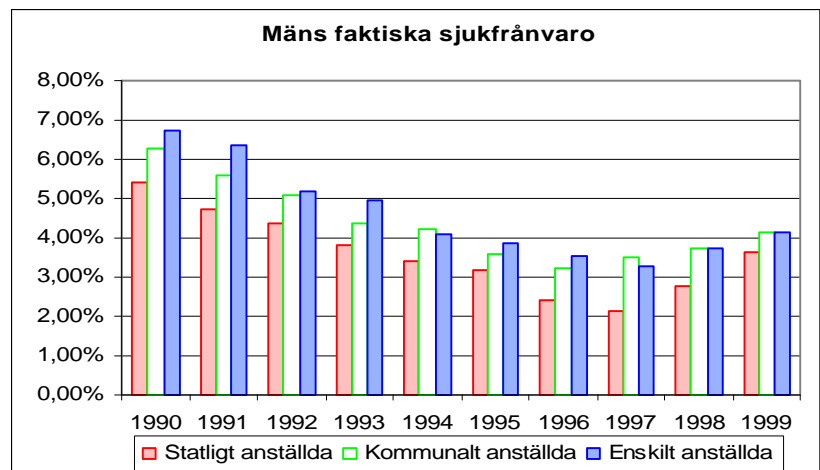


*Källa:* Bearbetning av material från SCB: arbetskraftsundersökningar.

År 1990 var den åldersnormerade sjukfrånvaron för kvinnor i den enskilda sektorn betydligt högre än inom den kommunala. År 1999 hade skillnaderna i stort försvunnit. De kommunalt anställda kvinnornas åldersstruktur har förskjutits sedan 1990. Detta år var medelåldern hos kommunalt anställda kvinnor 40 år mot 37 år för enskilt anställda. Medelåldern 1999 var 43 respektive 38 år. Förändringarna i åldersstrukturen förklarar dock endast till en del den stora relativa försämringen av sjuktalen för kommunalt anställda kvinnor under 1990-talet. Skillnaden mellan den faktiska sjukfrånvaron och den åldersnormerade har successivt ökat under perioden. För enskilt anställda kvinnor är utvecklingen den motsatta. De faktiska sjuktalen har successivt förbättrats i jämförelse med de åldersnormerade. Den främsta förklaringen till utvecklingen inom den kommunala sektorn torde vara att framför allt de äldre kvinnornas sjuktal relativt sett försämrats under perioden, vilket i sin tur ökat åldersfördelningens påverkan på totalsiffrorna.



**Diagram 6.** Mäns faktiska och åldersnormerade sjukfrånvaro inom olika sektorer 1990–1999.



Källa: Bearbetning av material från SCB: arbetskraftsundersökningar.

För männen har skillnaderna i sjukfrånvaro mellan olika sektorer i stort sett utjämnats under perioden. Den mest påtagliga förändringen är att statligt anställda mäns sjuktal relativt sett starkt försämrats under perioden. Sjuktalet bland statligt anställda män är dock fortfarande väsentligt lägre än vad som skulle motiveras av den faktiska åldersfördelningen. Män inom kommuner och lands-ting har under hela perioden högre sjuktal än vad som motsvarar den faktiska åldersfördelningen. Den privata sektorns män har något lägre sjuktal än vad åldersfördelningen motiverar.

### 3.3 Långtidssjukskrivna i slutet av 1980-talet och 1999 – en jämförelse

Riksförsäkringsverket har i rapporten *Långtidssjukskrivna – bakgrund, diagnos och återgång i arbete* jämfört långtidssjukskrivna i slutet av 1980-talet och långtidssjukskrivna 1999. Rapporten presenteras i sin helhet i bilaga 3.

Mellan december 1992<sup>3</sup> och december 1999 ökade antalet långtidssjukskrivna med 21 000 sjukfall från 154 000 till 175 000. Det var emellertid bara antalet sjukfall bland kvinnorna som hade ökat, från 84 000 till 109 000. Antalet sjukfall bland männen hade däremot minskat från 70 000 till 66 000. Antalet långtidssjukskrivna kvinnor ökade således med 25 000 personer mellan 1992 och 1999, medan antalet långtidssjukskrivna män minskade med 4 000 personer under samma tid.

Andelen kvinnor bland de långtidssjukskrivna ökade från 58 till 63 procent mellan slutet av 1980-talet och 1999. Det betyder att kvinnorna nu utgör nästan två tredjedelar av alla långtidssjukskrivna.

Andelen äldre, det vill säga personer som var 55 år och äldre, ökade från 22 till 27 procent bland de långtidssjukskrivna mellan slutet av 1980-talet och 1999. Det fanns 1999 en större andel män än kvinnor bland dem som var äldre, 29 jämfört med 26 procent.

Långtidssjukskrivna 1999 utgörs i högre utsträckning av personer som inte tidigare varit sjukskrivna under någon längre tid. De psykiska diagnoserna har ökat bland kvinnorna. Diagnosen utbrändhet fanns inte i början av 1990-talet men omfattade 1999,

---

<sup>3</sup> Orsaken till att 1992 används som jämförelseår är för att få samma mått vid jämförelsen. Före 1992 mättes nämligen sjukfallens längd i antal ersatta dagar, och efter 1992 i antal kalenderdagar.

2 procent av kvinnorna och 1 procent av männen. Sjukdomar i rörelseorganen har visserligen minskat sin andel men svarar fortfarande för hela 37 procent av samtliga diagnoser. Andelen personer som friskskrivs inom ett år har minskat kraftigt och andelen som fortfarande är sjukskrivna efter ett år har följaktligen ökat. Få personer fick förtidspension inom ett år i slutet av 1980-talet och så är fallet även 1999.

### 3.4 Regionala skillnader

#### 3.4.1 De regionala skillnaderna i sjukfrånvaron

Utredningen har kompletterat den analys av de regionala skillnaderna i sjukfrånvaron som gjordes i delbetänkandet och kan konstatera att de stora skillnaderna kvarstår efter att hänsyn tagits till köns- och åldersskillnader samt olika regionala näringslivsstrukturer. Utredningen vill därför upprepa sina slutsatser från delbetänkandet.

”Utredningen finner de stora regionala skillnaderna i utvecklingen av sjukfrånvaron både anmärkningsvärda och svårförklarliga. En förklaring kan vara att tradition och inställning till sjukskrivningar som ett försörjningsmedel bland både medborgare, läkare och försäkringskassor varierar över landet. Sjukskrivningarna är höga i framför allt skogs- och Norrlandslänen, där arbetslösheten är, och har varit, hög under lång tid. Sjukskrivning kan ha blivit ett icke avsett komplement till arbetsmarknads-, socialpolitiska och regionalpolitiska stöd. Detta skulle i så fall innebära att tillämpningen av sjukförsäkringen inte sker lika över landet.”

#### 3.4.2 Regionala sjukfallsstudier

Eftersom befintlig sjukfrånvarostatistik saknar uppgifter som diagnos, anställningsförhållanden och ”sjukskrivande” läkare m.m. har utredningen sammanställt ett 50-tal regionala sjukfallstudier gjorda av försäkringskassor i 15 län. Fil. mag. AnnaKarin Danielsson har för utredningens räkning bearbetat och analyserat materialet. Danielssons rapport ”Regionala sjukfallstudier” återfinns i sin helhet i bilaga 6.

Utredningen konstaterar att de regionala studierna bekräftar nationella iakttagelser beträffande kön, ålder och anställnings-

förhållanden. Sammanfattningsvis bekräftar sammanställningen att antalet sjukfall i länen har ökat under de senaste åren. Mest markant är ökningen bland kvinnorna, som även står för en klar majoritet av sjukfallen. De sjukskrivna kvinnornas andel uppgår till 60 procent, medan männen svarar för 40 procent av sjukskrivningarna. Majoriteten av sjukfallen runt om i länen avser personer som är i åldrarna 50–59 år.

Den vanligaste diagnosen är *problem i rörelseorganen*, men den *psykiska ohälsan* ökar i samtliga undersökta län. Från några län konstateras att hjärt- och kärlsjukdomar och skador/olycksfall är typiskt manliga diagnoser, medan psykiska besvär och reumatism/ledsjukdomar har en kvinnlig övervikt.

Specialstudier av sjukskrivningar relaterade till stress och utbrändhet visar att andelen sjukskrivna för dylika besvär ökar. Kvinnorna är överrepresenterade och majoriteten är i åldrarna 40–59 år. Diagnoserna är vanliga bland tjänstemän och högre tjänstemän, men även bland anställda i offentlig sektor, såsom kommunens barn- och ungdomsomsorg.

Arbetare, med ingen eller kort yrkesutbildning, utgör den största gruppen bland de sjukskrivna. Yrkesgrupper som framhålls som speciellt drabbade är för kvinnorna: vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, lokalvårdare och kontorsarbetare samt för männen: metallarbetare, verkstadsarbetare, chaufförer samt ospecificerade tjänstemän på mellannivå. Kommunen med äldreomsorg, barnomsorg och skola framstår som den dominerande arbetsgivaren, vad avser de sjukskrivnas arbetsförhållanden.

De sjukskrivna arbetslösa är överrepresenterade i samtliga län i förhållande till den totala andelen arbetslösa. I många län utgör de arbetslösa nära en fjärdedel av sjukfallen. Studier uppmärksammar att sjukfallstiden tenderar att bli längre för de arbetslösa och att arbetslösa sjukskrivna är betydligt yngre än sjukskrivna med arbete. De sjukskrivna arbetslösa har en klar överrepresentation när det gäller diagnosen psykisk ohälsa.

Primärvården eller sjukhusen står för en majoritet av sjukskrivningarna. Studier pekar på att kvinnor oftare har läkarintyg från primärvården och männen istället från sjukhusen samt att sjukhusläkare "sjukskriver" längre tid än övriga och att det följaktligen är vanligare att kvinnor sjukskrivs kortare tid än män.

Heltidssjukskrivningarna dominerar i samtliga undersökta län. Andelen sjukskrivna på heltid varierar mellan 70 och 80 procent. Kvinnor sjukskrivs på deltid i större utsträckning än män.

Företagshälsovården använder sig i större utsträckning än andra vårdinstanser av partiell sjukskrivning. Företagshälsovården är oftare den sjukskrivande instansen vid sjukfall relaterade till stress/utbrändhet och denna diagnos leder i större utsträckning till deltidssjukskrivningar och kortare sjukskrivningstider än övriga diagnoser.

Medicinsk behandling framträder som den klart dominerande rehabiliteringsåtgärden i länen. Dock påpekas från flera håll att en stor andel av läkarintygen saknar uppgifter om rehabiliteringsbehov och det är följaktligen svårt att utifrån ett begränsat material dra några långtgående slutsatser.

När det gäller sjukfallsstudiernas utformning framhålls det önskvärda att i framtida studier eftersträva större enhetlighet. De brister som är särskilt påtagliga idag är avsaknaden av definitioner, de varierande undersökningsperioderna, olika undersökningsområden, icke angivna urval, knapphändiga uppgifter om åtgärder samt varierande undersökningsvariabler.

### 3.5 Kvinnors sjukfrånvaro

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män och sjukfrånvaron ökar snabbare för kvinnor. Flera deskriptiva studier visar detta, däremot finns det ytterst få vetenskapliga studier om orsaker till detta, och ännu färre om möjligheter att påverka dessa förhållanden. Docent Kristina Alexanderson har för utredningens räkning skrivit rapporten *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?* Rapporten presenteras i sin helhet i bilaga 5. I detta avsnitt återges en sammanfattning av Alexandersons iakttagelser och slutsatser.

Möjliga orsaker till kvinnors högre sjukfrånvaro är att kvinnor är sjukare än män, att kunskapen inom medicin är mindre vad gäller diagnostisering, behandling, rehabilitering respektive prevention av kvinnors besvär, att kvinnor oftare har arbeten som är ergonomiskt och/eller psykosocialt krävande. Andra aspekter är att kvinnor och män eventuellt behandlas olika när de får besvär, inom sjukvården, försäkringen och på arbetsplatser, så att detta leder till högre sjukskrivning för kvinnor.

En annan frågeställning är varför kvinnors sjukfrånvaro ökar snabbare än mäns. En stor del av förklaringen torde ligga i den ökning av kraven i de kvinnodominerade jobben som skett de senaste 10–15 åren, både för de kvinnor och för de män som arbe-

tar där. Eftersom antalet män där är få så slår detta hårdare mot kvinnor. Andra generella utvecklingstendenser i samhället som kan ha samband med detta är neddragningar i välfärdssystemet, vilka ökar kraven i, framförallt kvinnors, obetalda arbete, den negativa utvecklingen för ensamstående föräldrar, varav merparten är kvinnor, samt de ökande klyftorna i samhället i sjuklighet. Förändringar i kvinnors och mäns förvärvsfrekvens och intensitet är andra faktorer av betydelse.

Inom båda frågeställningarna är det centralt att beakta faktorer på olika strukturella nivåer i samhället; på internationell, nationell, lokal, arbetsplatsnivå, liksom på individnivå.

Den vetenskapligt baserade kunskapen om sjukfrånvaro och förtidspensionering är förvånansvärt liten, inte minst med hänsyn till de stora konsekvenser sjukfrånvaro har för samhällets, företags och försäkringsorganisationers ekonomi, för ekonomi och livskvalitet för individer och familjer samt arbetstillfredsställelse för alla de som i sitt yrke arbetar med förvaltning av försäkringen, med sjukskrivningsfrågor och rehabilitering, utan att ha en trygg kunskapsbas att basera detta arbete på. Antalet vetenskapliga studier är överlag mycket begränsat inom detta område, men kanske speciellt så när det gäller mekanismer bakom könsskillnader i sjukfrånvaro. Kunskap behövs om faktorer på olika strukturella nivåer i samhället, och om hur dessa samverkar med varandra. Vidare behövs studier ur olika perspektiv; den försäkrades, försäkringens, sjukvårdens, arbetsgivarens och samhällets perspektiv, och med olika teoretiska och metodologiska utgångspunkter.

### 3.6 Sjukskrivning som behandling

Av utredningens direktiv framgår att det finns cirka 25 000 behandlande läkare som "sjukskriver patienter". Flera undersökningar har visat att olika läkare sjukskriver olika mycket. Utredningen har tagit del av Lars Englunds iakttagelser av läkares sjukskrivningsmönster och av rapporten *Ont i ryggen, ont i nacken* som utgivits av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU framhåller vikten av att vid ryggbesvär, vara aktiv, återgå till sitt arbete och motionera i lagom och ökande omfattning. Utredningen har också noterat att SBU nu genomför en analys av vad som på forskningens nuvarande ståndpunkt kan sägas om sjukskrivningens positiva och negativa effekter. Resultatet av denna

analys blir ett viktigt bidrag till kunskap om sjukskrivningsinstrumentet.

### *Läkares sjukskrivningsmönster*

Lars Englund har i sin avhandling *Sick-listing – attitudes and doctors' practice with special emphasis on sick-listing practice in primary health care*<sup>4</sup> bl.a. redogjort för faktorer som styr läkares sjukskrivningsmönster. Avhandlingen är baserad på fyra delarbeten. Nedan ges en kort sammanfattning av resultatet av dessa. Genomgående i studierna finns ett syfte att undersöka hur läkares kön påverkar sjukskrivning.

Syftet med delarbete *ett* var att studera hur attityder, kunskap och åsikter ser ut bland patienter med nyligen påbörjade sjukskrivningar och hos deras sjukskrivande läkare, arbetsgivare och handläggare på försäkringskassan. Resultatet visade att de sjukskrivna patienterna värderade hälsoeffekterna av sjukskrivning mer positivt än de andra aktörerna och instämde mindre i att sjukskrivningar ibland kan vara skadliga för den framtida hälsan och arbetsförmågan. De såg oftare arbetet som orsak till hälsoproblem och skattade effekterna av vila som behandling högre än de andra. De hade också sämre insikt i betydelsen av psykosociala förhållanden när det gäller värdetillstånd och för längden av sjukskrivningsperioden. De sjukskrivnas kunskaper om medicinska förhållanden av betydelse i sjukskrivningssammanhang var sämre ju äldre de var och ju äldre läkaren var desto större var dennes tilltro till sjukskrivning som behandlingsmetod. Patienternas positiva syn på sjukskrivning hade ett samband med hur de skattade sin egen allmänna hälsa. Ju friskare de kände sig desto mindre positiva var de till hälsoeffekterna av sjukskrivning.

Syftet med delarbete *två* var att undersöka hur distriktsläkares sjukskrivningspraxis ser ut i flödet av patienter på vårdcentralen samt se hur olika riskfaktorer för lång sjukskrivning påverkar detta. Resultatet visar att vid ungefär 9 procent av besöken hos distriktsläkaren aktualiseras sjukskrivning. Bara 6 procent av dessa personer blir inte sjukskrivna. Den vanligaste orsaken till sjukskrivning var att patienten hade värk från rörelseapparaten. Dessa patienter sjukskrevs längst. Medelvärdet för antal dagar av sjukskrivning för alla

---

<sup>4</sup> Lars Englund, *Sick-listing – attitudes and doctors' practice with special emphasis on sick-listing practice in primary health care*, 2000, Uppsala universitet.

patienter var 26, medianen 14. Riskfaktorer för långa sjukskrivningar innebar att längre sjukskrivning utfärdades. Även bland de patienter där distriktsläkaren bedömde att man inte skulle sjukskriva om inte patienten hade begärt det sjukskrevs 87 procent. Kvinnliga distriktsläkare sjukskrev en större andel av de patienter de såg och deras sjukskrivna patienter var oftare kvinnor och yngre jämfört med de manliga läkarnas sjukskrivna patienter. Faktorer som påverkade användandet av partiell sjukskrivning var värkdiagnos, kvinnlig patient, lång tidigare sjukskrivning, lång utfärdad sjukskrivning och en bedömning av att sjukskrivningsperioden skulle bli lång.

Syftet med delarbete *tre* var att undersöka hur läkare från olika discipliner sjukskriver när de har samma medicinska underlag (fallbeskrivningar) och hur de påverkas av faktorer i patientens berättelse som ligger utanför det biomedicinska fältet och som enligt försäkringskassans regler inte skall påverka sjukskrivningen. Resultatet visade att den viktigaste faktorn som påverkade sjukskrivningens längd var patienternas inställning. De patienter som önskade sjukskrivning sjukskrevs längre. Jämfört med distriktsläkare sjukskrev ortopedier kortare och psykiatriker längre. Kvinnliga läkare sjukskrev längre oavsett medicinsk disciplin och version av fallet.

Syftet med delarbete *fyra* var att undersöka hur införandet av ett nytt medicinskt underlag (den 1 oktober 1995) påverkade läkares sätt att sjukskriva och uppges relevanta uppgifter i läkarintygen. Effekten av den genomförda sjukskrivningsreformen visade sig i delarbete *fyra* vara god vad beträffar läkarnas följsamhet till ifyllandet av läkarintygen. De effekter på ökat användande av partiell sjukskrivning som sågs kunde förklaras av ett ökat sjukskrivande av patienter som var tjänstemän och ett minskat av arbetare. Då uppgifterna om partiell sjukskrivning korrigerades med hänsyn till detta sågs ingen förändring av användandet av partiell sjukskrivning. Någon förkortning av utfärdade sjukskrivningar sågs ej, inte heller för längden av patienternas sjukskrivning under det följande årets uppföljningstid. Den andel av sjukskrivningar som utfärdats av distriktsläkare var större efter reformen.



*SBU-rapporten – Ont i ryggen, ont i nacken*

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har under 1990-talet studerat diagnostik och behandling av ont i ryggen. Av deras rapport *Ont i ryggen, ont i nacken – En evidensbaserad kunskapsammanställning*<sup>5</sup> framgår bl.a. att smärta i ländryggen och i nacken är mycket vanligt förekommande. Ländryggssmärta drabbar upptill 80 procent av alla människor någon gång under livet och nacksmärta drabbar upp till 50 procent av befolkningen. För den helt dominerande andelen människor, som får ryggsmärtor, är det inte någon signal på en allvarlig sjukdom eller ett tecken på att man bör avstå från sina normala dagliga aktiviteter. Tvärtom visar tillgängliga vetenskapliga studier att de gynnar tillfrisknandet att fortsätta vara aktiv, återgå till sitt arbete och motionera i lagom och ökande omfattning.

Vidare framhåller SBU att läkarens attityd och förmåga att lyssna till och uttrycka empati för patienten är av stor betydelse och att åtgärder som kan utföras inom primärvården för de flesta personer med ryggsmärtor är tillräckliga.

Ryggsmärta och dess konsekvenser är tillsammans inte ett isolerat kroppsligt problem utan har samband med andra omständigheter som sociala, psykologiska och arbetsrelaterade faktorer. Dessa faktorer, exempelvis stress, oro och ångslan, tillsammans med patientens egen uppfattning om och förmåga att hantera problemet kan, enligt SBU, ha en avgörande betydelse för övergången från akuta till mer kroniska smärtor. De psykosociala faktorernas tydliga roll i det avseendet talar för att de bör uppmärksammas som en integrerad del av ryggsmärtan både i det förebyggande arbetet, i det initiala skedet av behandling och vid senare rehabilitering.

### 3.7 Utbildning i försäkringsmedicin

Utbildning i försäkringsmedicin för läkare förekommer dels, inom läkarutbildningen dels, också som fortbildning av kliniskt verkssamma läkare.

Inom läkarutbildningen förekommer undervisning inom det socialmedicinska blocket, termin 10. Utbildning under läkares allmäntjänstgöring (AT), varierar enligt vad utredningen erfarit mellan olika utbildningsorter. Utbildning efter legitimation, men

---

<sup>5</sup> SBU-rapport 2000, Ont i ryggen, ont i nacken, volym 1 och 2.

före specialistkompetens (ST), bygger på kurser som förmedlas av Socialstyrelsen.

I proposition 1996/97:63 om Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m. gjorde regeringen bedömningen att Socialstyrelsen borde överväga att se över sina föreskrifter i syfte att förstärka ämnet försäkringsmedicin när det gäller läkarnas allmäntjänstgöring och specialistkompetens.<sup>6</sup> Något sådant uppdrag har dock ännu ej lämnats.

Det förekommer idag på många håll i landet att försäkringskassorna anordnar utbildning för läkare. Exempelvis kan nämnas försäkringskassan i Stockholms län där alla AT-läkare erbjuds en tredagars utbildning i försäkringsmedicin. Försäkringskassan i Eskilstuna redovisar goda erfarenheter av en sådan intensifierad utbildningsinsats. Utbildningen där bedrivs i form av individualiserad praktiktjänstgöring hos försäkringsläkare och handläggare på försäkringskassan.<sup>7</sup>

En interaktiv utbildning via Internet i Försäkringskassaförbundets regi är under uppbyggnad och skall enligt planeringen kunna tas i bruk den 1 juli 2001. Den har till syfte att kunna användas dels i grundutbildning, dels som fortbildning för redan verksamma läkare.

### 3.8 Hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro

Då befintlig sjukfrånvarostatistik saknar uppgifter som kan belysa olika individ- och miljöfaktors påverkan på hälsa och sjukfrånvaro har utredningen sökt kompensera detta genom att dels genomföra en omfattande undersökning av "Hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro", dels låtit Statistiska Centralbyrån (SCB) samköra Arbetarskyddsstyrelsens (ASS) arbetsmiljöstatistik och Riksförsäkringsverkets (RFV) sjukfrånvaroregister.

---

<sup>6</sup> Regeringens proposition 1996/97:63, s. 62.

<sup>7</sup> Läkartidningen nr 46/1997 s. 4212, Bo Mikaelsson, Försäkringsmedicinsk utbildning för alla läkare i Sörmland och Läkartidningen nr 46/2000 s.5324-5327, Bo Mikaelsson, Utbildning i försäkringsmedicin – en kostnadseffektiv satsning.

### 3.8.1 Utredningens egen undersökning

Undersökningen om "Hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro" har genomförts i samarbete med Karolinska Institutet och RFV. Docent Eva Vingård och Ergonomie magister Per Lindberg, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet, har genomfört undersökningen och skrivit den rapport som återfinns som bilaga 7. Avdelningschefen Inger Marklund, RFV, och professorerna Gunnar Aronsson, Christer Hogstedt och Staffan Marklund från Arbetslivsinstitutet samt professor Åke Nygren, Karolinska Institutet har utgjort en referensgrupp. Referensgruppen har sammanträtt tillsammans med sekretariatet för att diskutera urval, enkätens utformning, bearbetning, bortfall och analys.

Syftet med undersökningen var att

- beskriva hur män och kvinnor i olika åldrar, med olika bakgrund och arbetsförhållanden upplever sin hälsa och arbetssituation
- belysa sambanden mellan hälsa, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro och sjuknärvaro och därmed identifiera goda och dåliga arbetsmiljöer
- analysera hur individens ekonomiska situation och gällande regelverk påverkar sjukfrånvaro/sjuknärvaro
- ge underlag för förslag till åtgärder i syfte att öka hälsan och minska sjukfrånvaron.

Undersökningen genomfördes som en postal enkät till ett slumpvis urval av den svenska befolkningen och ett slumpvis urval ur RFV:s sjukfrånvaroregister. För att få en uppfattning om attityder i olika ålderskohorter har undersökningen avgränsats till personer födda 1945, 1955, 1965 och 1975. Sammanlagt skickades enkäter till 24 000 personer, hälften män och hälften kvinnor. Då bortfallet var alltför stort bland 25-åringarna finns inte dessa med i de redovisade resultaten.

#### *Resultat*

Både bland normalbefolkningen och bland de sjukskrivna > 4 veckor minskade andelen som rapporterade god hälsa med stigande ålder. Samma mönster förelåg när det gällde att skatta sin

arbetsförmåga två år framåt. Två tredjedelar av befolkningen gick sjuka till arbetet under det senaste året, vanligast var det bland 35- och 45-åringar. Karensdagen liksom sjukersättningens storlek medförde att drygt en tredjedel respektive drygt en fjärdedel avstod från att sjukanmäla sig. Vanligaste orsakerna till sjuknärvaro var att man inte hade råd att vara sjuk, att man inte kunde det på grund av arbetsuppgifterna och av lojalitet mot arbetskamraterna. Den vanligaste läkarkontakten skedde på vårdcentral. Bland långtids-sjukskrivna hade högre andel män jämfört med kvinnor kontakt med sjukhusläkare. Hälsokontroller var den vanligaste anledningen till att man hade haft kontakt med företagshälsovård.

En tredjedel ville minska sin arbetstid och endast några få öka den, främst kvinnor. Bland kvinnorna rapporterade 45- och 55-åringar och hälften av de som arbetade inom kommuner och lands-ting fysiskt tungt arbete, bland männen var det de yngsta och de inom privat sektor. Fler kvinnor än män hade hög psykisk arbets-tyngd med höga krav och låg kontroll. Statligt anställda upplevde något sämre arbetsklimat än andra. Överordnade inom privat sektor, jämfört med andra sektorer var något bättre på att visa uppskattning gentemot sina underlydande. Hela 20 procent av normalbefolkningen tyckte att närmaste chef inte utövade ett väl fungerande ledarskap.

De univariata analyserna visade associationer mellan en rad olika exponeringsfaktorer och risken att bli sjukskriven > 4 veckor. Tydliga associationer fanns för var och en av följande exponeringar: ansträngd ekonomi, att bo ensam, låg utbildning, risk för neddragningar på arbetsplatsen, risk för att bli arbetslös, bo ihop med någon som inte var i arbete, dåligt arbetsklimat i arbetsgruppen, att sällan eller aldrig vara nöjd med hur man kan utföra sin arbetsuppgift, höga krav kombinerat med låg kontroll i arbetet, att inte få uppskattning för sin arbetsinsats, dåligt ledarskap från närmaste chef, kroppsligt ansträngande arbete samt för kvinnor att ha kommunal anställning. Vid analys av vilken betydelse karensdagen och sjukpenningens storlek hade för att inte sjukskriva sig visade det sig att risken att ha mycket sjuknärvaro ökade med den betydelse man tillmätte dessa två faktorer i försäkringssystemet.

De multivariata analyserna av dessa tvärsnittsdata visade ett klart samband mellan ålder och risken att bli långtidssjukskriven. I övrigt visades entydigt på att förhållanden på arbetet av både fysisk, psykosocial och organisatorisk karaktär hade betydelse för långtidssjukskrivning. Högsta riskerna uppmättes för de män och kvin-

nor som hade en hög fysisk belastning och inte var nöjda med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter. De som enbart angav en av dessa exponeringar hade också förhöjda risker och riskerna kvarstod då resultaten kontrollerades för andra faktorer som kan ha betydelse för om man blir långtidssjukskriven. Dåligt arbetsklimat i gruppen var en annan exponering som gav en måttligt men signifikant ökad risk för män och kvinnor att bli långtidssjukskrivna. Höga krav från arbetet och samtidigt låg kontroll gav också en risk för långtidssjukskrivning. Analyserna är även utförda på personer förda till olika inkomstklasser. De med lägst inkomst hade högst risk för långtidssjukskrivning. Detta var förmodligen inte en effekt enbart av en sämre ekonomi, generellt eller i samband med långtidssjukskrivning, utan indikerar ytterligare att arbetsförhållanden är av intresse då arbeten med låga löner ofta även har de sämsta arbetsförhållandena.

Om de samband som redovisas här är sanna orsakssamband kan de etiologiska fraktionerna och därmed den förebyggande potentialen beräknas. Dessa fraktioner var höga för ett flertal exponeringar i yrkeslivet. Främst gällde det hög fysisk belastning, dåligt arbetsklimat i gruppen, dåligt med uppskattning och missnöje med ledarskapet.

### *Konklusion*

Flera faktorer har framkommit i studien som ger en ökad risk för långtidssjukskrivning. Ökande ålder är en sådan faktor både för män och kvinnor och oberoende av om man arbetar inom privat, statlig eller kommun/landsting sektor. Arbetsförhållanden både av fysisk, psykisk och organisatorisk karaktär tycks ha stor betydelse. En god arbetsmiljö är därför med stor sannolikhet av betydelse när det gäller att förebygga långtidssjukskrivning.

### **3.8.2 Samkörning av arbetsmiljöstatistik och sjukdata**

Samkörningen av Arbetarskyddsstyrelsens (ASS) arbetsmiljöstatistik och Riksförsäkringsverkets (RFV) sjukdataregister har bearbetats och analyserats av Alf Andersson, Statistiska centralbyrån (SCB), Programmet för arbetsmiljöstatistik. I bilaga 8 "Arbetsför-

hållanden och sjukskrivning med ersättning” redovisas undersökningen i sin helhet.

Rapporten är en redogörelse för några statistiska samband mellan arbetsförhållanden och sjukskrivning. Som underlag används data från Arbetsmiljöundersökningen 1999 och uppgifter ur RFV:s sjukskrivningsregister. Arbetsmiljöundersökningen som gjorts av SCB på uppdrag av ASS bygger på ett urval som omfattar 14 234 personer. Svarsfrekvensen i intervjudelen är 88 procent.

Utifrån uppgifter i sjukskrivningsregistret har beräknats antalet dagar som man under ett kalenderår fått sjukpenning. Huvuddelen av analysen avser anställda. Som förklarande variabler används uppgifter om individen, var i arbetslivet man finns och olika arbetsmiljöfaktorer. Dessutom visas sambandet mellan vissa besvär och sjukersättning. I Arbetsmiljöundersökningen ingår inte de som varit frånvarande minst tre månader vid intervjutillfället.

### Kön, ålder och sjukersättning

Under 1999 hade i denna population 16,5 procent av kvinnorna sjukersättning mot 9,3 procent av männen. Andelen kvinnor som hade ersättning mer än 60 dagar var 6,0 procent mot 3,0 procent bland männen.

#### *Kvinnor*

Ersatta dagar	16-29 år	30-49 år	50-64 år
Mer än 60	2,0	5,6	9,3
Minst 1 dag	9,2	16,4	21,3

Bland kvinnor ökar andelen med ersatta dagar med stigande ålder från 9,2 till 21,3 procent. Ju äldre åldersgrupp desto vanligare med lång tids ersättning.

#### *Män*

Ersatta dagar	16-29 år	30-49 år	50-64 år
Mer än 60	0,8	2,2	6,1
Minst 1 dag	4,9	9,0	13,6

Bland män ökar andelen med ersatta dagar med stigande ålder från 4,9 till 13,6 procent. Ju äldre åldersgrupp desto vanligare med lång tids ersättning. Jämfört med kvinnornas resultat är männens an-

delar med ersatta dagar genomgående lägre. Det gäller i hög grad dem som haft ersättning under en längre period.

### Yrke, näringsgren, sektor och sjukersättning

I följande yrken har kvinnor respektive män signifikant högre andelar med ersättning än vad respektive kön har totalt. Uppgifterna är inte åldersstandardiserade varför skillnader i åldersfördelning kan ha påverkat resultaten.

Kvinnor i yrken med <b>högre</b> andel		Män i yrken med <b>högre</b> andel	
Skötare, vårdare m.fl.	26,1	Maskinmekaniker, maskinmontörer och maskinreparatörer	17,3
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl.	21,8	Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	12,9
		Fordonsförare	14,3
		Maskinoperatörs- och monteringsarbete	12,6

I följande näringsgrenar har kvinnor respektive män signifikant högre andelar med ersättning än vad respektive kön har totalt.

Kvinnor i näringar med <b>högre</b> andel		Män i näringar med <b>högre</b> andel	
Omsorg för psykiskt utvecklingsstörda, individ- och familjeomsorg m.m.	26,2	Bygginstallationer, slutbehandling av byggnader	16,6
Vård och service till boende i servicehus o.d. äldre- och handikappomsorg	20,7	Post- och telekommunikationer	15,8

Nedan beskrivs arbetsmarknaden översiktligt i sektorer: statlig, kommunal, landsting och enskild sektor.

#### *Kvinnor*

Ersatta dagar	Statlig	Kommunal	Landsting	Enskild
Mer än 60	5,7	7,0	8,8	4,7
Minst 1 dag	13,1	19,9	17,6	14,1

Bland kvinnor finns den största andelen som fått sjukpenning i sektorerna kommun och landsting och detsamma gäller ersättning mer än 60 dagar.

### *Män*

Ersatta dagar	Statlig	Kommunal	Landsting	Enskild
Mer än 60	2,3	4,3	4,3	2,7
Minst 1 dag	6,5	11,4	8,5	9,3

Den största andelen som fått sjukpenning bland män finns i sektorerna kommun, enskild och landsting. Ersättning mer än 60 dagar är vanligast för män inom kommuner och landsting.

Värdena är inom varje sektor högre för kvinnor än för män. Bland landstingsanställda är det 1999 dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män att ha haft ersättning under mer än 60 dagar. Denna bild består i stort även när ålder beaktas. Det är för kvinnor och män vanligast med sjukersättning i den kommunala sektorn. Detta gäller även om man tar hänsyn till ålder. När man ser till dem med minst 60 dagars ersättning under året, är det i stället vanligast inom landstingen.

## Arbetsmiljö och sjukersättning

### *Krav och kontroll*

Att vara utsatt för stora krav och samtidigt ha litet inflytande över arbetet är en riskfylld kombination. I anslutning till den s.k. krav/kontrollmodellen, som utvecklats av Karasek och Theorell, men här med frågor ur Arbetsmiljöundersökningen, görs beskrivningar av dessa förhållanden och deras utveckling under nittioalet.

### *Kvinnor*

	Samband exponering-sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Höga krav i arbetet	Ja	Ökar
Liten egenkontroll	Ja, klart	Ökar
Hög anspänning	Ja, starkt	Ökar markant



*Män*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar expone- ringen
Höga krav i arbetet	Obetydlig utom för yngre	Ökar
Liten egenkontroll	Ja, klart	Ökar
Hög anspänning	Ja, starkt	Ökar, markant

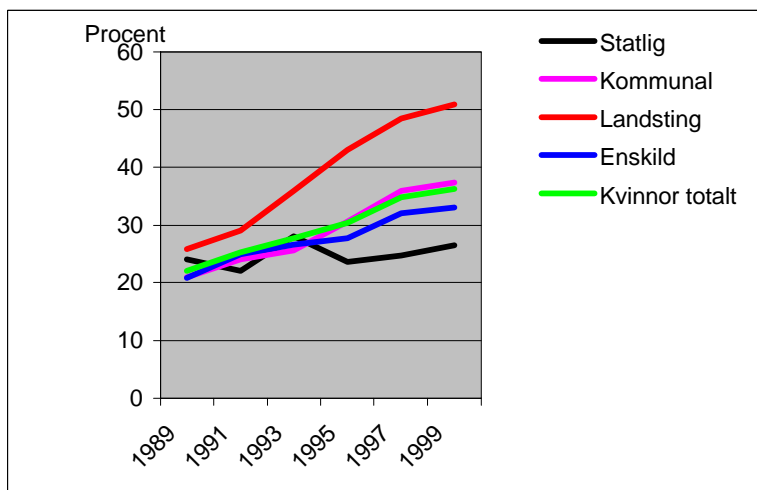
Andelen kvinnor som fått sjukersättning är klart större bland dem som har utsatts för höga *krav i arbetet*; det gäller särskilt bland yngre och äldre kvinnor. Bland männen är skillnaden däremot obetydlig utom bland de yngre. Höga krav kan förekomma tillsammans med positiva faktorer likaväl som med negativa.

Beträffande inflytande eller *kontroll över arbetet* är sambanden otvetydiga. För såväl kvinnor som män och i alla åldersgrupper är andelen med ersättning högre bland dem som har bristande inflytande över sin arbetssituation.

*Hög anspänning* är kombinationen av höga krav och låg kontroll. Den ger som väntat de högsta andelarna med sjukersättning. Det gäller kvinnor och män i alla åldersgrupper.

Följande diagram visar utvecklingen av jobb med hög anspänning i olika sektorer för kvinnor respektive män. Observera att det viktigaste är utvecklingstendenserna.

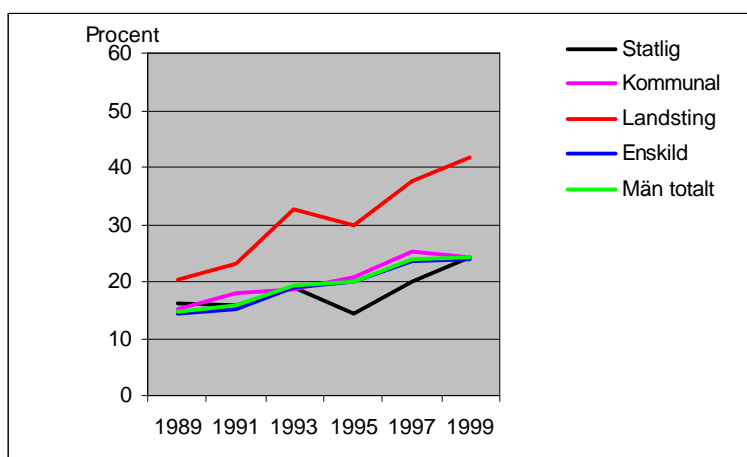
Andelen kvinnor som har arbete med hög anspänning efter sektor.  
1989–1999



Statlig	24,1	22,0	28,1	23,6	24,7	26,5
Kommunal	21,0	24,0	25,6	30,6	35,9	37,4
Landsting	25,8	29,0	35,9	43,0	48,4	50,9
Enskild	20,8	24,9	26,6	27,7	32,0	33,0
<b>Kvinnor totalt</b>	<b>22,0</b>	<b>25,2</b>	<b>27,7</b>	<b>30,4</b>	<b>34,8</b>	<b>36,3</b>

Andelen kvinnor som har arbete med hög anspänning ökade 1991-1999 med 11,1 procentandelar, medan motsvarande ökning för landstingsanställda kvinnor var 21,9.

### Andelen män som har arbete med hög anspänning efter sektor. 1989–1999



Statlig	16,3	15,9	18,8	14,4	19,9	24,2
Kommunal	15,2	17,9	18,5	20,6	25,1	24,1
Landsting	20,3	23,1	32,8	29,7	37,7	41,9
Enskild	14,4	15,2	19,0	20,1	23,5	23,7
Män totalt	<b>14,9</b>	<b>15,8</b>	<b>19,4</b>	<b>19,9</b>	<b>23,8</b>	<b>24,2</b>

Andelen män som har arbete med hög anspänning ökade 1991–1999 med 8,4 procentandelar, medan motsvarande ökning för landstingsanställda män var 18,8 procentandelar. Männens värden är genomgående lägre än kvinnornas.

Tidigare visades att det är en särskilt hög andel som haft sjukskrivningar med AFL-ersättning bland landstings- och kommunanställda kvinnor. Ovan har visats att den riskfyllda kombinationen av höga krav och litet inflytande (hög anspänning) blivit allt vanligare under 1990-talet. Här ser vi att det gäller i särskilt hög grad bland landstingsanställda och bland dessa särskilt kvinnor. När allt fler arbetar under sådana villkor skulle det alltså kunna vara en bidragande förklaring till en ökning av sjukfrånvaron. Den i och för sig markanta ökningen av andelen med hög anspänning är dock inte tillräcklig för att kunna förklara huvuddelen av den drastiskt ökade sjukfrånvaron med sjukpenning.

**Stöd från chefer***Kvinnor*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Bristande stöd från chefer	Ja	Oförändrat

*Män*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Bristande stöd från chefer	Nej	Oförändrat

Kvinnors sjukfrånvaro med sjukpenning är vanligare när sociala relationer är bristfälliga. Bland män kan inte detta samband påvisas. Ett bristande socialt stöd kan ofta kompenseras av andra arbetsförhållanden som är mera positiva.

Andelen med bristande stöd visar inte någon stor förändring under nittioalet. Dessa förhållanden verkar inte i sig kunna förklara mycket av de senaste årens ökade sjukfrånvaro eller drastiskt ökade antal ersatta sjukdagar (AFL).

**Kroppsliga påfrestningar***Kvinnor*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Kroppsligt arbete	Ja, starkt	Stabil
Vriden ställning	Ja, starkt	Någon ökning

*Män*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Kroppsligt arbete	Ja, starkt	Svag minskning
Vriden ställning	Ja, starkt	Stabil

Det är bland kvinnor ungefär samma andel med kroppsligt arbete under hela nittioalet. Bland männen kan en svagt minskande andel med kroppsligt arbete skönjas. Andelen som arbetar i vriden ställning tenderar att öka något bland kvinnor under nittioalet. Bland män har andelen varit stabil.

Sambanden är starka mellan kroppsliga påfrestningar i arbetet och sjukersättning. De ovan redovisade arbetsmiljöförhållandena har dock under nittiotalet inte genomgått några stora förändringar och kan därför inte förklara kraftigt ökade andelar som får sjukersättning.

### ”Alldeles för mycket att göra”

#### *Kvinnor*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Alldeles för mycket att göra	Nej, utom för unga kvinnor	Ökar

#### *Män*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Alldeles för mycket att göra	Nej	Ökar

Frågan om man har alldeles för mycket att göra ger ganska litet utslag, utom för unga kvinnor. Andelen kvinnor och män som instämmer helt eller delvis i att de har alldeles för mycket att göra har ökat successivt och kraftigt under nittiotalet.

Det har under nittiotalet blivit allt vanligare att rapportera att man har alldeles för mycket att göra. Sambandet mellan att uppge sig ha alldeles för mycket att göra och att ha fått sjukersättning är svagt. Påfrestningen av för mycket arbete kan förväntas bidra till sjukfrånvaro, men att ha mycket att göra kan samtidigt vara stimulerande och ett starkt skäl för närvaro. Till en viss gräns kan det tänkas gälla även om man inte är frisk. Sammantaget skulle detta kunna förklara att det statistiska sambandet mellan att ha alldeles för mycket att göra och att ha fått sjukersättning ”försvinner”.

### Ont, olust, sömnsvårigheter

Här undersöks sambanden mellan vissa besvär och att ha fått sjukersättning.

*Kvinnor*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Ont i kroppen (nacke, axlar, armar, händer, rygg, höfter, ben)	Ja, starkt	Ökar sedan 1993
Olust när man går till arbetet	Ja, starkt	Ökar sedan 1993
Svårt att sova p.g.a. tankar på arbetet	Ja, starkt	Ökar sedan 1993

*Män*

	Samband exponering- sjukersättning	Ökar/minskar exponeringen
Ont i kroppen (nacke, axlar, armar, händer, rygg, höfter, ben)	Ja, starkt	Ökar sedan 1993
Olust när man går till arbetet	Ja, starkt	Ökar sedan 1993
Svårt att sova p.g.a. tankar på arbetet	Ja, starkt	Ökar sedan 1993

För både kvinnor och män och för samtliga tre använda besvärsvariabler visas betydligt större andelar med sjukersättning för dem med besvär. Att ha ont i kroppen, att känna olust inför att gå till arbetet, att ha svårt att sova på grund av tankar på arbetet är rimliga skäl för frånvaro. Det tyder på att en väsentlig del av ohälsa och frånvaro är arbetsrelaterad. Även ett hälsoproblem som främst beror på annat än arbetet kan bidra till att man känner olust när man skall gå till arbetet eller kan göra det svårt att sova när man förväntar sig en svår arbetsdag.

Andelen som har de ovan nämnda besvären ökar från 1993 till 1999 för såväl kvinnor som män. (Eventuella förändringar i åldersstrukturen har ej beaktats.)

Det råder som väntat tydliga samband mellan vissa besvär (så som de definieras av de använda frågorna) och att ha fått sjukersättning. Besvären har successivt blivit vanligare från 1993 och framåt. Sjukfrånvarons utveckling hänger samman med många förhållanden, bl.a. försäkringssystemets utformning. Den ökande andelen som uppger besvär av olika slag kan dock ses som ett ökat "behov av" att få vara sjukfrånvarande.

## Företagarna

Antalet företagare i undersökningen är begränsat – därav en mer begränsad analys.

### *Kvinnor 1999*

Ersatta dagar	16-49 år	50-64 år	Totalt
Mer än 60	4,6	5,8	5,1
Minst 1 dag	13,5	14,7	14,0

Totalt har ungefär 14 procent av de kvinnliga företagarna haft sjukpenning under 1999. Vanligast är ersättning högst 60 dagar.

### *Män 1999*

Ersatta dagar	16-49 år	50-64 år	Totalt
Mer än 60	2,8	3,5	3,1
Minst 1 dag	11,8	12,3	12,0

Totalt har ungefär 12 procent av de manliga företagarna haft sjukpenning under 1999. Vanligast är ersättning högst 60 dagar. Ersättning mer än 60 dagar förefaller vara något vanligare bland kvinnor.

Bland såväl kvinnliga som manliga företagare är andelen som har kroppsligt arbete i stort sett stabilt under nittiotalet. Det skulle tyda på att denna påfrestning som sammanhänger med sjukfrånvaro har ungefär samma betydelse under perioden.

Kraven i arbetet har för såväl kvinnor som män en någorlunda stabil andel med en viss "svacka" i början av årtiondet. Något liknande kan sägas om andelen som helt eller delvis instämmer i att de har alldeles för mycket att göra.

Utvecklingen av vissa besvär under nittiotalet har undersökts. Bland kvinnorna tenderar alla dessa besvär att öka. Andelen som har ont i kroppen ligger under nittiotalets sista år högre än tidigare liksom andelen som har svårt att sova. Andelen som upplever olust när de skall gå till arbetet tenderar att öka. Bland männen är förändringarna mindre. Andelen med ont i kroppen är något högre under andra delen av årtiondet. En stabil andel av manliga företagare känner olust när de skall gå till arbetet. Svårigheterna att sova berör en ungefär lika stor andel under hela nittiotalet.

Vissa ökningarna av andelen med besvär kan alltså noteras bland kvinnliga företagare och i mindre utsträckning bland manliga. Den

utvecklingen av besvären pekar ändå mot ett visst ökat "behov av" att kunna vara sjukfrånvarande snarare än motsatsen.

### 3.9 Företagshälsovården

#### *Nuvarande regler*

Sedan den 1 januari 2000 gäller att arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som påkallas av arbetsförhållandena finns att tillgå. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.<sup>8</sup> Läkare och sjukgymnaster kan inte få läkarvårdsersättning respektive sjukgymnastersättning för verksamhet inom företagshälsovården. Till utgången av 2003 finns dock övergångsbestämmelser för redan verksamma som haft rätt till ersättning.

#### 3.9.1 Bakgrund

Företagshälsovården i Sverige har vuxit fram på initiativ av parterna på arbetsmarknaden som en partsobunden, utredande och rådgivande expertresurs i det lokala arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. I centrala avtal angav arbetsmarknadsparterna riktlinjer för företagshälsovårdens organisation och arbetsuppgifter. Det första avtalet om företagshälsovården träffades mellan SAF (Svenska Arbetsgivareföreningen) och LO (Landsorganisationen i Sverige) år 1967.

Den 1 januari 1986 infördes en bestämmelse i arbetsmiljölagen om arbetsgivarens skyldighet att "föranstalta" företagshälsovård i den omfattning som verksamheten kräver. Samma år infördes också ett generellt bidragssystem för företagshälsovården. Bidrag kunde lämnas för förebyggande och rådgivande verksamhet samt för arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Syftet med bidragssystemet var att stimulera till förebyggande arbetsmiljöarbete och att förbättra anslutningen av små och medelstora företag till företagshälsovård.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> AML 3 kap 2b§.

<sup>9</sup> Prop. 1998/99:120 Företagshälsovård.



Statsbidraget grundade sig på antalet anställda i företaget. 1992 var basen i ersättningssystemet 300 kronor per år och anställd. Därutöver fanns ett småföretagstillägg som skulle stimulera anslutningen av små företag. Det lämnades för upp till 20 personer i varje anslutet företag oberoende av företagets storlek. Tillägget uppgick till samma belopp som grundbidraget. Dessutom fanns ett nyan slutningstillägg, som utgick under de två första åren ett företag var anslutet till företagshälsovård.

1991 redovisade Riksrevisionsverket i en rapport (Fu 1991:9) att statsbidragets styrande effekter var svaga. Enligt 1992 års företags-hälsovårdsutredning (SOU 1992:103) uppskattades de totala kostnaderna för företagshälsovård till ca 3,7 miljarder kronor. Statsbidraget täckte ca 1 miljard och för övriga kostnader stod arbetsgivarna. Statsbidraget svarade alltså för 27 procent av företags-hälsovårdens kostnader.<sup>10</sup>

### 3.9.2 Förändringen under 1990-talet

Våren 1992 beslutade Riksdagen att statsbidraget skulle avskaffas fr.o.m. den 1 januari 1993. Därefter har företagshälsovården genomgått stora verksamhetsförändringar. Att ekonomin försämrades, ledde till en mycket snabb strukturomvandling med nedläggningar, sammanslagningar och samarbetsavtal med andra aktörer. Även lågkonjunkturen bidrog till volymminskningar. Färre sysselsatta gav färre kunder och företag som hade allt mindre pengar att spendera på företagshälsovård. Det faktum att statsbidraget togs bort ledde också till kraftiga personalminskningar.

Inriktningen på företagshälsovårdens arbete har förändrats på så sätt att tyngdpunkten numera är förebyggande arbete, rehabilitering och friskvård. Detta har i sin tur påverkat att personalsammansättningen förändrats. Antalet läkare och sköterskor har minskat i förhållande till t.ex. sjukgymnaster, ergonomer och personalkonsulenter.

Stycktjänstdebiterande har blivit vanligt förekommande. Detta kan leda till att arbetsgivaren drar sig för att anlita företagshälsovården och att den anställde har svårare att ta kontakt utan att arbetsgivaren får kännedom om detta. Fackliga organisationer har framfört att företagshälsovården alltmer blivit arbetsgivarens resurs och inte en tillgång för den anställde.

---

<sup>10</sup> Företagshälsovård utan statsbidrag, Statskontoret 1994:17.

### 3.9.3 Utredningar och nya regler efter 1992

Företagshälsovårdens situation och förändring har beskrivits i flera studier under 1990-talet. 1994 fick Statskontoret i uppdrag av Regeringen att utvärdera vilka förändringar som inträffat inom företagshälsovården efter att det generella statsbidraget till företagshälsovården upphört samt att flera centrala avtal mellan arbetsmarknadens parter om företagshälsovård sagts upp. Uppdraget resulterade i rapporten *Företagshälsovård utan statsbidrag* 1994:17.

Statskontoret fann följande förändringar framträdande; försämrad ekonomi, förändrad organisation (större enheter), minskad "traditionell" företagshälsovård, ökat förebyggande arbete och ökat arbete med friskvård och rehabilitering. Statskontoret fann också, genom en enkätundersökning, att företagshälsovården sannolikt blivit mer effektiv då personalen minskat mer än kundunderlaget samtidigt som kvaliteten inte tycktes ha påverkats i negativ riktning. Statskontoret bedömde dock att frågan om kvalitet borde fördjupas, då funktionen på företaget hos den som besvarat enkäten inte framgick.

1996 fick Statskontoret på nytt ett uppdrag av regeringen angående företagshälsovård. Statskontoret skulle belysa och analysera företagshälsovårdens tjänsteutbud samt arbetssätt i förhållande till företag, förvaltningar och deras anställda. Vidare skulle eventuella faktorer av betydelse för konkurrensen mellan olika företagshälsovårdsenheter belysas, liksom benägenheten hos olika kategorier av företag att anlita företagshälsovård samt företagshälsovårdens täckningsgrad i olika delar av landet. I uppdraget ingick även att göra en lägesbeskrivning beträffande branschens arbete med att införa en kvalitetssäkringsmodell för företagshälsovården samt en jämförelse med utvecklingen i några andra EU-länder. Däremot ingick inte att överväga företagshälsovårdens framtida roll eller förändrade former för den samhälleliga styrningen. Resultatet presenterades i rapporten *Företagshälsovården i dag* (1997:2).

Statskontoret fann bl.a. beträffande tillgång och täckningsgrad att tillgången var störst inom näringsgrenarna tillverkning och utvinning, finansiell verksamhet, utbildning, vård- och omsorg och offentlig förvaltning. Vid jämförelse mellan olika sektorer visade det sig att de flesta inom den statliga sektorn hade tillgång till företagshälsovård. Tillgången var något sämre inom kommuner och

landsting och betydligt sämre inom den privata sektorn. Tillgången var störst i Blekinge-, Örebro-, Västernorrlands- och Västerbottens län medan den var minst i Kristiansstads-, Malmöhus-, Kronobergs-, Jönköpings- samt Skaraborgs län. Beträffande konkurrensfaktorer fann Statskontoret problem sammanhängande med avgränsningen mellan vård inom och utom ramen för den nationella taxan.

1997 tillsattes en arbetsgrupp under Arbetsmarknadsdepartementet som lämnade departementspromemorian *Företagshälsovård – en resurs i samhället* (Ds 1998:17) med förslag som syftade till att integrera företagshälsovården i arbetsmiljöarbetet på den enskilda arbetsplatsen och ta tillvara dess resurser i ett samhälleligt perspektiv.

I propositionen 1998/99:120 om Företagshälsovård lämnade regeringen förslag som syftade till att förtydliga arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla företagshälsovård, renodla företagshälsovårdens uppgifter, samt att tydliggöra samverkan mellan företagshälsovården och den offentligt finansierade sjukvården.

Sedan den 1 januari 2000 gäller att arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som påkallas av arbetsförhållandena finns att tillgå. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.<sup>11</sup> Läkare och sjukgymnaster kan inte få läkarvårdsersättning respektive sjukgymnastersättning för verksamhet inom företagshälsovården. Till utgången av 2003 finns dock övergångsbestämmelser för redan verksamma som haft rätt till ersättning.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har i arbetsrapporten *Företagshälsovården i framtiden – förutsättningar, mål och medel* 1999:4 beskrivit och diskuterat konflikter mellan motstridiga målsättningar i en situation där avregleringen lett till en "successiv marknadsanpassning, samtidigt som man från statens sida strävat efter att framhäva folkhälsoperspektivet". Bland slutsatserna framförs bl.a. att det är en målkonflikt att i princip alla de centrala aktörerna vill renodla företagshälsovårdens verksamhet mot arbetsmiljö och rehabilitering, medan lokala arbetsgivare och anställda ofta vill behålla sjukvårdsdelen. Detta är samtidigt en

---

<sup>11</sup> AML 3 kap 2b§.

kostnadsfråga eftersom läkartjänsterna är dyrare än det övriga företagshälsovårdutbudet.<sup>12</sup>

I januari 2000 tillsattes en arbetsgrupp inom Regeringskansliet med uppgift att analysera den stora ökningen av arbetsbetingad ohälsa som har samband med stress och andra organisatoriska och sociala faktorer. Arbetsgruppen har till uppgift att ta fram en handlingsplan som anger en strategi för att komma till rätta med utvecklingen av den arbetsbetingade ohälsan. I delrapporten *Ett föränderligt arbetsliv på gott och ont – utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan* (Ds 2000:54) anger de följande frågeställningar som väsentliga: Bör företagshälsovården betraktas som en arbetsmiljökonsult bland andra och vad får detta i så fall för konsekvenser? Vilken betydelse har kravet på oberoende resurs som nu finns i Arbetsmiljölagen? Bör en utveckling av en företagshälsovård med hög kvalitet understödjas från samhällets sida? Är certifiering av företagshälsovården en bra metod för att "kvalitetsmärka" denna? Bör staten underlätta för mindre företag och organisationer att anlita företagshälsovården? Hur skall utbildningen av personal inom företagshälsovården säkerställas? Arbetsgruppens slutrapport kommer att presenteras i januari månad 2001.

I utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, *Rehabilitering till arbete*<sup>13</sup> SOU (2000:78), framförs att företagshälsovården bör vara ett naturligt stöd i rehabiliteringsarbetet. Det diskuteras i vad mån det är tillräckligt känt att arbetsgivaren får göra avdrag för företagshälsovård och arbetslivsinriktade åtgärder. Avdragsmöjligheten omfattar inte de offentliga arbetsgivarna, vilket enligt Rehabutredningen bedöms vara en stor nackdel då det är i den offentliga sektorn antalet långtidssjukskrivningar har ökat mest. Offentliga arbetsgivare har inte heller någon annan möjlighet att få ersättning i form av bidrag. Utredningen föreslår att en kompetensförstärkning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning snarast bör byggas upp inom företagshälsovården.

---

<sup>12</sup> Företagshälsovården i framtiden – förutsättningar, mål och medel, IHE Arbetsrapport 1999:4 sid 47.

<sup>13</sup> Fortsättningsvis kallad Rehabutredningen.

### 3.9.4 Företagshälsovården idag

Idag (januari 2000) består företagshälsovården av knappt 700 enheter, som drivs av ca 350 huvudmän. Verksamheten finns spridd över hela landet, med i princip minst en enhet i varje kommun.<sup>14</sup>

Branschen sysselsätter ca 7 000 personer med huvudsakligen medicinsk, teknisk och beteendevetenskaplig kompetens. Av de medicinskt utbildade är 700 läkare, 700 sjukgymnaster och 2000 sköterskor. I princip har samtliga dessa specialistutbildning i företagshälsovård.

En strukturomvandling pågår som innebär en koncentration mot större enheter i kombination med sattelitenheter. Det går att urskilja fem "block" inom företagshälsovårdsbranschen; Previa, Kvalita, Fellgood, Länshälsorna och de inbyggda s.k. industrihälsorna. Alla tillhör inte något av dessa block, men de allra flesta har någon form av relation till någon eller några av dem. Ett antal nya ägarformer förekommer; privatägt, personalägt, osv. Ett par av blocken återfinns inom sfären börsnoterade företag.

Enligt arbetsmiljöundersökningen från 1999 har 72,2 procent av antalet anställda tillgång till företagshälsovård varav 33,4 procent under 1999 hade haft kontakt med företagshälsovården. I den undersökning om hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro som sjukförsäkringsutredningen lät genomföra under våren 2000 (Se bilaga 6) fanns också frågor om företagshälsovård.

I följand tabell visas i vilken utsträckning och för vilket ändamål som kontakter med företagshälsovård ägt rum bland personer som hade tillgång till företagshälsovård. (Samma person kan ha varit i kontakt av flera anledningar.) Utredningen finner det anmärkningsvärt att hälften av dem som varit sjukskrivna mer än 28 dagar inte varit i kontakt med företagshälsovården.

---

<sup>14</sup> Källa: Föreningen Svensk Företagshälsovård.

## Anledning till kontakt med företagshälsovården

	Normalbefolkning (procent)	Sjukskrivna >= 28 dagar (procent)
Hälsokontroll	30	17
Arbetsrelaterad vård	7	21
Annan sjukvård	8	12
Rehabhjälp	2	24
Utbildning	3	1
Arbetsplatsutredning	3	6
Annan förebyggande åtgärd	6	3
Ingen kontakt	62	50
	100	100

Enligt kommunalskattelagen har arbetsgivare rätt till avdrag för kostnader för företagshälsovård och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Avdrag medges också för förebyggande behandling och rehabilitering (t.ex. missbruksvård, sjukgymnastik eller ryggrehabilitering) som syftar till att den anställda skall kunna fortsätta att arbeta. Den anställdes förmån av fri rehabilitering beskattas inte.

Summan som en arbetsgivare i genomsnitt använder för företagshälsovård per år och anställd varierar mellan 300 kronor och 5 000 kronor. En vanlig summa torde dock vara 1 200–2 000 kronor.<sup>15</sup>

### 3.9.5 Exempel och erfarenheter som utredningen tagit del av

#### *Erfarenheter i Värmland*

I Värmland har Landstinget i Värmland och Föreningen Svensk Företagshälsovård i Värmland tecknat ett avtal för perioden 2000-10-01–2002-06-30 om samarbete som syftar till att ge patienten bästa möjliga vård. Företagshälsovården bidrar och kompletterar primärvården med sin kompetens inom arbetsinriktad rehabilitering och arbetsmedicin. Samtidigt ges möjlighet för företagshälsovården att få tillgång till vissa av landstingets funktioner (remissrätt till specialistfunktioner, röntgen, lab. etc.).

<sup>15</sup> Källa: Föreningen Svensk Företagshälsovård.

Företagshälsovården skall, oaktat kompetens- eller ansvarsförhållanden, ersättas för första besöket hos respektive företagsläkare oavsett sjukdom/symtom. Syftet med detta är att patienten inte skall behöva hänvisas till annan vårdgivare i det första mötet med sjukvårdssystemet. Det faktum att företagshälsovården tar emot förstagångsbesöket tillför primärvården en bruttoresurs på ett femtontal läkare inklusive övriga resurser. Arbets sättet ger ökad tillgänglighet och närhet för patienten och ett effektivare flöde i systemet. Sannolikheten för tidig upptäckt av arbetsrelaterade problem ökar och därmed möjligheten att komma igång tidigt med förebyggande åtgärder.

Även Värmlands läns allmänna försäkringskassa har sedan 1994 tecknat avtal med företagshälsovården i Värmland. Avtalet syftar till att upphandla arbetslivsinriktade åtgärder för yrkesverksamma och arbetslösa med medicinsk funktionsinskränkning. Ytterligare syften med projektet är att försäkrade med funktionsinskränkning av sammansatt och svårbedömd karaktär skall ges möjlighet att genomgå arbetsrehabilitering på hemorten och att tiden från sjuk-skrivningsdag till att den yrkesinriktade rehabiliteringsåtgärden påbörjas skall kortas genom ett snabbare flöde mellan primärvård och företagshälsovård.

Sjukförsäkringsutredningen har inhämtat Försäkringskassans i Värmland erfarenheter av tidigare samverkansavtal. Försäkringskassan framför att styrkan inom företagshälsovården är att den är heltäckande i länet, d.v.s. geografiskt spridd och representerad i varje kommun och därmed liggande i nära anslutning till primärvården. Den är vidare tvärvetenskapligt sammansatt. Detta borgar för att arbetsmiljön på ett heltäckande sätt kan åtgärdas. Närheten till arbetsplatsen innebär i sig att företagshälsovården oftast har en mycket god kännedom om de risker och de möjligheter som finns i det enskilda fallet.

Avtalet har i grunden kunnat ses som en förstärkning av ekonomin inom företagshälsovården. Vidare har primärvården kunnat avlastas många av de uppgifter som annars hör till deras verksamhet. Framförallt gäller det den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som vanligtvis kräver god kunskap, är tidskrävande och i många fall kräver en närhet till arbetsplatsen. De flöden som uppkommit i och med avtalet har resulterat i ett naturligt omhändertagande. Rehabiliteringen har kunnat initieras tidigare.

Från att under 1980- och tidigt 1990-tal haft att hantera belastningssjukdomar har på senare år den psykiska ohälsan med stress-

reaktioner, utmattnings- och utbrändhetssymtom blivit allt vanligare. De möjligheter som finns inom företagshälsovården att hantera, stressreaktioner och belastningsskador saknas enligt försäkringskassan inom övrig sjukvård då ett lyckat resultat förutsätter närheten till arbetsgivaren. Möjligheten att hantera sjukskrivningsinstrumentet förefaller, åtminstone vid längre sjukfall, vara större inom företagshälsovården än inom övrig primärvård.

Sammanfattningsvis är försäkringskassans erfarenheter att företagshälsovården genom avtalet kommer in tidigt i de arbetsrelaterade sjukfallen. Vidare har företagshälsovården genom kompetens och närhet till arbetsledning och arbetsmiljö optimerat möjligheten för en lyckad rehabilitering. Avtalen har ökat kunskapen inom primärvården om företagshälsovårdens arbetsätt och möjligheter.

Försäkringskassan har inte funnit några uppenbara nackdelar eller risker med avtalen. De torde för såväl den enskilde, som för landsting och arbetsgivare innebära fördelar. Huruvida ohälsan på sikt minskar är ännu idag för tidigt att uttala sig om.

### *Iakttagelser i regionala sjukfallstudier*

Utredningen har låtit sammanställa ett 50-tal regionala sjukfallstudier från den senare delen av 1990-talet och funnit att företagshälsovården i större utsträckning än andra vårdinstanser använder partiell sjukskrivning. Sannolikt beror det på att företagshälsovården har en större inblick i den sjukskrivnes arbetsuppgifter. Företagshälsovården är oftare den sjukskrivande instansen vid sjukfall relaterade till stress och utbrändhet. Sammanställningen visar också att denna diagnos i större utsträckning leder till kortare sjukskrivningstider och partiell sjukskrivning om läkarintygen kommer från företagshälsovården. (Se även bilaga 4)

### *Projekt – Långtidsfriska*

Johnny Johnsson, företagsläkare vid Stora Enso Fors AB, har under 1990-talet studerat hälsofrämjande faktorer som skapar långvarig hälsa.<sup>16</sup> Ett arbetsplatsprogram har genomförts och utvärderats i termer av långtidsfriska (antal personer som inte varit sjuk-

---

<sup>16</sup> Johnny Jonsson, Projekt-Långtidsfriska, Stora Enso Fors AB, 2000-08-24.



skrivna under två år), allmänna ohälsotal, utvecklingsvilja och trivsel. Programmet har pågått 1991–2000 och innefattat organisationsutveckling, industriutveckling, speciella arbetsmiljöutvecklingar och utveckling av förebyggande, underhållande och rehabiliterande metoder inklusive friskvård. Jonsson har funnit att insatserna varit mycket lönsamma (låga sjukskrivningsfrekvenser, hög rehabiliteringsgrad och ett ökande antal långtidsfriska) men också att arbetssättet kräver en hög grad av långsiktighet.

### 3.9.6 Utbildning i företagshälsovård

Arbetslivsinstitutet har enligt sin instruktion (1995:864) bl.a. till uppgift att bedriva utbildning på arbetsmiljöområdet. I utbildningen ingår grundutbildning och fortbildning av företagsläkare, företagssköterskor, sjukgymnaster, beteendevetare och arbetsmiljöingenjörer. Denna viktiga utbildning har dock på grund av besparingar inom Arbetslivsinstitutet minskat i omfattning det senaste året.

Näringsdepartementet har i en promemoria 2000-05-08 diskuterat följande problem i utbildningsfrågan: Tillräckliga ekonomiska resurser saknas, samtidigt som stora pensionsavgångar gör att det finns ett överhängande behov av att öka utbildningskapaciteten. Det råder brist på utbildningstjänster och handledare i läkarutbildningen. Större geografisk spridning vore önskvärd så att det blir lättare, och billigare, att delta i utbildningen. Därutöver diskuteras också om utbildningsuppdraget bör spridas till fler utbildningsanordnare och om resursfördelningen mellan olika personalkategoriernas utbildning bör ses över.

### 3.9.7 Internationella åtaganden<sup>17</sup>

#### *EU-direktiv*

Det s.k. ramdirektivet på arbetsmiljöns område, 89/391 EEG, om åtgärder som främjar förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet, innehåller minimikrav för säkerhet och hälsa på arbetsplatsen. Artikel 7 behandlar skydds- och förebyggande åtgärder. Av artikel 7.3 framgår att i situationer där skydds- och före-

---

<sup>17</sup> Uppgifter i avsnittet är i huvudsak hämtade från Regeringens proposition 1998/99:120 om Företagshälsovård.

byggande verksamhet inte kan organiseras på grund av brist på kompetent personal i företaget/verksamheten skall arbetsgivaren anlita sakkunnig hjälp utifrån. Av artikel 7.5 framgår att utifrån anlidade företag eller personer skall ha tillräckliga kunskaper samt personella och professionella resurser. Företagshälsovården kan vara en sådan resurs som arbetsgivaren tar hjälp av i ovanstående situationer.

### *ILO – Den internationella arbetsorganisationen*

ILO:s konvention (nr 161) om företagshälsovård innehåller riktlinjer för en nationell politik om företagshälsovård, företagshälsovårdens uppgifter, organisation och dess verksamhetsvillkor samt allmänna villkor. I konventionens artikel 1 definieras företagshälsovård som tjänster vilka huvudsakligen avser förebyggande uppgifter och ansvar för rådgivning till arbetsgivare, arbetstagare och deras representanter i frågor angående krav på utformande och upprätthållande av en säker och hälsosam arbetsmiljö och anpassning av arbetet till arbetstagarens förutsättningar med hänsyn till deras fysiska och psykiska hälsa.

I artikel 5 framgår att företagshälsovårdens uppgifter med hänsyn till riskerna på arbetsplatsen bl.a. skall vara att identifiera och bedöma hälsorisker, övervaka de faktorer i arbetsmiljön och arbetsrutiner som kan påverka arbetstagarens hälsa, ge råd om arbetets planering och organisation, delta såväl i utvecklingen av program för förbättring av arbetsmetoder som vid provning och bedömning av ny utrustning ur hälsosynpunkt. Vidare skall företagshälsovården ge råd om hälsa och säkerhet i relation till arbetet och yrkeshygien samt ergonomi och individuell och kollektiv skyddsutrustning och övervaka arbetstagarens hälsa i samband med arbetet. Företagshälsovården skall också främja arbetets anpassning till arbetstagaren, bidra till åtgärder för yrkesinriktad rehabilitering, medverka till tillhandahållande av information och utbildning inom sitt område, organisera första hjälpen och akutsjukvård samt delta i analyser av olycksfall i arbetet och arbetsrelaterade sjukdomar.

Artikel 9 och 10 anger att företagshälsovården i enlighet med nationell lagstiftning och praxis skall vara multidisciplinär samt professionellt oberoende i förhållande till arbetsgivare, arbetstagare och deras företrädare.

Enligt artikel 3 har medlemsstaterna åtagit sig att successivt bygga ut företagshälsovården för alla arbetstagare. Detta kan enligt artikel 6 ske genom lagstiftning, kollektivavtal eller på annat sätt som godkänns av en behörig myndighet i samråd med arbetsmarknadens parter.

### *Europarådets sociala stadga*

Europarådets sociala stadga (ursprungligen från 1954) innehåller en rad principer och åtaganden vilka konventionsstaterna skall stäva efter att förverkliga. Arbetstagare skall ha rätt till säkra och hälsosamma arbetsförhållanden. Konventionsstaterna har bl.a. förbundit sig att utforma och genomföra en enhetlig nationell politik avseende säkerhet, hälsa på arbetsplatser och arbetsmiljö. Främsta syftet skall vara att förbättra säkerheten på arbetsplatsen samt förebygga arbetsrelaterade olyckor och skador.

Sverige har i maj 1998 ratificerat den reviderade sociala stadgan (från 1996) med undantag av bl.a. artikel 3.4. Av denna artikel framgår att konventionsstaterna skall främja utvecklingen av företagshälsovård som har en huvudsakligen förebyggande och rådgivande funktion för alla arbetstagare. Funktionerna, organisationen, och de organisatoriska förhållandena för dessa tjänster skall bestämmas enligt nationella lagar och förordningar, kollektivavtal eller andra åtgärder som är lämpliga med hänsyn till nationella förhållanden. Att Sverige har undantagit denna artikel beror på det pågående utredningsarbetet beträffande företagshälsovården.

### **3.9.8 Internationell jämförelse och företagshälsovårdens framtida roll**

I kapitel 4, Internationella jämförelser, redovisas kortfattat företagshälsovårdens förhållanden i Finland, Danmark och Nederländerna. Det frågor som framförallt nu diskuteras i Sverige är vilken roll företagshälsovården skall ha i arbetet med prevention och rehabilitering och i vilken utsträckning företagshälsovården även skall erbjuda traditionell sjukvård. I kapitel 7 redovisar utredningen överväganden och förslag beträffande företagshälsovårdens framtida roll i sjukskrivningsprocessen.

### 3.10 Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Enligt utredningens direktiv skall vikten av förebyggande insatser och arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att minska individens risk att drabbas av långvarig nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom beaktas. Utredningen har tagit del av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringens<sup>18</sup> slutbetänkande *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum* (SOU 2000:78). I följande avsnitt sammanfattas några av Rehabutredningens förslag. I den mån förslagen angränsar till de förslag som Sjukförsäkringsutredningen lägger kommenteras detta i kapitel 7.

Rehabutredningen föreslår att det införs ett nytt begrepp, *rehabilitering till arbete*. *”Rehabilitering till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäkringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete.*

Vidare föreslår Rehabutredningen att en lagstadgad och överklagningsbar rätt till rehabiliteringsutredning införs. Rätten inträder efter fyra veckors sjukskrivning eller tidigare om individen själv begär det. Rätten innebär en oberoende och grundlig utredning om behov av rehabiliterande insatser. Försäkringsgivaren får ansvar för att utredningen genomförs. (I dag har arbetsgivaren en skyldighet att göra utredningen.) Rehabutredningen föreslår att en lagstadgad rätt till mentor införs. Rätten inträder efter fyra veckors sjukskrivning om individen själv begär det. Försäkringsgivaren får ansvar för att tillhandahålla mentorer.

Rehabutredningen föreslår att personalekonomisk redovisning inom offentlig sektor införs. Senare skall prövas om sjukförsäkringsavgiften skall variera för arbetsplatser inom den offentliga sektorn efter sjuktal. Vidare föreslås att offentliga arbetsgivare skall ges möjlighet att ansöka om bidrag från försäkringen för en tredjedel av den kostnad som varit aktuell för den anställde i samband med rehabilitering. En informationskampanj bör genomföras om arbetsgivares ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering och möjligheterna att göra avdrag för kostnader relaterade till företagshälsovård och rehabilitering.

---

<sup>18</sup> Fortsättningsvis kallad Rehabutredningen.

Egenföretagare skall i den nya rehabiliteringsförsäkringen så långt det är möjligt jämföras med arbetstagare vid prövning av rätten till rehabiliteringsinsatser. Det betyder att egenföretagares arbetsförmåga skall prövas inte enbart mot nuvarande arbetsuppgifter i den egna näringsverksamheten utan även mot möjligheten att erhålla andra arbetsuppgifter i den egna näringsverksamheten. Genom denna förändring likställs företagare och arbetstagare fullt ut i den nya rehabiliteringsförsäkringen. Försöksverksamhet med rådgivare (case manager) som stöd för mindre arbetsgivare i rehabiliteringsarbetet bör genomföras i några län.

En offentlig huvudaktör (istället för dagens fyra) ges huvudansvaret för samordning av rehabilitering till arbete. Denna huvudaktör, försäkringsgivaren, får ansvar för att beräkna och betala ersättning till individen och ansvar för att rehabiliteringsutredningar görs. Vidare skall försäkringsgivaren aktivt verka för att den sjukskrivne individen kan komma åter i sitt tidigare arbete eller – om detta inte är möjligt – i likvärdigt arbete. (Inte som nu, normalt förekommande arbete.) Försäkringsgivaren får också ett uppföljningsansvar så att uppnådda positiva effekter kan vidmakthållas. Slutligen skall försäkringsgivaren även arbeta med förebyggande insatser. Den nya och kraftfullare rollen för försäkringsgivaren innebär, enligt Rehabutredningen, inte att övriga huvudmän får mindre ansvar. De skall även i fortsättningen tillhandahålla och bistå med de kompetenser och insatser som ligger i deras ansvarsområden.

Rehabutredningen föreslår att genom individuella köp av rehabiliteringstjänster ökade möjligheter ges att skynda på insatser när exempelvis långa väntetider hindrar. Vidare skall försäkringsgivaren (i försöksverksamhet) ges möjlighet att köpa enklare vård och behandlingstjänster för att skynda på.

Rehabutredningen föreslår att en helt ny statlig myndighet, Rehabiliteringsstyrelsen, inrättas för att leda och samordna arbetet med den nya rehabiliteringsförsäkringen. Den regionala organisationen skall kraftigt förstärkas. En fristående metod- och utvärderingsenhet skall inrättas.

Uppgift om orsak till sjukfrånvaro, yrke, bransch, rehabilitering, kostnader m.m. skall registreras för uppföljning och förebyggande arbete. Arbetsplatser som avviker med hög sjukfrånvaro och omfattande rehabiliteringsbehov skall kontaktas för information och råd. Vidare föreslås att kraven på rätt till sjukpenning i före-

byggande syfte mildras och ökade möjligheter till behandling i förebyggande syfte möjliggörs.

Beträffande finansiering föreslår Rehabutredningen att verksamheten finansieras med avgifter från arbetsgivare och egna företagare samt övergångsvis med statsbidrag från staten. I ett första steg byggs en fiktiv fond för försäkringen upp. Efter en treårsperiod skapas en från statsbudgeten helt fristående fond för rehabilitering till arbete. Avgifterna får variera efter fondens utgifter och därmed förändringar i landets totala hälsoläge. Det är upp till riksdagen att årligen fastställa avgiften. Kammarkollegiet ges i uppdrag att förvalta fondens medel.

Avslutningsvis lämnas även förslag om en etisk plattform, förslag om prioritering av vilka som skall få rehabilitering och förslag i syfte att minska den regionala skillnaderna. Tillgången till rehabiliteringsmöjligheter skall vidgas och rehabilitering skall bli möjlig under en längre period, då den nuvarande ettårsgränsen föreslås förlängas till högst 18 månader. Rätten att studera med rehabiliteringsersättning skall utökas, en flexiblare användning av arbets hjälpmedel föreslås och forskning och utbildning skall stärkas.

### 3.11 Samband sjukpenning – förtidspension

Statskontoret har för utredningens räkning vidareutvecklat den tidigare redovisade beskrivningen av sambandet mellan sjukskrivning och förtidspension.<sup>19</sup> Rapporten redovisas i sin helhet i bilaga 8 *Den långa sjukfrånvaron på två års sikt*. Nedan återges en sammanfattning.

Den framtida utvecklingen av antalet sjukfall som varat mer än ett år kan beskrivas utifrån tre olika scenarier. I scenario 1 fortsätter utvecklingen som under de senaste åren, vilket innebär en kraftig ökning av antalet sjukfall på två års sikt. I scenario 2 beskrivs hur åtgärder vidtas för att åstadkomma en stabilisering eller svag minskning under motsvarande tid och i scenario 3 hur åtgärder vidtas för att åstadkomma ett kraftigt trendbrott mot snabbt sjunkande antal. De åtgärder som kan vidtas är ökad rehabilitering och förtidspensionering.

Åtgärden ökad förtidspensionering torde i första hand kunna användas för att öka utflödet eftersom det närmast är bland de sjukfall som redan varat mer än ett år som behovet kan finnas.

---

<sup>19</sup> SOU 2000:72 Basfakta och utvecklingsmöjligheter.

Åtgärden medför initialt en viss ökning av administrationskostnaderna som på sikt vänds till en minskning. Försäkringskostnaderna påverkas i positiv riktning, men det är osäkert hur mycket. Förtidspensioneringen för med sig en betydande nackdel genom att den bidrar till det redan växande problemet med sysselsättning och försörjningsbörda.

Åtgärden rehabilitering skulle kunna påverka såväl utflödet, genom att personer som varit sjukskrivna över ett år återfår sin arbetsförmåga, som inflödet, genom rehabilitering av personer som ännu inte varit sjukskrivna så länge, men som annars skulle riskera att bli det. Erfarenheten talar för att det är i syfte att påverka inflödet som det finns en större potential, eftersom rehabilitering högst sannolikt är mer effektiv bland de kortare sjukfallen. Rehabilitering medför initialt ett ökat resursbehov. En god kontroll på kostnadseffektiviteten inom verksamheten torde innebära att rehabiliteringen kan nå upp till sin fulla potential. En god kontroll förutsätter dock att ansvariga aktörer kan identifiera de fall där rehabilitering bör vara aktuell och kan leda till en besparing.

Om behovet av god kontroll är tillgodosett borde resursbehovet kunna tillgodoses genom en överföring från försäkrings- till administrationsmedel. Resurser motsvarande 2 miljarder kronor skulle kunna användas för att bidra till den stabilisering som åstadkoms om 20 000 fall per år kan rehabiliteras. Om ökningen av antalet sjukfall i stället kan förbytas i en nedgång kan mer än 100 000 kronor per lyckat rehabiliteringsfall användas eftersom det då uppkommer en besparing på längre sikt.

Om rehabilitering används för att åstadkomma det i scenarierna beskrivna trendbrottet uppkommer, kanske nödvändiga, positiva effekter på sysselsättningen och försörjningsbördan.

### 3.12 Samband sjukvård – sjukförsäkring

Statkontoret har för utredningens räkning fördjupat den tidigare redovisade studien<sup>20</sup> om sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen. Rapporten redovisas i sin helhet i bilaga 9 *Sjukskrivning i väntan på vård*. Nedan återges en sammanfattning.

En sjukskrivning kan förlängas på grund av att en patient får vänta på ett eller flera led i en vårdprocess som börjar med att

---

<sup>20</sup> SOU 2000:72 Basfakta och utvecklingsmöjligheter.

patienten blir sjuk och söker vård och som förhoppningsvis avslutas med att patienten blir frisk.

Det pågår sedan länge en debatt om väntetider i vården och konsekvenserna av dessa. Denna debatt har bland annat resulterat i överenskommelser mellan stat och landsting i frågor om tillgänglighet till vård. En sådan överenskommelse innebär att det ska finnas information om väntetider till mottagning och behandling tillgänglig i en nationell databas. Av sådan information, som sammanställs av Landstingsförbundet, framgår att väntetider är allmänt utbredda i vården. Den förväntade längsta väntetiden till mottagning och behandling varierar högst markant mellan såväl sjukhus som kliniktyp.

För att få en uppfattning om hur länge sjukskrivna får vänta på vård, och därmed hur mycket sjukskrivning som väntetider i vården leder till, måste emellertid en annan typ av information inhämtas. På uppdrag av Sjukförsäkringsutredningen har en studie genomförts för att inhämta sådan information. Huvudsyftet med studien är att ge en konkret beskrivning av i vilken utsträckning sjukskrivning orsakas av väntetider i vården.

Studien avser väntetider i samband med fyra olika operationstyper inom ortopedi, nämligen meniskartroskopi, ryggoperationer (operation av diskbräck och spinal stenos), karpaltunneloperationer och axeloperationer. De data som insamlats motsvarar mellan en och två och en halv procent av alla sådana operationer som genomförs i landet under ett år.

Studien visar att väntetiderna till såväl mottagning som operation i genomsnitt väsentligt understiger de längsta förväntade väntetider som framgår av Landstingsförbundets statistik. De flesta som ingår i studien är inte sjukskrivna under väntetiden, trots att de operationstyper som studerats valts med utgångspunkt i att sjukskrivning borde förekomma i relativt stor utsträckning.

De som är sjukskrivna under väntetiden får vänta lika länge eller kortare tid än övriga. Den sammanlagda tiden från vårdbegäran till operation uppgår i genomsnitt (median) till drygt två månader för meniskartroskopi och karpaltunneloperation, ca fyra och en halv månad för ryggoperation samt ca tio månader för axeloperationer för patienter som var sjukskrivna före operation. En del av tiden mellan vårdbegäran och operation är emellertid inte sjukskrivningstid orsakad av väntetid.

De väntetider som studerats representerar inte alla typer av väntetider i vården. Endast fyra olika operationstyper har studerats.



Antalet kliniker är vidare för litet för att vara ett urval som är representativt för situationen i landet som helhet. I vilken storleksordning som väntetid till de studerade operationerna orsakar sjukskrivning är ändå möjligt att få en uppfattning om utifrån det studerade materialet. En uppräknig av materialet skulle ge ungefär en halv miljon sjukdagar per år i hela landet.

I vilken utsträckning väntetiderna eller andra problem i sjukförsäkringen beror på brister i samordningen mellan sjukvård och sjukförsäkring kan inte fastställas. Det i många avseenden starka sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring, liksom resultatet av det s.k. FINSAM-försöket, talar emellertid för att samordning är en del av lösningen.

Ett av de stora och grundläggande problemen med det område som här studerats är bristen på kunskap. Det borde kunna ställas krav på att det ska finnas viss grundläggande information om sjukskrivning under väntan i vården åtminstone på regional nivå.

### 3.13 Uppföljning av sjukfrånvaron, statistik m.m.

Enligt direktiven (1999:11) till Sjukförsäkringsutredningen ingår att redovisa vilken statistik som finns på området, klargöra eventuella brister och lämna förslag på vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga i Riksförsäkringsverkets (RFV) databaser.

Utredningen konstaterade i sitt delbetänkande Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72) att avsaknaden av väsentliga data och bristen på enhetlighet i befintliga data gör att det för närvarande inte finns förutsättningar för en övergripande och fortlöpande analys av sjukfrånvaron och dess orsaker.

Det finns snarast anledning att skärpa denna skrivning. Flera av de undersökningar, samkörningar mellan register och specialanalyser som genomförts av utredningen eller av andra sedan delbetänkandet lades, har lett till resultat och slutsatser som, om data funnits tillgängliga i RFV:s register, skulle ha kunnat genomföras till avsevärt lägre kostnader. Men framför allt skulle flera av de iakttagelser som utredningen nu kan redovisa ha kunnat bli synliga redan under första delen av 1998.

I delbetänkandet framförde utredningen av RFV bör ges möjligheter att komplettera sitt sjukförsäkringsregister med uppgifter avseende diagnoser, intygsskrivande läkare, arbetsställen och yrken. Detta förutsattes kunna ske utan att den enskildes integritet hotas.

Utredningen gav i september 2000 RFV i uppdrag att för utredningens räkning kartlägga och redovisa vilka data som skulle erfordras för en fortlöpande heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaron och därvid särskilt peka på eventuella tekniska och regelmässiga hinder.

Resultatet av kartläggningen och utredningens ställningstaganden till det förslag RFV lämnat redovisas i kapitel 7 och i bilagorna 10 och 11.

### 3.14 Övriga frågor

#### 3.14.1 Högriskskydd

För att undvika att personer med hög sjuklighet skulle få svårigheter att få arbete, infördes 1992 ett särskilt högriskskydd. Arbetsgivaren får då ersättning för sjuklönekostnader från försäkringskassan för en anställd som blivit beviljad högriskskydd. När regeln infördes var sjuklönen 75 procent av den lön och andra anställningsförmåner som den anställde gick miste om till följd av sjukdom de tre första dagarna och därefter 90 procent. Den som beviljats högriskskydd fick ersättning med 90 procent från första dagen.

Reglerna om högriskskydd har anpassats efter andra regeländringar under 1990-talet. Vid karensdagens införande, den 1 april 1993, kom högriskskyddet att omfatta även karensdagen. Den 1 januari 1998 utökades högriskskyddet så att även personer med risk för en eller flera längre sjukperioder kan ansöka om högriskskydd. Dessa personer måste dock själva stå för karensdagen.

I början av år 2000 var cirka 6 800 personer berättigade till särskilt högriskskydd, motsvarande siffra 1993 var 8 800. 66 personer var i januari 2000 beviljade det utökade särskilda högriskskyddet och i maj 2000 hade antalet ökat till 83 personer.<sup>21</sup> Utredningen fann det anmärkningsvärt att så få beviljats det utökade särskilda högriskskyddet och uppdrog därför åt Riksförsäkringsverket att undersöka pågående ärenden med utökat särskilt högriskskydd. Undersökningen finns beskriven i sin helhet i bilaga 12. Nedan ges en sammanfattning:

Den 20 september 2000 fanns det 102 försäkrade i Sverige som hade beslut om särskilt högriskskydd vid risk för en eller flera längre sjukfall. För dessa 102 försäkrade skickades en enkät till den

---

<sup>21</sup> Källa: RFV.

försäkringskassa den försäkrade tillhör. Totalt 99 svar på enkäten ligger till grund för den redogörelse som följer. Den försäkringskassa som har fattat flest beslut om bifall är Vetlanda med 17 st. Därefter kommer Västerås med 16 st., Sundsvall med 12 st. och Mölnlycke med 11 st. I hela Stockholms län har 12 st. försäkrade beslut om bifall. Av dessa är 3 st. beslut fattade av kassan i Upplands Väsby och 9 st. med postadress Bromma.

Samtliga försäkrade med utökat särskilt högriskskydd är svenska medborgare. Kvinnorna utgör 68 procent och männen 32 procent. Den försäkrade som är yngst är född år 1973 och den som är äldst är född år 1938. Födda på 1930-talet är 5 st. försäkrade, på 1940-talet 25 st., på 1950-talet 33 st., på 1960-talet 29 st. och 7 st. försäkrade är födda på 1970-talet.

90 försäkrade är anställda och 9 är arbetslösa. Nästan hälften (48 st.) är privat anställda. 15 personer är anställda inom kommunen (inkl. kommunala bolag) och 13 försäkrade är anställda inom landstingen (inkl. landstingsägda bolag) och 9 försäkrade är statligt anställda (inkl. affärsdrivande verk och statliga bolag). I annan offentlig förvaltning har 2 försäkrade anställning.

Den mest förekommande diagnosen är migrän (10 st. försäkrade). Andra exempel på diagnoser är diskbräck, fibromyalgi, kronisk värk, MB Bechterew, reumatoid artrit, whiplashskada. Vid genomgång av diagnoserna uppkommer frågan om dessa sjukdomstillstånd är sådana att den försäkrade riskerar att insjukna under en eller flera längre perioder, vilket var syftet med införandet av de s.k. utökade särskilda högriskskyddet.

Varje beslut om bifall som försäkringskassan fattar registreras med en speciell kod. En försäkrad som fått beslut enligt 13 § första stycket 1. (större antal sjukperioder) har en kod och den som fått beslut enligt 2. (en eller flera längre sjukperioder) i Sjuklönelagen (SjLL) har en annan kod. Utifrån angivna diagnoser som ligger till grund för beslut uppkommer otvivelaktigt frågan om handläggningsfel/felkodning hos försäkringskassorna i vissa ärenden. Om så är fallet är frågan vilken orsaken är till detta. En del försäkrade som fått beslut enligt 2. borde enligt RFV:s mening ha fått beslut enligt 13 § första stycket 1. SjLL, ex. migrän.

Som tänkbara förklaringar till att så få har utökat särskilt högriskskydd har försäkringskassan svarat Riksförsäkringsverket att den försäkrade inte själv har någon nytta av beslutet i och med att de fortfarande mister ersättning under karensdagen. Även bristande kunskap hos arbetsgivaren nämns som en av orsakerna.

Att vissa lokalkontor har många beslut om bifall väcker frågor, bl.a. om det är fråga om handlägningsfel eller om det bara är vissa arbetsgivare som uppmärksammat de möjligheter som lagen ger.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det är få personer som har beslut om utökat särskilt högriskskydd. Anledningen till detta är oklart. Det finns all anledning att ytterligare undersöka bakomliggande faktorer. Utredningen gör också bedömningen att det behövs mer information inte bara till arbetsgivare, utan också till läkare och andra yrkesgrupper som kommer i kontakt med personer med nedsatt arbetsförmåga. Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna bör också säkerställa att handläggarna har adekvat kunskap och att statistiksystemet är väl fungerande. Förslagen redovisas i kapitel 7.

## 4 Internationella erfarenheter

### 4.1 Inledning

I uppdraget att utreda sjukförsäkringen ingår att göra en internationell utblick och att redovisa erfarenheter och idéer från andra länder. Utredningen har besökt Norge, Finland, Danmark och Nederländerna för att dra lärdom, göra jämförelser och diskutera erfarenheter av genomförda förändringar och planer för framtida förändringar.

Utredningen har även besökt Europaparlamentet och EU-kommissionen. Visserligen faller inte socialförsäkringen inom EUs kompetens. EU ser dock socialförsäkringarna som viktiga strategiska instrument för att uppnå övergripande EU-mål t.ex. inom sysselsättningsområdet. Benchmarking länderna emellan uppmuntras. Någon harmonisering av de sociala systemen är inte att vänta, däremot sätts gemensamma mål, för t.ex. sysselsättning och arbetsorganisation. Respektive lands regler och möjligheter för sjukförsäkring, rehabilitering och förtidspensionering har enligt EUs uppfattning påverkan på möjligheterna att nå uppsatta sysselsättningsmål.

*Norge* har liksom Sverige en utveckling med ökade sjuktal under 1990-talets andra hälft. En utredning tillsattes där i april 1999 för att utreda orsakerna till ökningen i sjukfrånvaro och förtidspension. Den 15 september 2000 lämnades betänkandet *Sykefravaer og utforepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv* NOU 2000:27. Bland förslagen kan här nämnas, införandet av egenrisk för den enskilde med 20 procent under sjuklöneperioden dag 1–16 och förslaget att arbetsgivarna skall betala 20 procents sjuklön från dag 17–365.

*Finland* har inte som Sverige och Norge haft en så dramatisk ökning i sjukfrånvaron de senaste åren. Däremot finns i Finland en oro för att allt färre arbetar fram till 65 års ålder. Genomförda förändringar på senare tid har därför syftat till att höja åldern för utträde ur arbetslivet. I Finland förekommer att arbetsgivaren fort-

sätter att betala lön vid sjukdom utöver lagen om arbetsavtal. Om så sker betalar Folkpensionsanstalten den försäkrades dagpenning till arbetsgivaren. Finland har en lång tradition med företagshälsovård. Arbetsgivaren är enligt lag skyldig att anordna företagshälsovård och får ersättning av folpensionsanstalten för detta med 50 procent upp till ett visst maxibelopp.

I *Danmark* har kommunerna ansvaret för sjukförsäkringen. Arbetsgivarna betalar sjuklönen i två veckor. Offentliga arbetsgivare betalar för sina anställda under hela sjukperioden. Sjukpenningen ersätter inkomstbortfallet med 100 procent upp till maximalt 2 846 danska kronor per vecka. I Danmark finns ingen karenssdag.

*Nederländerna* har under 1990-talet genomfört stora förändringar i sitt sjukförsäkringssystem. Sedan mars 1997 betalar arbetsgivarna sjuklönen i 12 månader. Sjuklönens nivå är 70 procent, men i regel får de allra flesta 100 procents ersättning. Någon karenssdag tillämpas i praktiken inte. Arbetsgivarna kan försäkra sig via privata försäkringsbolag.

Gemensamt för Norge, Finland, Danmark och Nederländerna är att sjukersättningen upphör efter ett år. För ersättning därefter krävs en kvalificerad bedömning av arbetsförmågans nedsättning, varaktighet och rehabiliteringspotential. Generellt sett är självrisken för den enskilde i dessa länder lägre än i Sverige.

I följande avsnitt beskrivs systemen i Finland, Danmark och Nederländerna. För Norges del görs en sammanfattning av förslagen i betänkandet *Sykefravaer og utforepensjonering – Et inkluderende arbetsliv* NOU 2000:27. Det norska systemet finns beskrivet i delbetänkandet *Basfakta och utvecklingsmöjligheter* SOU 2000:72.

Ytterligare internationella erfarenheter finns att ta del av i en rapport till Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08), Social trygghet vid arbetsoförmåga – En jämförelse mellan tio länder. Författarna Sisko Bergendorff och Per Johansson beskriver där systemen i Nederländerna, USA (Kalifornien), Australien (New South Wales), Frankrike, Spanien, Tyskland, Danmark, Finland, Norge och Storbritannien.

## 4.2 Sjukförsäkringen i Norge

Utredningen har i delbetänkandets kapitel 4 beskrivit sjukförsäkringen i Norge.<sup>1</sup> Sammanfattningsvis kan sägas att den norska försäkringen för sjukpenning, rehabilitering och förtidspension administreras och organiseras inom ramen för en offentlig och obligatorisk socialförsäkring. Ansvarig försäkringsmyndighet är Trygdekontoret. Det finns stora likheter mellan Sverige och Norge beträffande regelverk för sjukförsäkring och sjukförsäkringens utveckling. Precis som i Sverige har sjukskrivningarna ökat. En utredning tillsattes i april 1999 för att utreda orsakerna till ökningen i sjukfrånvaro och förtidspension och lämna förslag så att sjukfrånvaro och förtidspensionering minskar.

Den 15 september 2000 lämnades betänkandet *Sykefravaer og utforepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv* NOU 2000:27. Där redovisas gällande regelverk för sjukpenning, attföringspenning, rehabiliteringspenning och förtidspension.<sup>2</sup> Likaså redovisas utvecklingen på arbetsmarknaden, befolkningsutvecklingen och sjukpenningen och förtidspensioneringens utveckling de senaste åren. Möjliga orsaker till ökningen analyseras, liksom könsskillnader. Genomförda lagändringar i Norge och andra länder värderas och slutligen lämnas förslag som kan bidra till lägre sjukfrånvaro och minskad förtidspensionering. Nedan görs en sammanställning av, för den svenska sjukförsäkringsutredningen, intressanta tankar.

### 4.2.1 Förslag som förebygger och minskar sjukfrånvaro och stärker arbetsförmågan<sup>3</sup>

Antal dagar med sjukpenning från försäkringen, folketrygden, ökade från 8,2 sjukfrånvarodagar per sysselsatt 1994 till 11,7 dagar 1999. Under samma period har antalet sjukpenningdagar som betalas av folketrygden ökat med 69 procent. I prognoser antas att utgifterna för sjukpenning kommer att öka med cirka 50 procent från 1999 till 2005.

För att komma åt den negativa utvecklingen menar utredningen att en helhetslösning måste till i samarbete mellan arbetslivets par-

---

<sup>1</sup> SOU 2000:72 Sjukförsäkringen - Basfakta och utvecklingsmöjligheter, sid 49-59.

<sup>2</sup> Attföringspenning utgår vid yrkesinriktad rehabilitering och rehabiliteringspenning vid medicinsk rehabilitering.

<sup>3</sup> Sykefravaer og utforepensjonering - Et inkluderende arbeidsliv NOU 2000:27, kapitel 10, sid 16-23 och sid 204-247.

ter och myndigheter. Det finns inte någon enkel förklaring till varför sjukfrånvaron ökar och de lagändringar som verkstälts har inte haft någon direkt effekt i form av lägre sjukfrånvaro. För att lyckas med att få ner sjukfrånvaron måste flera typer av förändringar göras samtidigt. Arbetsmiljön måste förbättras för att förebygga, särskilda åtgärder måste sättas in för att snabbare få sjukskrivna åter i arbete och hindra permanent frånvaro från arbetslivet.

Utredningen har slagit fast följande grundläggande principer:

1. Arbetsplatsen och förhållandet mellan arbetsgivare och anställd skall vara primärt fokus i det förebyggande arbetet.
2. Förslagen skall ge ökat ansvar till både arbetsgivare och arbetstagare.
3. Förändrade regler inom sjukförsäkringen skall syfta till att förstärka arbetstagarens anknytning till arbetslivet.
4. Det skall vara ekonomiskt lönsamt för både arbetsgivare och arbetstagare att risken för långvarig sjukfrånvaro minskar.
5. Förslagen skall vara kostnadsneutrala i förhållande till dagens situation.
6. Alla inblandade aktörer skall agera koordinerat för en gemensam målsättning.

Utredningen föreslår följande modell för uppföljning av sjuk-anmälda:

#### *Fas 1: Frånvaro från 1–16 dagar*

Sjukfrånvaron skall styrkas med en försäkran, där den sjukskrivne anger; orsaken till frånvaron, om frånvaron är relaterad till arbets-situationen, vad som skulle kunna göras för att underlätta arbets-återgång och beräknad återkomst. För att begränsa läkarbesök föreslås att möjligheten att vara sjuk tre dagar utan läkarintyg högst fyra gånger per år, ändras så att åtta dagar utan läkarintyg per sjukfrånvarotillfälle begränsas till högst 24 kalenderdagar under en tovmånadersperiod.



*Fas 2: 16 dagar – 8 veckor*

Under denna fas skall det göras en funktionsbedömning och en bedömning av vad som kan göras för att den sjukanmälda skall komma tillbaka i arbete. Är det aktuellt med "aktiv sjukskrivning"?<sup>4</sup> Företagshälsovården skall ha en nyckelroll. Senast efter åtta veckor skall arbetsgivaren se till att en uppföljningsplan skickas till trygdekontoret som grund för trygdekontorets 12-veckorsbedömning. När arbetsgivare eller företagshälsovård vänder sig till trygdekontoren skall det finnas kontaktpersoner där som har ansvar för att följa upp arbetsgivarnas sjukfrånvaroarbeta. Trygdekontoret skall också samordna insatser mellan arbetsplatsen och läkaren.

*Fas 3: 8 veckor – 6 månader*

I denna fas skall arbetstagare och arbetsgivare ha utrett om det finns behov av omplacering till andra arbetsuppgifter. I samband med detta kan "aktiv sjukpenning" eller partiell ersättning vara aktuell. Finns det behov av kompetenshöjande åtgärder eller en arbetsmarknadsåtgärd? Om det inte går att finna en lösning så att den sjukskrivne kan komma tillbaka till sin arbetsgivare skall arbetsförmedlingen kontaktas för utredning av om yrkesinriktade åtgärder till annat arbete är lämpligt. Utredningen föreslår att trygdeetaten får ett entydigt ansvar för att bistå arbetsgivaren så länge målet är att den sjukskrivne skall återgå till sin gamla arbetsgivare. Utredningen förutsätter att trygdeetatens rådgivning och uppföljning förstärks både med personal och kompetens för att möta arbetsgivarnas behov. En konsekvens av den föreslagna ansvarsfördelningen är att Arbetslivstjänster överförs från arbetsförmedlingen till trygdeetaten.

*Fas 4: 6 – 12 månader*

I denna fas skall en utvidgad funktionsbedömning göras. Denna skall ligga till grund för en mer långsiktig individuell plan för rehabilitering utöver sjukpenningperioden eller inför prövning av förtidspension. Kontakten mellan arbetstagare, arbetsgivare, trygdekontoret och sjukvården är viktig.

---

<sup>4</sup> Anställda kan få sjukpenning under arbetsträning hos den egna arbetsgivaren s.k. "aktiv sjukskrivning" i tolv veckor. Därefter kan tiden förlängas med ytterligare tolv veckor.

För att tydliggöra att arbetsgivaren har huvudansvaret för uppföljning av sjukskrivna föreslås en bestämmelse i arbetsmiljölagen och folketrygdlagen om att arbetsgivaren tillsammans med arbetstagen skall göra en uppföljningsplan senast efter åtta veckors sjukskrivning.

Vidare föreslås att företagshälsovård som ingått ramavtal med trygdekontoret får möjlighet att verkställa "aktiv sjukskrivning" i samband med uppföljningsplanen. Trygdekontoret godkänner i efterhand.

### *Nu gällande finansiering*

Den norska socialförsäkringen finansieras av medlemsavgifter från anställda, egna företagare och andra försäkrade som betalar en försäkringsavgift (folketrygdepremien). Därutöver betalar arbetsgivare en arbetsgivaravgift och staten ett statsbidrag. Avgifterna och statsbidraget fastställs av Stortinget.

Avgiften för anställda och egna företagare betalas för inkomster över 21 400 norska kronor. Avgiften för anställda är 7,8 procent av bruttolönen. För egna företagare är avgiften 10,7 procent upp till 12 basbelopp och 7,8 procent därutöver. Som huvudregel betalas inte avgiften över ett angivet tak, som varierar för olika kategorier av egna företagare. Arbetsgivarna betalar sin del av försäkringen i form av en arbetsgivaravgift som fastställs i procent av utbetald lön. Avgiften är differentierad i förhållande till vilken del av landet arbetstagen bor.

### **Utvidgat arbetsgivaransvar**

Utredningen menar att sjuklöneförordningen måste utformas så att den stimulerar arbetsgivarna till att arbeta mer målinriktat med att förebygga sjukfrånvaro och följa upp sina anställda och stimulera till närvaro. Sjuklöneförordningen skall också stimulera den enskilda till att närvara. Arbetsgivaren har idag inte något direkt ekonomiskt incitament för att få en anställd att återgå i arbete efter sjuklöneperioden. Detta betyder dock inte att inte långtidsfrånvaro medför ekonomiska kostnader för arbetsgivaren (produktionsbortfall och vikarieanskaffning m.m.).

Utredningen har diskuterat olika modeller för hur sjukfrånvarokostnader kan fördelas mellan arbetsgivare och folketrygden för att

ge arbetsgivaren att starkare incitament för att medverka till att sjukfrånvaron minskar:

Arbetsgivaren får det ekonomiska ansvaret för hela sjukskrivningsperioden.

Trygdestaten och arbetsgivaren delar utgifterna 50/50 från första sjukdag.

Trygdestaten får ekonomiskt ansvar för de första 16 dagarna och arbetsgivaren tar ansvaret för resten av perioden.

Arbetsgivaren medfinansierar hela sjukskrivningsperioden.

Utredningen föreslår att arbetsgivarna får ett medfinansieringsansvar på 20 procent av sjukpenningutbetalningen från folketrygden från dag 17 och under hela sjukpenningperioden (1 år).

Förutsättningen för att arbetsgivarna skall kunna ta på sig ett större ekonomiskt ansvar är att arbetsgivarna ges större möjligheter och flera redskap än idag för att sätta in åtgärder som begränsar sjukfrånvaron.

### **Egenrisk för arbetstagare**

Majoriteten i utredningen föreslår<sup>5</sup> att en egenrisk för arbetstagare med 20 procent av bruttolönen per dag införs under arbetsgivarperioden (16 dagar). Fr.o.m. dag 17 och t.o.m. vecka 52 föreslås ingen ändring i sjukpenningens storlek till den enskilda. Arbetstagaren skall kompenseras genom att folketrygdspremien sänks med 20 procent. Trygdeavgiften skall sänkas så att anställda som helhet får samma lön som tidigare. Innebörden av detta är att anställda med 11–12 dagars sjukfrånvaro per år inte förlorar ekonomiskt på förslaget. Anställda med lägre sjukfrånvaro kommer att tjäna på systemet och anställda med mer än 11–12 dagars sjukfrånvaro förlorar. Högriskskyddet skall utökas för personer med kroniska sjukdomar och risk för stor frånvaro så att det även omfattar den långa period som arbetsgivaren får delansvar för.

---

<sup>5</sup> Åtta av utredningens nitton deltagare står inte bakom detta förslag.

### **Köp av tjänst**

Utredningen föreslår att arbetsgivaren skall kunna initiera köp av åtgärd för en sjukanmäld anställd. Detta skall göras i samarbete med den anställde och den behandlande läkaren. Ett villkor är dock att den anställde bedöms komma snabbare tillbaka i arbete.

Utredningen har övervägt om arbetsgivaren skall stå för 20 procent av kostnaderna vid köp av tjänst, men anser att folketrygden skall ha fortsatt betalningsansvar för hela kostnaden. Utredningen anser att de diagnosgrupper som kommer ifråga för köp av tjänst bör utvidgas och att köp av operationer, specialistutredningar m.m. också borde vara möjligt. Utredningen föreslår också att försök med tidig utredning och korttidsbehandling av personer med psykiska diagnoser skall initieras med köp av tjänst-medel.

### **Funktionsbedömning**

Utredningen anser att det bör läggas större vikt på funktion än diagnos när det gäller att finna åtgärder för att komma åter i arbete. Utredningen förordar att ett tvärvetenskapligt samarbete påbörjas för att utarbeta ett enhetligt upplägg för att bedöma funktion i förhållande till arbete. Köp av tjänst-medel skall kunna användas för att köpa tvärfackliga utredningstjänster.

### **Gravida anställda**

Utgångspunkten är att arbetsplatsen och arbetsmiljön bör vara utformad så att gravida skall kunna utföra arbete på samma sätt som andra anställda. Utredningen förmodar att havandeskapspenning används i mindre utsträckning än vad lagen avser. Gravida blir istället sjukskrivna. Utredningen föreslår därför att information om havandeskapspenning måste öka och framhåller att förhållandet mellan sjukfrånvaro, havandeskapspenning och födelsepermission utreds närmare.

#### 4.2.2 Förslag i syfte att minska förtidspensionering<sup>6</sup>

Det mest effektiva sättet att minska förtidspensioner är att förebygga att behovet uppstår. Därför är förslag som förebygger sjukfrånvaro och förslag om aktiv uppföljning av sjukskrivna de mest effektiva för att förebygga förtidspension. Därutöver menar utredningen att lagstiftningen måste ses över så att den stimulerar till att förtidspensionärer kan återkomma i arbete helt eller delvis.

Utredningen föreslår inte att ersättningsnivån skall sänkas eller att de medicinska villkoren skall stramas upp. Utredningen vill istället att fokus skall vara på den funktion och arbetsförmåga som den enskilde har trots sina hälsoproblem. Utredningen förväntar att detta fokus medför minskad förtidspensionering.

#### **Krav på yrkesinriktad rehabilitering**

Utredningens uppfattning är att det skall ställas stora krav på att yrkesinriktade åtgärder skall ha prövats innan förtidspension kan bli aktuell. Undantag från detta kan bara göras om det är helt uppenbart att personen inte kan komma tillbaka i arbete. Personer får inte återremitteras till trygdeetaten från arbetsförmedlingen innan anpassad yrkesinriktad rehabilitering är prövad. Skulle den enskilda ansöka om förtidspension skall trygdeetaten först hänvisa till arbetsförmedlingen för ett arbetsförsök innan ansökan kan prövas.

#### **Utökad tid med rehabiliteringsersättning**

För att förhindra tidig förtidspensionering föreslår utredningen att reglerna om max ett års rehabiliteringsersättning mjukas upp. Finns det utsikt om förbättring på längre sikt bör rehabiliteringsersättning kunna utgå för en längre period. Det bör också utredas om andra typer av åtgärder kan godkännas t.ex. åtgärder som ligger i gränzonen mellan terapi och yrkesinriktad åtgärd.

---

<sup>6</sup> Sykefravaer og utforepensjonering - Et inkluderende arbetsliv NOU 2000:27, kapitel 10, sid 23-26 och sid 248-278.

### Tidsbegränsad förtidspension

Utredningen föreslår att nuvarande lagstiftning för förtidspension delas in i en tidsbegränsad och en varaktig förtidspension. Personer som bedöms kunna återfå arbetsförmåga skall beviljas tidsbegränsad förtidspension och huvudregeln skall vara att varaktig förtidspension enbart beviljas personer som är 100 procent arbetsoförmögna. Tidsbegränsad förtidspension skall kunna beviljas den som har minst 50 procent nedsatt arbetsförmåga för som längst fyra år (i taget). Utredningen vill bidra till en attitydförändring så att inte förtidspension utan vidare betraktas som en varaktig försörjning utan mer som en flexibel ersättning för större eller mindre behov under kortare eller längre perioder.

Förslaget om tidsbegränsad förtidspension ställer ökade krav på personalresurser och kompetens hos trygdeetaten och arbetsförmedlingen. En nära samarbete förutsätts också mellan alla aktörer för att medverka till återgång i arbete.

Utredningen föreslår också att beviljade partiella pensioner de senaste fem åren till personer under 50 år omprövas. (Ca 6.500 st) När detta genomförts och utvärderats bör det övervägas om även hela förtidspensioner till personer under 40 år skall omprövas.

För att stimulera förtidspensionärer att börja arbeta eller öka arbetsinsatsen föreslår utredningen en ny modell för minskad förtidspension vid arbetsinkomst. Det bör enligt den norska utredningen alltid löna sig att arbeta mer. Nu gällande regler med möjlighet att tjäna upp till ett grundbelopp (46 950 norska kronor) har inte stimulerat tillräckligt till ökad arbetsinsats.

#### 4.2.3 Debatten och fortsättningen

Mottagandet av det norska betänkandet har i stort sett varit positivt.<sup>7</sup> Arbetsorganisationerna, med LO i spetsen, är dock negativa till att de anställda skall få lägre ersättning de första 16 dagarna. Många har varit positiva till att utredningen tagit ett helhetsgrepp och "skissert en pakklösning". Även från forskarhåll och fackkunniga har det kommit positiva reaktioner.

Den norska utredningen skall skickas på remiss och Stortinget kommer att behandla frågorna om sjukförsäkring och förtidspension.

---

<sup>7</sup> Källa: Den norska sjukförsäkringsutredningens sekretariat.

### 4.3 Sjukförsäkringen i Danmark

I *Danmark* har kommunerna ansvaret för sjukförsäkringen. Arbetsgivarna betalar sjuklön i två veckor. Offentliga arbetsgivare betalar för sina anställda under hela sjukperioden. Sjukpenningen ersätter inkomstbortfallet med 100 procent upp till maximalt 2 846 danska kronor per vecka<sup>8</sup>. I Danmark finns ingen karenstdag. I avsnittet nedan redovisas regler för sjukpenning, rehabilitering och förtidspension samt förändringar under 1990-talet. Utöver angivna källor grundar sig innehållet på diskussioner och erfarenheter från utredningens besök hos det danska Socialministeriet i september 2000.

#### **Sjukförsäkringens omfattning och belopp<sup>9</sup>**

Sjukpenning skall kompensera för inkomstbortfall på grund av sjukdom. Lagstiftningen omfattar både anställda och egna företagare. Sjukpenning betalas som längst i 52 veckor under 18 kalendermånader. Förlängning är möjlig i följande situationer; rehabilitering skall sättas in, den sjukskrivne väntar på läkarbehandling och kan antas bli arbetsförmögen inom 26 veckor, vid allvarlig sjukdom som kräver långvarig behandling (2x26 veckor) om utredning av arbetsskada pågår, när förtidspension skall prövas eller om särskilda skäl talar för förlängning.

Sjukpenning utgår med maximalt 2 846 danska kronor per vecka, eller 76,92 danska kronor per timme. Vid partiell nedsättning av arbetsförmågan betalas sjukpenningen i förhållande till inkomstbortfallet enligt särskilda regler. Det är kommunen som betalar ersättningen.

#### **Sjukförsäkring för anställda**

För att få sjuklön från sin arbetsgivare skall man ha varit anställd de senaste åtta veckorna före sjukdomens inträffande. Arbete skall ha utförts under minst 74 timmar under en period på 13 veckor. Sjuklön utgår i två veckor. Mindre arbetsgivare med upp till 20 anställda kan försäkra sig för sjuklönekostnader och få ersättning för 50 procent av utgifterna. Efter sjuklöneperioden betalar kom-

<sup>8</sup> 2 846 danska kronor motsvarar ca 3 250 svenska kronor.

<sup>9</sup> Källa: Den danske sociale lovgivning, 30 januari 2000, Socialministeriet i Danmark.

munen sjukdagpenning. För att få ersättning från kommunen krävs att den anställde varit knuten till arbetsmarknaden de senaste 13 veckorna innan sjukdomen inträffade. Sjukpenningens storlek avgörs av inkomsten och arbetstiden. Offentliga arbetsgivare betalar för sina anställda under hela sjukperioden. Avskedas de under sjukperioden övertar de offentliga myndigheterna ansvaret.

### **Sjukförsäkring för företagare**

Sjukpenning till egna företagare grundar sig på föregående års taxerade inkomst. Kommunen betalar ersättning med maximalt 2 846 danska kronor per vecka, eller 76,92 danska kronor per timme. Ersättning kan utgå med helt eller halvt belopp beroende på arbetsförmågans nedsättning.

### **Sjukförsäkring för arbetslösa**

Arbetslösa kan få sjukpenning om de varit berättigade till arbetslöshetsersättning när sjukfallet inträffar. Kommunen betalar ersättningen.

### **Hur länge får man sjukpenning?**

Sjukpenningen är principiellt en korttidsersättning, som så snart möjligt skall ersättas av andra sociala eller arbetsmarknadsmässiga ersättningar om det inte är klarlagt att personen kommer att bli arbetsförmögen igen. När sjukpenning är betald i 52 veckor under en period på 18 månader, upphör utbetalningen om inte något av följande är uppfyllt; rehabilitering skall sättas in, den sjukskrivne väntar på läkarbehandling och kan antas bli arbetsförmögen inom 26 veckor, vid allvarlig sjukdom som kräver långvarig behandling (2x26 veckor), om utredning av arbetsskada pågår, när förtidspension skall prövas eller om särskilda skäl talar för förlängning.

År 1998 förlängdes 15 785 sjukfall mer än 52 veckor.<sup>10</sup> 50,1 procent förlängdes på grund av rehabiliteringsåtgärd, 31,3 procent för att förtidspension skulle prövas och 1,1 procent på grund av allvarlig sjukdom i livets slutskede. (Övriga 18 procent förlängdes

---

<sup>10</sup> Källa: Socialministeriet i Danmark.



av anledningar som inte redovisats i statistiken.) Utgifterna för sjukpenning har ökat betydligt de senaste åren. Denna utveckling anses bl.a. bero på att alltför få får ersättning i mer än 52 veckor men också på grund av att ersättning till sjukanmälda som inte är anställda har ökat.

## Rehabilitering

Personer som har en begränsad arbetsförmåga av fysiska, psykiska eller sociala skäl, kan få stöd i form av yrkesinriktade aktiviteter och ekonomisk ersättning. Målet med rehabiliteringsinsatsen ska vara att personen blir helt eller delvis självförsörjande på arbetsmarknaden. Arbetet skall så långt det är möjligt vara på normala villkor. Det finns dock personer som inte klarar att återföras till ett sådant arbete. För dessa finns en möjlighet till s.k. "fleksjob". Flexjobben är till för personer som inte kan få eller behålla arbete på normala villkor på arbetsmarknaden. Möjligheten till rehabilitering på normala villkor skall var uttömd och personen ska inte uppfylla kraven för förtidspension.

Normalt föregås rehabilitering av en utredning, förrehabilitering, för att klarlägga den sjukskrivnes kapacitet. Under denna tid kan sjukpenning fortfarande betalas. Förrehabilitering kan omfatta arbetsprövning, arbetslivsintroduktion, grundutbildning och andra förberedande eller utredande aktiviteter.

När rehabiliteringsbehovet är klarlagt utarbetas en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringen kan t.ex. bestå av arbetsprövning, eller arbetsträning hos privat eller offentlig arbetsgivare, yrkesutbildning eller teoretisk utbildning, anpassning av arbetsplatsen, omplacering, arbetshjälpmedel, ändrade arbetstider eller lån för att starta eget företag.

Från den 1 januari 1999 gäller nya regler inom rehabiliteringsområdet som skall främja förebyggande insatser och insatser som stimulerar rörlighet på arbetsmarknaden. Kommunen har fått en skyldighet att ordna rehabiliteringsinsatser och underlätta för personer att behålla eller få arbete på arbetsmarknaden.

Arbetsgivare har ett ansvar för att förebygga ohälsa och att tillhandahålla företagshälsovård. Företagshälsovården nyttjas dock enligt Socialministeriet inte i den utsträckning som den borde.

Rehabiliteringspenningen motsvarar samma belopp som sjukpenningen. Försäkrade under 25 år får dock endast hälften av detta

belopp. Under högst fem år kan rehabiliteringspenningen betalas. Sker rehabiliteringen hos offentlig eller privat arbetsgivare kan ersättningen ges i form av lön eller lönebidrag.

### **Företagshälsovård<sup>11</sup>**

Företagshälsovården regleras i den danska arbetsmiljölagen och i föreskrifter. Lagstiftningen täcker anställda i vissa branscher och i viss mån personer som utför arbete utan regelrätt anställningsförhållande. Syftet med lagstiftningen är att främja arbetshälsa och förhindra arbetssjukdomar och arbetsolyckor av fysisk eller psykisk natur.

Över femtio olika branscher och näringsgrenar omfattas av kravet på företagshälsovård. Bland annat kan nämnas grafisk industri, järn- och metallindustri samt personal inom äldreomsorg och hemsjukvård. Enligt lagen skall företag och förvaltningar sammanställa och rapportera antalet anslutna, hur verksamheten är organiserad och hur den fungerar. Enligt uppgift från 1997 var 33 procent av den arbetande befolkningen ansluten till företagshälsovård.

Tendensen är att företagshälsovårdens enheter blivit större under de senaste åren. Personalgruppen består ofta av läkare, sjuksköterskor, ergonomer, sjukgymnaster, miljötekniker, ingenjörer, yrkeshygieniker och personalkonsulenter.

### **Förtidspension<sup>12</sup>**

Nu gällande regler om förtidspension i Danmark kan hänföras till pensionsreformen från 1984. Förtidspension är en försörjningsform som skall ersätta förvärvsinkomst för den som på grund av nedsatt arbetsförmåga inte kan försörja sig på arbetsmarknaden. Förtidspension kan utgå både av medicinska skäl och andra skäl.

Det finns olika nivåer av förtidspension. *Højeste førtidspension, mellemste førtidspension, almindelig førtidspension och forhøjet almindelig førtidspension.*

*Højeste førtidspension* erhåller personer i åldern 18–60 år, om arbetsförmågan på grund av fysisk eller psykisk invaliditet är obe-

---

<sup>11</sup> Merparten av uppgifterna är hämtade från Statskontorets rapport, Företagshälsovården idag, 1997:2.

<sup>12</sup> Källa: Den danske sociale lovgivning, 30 januari 2000, Socialministeriet i Danmark.

tydlig. Højeste førtidspension består av grundbelopp, pensions-tillägg, invaliditetsbelopp och ett arbetsnedsättningsbelopp.

*Mellemste førtidspension* erhåller personer i åldern 18–60 år, om arbetsförmågan på grund av fysisk eller psykisk invaliditet är nedsatt med cirka två tredjedelar. Personer i åldern 60–67 år kan också få mellemste førtidspension om kraven för højeste førtidspension är uppfyllda. Mellemste førtidspension består av grundbelopp, pensionstillägg och invaliditetstillägg.

*Forhøjet almindelig førtidspension* erhåller personer i åldern 18–60 år om arbetsförmågan på grund av hälsoskäl är nedsatt med minst hälften. Denna form av førtidspension kan också ges till personer i åldern 18–60 år med nedsatt arbetsförmåga till minst hälften, inte enbart på grund av hälsoskäl, men där personen är i behov av en varaktig försörjning. Personer i åldern 50–60 år kan på grund av sociala skäl och behov av en varaktig försörjning också få forhøjet almindelig førtidspension. Denna typ av førtidspension består av grundbelopp, pensionstillägg och førtidsbelopp.

*Almindelig førtidspension* ges till personer i åldern 60–67 år, om arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften, utan krav på nedsättning på grund av hälsoskäl. Almindelig førtidspension består av grundbelopp och pensionstillägg.

## **Finansiering av den danska socialförsäkringen**

### *Sjukpenning*

Staten betalar 100 procent av kommunernas utgifter för sjukpenning de första åtta veckorna. Vecka nio till och med vecka femtio-två betalar staten 50 procent och därefter får kommunen stå för hela kostnaden. Detta gäller sedan den 5 juli 1999. Kommunen täcker sina utgifter genom kommunalskatt.

Utgifterna för sjuklön under arbetsgivarperioden, två veckor, finansieras av arbetsgivarna.

### *Førtidspension*

Kommunen betalar ut førtidspensionen till den försäkrade. Sedan den 1 januari 1999 finansierar kommunen 65 procent och staten 35 procent av nybeviljade førtidspensioner till personer i åldern 18–67 år. Tidigare betalade stat och kommun hälften var.

### **Regeländringar i sjukförsäkringen**

Lagen om sjukpenning trädde i kraft den 1 april 1973. När lagen infördes skulle arbetsgivarna betala sjuklön i fem veckor. Den 1 januari 1983 infördes en karensdag i sjukförsäkringen och sjuklöneperioden förlängdes till 13 veckor. Den 1 januari 1987 upphävdes regeln om karensdag och sjuklöneperioden blev åter fem veckor. Den 1 januari 1988 minskade sjuklöneperioden till en vecka. Den 2 april 1990 förlängdes sjuklöneperioden till två veckor och perioden med sjukpenning begränsades till 52 veckor, med möjlighet till förlängning vid arbetsprövning, rehabilitering eller allvarlig sjukdom. Från den 1 januari 1994 skall sjukpenningen också kunna förlängas på grund av arbetsskada och från den 1 januari 1995 på grund av ansökan om förtidspension. Den 1 april 1997 infördes en skyldighet för kommunen att i varje sjukfall, senast efter åtta veckor, granska sjukfallen och bedöma om den sjukskrivne behöver ytterligare behandling, omskolning eller annan hjälp till återgång i arbete.

#### **4.4 Sjukförsäkringen i Finland**

Finland har inte som Sverige och Norge haft en så dramatisk ökning av sjukfrånvaron de senaste åren. Däremot finns i Finland en oro för att allt färre arbetar fram till 65 års ålder. Genomförda förändringar på senare tid har därför syftat till att höja åldern för utträde ur arbetslivet. I avsnittet nedan redovisas regler för sjukpenning, rehabilitering och förtidspension samt förändringar under 1990-talet. Dessutom ges en kort beskrivning av företagshälsovårdens uppgifter. Utöver angivna källor grundar sig innehållet på erfarenheter från utredningens besök hos det finska Social- och hälsovårdsministeriet i augusti 2000.

#### **Sjukförsäkringens omfattning och belopp<sup>13</sup>**

Sjukdagpenning enligt sjukförsäkringslagen betalas vid sjukdom som hindrar den försäkrade att utföra sitt vanliga arbete, eller därmed jämförbart arbete. Dagersättningen ersätter sedan 1996 förlorad förvärvsinkomst. Tidigare erhöll alla minst en minimidag-

<sup>13</sup> Landrapporter om trygghetssystem med särskild vikt på arbetsstimulans, Social- och hälsovårdsministeriet, 2000.

penning. Avsikten är att kompensera inkomstbortfall i högst ett år. Dagpenning betalas till personer i åldern 16–64 år.

Rätt till dagpenning har alla försäkrade, dvs. alla som är permanent bosatta i Finland. Eftersom dagpenning ersätter inkomstbortfall förutsätts en årsinkomst om minst 5 290 finska mark. Till personer utan eller med ringa inkomst kan dock efter prövning betalas dagpenning med högst 60 mark per dag om arbetsförmågan varat oavbrutet i minst 60 dagar.

Sjukdagpenningen är en viss procent av inkomsten vid senaste fastställda beskattning. Från denna inkomst dras 5 procent på grund av att egenavgifter som erläggs på lön inte erläggs från sjukdagpenningen. Dagpenning betalas fr.o.m. den tionde dagen efter insjuknandet för vardagar, sex dagar/vecka. När sjukskrivningen varat i 60 dagar skall en utredning göras och eventuell rehabiliteringsplan upprättas. Sjukdagpenning betalas (för samma sjukdom) i högst 300 dagar. I denna tid räknas alla vardagar under de två åren närmast före arbetsförmågans början. En person som har fått dagpenning för maxtiden kan för denna sjukdom återigen få sjukpenning tidigast efter att han varit arbetsför i ett år. Om arbetsförmågan skulle orsakas av en ny sjukdom finns ingen tidsgräns för att sjukpenning skall betalas igen.

I tabellen nedan redovisas dagpenningnivåer 1999. Dagpenningen är skattepliktig.

*Tabell 1. Dagpenningnivåer 1999*

Arbetsinkomst mark/år (avdraget 5 procent)	dagpenning mark/vardag
- 5 290	-
5300 - 137 970	70 procent
137 970 -212 270	40 procent av del som överstiger 137 970
212 270 -	25 procent av del som överstiger 212 270

### **Sjuförsäkring för anställda**

Staten ansvarar för sjuförsäkringen där dagpenningen är en del. Enligt lagen om arbetsavtal betalar arbetsgivaren under sjukdomstiden full lön för insjuknandedagen och de sju följande vardagarna. I allmänhet utgår sjuklön för en längre tid, beroende av vad som är överenskommet i kollektivavtal. Längden varierar, men i regel

utgår sjuklön, ofta upp till 100 procent i 1–2 månader. Om arbetsgivaren betalar sjuklön, betalas den försäkrades dagpenning till arbetsgivaren. Om dagpenningen från försäkringen skulle vara högre än utbetald sjuklön betalas skillnaden till den sjuke själv.

### **Sjukförsäkring för arbetslösa**

Personer som uppbär arbetslöshetsdagpenning, arbetsmarknadsstöd eller arbetskraftspolitiskt utbildningsstöd under månaden före insjuknandet erhåller sjukdagpenning med ett belopp som motsvarar minst 86 procent av arbetslöshetsförmånen. Samma regler gäller för personer som uppbär studie- eller vuxenstudiepenning.

### **Rehabilitering**

Det primära målet för all rehabilitering är att genom rehabiliterande åtgärder återföra den sjuke till arbetslivet. Rehabiliteringen omfattar medicinsk rehabilitering och vid behov vidareutbildning eller omskolning. Rehabilitering sker inom flera olika system. Rehabiliteringslagstiftningen reviderades år 1991 med syfte att effektivisera rehabiliteringen och att göra arbetsfördelningen mellan olika myndigheter och aktörer klarare vad gäller åtgärder och ersättning till den försäkrade under rehabiliteringstiden.

I regel ska samma myndighet ha ansvar för såväl åtgärd som ersättning. Ersättningen är främst rehabiliteringsersättning vilken betalas av folkpensionsanstalten, men kan också var höjd invalidpension och rehabiliteringsstöd, som betalas av arbetspensionsanstalterna. Motsvarande förmåner kan även betalas från trafikförsäkringen och olycksfallsförsäkringen.

*Folkpensionsanstalten* är skyldig att ordna yrkesinriktad rehabilitering för handikappade och medicinsk rehabilitering för gravt handikappade. Därutöver kan Folkpensionsanstalten ordna rehabilitering för andra grupper inom ramen för särskilt anslagna medel. Folkpensionsanstalten skall vid behov utreda rehabiliteringsmöjligheterna, dock senast när antalet sjukpenningdagar överstiger 60 och alltid innan beslut om invalidpension fattas.

Personer som skulle ha rätt till invalidpension från *arbetspensionssystemet* får rehabilitering därifrån. Även här skall rehabiliteringsmöjligheten i regel utredas innan beslut om invalidpension

fattas. Arbetspensionssystemet har även strävat efter att öka den preventiva rehabiliteringen för arbetstagare.

Andra myndigheter som har skyldighet att ordna rehabilitering är *Arbetskraftsmyndigheterna* som ordnar yrkesinriktad rehabilitering med arbetslöshetsdagpenning eller arbetsmarknadsstöd som försörjning till den enskilde.

### **Företagshälsovård<sup>14</sup>**

I Finland finns en lång tradition med företagshälsovård. År 1964 fick arbetsgivarna ersättning med 20 procent för anordnad sjukvård och fem år senare blev också preventiv företagshälsovård ersättningsgill. Ersättningsnivåerna har ändrats många gånger under årens lopp. För närvarande gäller att arbetsgivarna får ersättning från Folkpensionsanstalten med 50 procent (upp till ett bestämt maxibelopp). Detta gäller för den företagshälsovård som arbetsgivaren enligt lag är skyldig att anordna (inklusive den verksamhet som upprätthåller arbetsförmågan), och för sjukvård och övrig hälsovård som arbetsgivaren frivilligt ordnar och som till sitt innehåll och sin omfattning motsvarar primärvårdens service.

Cirka 90 procent av de anställda har tillgång till företagshälsovård. Uppdraget att förebygga arbetsoförmåga och att bevara arbetsförmåga betonas starkt. Enligt lagen är företagshälsovården skyldig att utföra hälsokontroller och arbetsmiljöundersökningar regelbundet. Företagshälsovården skall också kontinuerligt arbeta med att befrämja arbetsförmåga. Sjukvård kan inkluderas i företagshälsovårdens uppgifter, men är inte obligatoriskt.

### **Förtidspension – invalidpension och individuell förtidspension**

*Invalidpension* kan beviljas en person i åldern 16–64 år, som har en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan under minst ett år. Rehabiliteringsstöd betalas till en arbetsoförmögen, vars skada eller sjukdom sannolikt kan lindras genom vård och rehabilitering. Invalidpension beviljas tills vidare och rehabiliteringsstöd för en viss tid. (Rehabiliteringsstödet ersätter från och med 1996 den tidigare tidsbundna invaliditetspensionen). Förutom det rent medi-

---

<sup>14</sup> Källor: Kela, Folkpensionsanstaltens statistiska årsbok, 1999, sid 302-303 och Social trygghet vid arbetsoförmåga, Rapport till utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, 2000, sid 96-98.

cinska tillståndet beaktas även förmågan att hitta sådant arbete som personen har förutsättning att klara av med beaktande av utbildning, ålder, tidigare verksamhet, boställningsort med mera.

Arbetspensionsanstalterna och folkpensionsanstalten svarar för invalidpension och rehabiliteringsstöd. Folkpensionen är sedan 1996 en garantipension som samordnas med arbetspension och betalas till personer med ingen eller ringa övrig pensionsinkomst. Samma person kan få pension från arbetspensionsanstalten, folkpensionsanstalten och från olika arbetspensionsanstalter. Pensionsansökningarna och betalningen av total pension samordnas dock.

Full invaliditetspension utgår om arbetsförmågan är nedsatt med minst 60 procent och *delinvalidpension* om den är nedsatt 40–60 procent. Rehabiliteringsstödet beviljas enligt samma kriterier. Full invalidpension börjar i regel betalas först efter sjukdagpenningens 300 dagar upphört.

Personer i åldern 58–64 år kan beviljas *individuell förtidspension*. Denna motsvarar en invalidpension, men förutom de kriterier som tillämpas vid beviljande av invalidpension, beaktas vid skälighetsbedömningen ytterligare bl.a. längden i yrkeslivet, om arbetet varit tungt och slitsamt och arbetsmiljön. Den individuella förtidspensionen beviljas följaktligen på lindrigare sjukdomskriterier än den egentliga invaliditetspensionen.

Den totala pensionen består av arbetspension och eventuell folkpension. Arbetspensionen består av intjänandetid och inkomst. Med samordning begränsas den totala pensionens belopp så att den högst kan vara 60–66 procent av högsta pensionsgrundande lön. Pensionen är beskattningsbar inkomst. Under 1990-talet har antalet invalidpensionärer varit relativt konstant, cirka 300 000.

### **Finansiering av den finska sjukförsäkringen**

Den allmänna sjukförsäkringen finansieras av de försäkrade (anställda och egenföretagare), arbetsgivare och det offentliga. De försäkrade betalar 1,5 procent av inkomsten i avgift. Privata arbetsgivare betalar 1,6 procent av sina lönekostnader och offentliga arbetsgivare mellan 1,6 procent och 2,85 procent. Det offentliga betalar sjukförsäkringens återstående kostnader.



## Regeländringar under 1990-talet

### *Sjukförsäkring*

Sjukförsäkringen har förändrats under 1990-talet. I början av årtiondet genomfördes flera ändringar av dagpenningens storlek som medförde att kostnaderna för sjukförsäkringen minskade. Den 1 januari 1992 sänktes ersättningsgradens procentsatser för olika inkomstklasser från 80/50/30 procent till 75/45/25 procent. Den 1 juli 1992 sänktes nivåerna till 70/40/25 procent och den 1 januari 1993 ytterligare till 66/40/25 procent. År 1993 förlängdes karenstiden från sju vardagar till nio vardagar.

Den 1 januari 1996 genomfördes en totalreform av sjukförsäkringens dagpenningregler. Fram till år 1996 betalades en minimidagpenning även till personer med ingen eller ytterst låg inkomst. Denna slopades 1996 och därefter kan en behovsprövad minimidagpenning betalas endast då sjukdomstiden överskrider 60 dagar. Samtidigt justerades ersättningsgraderna för sjukpenning till 70/40/25 procent.

### *Rehabilitering*

Vikten av förebyggande och rehabiliterande åtgärder har betonats under hela 1990-talet. Målsättningen har varit att minska förtida pensionering och att stödja fortsatt arbete även för äldre och handikappade. Den 1 oktober 1991 infördes en rehabiliteringsreform som fastslog ramarna dels för Folkpensionsanstaltens rehabilitering, dels för den rehabilitering som arbetspensionsanstalterna bär ansvaret för. Målsättningen med reformen var att klarare precisera ansvarsfördelningen och att öka samarbetet mellan olika aktörer. Ersättningsnivån omformades så att den alltid skall vara högre under aktiva rehabiliteringsperioder. År 1996 omvandlades den tidigare temporära invalidpensionen till rehabiliteringsstöd. För att en person skall ha rätt till rehabiliteringsstöd förutsätts att en rehabiliteringsplan gjorts upp. Invalidpension skall inte beviljas utan att rehabiliteringsmöjligheterna utretts. För att en rehabilitering skall komma igång tidigt skall Folkpensionsanstalten göra en *rehabiliteringsutvärdering* vid 60 dagars sjukpenning.

### *Förtidspension*

Under åren 1994–1998 genomfördes flera justeringar i arbetspensionssystemet. Invalidpensionens belopp sänktes genom att minska intjänandekoefficienten för tillgodoräknad tid och premiera arbete i åldern 60–64 med förhöjd intjänandekoefficient. Förändringen innebär att invalidpensionen alltid blir lägre än personens ålderspension skulle ha varit ifall arbetet skulle fortgå till 65 års ålder. Tidigare blev den alltid lika stor. Det lägre beloppet för invalidpension gäller sedan också den ålderspension som senare skall betalas. Man hoppas att ändringen skall fördröja ansökan om individuell förtidspension då varje arbetat år efter 60 ökar invalid- och ålderspensionens belopp märkbart.

### **Sjukfrånvaron i Finland**

Antalet mottagare av sjukpenning har minskat under 1990-talet på grund av genomförda regeländringar. Förlängningen av karenstiden med två dagar 1993 minskade ersättningarna vid kortvarig sjukdom. Slopandet av minimidagpenningen minskade antalet personer som är berättigade till sjukdagpenning. Den snabbt ökade arbetslösheten 1991–1993 minskade generellt sjukfrånvaron. Detta kan till en del ha berott på att sjukdagpenningen till arbetslösa är 86 procent av arbetslöshetsförmånen, vilket torde innebära att kortvariga sjukfall inte anmälts. Med förbättrad sysselsättning under senare delen av 1990-talet har sjukfrånvaron på nytt ökat något.

## **4.5 Sjukförsäkringen i Nederländerna**

Nederländerna har under 1990-talet genomfört stora förändringar i sitt sjukförsäkringssystem. Sedan mars 1997 betalar arbetsgivarna sjuklön i tolv månader. Utredningen besökte i september 2000 socialdepartementet i Nederländerna bl.a. för att diskutera erfarenheter av den långa sjuklöneperioden. Nedan görs en beskrivning av sjukförsäkringen. Där annan källa inte anges grundar sig uppgifterna på information som utredningen inhämtade vid studiebesöket.

## **Aktuell lagstiftning<sup>15</sup>**

### *Omfattning*

Alla medborgare och alla som arbetar och betalar skatt i Nederländerna omfattas av den nationella socialförsäkringslagstiftningen.

### *Sjukförsäkring för anställda*

Enligt "the Dutch Civil Code" skall arbetsgivare fortsätta att betala lön till anställda vid sjukdom under ett års tid. Arbetsgivaren betalar 70 procent av lönen, eller mer om det överenskommits i kollektivavtal. I praktiken har 90 procent av alla anställda 100 procents ersättning från sin arbetsgivare vid sjukdom.<sup>16</sup> De två första dagarnas frånvaro kan bekostas av den anställde själv (karensdagar), men enligt socialdepartementet i Nederländerna är det få arbetsgivare som inte betalar från första sjukdagen. De flesta har anställningskontrakt eller omfattas av kollektivavtal som ger ersättning från första dagen. Sjuklön betalas som längst i 52 veckor, men aldrig längre än anställningsavtalet gäller.

### *Sjukförsäkring för företagare*

Egenföretagare får ersättning enligt "Self-employed Persons Disablement Benefits Act" (WAZ). Försäkringen gäller personer under 65 års ålder. Ersättningen grundas på taxerad inkomst det senaste året eller de senaste fem åren beroende på vad som är bäst för den sjukskrivne. Vid minst 80 procents arbetsförmåga utgår ersättning med 70 procent upp till ett ersättningstak som varierar med ålder.

---

<sup>15</sup> Uppgifterna är framförallt hämtade från "A short survey of social security in the Netherlands", July 2000.

<sup>16</sup> Källa: Socialdepartementet i Nederländerna, september 2000.

*Sjukförsäkring för arbetslösa*

"The Sickness Benefits Act" (ZW) ersätter personer som inte har, eller inte längre har,<sup>17</sup> en arbetsgivare som betalar sjuklön. Även arbetshandikappade personer som anställts får ersättning enligt denna lag de första fem anställningsåren.<sup>18</sup> Sjukersättningen utgör 70 procent av lönen och betalas i maximalt 52 veckor. Därefter görs bedömningen om ersättning skall utgå enligt "the Disablement Act" (WAO).

*Ersättning vid medicinsk rehabilitering och yrkesinriktade åtgärder*

I Nederländerna utges ingen särskild rehabiliteringsersättning. Rehabiliteringsåtgärder genomförs med bibehållen ersättning, t.ex. sjuklön.

*Arbetsgivarnas ansvar<sup>19</sup>*

Arbetsgivarens ansvar regleras i PEMBA-lagen som trädde i kraft den 1 januari 1998. Ansvar gällande från det att rehabiliteringsbehov uppstår till dess att arbetsgivaren inte längre har möjlighet att genomföra åtgärder. Bedömningen av arbetsgivarens möjlighet att fortsätta rehabiliteringen görs av socialförsäkringskontoret som tar över när arbetsgivaren inte längre kan vidta relevanta åtgärder.

Arbetsgivarna har mycket långtgående möjligheter att få rehabiliteringsåtgärder finansierade från de rehabiliteringsfonder som nationella socialförsäkringsinstitutet ansvarar för. Bidrag kan utges för alla typer av åtgärder, även anpassning av arbetsplatsen och utbildning. I de fall arbetsgivaren nekats offentligt bidrag till rehabiliteringsåtgärder är denna skyldig att vid vite själv bekosta åtgärderna. Arbetsgivare som vidtar förebyggande åtgärder på arbetsplatsen kan få skattereduktion.

---

<sup>17</sup> Personer vars anställningsavtal upphör under sjukskrivningstiden.

<sup>18</sup> Arbetsgivaren betalar sjuklön först fr.o.m. det sjätte anställningsåret.

<sup>19</sup> SOU 1998:104, Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, sid 105-107.

### *Företagshälsovården*<sup>20</sup>

Enligt lag är alla arbetsgivare skyldiga att vara anslutna till en kvalitetssäkrad och auktoriserad företagshälsovård. Systemets uppbyggnad påbörjades 1994 och slutfördes 1998. Auktorisationen sker inom socialministeriet och kvalitetsarbetet bygger på ISO 9000. Företagshälsoorganisationer, som avser att söka auktorisation, genomför ett omfattande och systematiskt kvalitetsarbete i sin organisation.

Företagshälsovården är viktig för den arbetsmetodik som bygger på tidig och aktiv sjukfallshantering, vilket innebär en nära kontakt med behandlande läkare samt i längre sjukfall med det offentliga sjukförsäkringssystemet.

Arbetsgivaren kan fritt avtala med sin företagshälsovård om vilka tjänster som ska ingå i överenskommelsen, dock måste avtalet innehålla en viss miniminivå. Obligatoriska inslag är sjukfrånvaropolicy, hälsokonsultationer, periodiska undersökningar och arbetsplatsundersökningar. Den behandlande läkaren har inte någon koppling till företagshälsovården och inte heller någon rätt att sjukskriva patienten. Försäkringsläkarna som finns på socialförsäkringskontoren, ombesörjer sjukskrivningar.

Företagshälsovården arbetar främst med problem som uppstår under sjuklöneperioden. Inom företagshälsovården finns rådgivande organ, som bl.a. har till sin uppgift att garantera kvalitet på rehabiliteringsarbetet. Företagshälsovårdsläkaren arbetar med frågor rörande långtidssjukdom, upprepade korttidssjukskrivningar, arbetsrelaterad ohälsa, förväntade rehabiliteringsproblem och konflikter på arbetsplatsen. I praktiken är det företagshälsovården som upprättar och inger rehabiliteringsplanen.

### *Förtidspension*

Personer som erhållit sjukersättning i 52 veckor kan därefter ansöka om ersättning enligt "The Disablement Benefits Act (WAO). Ersättningen kan utgå i fem år. För att denna period skall förlängas krävs en ansökan senast tre månader före femårsperiodens utgång. Ersättningen utgår via ett tvåstegsprogram. I första steget baseras ersättningen och varaktigheten på ålder och lön. I

---

<sup>20</sup> Olika vägar att reducera förtidspensionering i Holland och Sverige, Rapport nr 19, Värmlands läns allmänna försäkringskassa, sidan 67-68.

andra steget, där ersättningen i princip kan utgå till 65 års ålder, är ersättningen baserad på graden av arbetsförmåga, senaste lön och ålder. Arbetskapacitetens nedsättningsgrad klassas i sju olika nivåer från 15–25 procent upp till 80 procent eller mera.

*Tabell 2.* Ersättningsnivåer 1 juli 2000

Grad av arbetsförmåga i procent	Ersättning
15-25	14 procent av 100/108 gånger minimilönen
25-35	21 " "
35-45	28 " "
45-55	35 " "
-65	42 " "
65-80	50,75 " "
80 eller mer	70 " "

*Källa:* A short survey of social security in the Netherlands, juli 2000, sidan 11.

### **Finansiering av socialförsäkringen i Nederländerna**

Det statliga socialförsäkringssystemet finansieras via avgifter och skatteintäkter. Sjuklöneförsäkringen är helt privatiserad, dvs. finansieras och utbetalas av arbetsgivaren. År 1998 infördes differentierade arbetsgivaravgifter till det statliga ersättnings-systemet. Avgiften stiger i takt med det antal medarbetare som fortfarande är sjukskrivna efter ett år. Differentieringen omfattar kostnaderna för ersättning upp till fem år. Därefter sker finansieringen genom en enhetlig arbetsgivaravgift. Arbetsgivarna har möjlighet att själva bära risken under de fem åren efter tolv månaders sjukperiod och därmed undvika den differentierade avgiften.<sup>21</sup> Avgiften till förtidspension är tudelad. En del är lika för alla arbetsgivare och en del är differentierad efter det antal förtidspensioner som beviljas arbetsgivarens anställda. På så sätt får de arbetsgivare som "producerar ohälsa" en högre avgift. Den differentierade delen av avgiften kan utgöra en försäkringspremie hos en privat försäkringsgivare. Majoriteten av arbetsgivare, 75–

<sup>21</sup> Olika vägar att reducera förtidspensionering i Holland och Sverige, Rapport nr 19, Värmlands läns allmänna försäkringskassa, sidan 57.

80 procent, återförsäkras sig mot höga avgifter i det differentierade avgiftssystemet.<sup>22</sup>

### **Regeländringar under 1990-talet**

1990 gjorde premiärministern i Nederländerna ett uttalande där han sa att Nederländerna är ett mycket sjukt land. Det talades om "The Dutch disease". För att komma tillrätta med de stora problemen med hög sjukfrånvaro och ökande kostnader för förtidspensioner ansågs en genomgripande reformering av socialförsäkringsystemen nödvändig.

År 1992 introducerades ett bonus/malus-system med en bonus för dem som anställde förtidspensionärer och en straffavgift för arbetsgivare vilkas anställda blev förtidspensionerade i stor utsträckning. Systemet avskaffades år 1995 och ersattes med ytterligare stimulans för arbetslivsinriktade åtgärder. Kvalifikationsreglerna (de medicinska kriterierna) för förtidspension skärptes år 1993 och tidigare beviljade pensioner omprövades för alla förtidspensionärer som inte hade fyllt 50 år. Arbetsförmåga bedöms sedan dess i förhållande till alla sorters arbeten.

I januari 1994 infördes regler om sjuklön. Arbetsgivare med upp till 15 anställda skulle betala sjuklön i två veckor och arbetsgivare med fler än 15 anställda skulle betala sjuklön i sex veckor.

År 1996 fattades beslut om 52 veckors sjuklön och lagen trädde i kraft den 1 mars 1997. År 1998 infördes differentierade arbetsgivaravgifter.

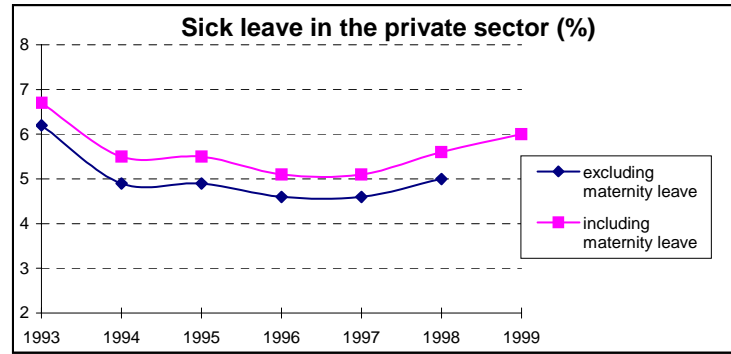
### **Sjukfrånvaron i Nederländerna**

Den höga sjukfrånvaron och det stora antalet förtidspensioner i början av 1990-talet minskade men har under de senaste åren ökat igen. Nedan visas utvecklingen i sjukfrånvaro inom privat sektor under perioden 1993–1999.

---

<sup>22</sup> Social trygghet vid arbetsoförmåga, Rapport till utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, 2000, sidan 23.

Figure 1



*Källa:* Socialdepartementet i Nederländerna



## 5 Finansiering av inkomstbortfall vid sjukdom – konsekvenser av olika alternativ

Utredningen har analyserat konsekvenserna av olika förändringar av sättet att finansiera inkomstbortfall till följd av sjukfrånvaro från arbete. Syftet med föreliggande kapitel är att översiktligt redovisa

hur inkomstbortfallet vid sjukfrånvaro täcks av *de försäkrade* genom karensdag och "självrisk" beroende på ersättningsnivå, *arbetsgivarna* genom sjuklön och *sjukförsäkringen* vid olika utformning av sjuklöneperioden, konsekvenserna av ett höjt ersättningstak och konsekvenserna av ett förändrat sätt att beräkna underlaget för sjukförsäkringsavgiften.

### 5.1 Sjukfrånvaron och inkomstbortfallet under 1999

#### Antaganden och förutsättningar för beräkningarna

Faktiska data avseende karensdagar och sjukfrånvaro under sjuklöneperioden saknas. Beräkningarna nedan måste därför baseras på uppskattningar och antaganden som redovisas nedan.

Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF) redovisar i sin tidsanvändningsstatistik att sjukfrånvarons karensdagar och sjuklönedagar under 1999 motsvarar ca 0,5 procent respektive 1,5 procent av ordinarie arbetstid<sup>1</sup>. Med ledning av detta uppskattar utredningen antalet karensdagar till 12 miljoner och antalet dagar då sjuklön utgått till 28 miljoner. Totalt ersatte sjukförsäkringen ca 75 miljoner dagar under 1999. Den totala sjukfrånvaron, inklusive karensdagar och sjuklönedagar, kan därmed uppskattas till 115 miljoner dagar.

---

<sup>1</sup> Sjukfrånvaron inom stat och kommun ingår inte den tidsanvändningsstatistik som ligger till grund för antagandena om omfattningen av karensdagar och sjuklönedagar. Det är därför inte osannolikt att den totala volymen underskattats.

De förutsättningar som används i följande beräkningar är

- 12 miljoner karensdagar
- 28 miljoner sjuklönedagar
- 54 miljoner sjukpenningdagar för anställda
- 21 miljoner sjukpenningdagar för övriga (ingen sjuklön)
- 115 miljoner sjukfrånvarodagar totalt
- 400 kronor/dag i genomsnittlig sjukpenning/sjuklön
- 500 kronor/dag som genomsnittligt inkomstbortfall
- älderspensionsavgift 10 procent
- arbetsgivaravgift 33 procent

**Inkomstbortfallet på grund av sjukfrånvaro under 1999 täcktes enligt följande:**

"Finansiär"	Miljoner dagar	Miljoner kronor	Andel
<b>Den försäkrade</b>	115	16 300	28 %
karensdag	12	6 000	10 %
"självrisk" – 20 %	103	10 300	18 %
<b>Arbetsgivaren</b>			
sjuklön dag 2-14	28	11 200	19 %
<b>Sjukförsäkringen</b>			
anställda	54	21 600	
icke anställda	21	8 400	
<i>Summa</i>	75	30 000	52 %
<b>Inkomstbortfall</b>	115	57 500	100 %

Som framgår av sammanställningen svarar de försäkrade själva för närmare 30 procent av inkomstbortfallet vid sjukdom. Arbetsgivaren täcker ca 20 procent genom sjuklön och sjukförsäkringen drygt 50 procent genom sjukpenning. En fullständig redovisning skulle behöva kompletteras med uppgifter om ersättning från avtalsförsäkringar och ökad "självrisk"-kostnad på grund av ersättningstaket i försäkringen. Ersättningstaket innebär t.ex. att för en stor grupp försäkrade är inkomstbortfallet/självriskens underskattat.

## 5.2 Alternativa utformningar av sjuklöneperioden

Beräkningarna i de olika alternativen baseras på de antaganden och förutsättningar<sup>2</sup> som tidigare angivits. I det följande beräknas och redovisas effekterna av antagna *förändringar* i förhållande till nuvarande regler. Utredningen anser att dessa beräkningar av förändringarnas kostnadskonsekvenser utgör tillräcklig grund för övergripande principiella överväganden och ställningstaganden.

De alternativ som jämförs med nuvarande regler är

- 28 dagars sjuklöneperiod
- 60 dagars sjuklöneperiod
- 365 dagars sjuklöneperiod med 30 procent sjuklön
- 80 procent sjuklön dag 2–14, 20 procent sjuklön dag 15–365

### 28 dagars sjuklöneperiod

"Finansär"	Nuvarande regler			
	14 dagars sjuklön		28 dagars sjuklön	
	Miljoner dagar	mkr	Miljoner dagar	mkr
<b>Arbetsgivaren</b>				
sjuklön dag 2-14	28	11 200		
sjuklön dag 2-28			33,8	13 520
<i>Summa</i>	28	11 200	33,8	13 520
förändring			5,8	2 320
- arbetsgivaravgift				766
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>3 086</i>
<b>Sjukförsäkringen</b>				
sjukpenning				
anställda	54	21 600	48,2	19 280
icke anställda	21	8 400	21,0	8 400
<i>Summa</i>	75	30 000	69,2	27 680
förändring			-5,8	-2 320
- ålderspensionsavgift				-232
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>-2 552</i>

En utökning av sjuklöneperioden från 14 till 28 dagar skulle enligt beräkningen innebära ytterligare ca 6 miljoner sjuklönedagar. Den

<sup>2</sup> Utredningen har inte haft underlag för att beräkna eventuella effekter av att arbetsgivaren utnyttjar möjligheten att i viss utsträckning komplettera sjukpenning med ersättning över försäkringens ersättningstak enligt 3 kap. 4a§ AFL.

ökade kostnaden för arbetsgivaren, inklusive arbetsgivaravgifter, uppgår till drygt 3 miljarder kronor.

### 60 dagars sjuklöneperiod

"Finansiär"	Nuvarande regler		60 dagars sjuklön	
	14 dagars sjuklön		Miljoner dagar	mkr
	Miljoner dagar	mkr	Miljoner dagar	mkr
<b>Arbetsgivaren</b>				
sjuklön dag 2-14	28	11 200		
sjuklön dag 2-60			41	16 400
<i>Summa</i>	28	11 200	41	16 400
förändring			13	5 200
- arbetsgivaravgift				1 716
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>6 916</i>
<b>Sjukförsäkringen</b>				
sjukpenning				
anställda	54	21 600	41	16 400
icke anställda	21	8 400	21	8 400
<i>Summa</i>	75	30 000	62	24 800
förändring			-13	-5 200
- ålderspensionsavgift				-520
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>-5 720</i>

En utökning av sjuklöneperioden till 60 dagar innebär att antalet sjuklönedagar ökar med ca 13 miljoner. Utgifterna för sjukpenning, inkl. ålderspensionsavgift, minskar med 5,7 miljarder kronor. Arbetsgivarnas ökade kostnader för sjuklön och arbetsgivaravgifter uppgår till nära 7 miljarder kronor.

**365 dagars sjuklöneperiod med 30 procent sjuklön**

"Finansiär"	Nuvarande regler		365 dagars sjuklön	
	14 dagars sjuklön		30%	
	Miljoner dagar	mkr	Miljoner dagar	mkr
<b>Arbetsgivaren</b>				
sjuklön dag 2-14	28	11 200		
sjuklön dag 2-365			0	0
<i>Summa</i>	28	11 200	82	12 300
förändring			54	1 100
- arbetsgivaravgift				363
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>1 463</i>
<b>Sjukförsäkringen</b>				
sjukpenning				
anställda	54	21 600	82	20 500
icke anställda	21	8 400	21	8 400
<i>Summa</i>	75	30 000	103	28 900
förändring			28	-1 100
- ålderspensionsavgift				-110
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>-1 210</i>

En omläggning från 14 dagars sjuklön om 80 procent till 365 dagars sjuklön om 30 procent skulle innebära en ökad kostnad för arbetsgivarna med ca 1,5 miljarder kronor.

**80 procent sjuklön dag 2–14, 20 procent sjuklön dag 15–365**

"Finansiär"	Nuvarande regler		80% sjuklön dag 2 -14 + 20 % sjuklön dag 15-365	
	Miljoner dagar	mkr	Miljoner dagar	mkr
<b>Arbetsgivaren</b>				
- sjuklön dag 2-14	28	11 200	28	11 200
- sjuklön dag 15-365			54	5 400
<i>Summa</i>	28	11 200	82	16 600
förändring			54	5 400
- arbetsgivaravgift				1 782
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>7 182</i>
<b>Sjukförsäkringen</b>				
sjukpenning				
anställda	54	21 600	54	16 200
icke anställda	21	8 400	21	8 400
<i>Summa</i>	75	30 000	75	24 600
förändring			0	-5 400
- ålderspensionsavgift				-540
<i>Summa förändrade kostnader</i>				<i>-5 940</i>

En utvidgning av nuvarande sjuklöneperiod om 14 dagar med en sjuklön uppgående till 30 procent under dag 15–365 skulle innebära en utgiftsminskning i sjukförsäkringen på knappt 6 miljarder kronor och en kostnadsökning för arbetsgivarna på ca 7,2 miljarder kronor.

### 5.3 Höjt ersättningstak till 10 prisbasbelopp

Socialdepartementet har på utredningens uppdrag analyserat utvecklingen av förvärvsarbetandes inkomster i relation till det ersättningstak på 7,5 prisbasbelopp som gäller i sjukförsäkringen. I analysen konstateras att antalet förvärvsarbetande med inkomster över taket under de senaste fem åren fördubblats, från 540 000 år 1996 till uppskattningsvis 1 100 000 nästa år. 36 procent av de heltidsarbetande beräknas att ha inkomster över taket år 2001. Anledningen till denna utveckling är att taket i försäkringen endast har räknats upp med den allmänna prisnivån samtidigt som man under senare år haft relativt höga reallöneökningar i samhället. (Den fullständiga analysen redovisas i bilaga 14.)

Merkostnaden för en höjning av ersättningstaket i försäkringen till 10 prisbasbelopp har beräknats av RFV. RFV uppskattar merkostnaden till ca 750 miljoner kronor. Sjukförsäkringens merutgift blir inklusive ålderspensionsavgift därmed 825 miljoner kronor. Ett höjt tak i sjukförsäkringen påverkar också utbetalningarna från avtalsförsäkringarna, vilket innebär att arbetsgivarnas kostnader för sjukersättning minskar. Riksdagens Utredningstjänst har beräknat de sänkta kostnaderna för de privata arbetsgivarna till ca 500 miljoner kronor<sup>3</sup>. De redovisade beräkningarna bygger på en sjuklöneperiod omfattande 14 dagar. En förlängning av sjuklöneperioden minskar naturligtvis merkostnaderna för sjukförsäkringen. Utredningen uppskattar att vid en sjuklöneperiod på 28 dagar blir merkostnaden ca 700 miljoner kronor och vid en förlängning till 60 dagar 600 miljoner kronor (exklusive ålderspensionsavgifter). Det bör påpekas att en konsekvens av ett höjt ersättningstak i sjukförsäkringen är att utbetalningarna i föräldraförsäkringen påverkas. Merkostnaden i föräldraförsäkringen uppskattas till ca 500 miljoner kronor.

#### 5.4 Konsekvenser av ett ändrat sätt att beräkna underlaget för sjukförsäkringsavgiften

Sjukfrånvaron har ett väl dokumenterat samband med ålder. Därmed följer att arbetsgivare bl.a. genom sjuklönesystemet får högre kostnader för den äldre arbetskraften. Ett förändrat sätt att beräkna underlaget för sjukförsäkringsavgiften skulle kunna minska kostnaderna för äldre arbetskraft och därigenom minska risken för selektering och t.o.m. stimulera anställning av äldre. Utredningen har mot den bakgrunden översiktligt sökt beräkna konsekvenserna av att beräkningsunderlaget för sjukförsäkringsavgiften begränsas till lönesumman för anställda yngre än 55 år. Nedanstående beräkningar bygger på det förenklade antagandet att lönesummorna i respektive sektor står i direkt proportion till antalet anställda. Detta antagande underskattar något löneunderlaget för den enskilda sektorn.

---

<sup>3</sup> Sveriges Riksdag Utredningstjänsten, PM Höjt tak i sjuk- och föräldraförsäkringen.

### Antal anställda, hypotetiska löneunderlag och sjukförsäkringsavgifter inom statlig, kommunal och enskild sektor

		Statlig	Kommunal	Enskild	Summa
<b>Födda före 1945 (&gt; 55 år)</b>	antal	42 157	209 599	313 958	565 714
	andel > 55	20%	19%	14%	16%
Löneunderlag	mkr	10 097	50 198	75 192	135 486
Sjukförs.avgift	mkr	858	4 267	6 391	11 516
Resp. sektors andel av avgift		7%	37%	55%	100%
<b>Födda from 1945 (&lt; 55 år)</b>	antal	173 844	896 916	1 996 152	3 066 912
	andel < 55	80%	81%	86%	84%
Löneunderlag	mkr	41 635	214 808	478 071	734 514
Sjukförs.avgift	mkr	3 539	18 259	40 636	62 434
Resp. sektors andel av avgift		6%	29%	65%	100%
<b>Samtliga</b>	antal	216 001	1 106 515	2 310 110	3 632 626
Resp. sektors andel		6%	30%	64%	100%
Nuvarande löneunderlag	mkr	51 732	265 006	553 262	870 000
Nuvarande sjukförs.avgift	mkr	4 397	22 526	47 027	73 950
	%	8,50%	8,50%	8,50%	8,50%
Löneunderlag < 55 år	mkr	41 635	214 808	478 071	734 514
Resp. sektors andel		6%	29%	65%	100%
Sjukförs.avgift	mkr	4 192	21 627	48 132	73 950
Erforderlig sjukförs.avgift	%	10%	10%	10%	10%
Förändrad avgift	mkr	-205	-899	1 104	0
	%	-5%	-4%	2%	0%

Som framgår av tabellen har såväl den statliga som den kommunala sektorn en betydligt större andel anställda som är 55 år eller äldre. Dessa sektorer får därmed också bära högre kostnader för sjuklön. Ett förändrat beräkningsunderlag enligt ovan skulle innebära en minskning av sjukförsäkringsavgifter inom den offentliga sektorn, motsvarande drygt 1 miljard kronor och en motsvarande ökning inom den privata sektorn.



## 6 En sjukförsäkring i försäkringsmässiga former

### 6.1 Inledning

I detta kapitel beskriver utredningen principerna för en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former. Beskrivningen baseras på en PM upprättad för utredningen av försäkringsmannen Gunvall Grip. Beskrivningen avser att vara resonerande och principiell och skall ses som en utgångspunkt för fortsatta överväganden. Utredningens ställningstaganden återfinns i kapitlen 7 och 8.

Utredningens utgångspunkt är att sjukförsäkringen som hittills skall ingå i det svenska socialförsäkringssystemet där villkor, anslutningsformer, administration etc. regleras av regering och riksdag. Försäkringen skall avse de ersättningar som är knutna till inkomstbortfall vid sjukdom eller olycksfall och som primärt inte regleras av någon annan försäkring som t.ex. arbetsskadeförsäkringen.

I kapitlet definieras vad som avses med begreppet "*försäkringsmässiga former*". Inledningsvis (avsnitt 2) beskrivs vad som skall förstås med försäkring och därmed också vad som skall förstås med försäkringsmässiga former.

I en andra avdelning i kapitlet (avsnitt 3 och 4) förs principiella resonemang kring en konkretare utformning av en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former.

### 6.2 Försäkring och försäkringsmässiga former

En försäkrings viktigaste funktion är ekonomiskt riskövertagande och ekonomisk riskspridning. Genom försäkring övertas och sprids sådana ekonomiska risker (som var och en försäkrad inte anses kunna bära på egen hand) över ett försäkringskollektiv. Därmed har försäkring en form av ekonomisk avlastningsfunktion.

Ett annat viktigt karaktärsdrag i en försäkring är att den ekonomiska risken skall kunna vara bestämbar (mätbar i försäkringsaktuariella och försäkringsekonomiska termer). Därtill kommer att försäkringsriskens faktiska utfall på individ- eller objektsnivå på förhand bör vara okänd för både den försäkrade och försäkringsgivaren. Försäkring innebär således att både de som ansluter sig och de som övertar och sprider försäkringsrisken vet att försäkringsfall kommer att kunna inträffa inom det försäkrade kollektivet, men mera osäkert dock vilka individer eller objekt som kommer att drabbas av försäkringsfall (-skada).

### 6.2.1 Försäkringens institutionella indelning

Både det försäkringsmässiga riskövertagandet och riskspridningen kan naturligtvis ske i en mängd olika former.

Institutionellt indelas svensk försäkring vanligen i tre nivåer – den sociala försäkringen, försäkring knuten till arbetsmarknadens parter (arbetsmarknadsförsäkring eller avtalsförsäkring) och annan privat försäkring. Avgörande för denna indelning är frågan om på vilken samhällelig nivå anslutningen till ett försäkringssystem bestäms. Anslutningen till den sociala försäkringen bestäms parlamentariskt (riksdagen); anslutningen till arbetsmarknadsförsäkring bestäms av parterna på arbetsmarknaden (genom kollektivavtal) och anslutningen till annan privat försäkring bestäms och beslutas av den enskilde själv (dock med smärre undantag)<sup>1</sup>.

Ibland indelas försäkring i s.k. kollektiv försäkring och individuell försäkring. Den uppdelningen bygger vanligen på att anslutningen till försäkringssystemet är obligatorisk (kollektiv försäkring) respektive frivillig (individuell försäkring).<sup>2</sup>

Ytterligare en kategorisering av försäkring är uppdelningen i person- eller livförsäkring och skadeförsäkring.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Så är t.ex. trafikförsäkringen obligatorisk. Även i vissa gruppförsäkringar inom privat försäkring kan anslutningen vara obligatorisk.

<sup>2</sup> Kollektiv försäkring benämns ibland gruppförsäkring. Med individuell försäkring menas vanligen all försäkring som inte är social, kollektiv, grupp eller arbetsmarknadsförsäkring. Individuell försäkring knyts dock vanligen till anslutningsformen, inte alltid till försäkringsformen. Därav följer att försäkringstagare kan ansluta sig individuellt (och frivilligt) till t.ex. grupp- eller kollektiv försäkring.

<sup>3</sup> En annan form är t.ex. fondförsäkring. Institutionellt görs också en viss skillnad mellan försäkringsbolag, försäkringsförening och vissa stiftelseformer (pensionsstiftelse). Ytterligare uppdelning i institutionella former är benämningarna direkt försäkring (för egen räkning) och återförsäkring.

## 6.2.2 Försäkringens två dimensioner

All försäkring torde kunna kategoriseras utmed två dimensioner. Här benämns de dimensionerna

- a) den vertikala eller den finansiella dimensionen och
- b) den horisontella eller den sociala dimensionen.<sup>4</sup>

### Försäkringens vertikala eller finansiella dimension

Den vertikala eller den finansiella dimensionen innebär att man tar sikte på försäkringens penningflöde i form av avgifter (premieinbetalningar), utbetalning vid försäkringsfall (försäkringsersättning) och (eventuell) fondering.

Därav följer också att försäkring uppfattas som en finansiell tjänst ingående i det finansiella systemet i samhället. Även den statliga tillsynen och lagstiftningen fokuseras till stor del på denna försäkringsverksamhetens finansiella dimension (så benämns också tillsynsmyndigheten idag *finansinspektionen*). Ett påtagligt uttryck för det är att lagstiftaren så långt möjligt önskar att försäkringsverksamheterna i dess olika former skall vara så solida som möjligt (soliditetsprincipen). Det i sin tur är uttryck för att försäkring uppfattas som en viktig infrastruktur i samhället. Kravet på försäkringsverksamhetens soliditet blir därmed en del av det förtroende och den legitimitet som är nödvändiga förutsättningar för all försäkringsverksamhet (och därmed också för det finansiella systemet).

Avgifts- eller premieinbetalning och utbetalning vid försäkringsfall är alltså två sidor av samma dimension inom försäkring. Fondering, dvs. avsättning av medel för framtida utgifter för försäkringsfall (således en form av periodisering av intäkter och utgifter) har inte varit och anses ej heller idag vara en absolut nödvändig förutsättning inom alla former av försäkring. Förr fanns s.k. uttaxeringsföreningar, som debiterade sina kunder efter det att försäkringsfall hade inträffat. Den formen av försäkring kom dock att betraktas som mycket osäker.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Möjligen är uttrycket *skade- eller försäkringsfallsorienterad dimension* bättre.

<sup>5</sup> Diskussionen om dessa uttaxeringsföreningar var mycket omfattande i slutet av 1800-talet i samband med tillkomsten av lagen om försäkringsrörelse. Det bör kanske påpekas att viss form av "uttaxering i efterhand" förekommer även idag. Så kan t.ex. premiehöjningar efter vissa svårare skadeår betraktas som uttaxeringar i efterhand.

Inom både den sociala försäkringen och inom arbetsmarknadsförsäkring existerar idag s.k. ofonderade försäkringssystem (även benämnda fördelningssystem). Ett av skälen till det har bland annat varit att man uppfattat bl.a. statens, landstingens och kommunernas beskattningsrätt – och därmed finansieringsstyrka som tillräcklig. Ett annat motiv för begränsad fondering eller ingen fondering alls har varit risken för överutbud på kapitalmarknaden. Ytterligare ett motiv mot allt för omfattande fondering har varit av maktpolitisk karaktär.<sup>6</sup>

Idén om fonderade försäkringssystem är naturligtvis i särskild grad knuten till privat försäkring och i samband med privat försäkring kanske speciellt till pensionssystem.

Diskussionen om ett försäkringssystemets fondering har sitt ursprung i försäkringssystemets soliditetsprincip och har därmed med säkerhet och stabilitet att göra. Soliditet, fondering, säkerhet och stabilitet är i sin tur, som nämnts, viktiga faktorer för försäkringssystemets förtroende och legitimitet.

Under slutet av 1800-talet och under en stor del av 1900-talet har de försäkringsmässiga principerna därför återkommande diskuterats i Sverige. Särskilt intensiv var debatten kanske under 1930- och 40-talen. Redan dessförinnan ventilerades t.ex. den s.k. oantastbarhetsprincipen, som innebär att intjänande pensionsrättigheter inte skulle kunna ifrågasättas, eller av en eller annan anledning inte kunna realiserats. Därav följde att de försäkrades intjänade pensionsrättigheter skulle säkerställas, vilket vanligen innebar att pensionssystemen utformades fonderade med särskild betoning på finansiell säkerhet (spridning av riskerna) i avseende på kapitalplaceringarna. Detta säkerställande benämns ibland som tryggande (och kodifierades i den s.k. tryggandelagstiftningen, vilket helt enkelt innebar att man skulle se till att de försäkrades rättigheter tryggades/säkerställdes.)

Inom annan privat försäkring är fondering åtminstone sedan början av 1900-talet regel.

Här märks således att institutet försäkring både av lagstiftaren och också av försäkringsorganisationerna själva, är sammankopplad med viktiga principer som soliditetsprincipen, säkerställande- och/eller tryggandeprincipen och oantastbarhetsprincipen. De principerna är i sin tur nära förbundna med försäkringens vertikala

---

<sup>6</sup> Debatten om pensionssystemet ATPs tillkomst och utveckling speglar flera av de motiv som nämnts ovan.

eller finansiella dimension och därmed med försäkringssystemets finansiella säkerhet och stabilitet.<sup>7</sup>

### **Försäkringens horisontella eller sociala dimension**

Det ligger i sakens natur att försäkring i stor utsträckning koncentreras på försäkringsfallet (skadefallet eller försäkringsrisken). Det betyder nödvändigtvis inte att all försäkring också inkluderar verksamheter eller aktiviteter som avser att förhindra eller minska antalet försäkringsfall. Ej heller innebär försäkringsverksamhet nödvändigtvis att försäkringsinstitutionerna anser sig bära driva skadereparerande verksamhet efter det att skada inträffat. Dessa två verksamheter – den preventiva och den rehabiliterande verksamheten – är således inga självklarheter inom försäkringsområdet.

Det betyder dock inte att försäkringsorganisationerna inte alls verkar inom dessa områden. Snarare är det tvärtom. Även historiskt har funnits betydande intresse för att minska på antalet och omfattningen av försäkringsfall och för att på olika sätt återställa, reparera eller rehabilitera efter det att sjukdom/olycksfall inträffat. Detta har ansetts vara till gagn inte endast för de försäkrade och försäkringsorganisationerna själva utan också för samhället (t.ex. i ett samhällsekonomiskt perspektiv). Åtminstone vissa försäkringsbolag lägger ner betydande energi och aktiviteter på skadeförebyggande och rehabiliterande aktiviteter.

Lagstiftaren (såsom lagstiftarens mening uttrycks i försäkringsrörelselagstiftningen och kommer till konkret uttryck i tillsynsmyndighetens verksamhet) *alägger* dock inte t.ex. de privata försäkringsbolagen att driva vare sig preventiv eller rehabiliterande verksamhet.

Den del av försäkringsverksamheten som visar sig i aktiviteter som har med prevention och rehabilitering att göra är alltså inte nödvändigtvis ett primärt arbetsområde för försäkringsbolag. Försäkringsbolagen har dock i stor utsträckning, av rena effektivitets-skäl, ofta ansett det lönsamt att bekosta en omfattande preventiv och rehabiliterande verksamhet.

Syftet med denna uppdelning av försäkring i en finansiell och en social dimension är inte att försäkring i alla former nödvändigtvis

---

<sup>7</sup> Möjligen kan också den statliga tillsynsverksamheten (som finansinspektionen) ses som en del av modern försäkring för ökad stabilitet och säkerhet inom den finansiella sektorn.

måste innehålla aktiviteter inom båda dessa dimensioner. Att uppfatta försäkring och försäkringsverksamhet utifrån detta tvådimensionella perspektiv tydliggör däremot hur ansvar, befogenheter, rättigheter och skyldigheter bör eller kan fördelas i frågor som har med försäkring eller försäkringsliknande verksamhet att göra. Särskilt viktigt torde detta vara när det gäller en framtida utformning av en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former. En effektiv prevention antas kunna minska uppkomsten av försäkringsfall på samma sätt som en effektiv rehabilitering antas kunna minska utgifterna efter det att försäkringsfall inträffat. Därav följer att försäkringssystemets kostnader sammantaget minskar. Prevention och rehabilitering är således i allmänhet och rätt bedrivna försäkringsekonomiskt effektiva verksamheter.

### 6.2.3 Ytterligare aspekter på försäkringsmässiga former

Det finns anledning att peka på ytterligare faktorer som kan betraktas som viktiga moment inom det som kan benämnas försäkringsmässiga former. De områdena rör riskselekteringen, separationsprincipen, ömsesidighetsprincipen, den aktuariella premie- eller avgiftsberäkningen, sambandet mellan avgift och förmån, avtalsprincipen samt vissa principer för fondering och kapitalplacering.

#### **Riskselektering**

Ett påtagligt försäkringsmässigt särdrag, främst naturligtvis inom den privata försäkringen, är riskselekteringen (eller riskprovningen). Det innebär att anslutningen till ett visst försäkringssystem är villkorad, vilket betyder att försäkringsgivaren prövar om den försäkrade risken kan anses som normal. Vid avvikelser ges premieförhöjning, premiesänkning eller åsätts försäkringen särskilda villkor. Försäkringsgivaren kan också förhindra anslutning genom avslag på försäkringsansökan.

Motiven för denna prövning är dels en form av rättvisa inom försäkringskollektivet i den meningen att normala risker inte skall finansiera de onormala, dels rent försäkringsekonomiskt, som har med försäkringsgivarens långsiktiga ekonomiska överlevnad att göra.

Den tendens som tycks märkbar inom den privata försäkringen är att riskselekteringen blir allt mer sofistikerad i takt med utvecklingen av riskselekterande teknik.<sup>8</sup>

### Separationsprincipen

Ytterligare ett karaktärsdrag inom försäkringen är den s.k. separationsprincipen. Denna princip, kodifierad i bl.a. 1948 års försäkringsrörelselagstiftning och diskuterad sedan slutet av 1800-talet, innebär att olika försäkringsverksamheter skall drivas (ekonomiskt) skilda från varandra. Motivet är återigen en form av rättvisa. Dödsfallsförsäkringsriskerna bör inte finansieras av de trafikförsäkrade och omvänt; sjukförsäkringstagarna bör inte finansiera de brandförsäkrades risker och omvänt. De olika försäkringsriskerna ansågs vara av så olika karaktär att det fanns skäl att låta var och en försäkringsgren drivas någorlunda åtskilda från varandra.

Separationsprincipen innebär således att varje försäkringsgren så långt möjligt skall bära sina egna kostnader, alltså en form av särredovisningsprincip. Därtill innebar separationsprincipen att livförsäkringsrörelse inte tilläts drivas i samma bolag som annan försäkring. Ett viktigt skäl till det var att man ansåg att t.ex. brandförsäkring (som är av mer kortsiktig natur) var av annan karaktär än livförsäkring (som vanligen är av mer långsiktig natur).<sup>9</sup>

### Ömsesidighetsprincipen

En fråga nära knuten till separationsprincipen är frågan om den s.k. ömsesidighetsprincipen. Diskussionen om den principen har sitt ursprung i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet, då det fördes en intensiv försäkringspolitisk debatt mellan ömsesidiga försäkringsbolag och försäkringsaktiebolag. Den påföljande debatten hade stor betydelse för utvecklingen av svensk försäkringsrörelselagstiftning, som i slutet av 1940-talet knäsatte den s.k. ömsesidig-

<sup>8</sup> Inom personförsäkringen särskilt diskuteras idag t.ex. utvecklingen av gentekniken och dess effekter på möjligheter till riskselektering. På försäkringsmarknaden existerar också en utveckling i direkt motsatt riktning, dvs. lansering av försäkring utan någon som helst riskprövning, t. ex. i form av kollektiv hemförsäkring.

<sup>9</sup> Andra försäkringsformer har följt denna separationsprincip, t.ex. kreditförsäkring, som tidigare fordrade särskilt försäkringsbolag eller särskild koncession (tillstånd).

hetsprincipen, som helt enkelt innebar att tillgångarna i ett livförsäkringsbolag betraktades tillhöra försäkringstagarna. Den principen innebar vidare att utdelning av vinst till aktieägare i livförsäkringsaktiebolag begränsades för att i praktiken helt försvinna några årtionden därefter.

Ömsesidighetsprincipen kombinerades alltså med ett vinstutdelningsförbud inom svensk livförsäkringsrörelse. Ömsesidighetsprincipen har således under 1900-talet varit ett speciellt svenskt kännemärke på försäkringsmässighet inom livförsäkringsrörelsen.<sup>10</sup>

Ömsesidighetsprincipen kan anses få bäring också på en allmän sjukförsäkring i den mån som en sådan försäkring fonderas. Därmed bör både ägandefrågan och dispositionsrätten över de fonderade tillgångarna i en framtida allmän sjukförsäkring klargöras. Ett sätt att klargöra detta är att på ett tydligt och explicit sätt ventilera vem eller vilka som står som premie- eller avgiftsbetalare.<sup>11</sup>

### **Aktuariell premiesättning**

Vid bestämning av premier (avgifter) och försäkringsbelopp tas hänsyn till främst tre faktorer: den försäkrade risken, vilket innebär att framtida riskutfall förutberäknas, framtida administrations- eller hanteringskostnader och framtida avkastning på fonderat kapital. Dessa tre variabler är i allt väsentligt de avgörande vid den försäkringsmässiga premiesättningen.

Vid sådan aktuariell premiesättning är det nödvändigt att prognostisera med försiktighet. Det innebär att försäkringsmässigheten kräver att vissa säkerhetsaspekter iakttas. Det gäller således att inte underskatta det framtida riskutfallet, att inte underskatta

---

<sup>10</sup> Ömsesidighetsprincipen och vinstutdelningsförbudet är nu borttagna principer i den nya försäkringsrörelselagstiftningen (i den meningen att livförsäkringsaktiebolag tillåts utdela vinst till sina aktieägare). Emellertid, debatten om vem som äger (och har befogenhet att disponera) tillgångarna i ett livförsäkringsbolag pågår än idag, senast i frågan om hur SPP skulle behandla uppkommen överkonsolidering i sin verksamhet. Frågan har gällt om det ansetts rätt att tilldela överkonsolideringen till arbetsgivare eller om överskottet i sin helhet egentligen borde tilldelas de försäkrade som avstätt löneutrymme för den premie som betalats till försäkringen.

Här märks alltså att det i fonderade försäkringssystem är viktigt att försöka klargöra vem eller vilka som är avgifts- eller premiebetalare. I den bakomliggande historiska utvecklingen inom SPP har den saken inte tillräckligt tydliggjorts, vilket troligen resulterat i påföljande debatt om vilka som egentligen står som ägare till uppsamlat fonderat kapital i SPP. Ytterligare en komplikation i den frågan har med pensionssystemets utformning att göra (den saken berörs dock inte närmare här).

<sup>11</sup> I mer formell mening kan det därför också vara av vikt att precisera vem eller vilka som är *försäkringstagare* i systemet, se avsnitt om terminologi, nedan.



de framtida hanteringskostnaderna och inte heller att överskatta framtida avkastning på placerat kapital. Försäkringspremier bestäms därför vanligen med vissa s.k. säkerhetstillägg och vid prognoser om framtida avkastning på fonderat kapital läggs avkastningsantagandena (ränteantagandena) på en relativt låg nivå.

### **Samband mellan avgifter och förmåner**

I kanske främst den socialförsäkringspolitiska debatten har ofta framförts den ståndpunkten att det bör existera ett samband mellan avgifter och förmåner i (social)försäkringssystemet. Den debatten har knutits till frågan om underlaget för avgiftsuttaget (avgift upp till eller över 7,5 basbelopp) och underlaget för försäkringsförmånen (som ibland begränsas till 7,5 basbelopp). Det har alltså inte ansetts vara försäkringsmässigt att ta ut avgifter på inkomster över taket samtidigt som förmånerna i systemet begränsats till visst inkomsttak. Finansieringen av en viss socialförsäkringsförmån blir därmed en sorts fördelningspolitik som egentligen inte har med försäkring att skaffa.

Argumenteringen vilar således på det antagandet att försäkringsprodukterna är (eller bör vara) utformade med ett tydligt samband mellan premie och försäkringsbelopp (eller försäkringsavgift och försäkringsförmån). Detta resonemang ligger i sin tur naturligtvis mycket nära det som ovan benämns aktuariell premiesättning. Även separationsprincipen har egentligen med sambandet mellan premie och försäkringsförmån att göra.

Emellertid bör påpekas att privat försäkring långt ifrån alltid bygger på ett strikt samband mellan försäkringspremie och försäkringsförmån. Vissa skatteförmåner knutna till försäkring kan resultera i att försäkringen delvis finansieras av grupper som inte innehar sådan försäkring med skattefinansierad förmån.<sup>12</sup> Vissa försäkringar, särskilt s.k. försäkringspaket med flera försäkringsmoment, kan antas innebära att vissa försäkringskunder betalar för ett försäkringsmoment som kunden inte har försäkringsmässig nytta av.<sup>13</sup>

Den slutsats som kan dras är således att det torde ligga i sakens natur att försäkringsmässighet vilar på den grundidén att det skall

<sup>12</sup> Avdragsrätt för pensionsförsäkringspremie resulterar i att sambandet mellan avgift och förmån inte behöver betraktas som strikt.

<sup>13</sup> I t.ex. en hemförsäkring kan ingå automatiskt reseförsäkringsskydd även om hemförsäkringstagaren aldrig reser.

råda ett samband mellan försäkringsavgift och försäkringsförmån, men att det sambandet långt ifrån alltid är strikt.<sup>14</sup>

### **Avtalsprincipen**

Försäkring bygger på ett försäkringsavtal mellan försäkringstagare och försäkringsgivare. Liksom inom andra avtalsområden är det naturligtvis viktigt att avtal hålls; det kan kallas för avtalsprincipen.

Kanske är den saken av särskild betydelse när det gäller försäkring. I synnerhet gäller detta efter det att skada inträffat. En försäkringstagare är ju efter det att skada inträffat i en särskilt utsatt position eftersom han/hon inte utan vidare kan gå till annan försäkringsgivare för att få skadan försäkrad eller ersättningsbar.

Inom socialförsäkringen har dessvärre förekommit att ersättningsregler ändrats efter det att skada inträffat, dvs. under redan pågående förmånsutbetalning. Detta kan inte betraktas som nämnvärt försäkringsmässigt och resulterar därtill med stor säkerhet i att försäkringens legitimitet minskar.<sup>15</sup>

### **Fondering och kapitalplacering**

Ett viktigt inslag i det som här kallas försäkringsmässiga former är naturligtvis fonderingen och kapitalplaceringarna.

Fondering i försäkring har i princip två funktioner:

- a) Fondering har en utjämnande funktion på så sätt att ett visst placerat kapital skall motsvara framtida variationer i riskutfall. Det slaget av fondering motverkar således återkommande justeringar av premier eller avgifter (eller framtida justering av försäkringsbelopp).
- b) Fondering skall därtill på ett direkt sätt motsvara intjänad försäkringsrätt inom t.ex. pensionssparande. Försäkringsgivare som mottagit pensionsförsäkringssparande skall i princip förvalta kapitalplaceringstillgångar till lägst ett värde på motsvarande successivt intjänade pensionsrättigheter. För sjukförsäk-

<sup>14</sup> Sambandet mellan en försäkrings avgift och förmån benämns ibland genomskinlighet eller transparens (alternativt ogenomskinlighet eller bristande transparens).

<sup>15</sup> Naturligtvis händer också att försäkringsbolag inte kan infria löften knutna till försäkringsavtal. Så sker t.ex. när försäkringsbolag går i konkurs.

ring fonderas medel på motsvarande sätt för t.ex. framtida sjukersättningar där sjukfall redan inträffat.

Fonderingens allmänt viktigaste funktion är således att försäkringsgivaren genom fonderingen skall kunna infria framtida löften om försäkringsutbetalning.

För ett livförsäkringsbolag gäller att t.ex. pensionspararnas uppsamlade medel skall placeras dels efter en matchningsprincip, dels efter en diversifieringsprincip. Matchningsprincipen innebär i enkelhet att kapitalet måste placeras så att det kan förvandlas till likvida medel när tid är för pensionsutbetalning. Diversifieringsprincipen innebär att kapitalplaceringsrisken inte skall vare sig över- eller underdrivas. Portföljen (sammansättningen av kapitalplaceringslagen) bör enligt den principen vara diversifierad (blandad) och inte enahanda (oblandad eller mindre blandad); saken gäller alltså spridning av finansiell risk.

#### 6.2.4 Övrigt

Inom privat försäkring existerar ytterligare ett karaktärsdrag, nämligen det som har med den försäkrades eller försäkringstagarens valfrihet att göra. Denna valfrihet gäller val av försäkringsgivare, val av försäkringsbelopp, karensdagar, ersättningstider etc. Naturligtvis gäller också valfriheten att överhuvudtaget ansluta sig till sådan privat försäkring.<sup>16</sup>

Dessa valfriheter är av förklarliga skäl begränsade när det gäller en allmän och social sjukförsäkring. Anslutningen till en social försäkring är obligatorisk och ersättningsnivåerna och ersättningstiderna m.m. är enhetliga. Emellertid finns dock vissa valfriheter också inom den sociala försäkringen – egenföretagare har möjligheter att välja antalet karensdagar och inom det reformerade allmänna pensionssystemet finns möjligheter att välja fondförvaltare och olika slag av fonder (premiepensionen).

Motiven för begränsade valfriheter inom den sociala försäkringen bygger med stor säkerhet på administrativa överväganden, men kanske mest på idén om enhetlighet i systemen och att var och en försäkrad skall behandlas lika. Dock, även inom en framtida allmän sjukförsäkring (i försäkringsmässiga former) kan finnas

<sup>16</sup> Här diskuteras inte vidare det faktum att valfriheter inom försäkring snarast kan uppfattas som ett marknadsmässigt karaktärsdrag och inte ett specifikt försäkringsmässigt.

anledning att något resonera kring olika slag av valfriheter, se mera nedan.

### 6.2.5 Försäkringsmässighet i en framtida allmän sjukförsäkring

Ovan har utredningen redovisat innebörden av begreppet försäkringsmässighet. I det följande diskuterar utredningen vilken grad av försäkringsmässighet som bör appliceras på en allmän sjukförsäkring. Det principiella resonemanget är i korthet följande:

Även en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former syftar naturligtvis till ekonomiskt riskövertagande från de försäkrades sida och till ekonomisk riskspridning inom det sjukförsäkrade kollektivet. Därav följer också att de samlade avgifterna i systemet skall beräknas med aktuariell metod, dvs. med prognoser om framtida sjuklighet med kompletterande prognoser om hanteringskostnader och behövlig fondering.

Det ligger i försäkringsmässighetens natur att försäkringsavtal skall hållas. Det innebär att regeländringar som påverkar ersättning (negativt) inte bör omfatta ersättningar för redan inträffade försäkringsfall. En sådan princip är viktig också för en social försäkring även om man inte i alla sammanhang kan upprätthålla den fullt ut. Regelsystemet bör dock hållas så stabilt som möjligt.

Försäkringsmässigheten innebär vidare att den allmänna sjukförsäkringsrisken måste vara mätbar (vilket är en förutsättning för att risken skall vara försäkringsbar) och att försäkringen så långt möjligt bör utformas så att det finns ett samband mellan avgifter och förmåner. Strävan bör därför vara att utforma avgifts- och ersättningsunderlaget likformigt.

Verksamheten bör därtill kunna separeras från andra socialförsäkringsgrenar inte minst finansiellt, men möjligen också organisatoriskt, vilket står i överensstämmelse med den socialförsäkringspolitiska debatt som handlar om socialförsäkringssystemets autonomi (i detta fall således en autonom allmän sjukförsäkring).<sup>17</sup>

Försäkringsmässigheten i avseende på den vertikala eller finansiella dimensionen likväl som den horisontella eller sociala dimensionen (prevention och rehabilitering) bör mycket väl kunna appli-

---

<sup>17</sup> Här kan noteras att det reformerade allmänna pensionssystemet har utformats mera *autonomt* jämfört med det tidigare ATP-systemet. Ålderspensionssystemet har t.ex. *separerats* från sjuk- och efterlevandepensionerna.

ceras på en allmän sjukförsäkringsverksamhet. För utjämning av framtida risker och för att göra systemet så autonomt som möjligt kan därtill ett allmänt sjukförsäkringssystem drivas inom ramen för ett fonderat system.

Även ömsesidighetsprincipen kan appliceras på en allmän sjukförsäkring i så måtto att en sådan försäkringsverksamhet inte utdelar vinster till fristående aktieägare.

Riskselektering eller riskprovning är däremot inte förenlig med principerna för en allmän sjukförsäkring. En särbehandling av t.ex. särskilda sjukrisker inom en allmän sjukförsäkring motverkar en sådan försäkrings funktion att vara allmän. I fråga om riskselekteringen skulle alltså en allmän sjukförsäkring avvika mot det som normalt kan betraktas som försäkringsmässigt.<sup>18</sup>

Omfattningen av valfriheterna (val av karenstid, ersättningsnivåer, försäkringstider) i en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former kan rimligen inte bli annat än begränsad.

Sammanfattningsvis skulle alltså följande karaktärsdrag i avseende på försäkringsmässighet kunna appliceras på en allmän sjukförsäkring:

- Ekonomiskt riskövertagande
- Ekonomisk riskspridning
- Mätbar och försäkringsbar risk
- Den finansiella dimensionen (soliditet, oantastbarhet, trygghet)
- Den sociala dimensionen (prevention och rehabilitering)
- Separationsprincipen (autonomi)
- Ömsesidighetsprincipen
- Aktuariell premiesättning
- Samband mellan avgift och förmån
- Avtalsprincipen
- Fondering och kapitalplacering

Inom en allmän sjukförsäkring utesluts det försäkringsmässiga karaktärsdraget riskprovning (riskselektering). Därtill torde också de försäkrades valmöjligheter bli mindre omfattande.

---

<sup>18</sup> Här bör påpekas att sjukförsäkring redan idag drivs av försäkringsbolag utan riskselektering, bl.a. inom ramen för sjukförsäkring inom det avtalade försäkringsområdet. Vissa krav på arbetsförhet finns dock för att en anställd skall kunna omfattas av sådana försäkringar.

## 6.3 En allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former

### 6.3.1 En allmän sjukförsäkrings syfte

Syftet med en allmän *sjukförsäkring* är att sådan försäkring skall utge ersättning för det inkomstbortfall som drabbar den försäkrade vid sjukdom och/eller olycksfall. Sjukdomen eller skadan skall vara av sådan omfattning att den leder till nedsatt arbetsförmåga.

Försäkringen skall omfatta så många försäkrade som möjligt (hög täckningsgrad).

Ersättningsnivån (kompensationsgraden) skall vara av sådan storlek och omfattning att den försäkrade efter inkomstbortfallet kan leva med en i stort bibehållen förutvarande ekonomisk standard.

Försäkringens giltighetstid, *försäkringstiden*, skall motsvara normal tid i yrkesverksam ålder, dvs. försäkringen skall gälla fram till tidpunkten för ålderspensionering.

Den eller de organisationer som handhar den allmänna sjukförsäkringen skall aktivt verka för prevention och rehabilitering.

Att försäkringen skall vara *allmän*, dvs. utformas obligatoriskt och i princip gälla alla (hög täckningsgrad) med arbets- eller förvärvsinkomster, bygger på idén om att sådant sjukförsäkringsskydd i det avseendet inte blir tillräckligt effektivt om det överlämnas till de försäkringsorganisationer som verkar på marknaden med frivillig anslutning. En enbart frivillig anslutning till en sjukförsäkring resulterar nämligen vanligen i att yngre och friskare individer (åtminstone friskare i subjektiv mening) tenderar att låta bli att försäkra sig, eftersom de anser att risken för sjukdom är begränsad. Mera benägna att försäkra sig blir däremot de äldre och de som av en eller annan anledning tror (eller vet) att risken för sjukdom kan vara överhängande. Därmed skapas ett problem som i försäkrings-termer kallas för *riskurvalsproblem*. Det försäkrade kollektivet tyngs av de mest svårartade riskerna (högriskerna), medan de mindre svårartade (lägriskgrupperna) inte i tillräcklig omfattning träder in i systemet.

Det i sin tur resulterar i att försäkringsavgiften för dem som försäkrat sig tenderar att stiga, vilket i nästa steg försvårar inträde bland de individer som har begränsade ekonomiska resurser. De individer med svagare ekonomiska resurser avstår att försäkra sig

trots att behovet av försäkring i objektiv mening framstår som betydande. Därmed kompletteras det försäkringsmässiga riskurvalet med ett *ekonomiskt urval*. Ett helt frivillig sjukförsäkringsmarknad tenderar således att skapa relativt många oförsäkrade eller otillräckligt försäkrade.

Det oförsäkringsproblemet tenderar att tillta i de fall försäkringsgivaren begränsar tillträdet till försäkringen genom riskprövning.

Motsvarande problematik uppstår om en sjukförsäkring skapas endast för s.k. lågriskgrupper, dvs. för grupper med begränsad sjuklighet.

Genom en sjukförsäkring i allmänna former, dvs. med obligatorisk anslutning, minimeras ovannämnda problem. Därav följer att en sjukförsäkring i allmänna och obligatoriska former kan motiveras utifrån åtminstone fyra viktigare perspektiv:

En allmän sjukförsäkring är ett alternativ till privat sjukförsäkring tecknad i enskilda försäkringsbolag. En helt frivillig individuellt tecknad sjukförsäkring betraktas inte som tillräckligt effektiv eftersom allt för många individer lämnas oförsäkrade eller begränsat försäkrade. Här knyts således en försäkrings effektivitet främst till den försäkringstäckning försäkringen skapar.

En allmän sjukförsäkring skall utformas utifrån ett socialpolitiskt perspektiv för att det är socialpolitiskt angeläget att så många som möjligt erhåller ekonomisk trygghet vid inkomstbortfall på grund av sjukdom (vid nedsatt arbetsförmåga). En allmän sjukförsäkring innebär att hela befolkningen erhåller ekonomisk trygghet vid inkomstbortfall. Därmed minskar behovet av andra åtgärder (som t.ex. behovet av socialbidrag).

En allmän sjukförsäkring är därtill ett viktigt led i utvecklingen av folkhälsan. Genom allmän anslutning till systemet kan indikatorer på ohälsa inom hela det försäkrade kollektivet relativt snabbt uppmärksammas. En allmän sjukförsäkring är också folkhälsofrämjande genom att de skadedrabbades ekonomi genom försäkringen inte försämras avsevärt efter försäkringsfall; därigenom förbättras möjligheterna till rehabilitering och tillfrisknande.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Genom att en försäkring kan betraktas som individekonomiskt nyttig kan också finnas tydliga samband mellan god individekonomi och positiv samhällsekonomisk utveckling.

Ibland motiveras en allmän sjukförsäkring med att sådan försäkring kan drivas med låga hanteringskostnader jämfört med de hanteringskostnader som fordras inom individuell eller

Därav följer att en allmän sjukförsäkring också har positiva effekter på arbetsmarknaden. Genom att försäkringen indikerar behov av både prevention och rehabilitering kan antas att uppkomsten av arbetsförmåga minskar och att återställande av arbetsförmågan förbättras, vilket är direkt gynnsamt för arbetsmarknaden. Om sjukförsäkringsersättningen därtill syftar till någorlunda bibehållen ekonomisk standard kvarstår de försäkrades konsumtionsmöjligheter även vid nedsatt arbetsförmåga, vilket också det har en gynnsam effekt på arbetsmarknaden.

### **Vissa villkor/krav**

En allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former bör – för att kunna betraktas som effektiv – inledningsvis bygga på följande förutsättningar, villkor eller krav:

- hög täckningsgrad (antal individer försäkrade),
- hög kompensationsgrad (i procent av sjukpenninggrundande inkomst) och
- försäkringstid fram till tiden för ålderspensionering.

Till dessa tre villkor eller krav fogas det kravet att de försäkrade ansluts till den allmänna sjukförsäkringen utan selektering av (sjuk)riskerna. Detta innebär alltså att anslutningen till försäkringen inte innebär t.ex. hälsoprövning för rätten att bli försäkrad. Det avgörande villkoret för att vara försäkrad i en allmän sjukförsäkring är att den försäkrade har eller har haft inkomst. Försäkringens utjämnande funktion skall vara mellan dem med nedsatt arbetsförmåga och dem som inte har sådan nedsatt arbetsförmåga.

---

privat försäkring. Det motivet bör betraktas som ett mindre viktigt motiv för allmän sjukförsäkring och för social försäkring överhuvudtaget. Det avgörande motivet för en allmän sjukförsäkring är således inte den administrativa hanteringen utan fram för allt en sådan försäkrings täckningsgrad.



### 6.3.2 Avgift och förmån

Inom en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former finns däremot skäl att nämna något om samband mellan avgift och förmån. Nuvarande system finansieras med avgifter som uttas på inkomster utan begränsningar (tak) samtidigt som högsta möjliga ersättningsunderlag (SGI) är begränsat till 7,5 prisbasbelopp. Detta innebär således att försäkrade med inkomster över detta tak överfinansierar försäkringen i förhållande till möjlig förmån. Därutöver tenderar både andel försäkrade och andel sjukskrivna med inkomster över 7,5 prisbasbelopp öka, vilket i sin tur resulterar i att allt fler erhåller ersättningsnivå som understiger den nivå som gäller inkomstdelar upp till 7,5 prisbasbelopp.

Som utredningen tidigare understrukit är det av stor vikt att ett försäkringssystem utformas och hanteras så att det av de försäkrade och andra i samhället betraktas som legitimt. Om allt fler försäkrade inte erhåller avsedda kompensationsnivåer finns skäl att anta att systemet riskerar att tappa nödvändig legitimitet – de försäkrades tilltro till systemet minskar, vilket på sikt antas kunna underminera finansieringsviljan. Om systemet därutöver är utformat så att avgiftsunderlaget inte är detsamma som beräkningsunderlaget för ersättningarna kan antas att tilltron och därmed också finansieringsviljan avtar ytterligare.

För att stärka systemets legitimitet och därmed tilltron till systemet bör således en allmän sjukförsäkring i mer försäkringsmässiga former utformas med tydligare samband mellan avgift och förmåner. Det kan ske på principiellt två sätt:

1. genom att avgiftsunderlaget sänks till nivån för underlaget för ersättningarna eller
2. genom att beräkningsunderlaget för ersättningsnivåerna höjs i nivå med avgiftsunderlaget.

I det första fallet kommer allt fler försäkrade att erhålla allt lägre kompensationsgrad relativt inkomsten. Om dagens underlagsnivå för ersättning bibehålls kan nämligen antas att allt fler försäkrade kommer att ha inkomster som överstiger ersättningsunderlaget, vilket resulterar i att försäkrade med sådana inkomstnivåer erhåller en allt lägre ersättning i procent av inkomsten. Genom en sänkning av avgiftsunderlaget (med bibehållet ersättningsunderlag) kommer försäkringens samlade kostnader att i högre grad finansieras av försäkrade med inkomster upp till avgiftsunderlagets högsta nivå.

I det första fallet kan därtill antas att systemets legitimitet ifrågasätts av det skälet att försäkringens ersättningsnivåer inte står i proportion till inkomstförlusterna. I det andra fallet kommer de sammantagna kostnaderna (summa ersättningar) att öka något eftersom ersättningar också skall utges på inkomstunderlag över dagens nivå.

I det andra fallet kan därtill antas att systemets legitimitet förstärks av det skälet att sambandet mellan avgifter och förmåner blir tydligare och att ersättningsnivån för allt fler försäkrade bygger på idén om bibehållen förutvarande ekonomisk standard.

Därmed kan en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former så långt bygga på följande krav eller villkor:

hög täckningsgrad (antal individer försäkrade),  
hög kompensationsgrad (i procent av sjukpenninggrundad inkomst),  
försäkringstid fram till tiden för ålderspensionering,  
anslutningen till systemet sker utan riskselektering,  
avgifts- och ersättningsunderlaget utformas så likformigt som möjligt.

### 6.3.3 Något om benämningar/terminologi

Inom privat försäkring (här begränsad till personförsäkring, dvs. till den traditionella livförsäkringsrörelsen) existerar följande viktigare termer:

premiebetalare,  
försäkringstagare,  
försäkrad,  
medförsäkrad,  
förmånstagare,  
försäkringsgivare.

Med *premiebetalare* förstås naturligt nog den som betalar försäkringsavgiften/premien. Den personen kan alltså vara annan än t.ex. den försäkrade eller försäkringstagaren. Så kan en kapitalförsäkring betalas av en särskild person medan både försäkringstagare och försäkrad kan vara annan (andra).

Med *försäkringstagare* förstås den som sluter avtal med försäkringsgivaren. Försäkringstagaren är alltså formellt avtalslutande

part och ägare till försäkringen. Det innebär i princip att det endast är försäkringstagaren som äger rätt att ändra försäkringsavtalet (t.ex. genom att ändra förmänstagare).

Med *försäkrad* förstås den person (det liv) på vilken försäkring är tecknad. I en sjukförsäkring är det således den försäkrade som skall insjukna för att försäkringsbelopp skall utbetalas.

Med *medförsäkrad* förstås den ytterligare person på vilken försäkring är tecknad. Inom t.ex. pensionsförsäkring kan försäkringsbelopp utbetalas under förutsättning att någon av den försäkrade eller den medförsäkrade lever. Medförsäkradebegreppet har där-  
emot ingen relevans inom sjukförsäkringsområdet.

Med *förmänstagare* förstås den eller de personer som tar förmån av försäkringen, dvs. den eller de som erhåller försäkringsbelopp vid försäkringsfall. Om inte särskild förmänstagare anges i försäkringen tillfaller beloppet försäkringstagaren.

Med *försäkringsgivare* förstås den organisation som knyter försäkringsavtal med försäkringstagarna. Försäkringsgivaransvaret bygger på att ingångna försäkringsavtal skall infrias vid inträffade försäkringsfall.

Vanligen är premiebetalare och försäkringstagare samma person, men så behöver alltså inte vara fallet. Vanligen är också försäkrad densamme som försäkringstagaren. Så är dock inte fallet när det gäller t.ex. tjänstepensionsförsäkring där företaget är försäkringstagare (avtalslutande part) medan den anställda är den försäkrade.<sup>20</sup>

Inom socialförsäkringssystemet används av tradition begreppet den *försäkrade* (df) för den person som är försäkringsobjekt, den försäkrade personen, och den som tar förmån av försäkringen, dvs. erhåller försäkringsbelopp vid sjukdom. Däremot används varken benämningarna medförsäkrad eller förmänstagare inom den allmänna sjukförsäkringen.

Inom den sociala försäkringen är frågan om benämningarna premiebetalare (avgiftsbetalare) och försäkringstagare (dvs. avtalslutande part och den som formellt äger försäkringen) mera komplicerad. Följande kan sägas: Social försäkring beslutas och fastställs på parlamentarisk nivå, vilket egentligen betyder att de avtalslutande parterna kan sägas vara riksdagen och folket. Försäkringsgivare inom det privata försäkringsområdet är en organisation som självständigt övertar försäkringsriskerna och har

<sup>20</sup> Inom avtalsförsäkring råder ibland det förhållandet att både den anställda och företaget är försäkringstagare.

ett försäkringsgivaransvar för detta riskövertagande. Inom den sociala försäkringen är det däremot snarast så, att det i strikt mening inte existerar någon försäkringsgivare (annan än staten) eftersom varken försäkringskassorna eller Riksförsäkringsverket har något egentligt försäkringsgivaransvar. De organisationerna kan främst betraktas som administratörer och hanterare av (och tillsynsmän över) en av riksdag och regering fastställd verksamhet. Varken Riksförsäkringsverket eller försäkringskassorna har befogenheter att ändra i försäkringsvillkoren, i avgiftsuttaget eller i kompensationsnivåerna osv. De villkoren regleras i lag och inte i mer eller mindre frivilliga överenskommelser mellan självständiga försäkringsgivare och försäkringstagare.

Därav följer att benämningen försäkringstagare (såsom det används inom den privata försäkringen) knappast kan anses ha adekvat mening inom socialförsäkringssystemet. Benämningen försäkringstagare (och försäkringsgivare) är alltså begrepp knutna till en försäkringsmarknad som vilar på fria avtal mellan olika och självständiga avtalsslutande parter.

För att öka försäkringsmässigheten inom den allmänna sjukförsäkringen även i detta avseende kunde försäkringsvillkor och ersättningsnivåer fastställas i lag medan avgifter, eventuell fondering och den traditionella skötseln av försäkringen hanterades av särskild försäkringsgivare (försäkringskassan eller motsvarande).

Uppdraget från statens sida till sådan mer självständig försäkringsgivare vore alltså att från vissa givna förutsättningar fastställa avgifter, fastställa normer och ansvara för eventuell fondering, hantera försäkringsfall och aktivt verka för prevention och rehabilitering. Detta skulle alltså vara det avgörande innehållet i en allmän sjukförsäkrings försäkringsgivaransvar.

Med hänsyn till att en allmän sjukförsäkring är en mycket viktig del av samhällets välfärdssystem bör också frågor om avgiftsnivå som hittills beslutas av riksdagen. I detta sammanhang bör dock noteras att om riksdagen också fattar beslut om avgiftsnivå ökar behovet av en statlig garanti för den händelse försäkringens kostnader kommer att överstiga de intäkter som följer av fastställd avgiftsnivå.

### Vilka är avgiftsbetalarna?

Att avgöra vem eller vilka som är premiebetalare (avgiftsbetalare eller finansörer) inom nuvarande sociala försäkringar kan vara komplicerat. Inom socialförsäkringssystemet används benämningar som socialförsäkringsavgift, sociala avgifter, arbetsgivaravgifter, egenavgifter etc.

I de fall en social försäkring finansieras genom odestinerade skatter blir premie- eller avgiftsbetalarna rimligen likställda med skattebetalarna, alltså ett kollektiv. Därav följer att de faktiska finansörerna inte kan härledas mera precist än så. Frågan om sambandet mellan förmån och avgift blir därmed relativt svårutredd.

I de fall den sociala försäkringen finansieras med avgifter ligger det nära till hands att tolka t.ex. benämningen arbetsgivaravgift så, att sådan avgift de facto finansieras av arbetsgivare. Försäkring som finansieras med sådan avgift skulle i så fall betraktas som en arbetsgivarförmån. Att arbetsgivare administrerar inbetalning av t.ex. sjukförsäkringsavgifter behöver dock inte betyda att avgiften är en arbetsgivarförmån till anställd. Sannolikt är det så att sådan avgift ingår i underlaget vid förhandling om det samlade löneutrymmet arbetsmarknadsparterna emellan. Därmed kan hävdas att avgiften betalas av den anställde genom att utrymmet för kontant lön minskar i motsvarande mån.

### Ytterligare två aspekter

Ytterligare ett par aspekter förtjänar att uppmärksammas när det gäller en sjukförsäkrings finansiering. Den ena aspekten har att göra med frågan om vem som finansierar vad, sedd i ett vidare perspektiv. Den andra aspekten gäller den synnerligen komplicerade frågan om uppkomst och orsak till sjukdom som resulterar i nedsatt arbetsförmåga. Den frågan relateras inte sällan till vem som skall åläggas ansvar för t.ex. rehabilitering.

(1) När det gäller frågan om vem som finansierar vad, finns ett vidare perspektiv, nämligen det som har med finansiering av *det samlade inkomstbortfallet* att göra. Finansieringen av en sjukförsäkring är således inte detsamma som finansieringen av ett inkomstbortfall (för så vitt inte försäkringen i sin helhet kompenserar inkomstbortfallet). Om försäkringen däremot utformas med karensdag så finansieras karensdagen av den försäkrade; om försäkringen inte ersätter inkomstbortfall upp till 100 procent av

inkomstbortfallet så finansierar den försäkrade det belopp som inte ersätts upp till det beloppet osv.

Även om det kan anses att arbetsgivaren finansierar en sjukförsäkring med arbetsgivaravgift, så kan naturligtvis lika gärna anses att den försäkrade finansierar allt övrigt inkomstbortfall som inte täcks av försäkringen (och som alltså har att göra med begränsningar i försäkringen som karensdag, försäkringsbelopp, försäkringstid, ersättningsgrad o dyl.).

Annorlunda uttryckt: Den försäkrade själv finansierar sjukförsäkringens olika självrisker. Den finansieringsbördan bör kunna ställas mot finansieringsbördan för t.ex. arbetsgivare.

(2) Inom den allmänna sjukförsäkringen diskuteras inte sällan frågan om vem eller vilka som bör ta ansvar för t.ex. rehabilitering. Den problematiken har inte sällan sitt ursprung i frågan om vad som orsakar sjukdom som leder till nedsatt arbetsförmåga. Den senare frågan är i många fall ytterst svår att exakt besvara.

Uppkomsten av sjukdom förklaras naturligtvis av ett flertal faktorer som genetiskt arv, livsstil, yrke, kön, ålder, fritidssysselsättning, familjeförhållanden etc. Naturligtvis spelar arbetet en stor roll, som t.ex. arbetsmiljö, arbetsorganisation, arbetsledning, ledarskapskultur, arbetsställning, arbetsredskap och arbetstider. Det kan vidare antas att uppkomsten av sjukdom som resulterar i nedsatt arbetsförmåga ofta kan förklaras av en kombination av faktorer snarare än en enda.

Frågan om vem eller vilka som bör äga ett ansvar för t.ex. rehabilitering bör därför inte ha sin utgångspunkt i de faktorer som förklarar uppkomsten av sjukdom. Snarare bör ansvarsfrågan ventileras i termer av intresse och möjlighet. De som har (eller åtminstone bör ha) intresse av ett snabbt tillfrisknande är i första hand den försäkrade själv, det försäkrade kollektivet och naturligtvis också arbetsgivarna. För den som av olika orsaker genom sjukdom har nedsatt arbetsförmåga är en anpassning av arbetsplatsen i vid mening en viktig förutsättning för om det skall vara möjligt att återgå till arbete. En viss given sjukfrånvaronivå existerar inte. Den faktiska nivån vid given sjukdomsnivå är helt beroende av vilka attityder som råder, vilken hänsyn som tas dvs. på vilket sätt den enskilde, arbetsplatser och arbetskamrater kan och vill anpassa sig till nya förutsättningar. Arbetsgivarens ansvar för t.ex. rehabilitering bör således utgå från arbetsgivarens intresse av en arbetskraft med god hälsa och bygga på den självklara förutsättningen att det är endast på arbetsplatsen (den gamla eller

en ny) som den sjukskrivne helt eller delvis kan återgå till arbete. Detta gäller helt oberoende av frågan om sjukdomens uppkomst.

## Övriga benämningar

Inom socialförsäkringssystemet och därmed inom den allmänna sjukförsäkringen används beteckningarna *sjukpenning* och *förtidspension*. Därutöver används *sjuklön* under sjuklöneperioden (som alltså egentligen inte ingår i det allmänna sjukförsäkringssystemet).

Ordledet *penning* i sjukpenning associerar därtill till ersättning som inte är varaktig; ordledet *pension* i förtidspension associerar till att ersättningen (och därmed sjukdomen eller den nedsatta arbetsförmågan) är av långvarig eller mer varaktig karaktär.

Ordledet *förtid* i förtidspension associerar dock till ett förtida uttag av ålderspension. Därmed associerar förtidspension till ålderspensionssystemet och inte till det egentliga sjukförsäkringssystemet. Sjukförsäkringssystemet syftar till ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom (som kan vara kortvarig eller långvarig och som resulterar i nedsatt arbetsförmåga), men syftar i egentlig mening inte till att vara ett förtida uttag av ålderspension.

Mot den bakgrunden skulle därför förtidspension benämnas *sjukpension* så att ersättningen knyter an till försäkringens ändamål, nämligen att vara inkomstbortfallsersättning vid varaktig sjukdom som resulterar i varaktigt nedsatt arbetsförmåga.<sup>21</sup>

Mot benämningen sjukpension talar å andra sidan att pension ger intryck av något slutgiltigt och oåterkalleligt. Det intrycket skulle i så fall försvåra tankar och förslag på prövning eller omprövning av ersättningen under sjukpensionstid.

---

<sup>21</sup> Möjligen är förtidspension en benämning som ansågs mera adekvat när ersättning utbetalades också av andra skäl än vid sjukdom eller arbetsförmåga.

I Ds 2000:39 *Sjukersättning i stället för förtidspension* föreslås att sådan ersättning skall kunna utges till försäkrade i åldern 30-64 år vilkas "arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel och där nedsättningen kan anses varaktig eller kan antas bli bestående i minst ett år. I Ds 2000:40 *Aktivitetsersättning* föreslås ny terminologi för yngre försäkrade. Aktivitetsersättning är således också det beteckning på ersättning som utges till försäkrad i viss ålder.

Fråga är om dessa förslag är klagörande. Snarast är det så att "sjukersättning" kan betraktas som en samlande beteckning på olika slag av ersättningar som utges på grund av sjukdom eller nedsatt arbetsförmåga. Undergrupper till sjukersättning skulle hellre kunna vara sjuklön, sjukpenning och sjukpension – oaktat de försäkrades ålder. Att vissa aktiviteter påfordras för att om möjligt minska på den försäkrades nedsatta arbetsförmåga behöver inte avspegla sig i valet av terminologi.

#### 6.3.4 Vad ska sjukförsäkringsavgiften finansiera?

Finansieringen av den allmänna sjukförsäkringen kan betraktas som otydlig och mindre enhetlig. Sjukförsäkringsavgiften används för ett flertal olika förmånsslag inom socialförsäkringssystemet bland annat för att finansiera sjukpenning, rehabiliteringsersättning, närståendepenning, havandeskapspenning och delar av förtidspensionerna. Före år 1999 finansierade sjukförsäkringsavgiften därtill läkemedelsersättningar och föräldraförsäkringen. Därutöver finns ingen regel om att sjukförsäkringsavgifterna skall finansiera förmånerna i sin helhet; vid t.ex. underskott lämnas statsbidrag och eventuella överskott tillförs statskassan. Sjukförsäkringsavgiften kan således idag snarast ses som en särskild skatt och därmed inte som en avgift som uttas för ett specifikt ändamål.

Ett mer försäkringsmässigt allmänt sjukförsäkringssystem bör utformas så att så stor genomskinlighet (transparens) som möjligt skapas i avseende på avgifter och förmåner. En sjukförsäkringsavgift bör därför tydligt destinerats till de slag av åtgärder (bl.a. försäkringsersättning) avgiften avser att täcka. Detta innebär således att avgiften endast bör avse finansiering av de förmånsslag som här benämns sjukpenning och sjukpension.<sup>22</sup>

Emellertid finns försäkrade som också erhåller sjukersättning (förtidspension) men som inte varit i arbete. Sådan ersättning har således i princip inte med inkomstbortfall att göra. Sjukersättning (förtidspension) i de fallen bör som tidigare finansieras via statsbudgeten eftersom det förmånsslaget inte är knutet till bakomliggande inkomst.

Sjukförsäkringsavgiften bör således i sin helhet finansiera sjukpenning och sjukpension.

#### 6.3.5 Ersättningsnivå i en sjukförsäkring

Den sammantagna ersättningsnivån inom en sjukförsäkring bestäms utifrån fyra faktorer: karenstid, ersättningsnivå relativt förutvarande inkomst (det egentliga försäkringsbeloppet), försäkringstid och ersättningsgrad. De försäkrades självrisker ökar således med ökat antal karensdagar, lägre försäkringsbelopp,

---

<sup>22</sup> I förekommande fall skall avgifterna avse också kostnader för och prevention och rehabilitering, se nedan.



begränsad försäkringstid och krav på lägsta nivå på sjukdom eller nedsättning av arbetsförmågan.

Bestämningarna av den sammantagna ersättningsnivån är alltså detsamma som bestämning av de försäkrades självrisker i systemet. Avgörande moment i en sjukförsäkring är således:

*Karens/karenstid*, som avgör vilken första sjukdag som ska vara ersättningsberättigad;

*ersättningsnivå* (försäkringsbelopp), som avgör storleken på sjukersättningen;

*försäkringstid*, som avgör under vilken tidsperiod försäkringsbeloppet kan utbetalas,

*ersättningsgrad*, som avgör från vilken (lägsta) nivå ersättning kan börja utges.

Ytterligare en form av självrisk kan vara att i sjukförsäkringens regelverk precisera vilka slag av sjukdomstillstånd eller nedsättningar av arbetsförmågan som berättigar till ersättning. Här kunde således gälla ytterligare ett val av självrisk i den meningen att vissa sjukdomstillstånd berättigade (eller inte berättigade) till ersättning. Denna form av självrisk kan likställas med riskselektering och bör därför inte användas inom en allmän sjukförsäkring.

## **Karens**

Karens (självrisk) inom sjukförsäkring har främst tre motiv:

- 1) Karens införs för att komma till rätta med omfattande administrativ hantering av kortare sjukfall eftersom sådan hantering av kortare sjukfall kan antas vara fördyrande för hela systemet.
- 2) Karens införs för att försöka förhindra missbruk av försäkringen.
- 3) Karens är därtill knuten till idén att försäkringsersättning bör täcka ett väsentligt behov hos den försäkrade. Man kan anta att i princip de flesta försäkrade själva kan stå viss ekonomisk risk under kortare eller längre tid.

Inom nuvarande allmänna sjukförsäkring är karensen en (1) dag. Emellertid kan antalet karensdagar variera för egenföretagare, som alltså har möjligheter att välja karens – 1, 3 eller 30 dagar. Därav följer också att avgifterna är anpassade till detta val av karens.

Möjligen kunde inte endast egenföretagare ges rätt att välja karens. På samma sätt som för egenföretagare skulle sjukpenningavgiften kunna variera. Det som mest talar mot en sådan ordning är att variationer inom ett fåtal karensdagar skulle resultera i relativt liten skillnad i avgifter. Val av ett mer betydande antal dagar i karens, t.ex. 30 dagar, skulle kunna resultera i en märkbart lägre sjukpenningavgift. Det i sin tur skulle med stor säkerhet resultera i att vissa lågriskgrupper fann anledning att nyttja det större antal karensdagar i sjukförsäkringen, samtidigt som dessa karensdagar skulle kunna försäkras på den öppna försäkringsmarknaden.

I frågan om de försäkrades valfrihet av karens finns ytterligare ett par aspekter av värde. Inom det svenska sjukförsäkringssystemet finns vanligen avtal på arbetsmarknaden om kompletterande sjukersättning. Med möjligheter till flera olika val av karensdagar inom den allmänna sjukförsäkringen kunde komplexiteten vid utformningen av kompletterande sjukförsäkring tillta.

Därutöver bör beaktas att lägre avgift för försäkrad som valt längre tids karens skulle innebära motsvarande högre lönenivå, vilket återigen skulle komplicera frågan om ersättningsunderlaget för sjukförsäkringen och därmed ytterligare göra systemet mindre transparent.

### **Ersättningsnivå**

I en allmän sjukförsäkring, som syftar till ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom som leder till nedsatt arbetsförmåga, bör ersättningen (försäkringsbeloppet) rimligen relateras till bakomliggande inkomst. (Metoderna för att beräkna bakomliggande inkomst (sjukpenninggrundande inkomst eller motsvarande) och kravet på att det bör finnas ett samband mellan avgiftsunderlag och ersättningsunderlag tas inte upp här.)

Motiven för att ersättningen bör vara så hög som möjligt är flera:

*För det första:* Det torde knappast ligga i försäkringsmässighetens natur att utgå från en ersättningsnivå som är begränsad.

*För det andra:* En allmän sjukförsäkring syftar till ersättning för inkomstbortfall och idén om att den ekonomiska standarden i princip skall kunna vara närmast oförändrad även vid ofrivillig arbetsförmåga. Därav följer att ersättningsnivån inte kan sättas allt för lågt.

*För det tredje:* Vid allt för låg ersättningsnivå kommer ersättningsberättigade att behöva nyttja andra socialpolitiska system (andra ekonomiska utfyllnader).

*För det fjärde:* Vid allt för låg ersättningsnivå är det främst de med de lägre inkomsterna som drabbas ekonomiskt hårdast eftersom det kan antas att de ekonomiska marginalerna för försäkrade med lägre inkomster är mindre.

Å andra sidan finns också argument mot allt för hög ersättningsnivå. De vanligaste är följande:

*För det första:* Ersättningsnivån bör rimligen inte överstiga bakomliggande inkomst eftersom sådan ersättning då skulle resultera i bättre ekonomisk standard efter försäkringsfall. Detta ligger inte inom ramen för en allmän sjukförsäkrings syfte.

*För det andra:* En allt för hög ersättningsnivå kan antas inverka menligt på försäkringens incitamentsstruktur. Med det menas vanligen att de försäkrade anses sjukskriva sig i större utsträckning i system med höga ersättningsnivåer jämfört med i system med lägre ersättning.

*För det tredje:* En allt för hög ersättningsnivå antas också kunna inverka menligt på den försäkrades vilja att återgå till arbete efter ett sjukfall. Även det argumentet har således med systemets incitamentsstruktur att göra.

## **Försäkringstid**

Försäkringstiden bestäms i första hand av försäkringens syfte. Eftersom en allmän sjukförsäkring syftar till ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga bör alltså försäkringstiden sträcka sig så långt som den försäkrade skulle ha varit i arbete. Detta innebär att sluttidpunkten för försäkringstiden bör sättas vid den tidpunkt när den sjukskrivne uppnår pensionsåldern. Så gäller också för närvarande och utredningen föreslår ingen förändring i detta avseende. Det bör i sammanhanget understrykas att ersättning under försäkringstiden kan utgå i olika former, där sjukpenning är en del.

Utredningen har i sitt delbetänkande förordat att sjukskrivning i normalfallet inte skall pågå längre än ett år. Senast vid denna tid-

punkt bör istället aktiva åtgärder sättas in som gör det möjligt för den sjukskrivne att återgå till arbete. För det fåtal fall där en sjukskrivning är medicinskt motiverad skall en särskild sjukersättning utbetalas. Utredningen redovisar detta förslag också i detta slutbetänkande.

### **Ersättningsgrad**

Ersättningsgraden är en form av självrisk för att minimera antalet utbetalningar för mycket begränsade nedsättningar av arbetsförmågan. För närvarande är den nivån fastställd till 25 procent. Nedsättning av arbetsförmågan under den nivån kvalificerar således inte till ersättning (ersättning under sjuklöneperioden undantagen). Viktiga motiv för den regeln är att mer begränsad nedsättning av arbetsförmågan dels är relativt ovanlig, dels att sådan begränsad nedsättning av arbetsförmågan skulle komplicera handläggningen. Ytterligare ett motiv är att ersättning på lägre nivå inte fyller ett väsentligt behov för de försäkrade.

I princip borde emellertid en allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former kunna utge ersättning utan sådan begränsning i nedsättning av arbetsförmågan. Av rent praktiska skäl kunde dock en lägsta nivå sättas till 20 procents nedsättning (dvs. vad som motsvaras av en arbetsdag under en arbetsvecka) av arbetsförmågan.

Från 20 procentsnivån och däröver skulle ersättningsgraden kunde fastställas i enlighet med den precisionsgrad som den medicinska utvecklingen (och annan bedömning) tillåter. Nuvarande uppdelning i hel, halv, trefjärdedels och en fjärdedels ersättning kunde alltså i princip tas bort.<sup>23</sup>

#### **6.3.6 Fondering**

Det kan antas att en allmän sjukförsäkring utan någon som helst fondering leder till vissa hanteringsmässiga besvärligheter. Särskilt gäller detta vid mer betydande förändringar i summa ersättningar (utbetalningsvolymerna).

---

<sup>23</sup> Mot ett sådant förslag kan anföras hinder av t.ex. administrativ eller teknisk art. Sådana hinder har dock inte med frågan om försäkringsmässigheten att göra.

Fonderingens syfte är, som tidigare nämnts, att utjämna och ge försäkringen ett om möjligt lugnare finansiellt förlopp över tiden. Fondering är naturligtvis i särskild utsträckning också till för att försäkringsgivare skall kunna infria löften om framtida utbetalningar. Fondering har således med systemets stabilitet att göra. Fonderingen i en allmän sjukförsäkring borde kunna inriktas på att vara utjämnande när det gäller förändringar i ersättningsvolymerna.

#### 6.4 Prevention och rehabilitering

Prevention och rehabilitering tillhör det som här kallas för den sociala dimensionen (en alternativ beteckning är, som nämnts, den försäkringsfallsorienterade dimensionen). Den dimensionen kompletterar den som i denna promemoria kallas för den finansiella.

Prevention syftar till att minska uppkomsten av försäkringsfall medan rehabiliteringen tar sikte på att lindra och minska de negativa effekterna av redan uppkomna försäkringsfall.

Att verka för prevention och rehabilitering antas kunna förbättra försäkringens ekonomi. Prevention och rehabilitering i syfte att förbättra folkhälsan torde också få positiva effekter på samhällsekonomin. Prevention och rehabilitering är naturligtvis också viktiga för arbetsmarknaden av det skälet att produktionen (i vid mening) torde stå som finansiär för de kostnader som ökade sjukdomar och olycksfall innebär. Emellertid, prevention och rehabilitering förbättrar också den försäkrades ekonomi, alltså på individnivå, och har inte minst en rent humanitär aspekt, nämligen att minska de försäkrades lidanden.

Prevention och rehabilitering bör därför vara integrerade delar i en framtida allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former.

Ett särskilt skäl för att prevention och rehabilitering bör vara integrerade delar inom en allmän sjukförsäkring är – förutom de ekonomiska och humanitära vinsterna – att en allmän sjukförsäkring på nationell nivå – och med praktiskt taget samtliga vuxna försäkrade – den potential som finns för en effektiv folkhälsoinformation som en sådan försäkring kan nyttja.

### 6.4.1 Prevention

Preventionen har en lång och relativt lyckosam historia i Sverige. Redan under 1700-talet uppmärksammades den höga mödradödligheten, vilket bl.a. resulterade i en utbyggd barnmorskeorganisation under 1800-talet. Under 1900-talet kan nämnas införandet av folk-tandvården i slutet av 1930-talet, som, tillsammans med ett flertal andra faktorer, kan anses ha förbättrat tandhälsan. Även inom området arbetslivsrelaterade allvarigare olycksfall har framgångarna varit påtagliga, t.ex. när det gäller olycksfall som resulterat i dödsfall. Även när det gäller trafikskador och olika skador som har med barn och ungdom att göra tycks det förebyggande arbetet ha varit verksamt. Med internationella mått är olycksfallstalen bland barn och ungdomar låga i Sverige.

I lagen om allmän försäkring (1 juli, 1998) noteras att försäkringskassan skall "vidta åtgärder för att förebygga och minska ohälsa i syfte att minska de långa sjukperioderna". Även tidigare har lagstiftaren observerat preventionen. Från och med 1992 infördes en särskild förmån som kunde utges vid åtgärd som syftade till att förebygga och förkorta sjukdomstillstånd (AFL 3 kap 7 b §). Även dessförinnan stadgades att försäkringskassan skulle vidta åtgärder som var ägnade att förkorta sjukdomstid o dyl. (AFL 2 kap 11 §). Prevention har dock inte varit ett prioriterat område när det gäller den nuvarande försäkringsorganisationen.

I en framtida allmän sjukförsäkring i försäkringsmässiga former finns anledning att precisera försäkringsorganisationens skyldigheter att verka för prevention.

### 6.4.2 Rehabilitering

Rehabiliteringsutredningen (S 1999:08) har nyligen lämnat sitt slutbetänkande *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum* (SOU 2000:78). Sjukförsäkringsutredningen tar därför i kapitel 7 Överväganden, endast upp rehabiliteringsfrågor där det finns koppling till sjukförsäkring och organisation. En aktiv, effektiv och på kunskap baserad rehabiliteringsverksamhet är ett nödvändigt inslag i en sjukförsäkringsverksamhet.

## 7 Överväganden

I detta kapitel redogör utredningen för sina överväganden och förslag. Kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar återfinns i kapitel 8.

### 7.1 Inriktningsmål för sjukförsäkringssystemet

Utredningen har under arbetets gång diskuterat ett antal tänkbara inriktningsmål för det svenska sjukförsäkringssystemet. Utredningen föreslår att följande mål skall vara vägledande och utgöra en grund för en fortsatt effektivisering och utveckling av sjukförsäkringssystemet.

Sjukförsäkringen skall ge individen ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

I försäkringen skall ingå resurser för förebyggande och rehabiliterande insatser. Försäkringen skall utformas och praktiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.

Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning oavsett kön, ålder, sysselsättning, arbetsgivare, bostadsort etc. Systemet (administration och åtgärder) skall sammantaget i sig och i samverkan med andra system vara kostnadseffektivt.

Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.

Sjukförsäkringen skall vara en fristående allmän, obligatorisk försäkring.

### 7.1.1 Försäkring för inkomstbortfall

Den svenska sjukförsäkringen är ett system för ersättning för inkomstbortfall. I en del sammanhang diskuteras försäkringens utformning som om det även vore fråga om ett inkomstutjämningsystem och/eller ett system som skall svara för också andra uppgifter inom det sociala området. Utredningen konstaterar att nya grupper som inte kvalificerat sig för en ingång i systemet genom arbetsinkomst i realiteten står utanför sjukpenningdelen i sjukförsäkringen. Det kan t.ex. gälla ungdomar och invandrare som ännu inte fått möjligheter till arbete och ibland genom diskriminering förvägrats inträde på arbetsmarknaden. Utredningen anser att situationen för denna grupp medborgare förtjänar att uppmärksammas. De problem som orsakas av bl.a. brister på arbetsmarknaden bör dock inte lösas inom ramen för sjukförsäkringen. Huvudfrågan är inte avsaknad av sjukförsäkring utan avsaknad av arbete. Grundprincipen är att försäkringen skall ge ersättning för inkomstbortfall.

Den ovan redovisade grundprincipen innebär att individens (den försäkrades) utnyttjande av sjukförsäkringen uteslutande skall baseras på medicinska och försäkringsmedicinska bedömningar, dvs. sjukförsäkringen bör inte användas som substitut för andra samhälleliga trygghetssystem. Det är därför viktigt att sjukförsäkringen och övriga trygghetssystem är väl samstämda genom entydiga ansvarsområden och regelverk.

Ersättningar och ersättningstak bör vara på sådana nivåer att försäkringen innebär ett reellt skydd för flertalet försäkrade. Alltför stora förändringar som innebär att den enskildes försäkringsskydd urholkas, t.ex. genom sänkt ersättning eller fler karensdagar påverkar sjukförsäkringens legitimitet och trovärdighet. Därtill kommer att på en alltmer öppen marknad är det numera möjligt att kompensera sänkta ersättningsnivåer genom kollektiva och enskilda tilläggsförsäkringar. Varje urholkning av försäkringens substantiella innehåll riskerar att reducera sjukförsäkringen till ett "bidragssystem" av minskande betydelse för stora delar av befolkningen. De stora löntagargrupperna kompenseras genom kollektiva avtal, medan svagare grupper direkt drabbas av ett försämrat försäkringsskydd.



### **7.1.2 Försäkringen skall arbeta med förebyggande åtgärder och bidra till och påskynda den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden**

Prevention har inte varit ett prioriterat område i det svenska sjukförsäkringssystemet. Utredningen anser att prevention och rehabilitering skall ingå som väsentliga verksamhetsområden inom sjukförsäkringen. Se vidare avsnitt 7.5.1.

Sjukförsäkringens ansvarsområde och arbetsområde skall således omfatta förebyggande/preventiva och rehabiliterande resurser och åtgärder.

### **7.1.3 Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning**

Sjukförsäkringen skall vara så uppbyggd och så organiserad att de försäkrade garanteras en rättssäker och likvärdig bedömning.

### **7.1.4 Systemet skall sammantaget vara kostnadseffektivt**

Försäkringssystemet skall vara utformat så att det sammantaget och till lägsta möjliga samhällskostnad uppnår de uppställda målen. I dessa kostnader ingår utbetalningar till försäkringstagarna, stöd till förebyggande åtgärder, insatser för rehabilitering, sjukvårdskostnader och kostnader för försäkringsadministrationen.

### **7.1.5 Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament**

Försäkringen skall innehålla incitament för alla berörda aktörer, dvs. enskilda försäkrade, arbetsgivare, försäkringskassan och samverkande organ inom sjukvård, socialtjänst och arbetsmarknad. Incitamenten bör relateras till förebyggande åtgärder, rehabiliteringsstöd och faktisk sjukfrånvaro och syfta till att så effektivt som möjligt underlätta den försäkrades återgång till arbetslivet.

### 7.1.6 Sjukförsäkringen skall vara en fristående allmän, obligatorisk försäkring

Sjukförsäkringen skall utformas och organiseras som ett självständigt allmänt, obligatoriskt offentligt försäkringssystem.

## 7.2 Övergripande överväganden

Under 1990-talet har arbetslivet i Sverige präglats av dramatiska förändringar. Såväl den privata som den offentliga sektorn har omstrukturerats. Nedskärningar och omorganisationer och därmed följande otrygghet har i hög grad påverkat vardagen för många människor. Arbetslösheten har under perioden varierat kraftigt. Det är mot den bakgrunden svårt att isolerat analysera enskilda faktorer påverkan på utvecklingen av *sjukskrivningar*. Utredningens uppfattning är dock att de stora variationerna i *sjukskrivningarna* under 1990-talet inte beror på bakomliggande stora förändringar av hälsa eller sjukdom. Skillnaderna mellan geografiska regioner, branscher, yrkesgrupper etc. kan inte heller tillskrivas "traditionella" sjukdomsfaktorer.

Utredningen vill peka på tre huvudområden för åtgärder som syftar till att minska sjukfrånvaro och sjukskrivning. Dessa huvudområden innefattar åtgärder som berör *arbetsmiljön, sjukskrivningsprocessen<sup>1</sup> och sjukförsäkringssystemets administration*. Ett övergripande område för påverkan är därtill berörda parters *attityder och inställning* till sjukdom, arbetsförmåga och arbetsplats.

De undersökningar som utredningen låtit genomföra visar klara och entydiga samband mellan sjukfrånvaro/sjuknärvaro och ålder och arbetsförhållanden (Se vidare kapitel 3). De mest verkningsfulla insatserna mot framför allt de långa sjukskrivningarna är därför åtgärder av förebyggande karaktär. Sådana åtgärder skall syfta till att förbättra eventuella negativa arbetsförhållanden. I många fall är det också fråga om att anpassa arbetsplatser till den arbetskraft som faktiskt står till förfogande. Det är inte rimligt att en stor del av framför allt den kvinnliga och äldre arbetskraften inte utan hälsorisker kan delta i produktionen. Såväl från socialpolitiska som samhällsekonomiska utgångspunkter är nuvarande förhållanden och utveckling oacceptabla.

---

<sup>1</sup> Sjukskrivningsprocessen används här och i fortsättningen för att beteckna hela kedjan av aktiviteter från första läkarbesök till sjukfallets avslut.

Anställdas, arbetsgivares, läkares och andra aktörers attityder till sjukskrivning och rehabilitering måste förändras. Sjukskrivning (eller acceptans av sjukskrivning) får inte vara eller utvecklas till att bli ett passivt alternativ till aktiva åtgärder i förebyggande syfte. Det måste också understrykas att sjukskrivning som terapi i många fall är direkt olämplig och därmed till men för den vårdsökande (Se kapitel 3).

Sjukförsäkringen är en väsentlig del av samhällets trygghets-system. Systemet måste för att på lång sikt kunna upprätthålla legitimitet och ge avsett skydd och stöd tillämpas på ett sådant sätt att utrymmet för såväl missbruk som godtycklighet minimeras. Utredningen menar också att sjukskrivningsprocessen i sig måste utformas som ett aktivt och kraftfullt redskap för att ge den försäkrade ett snabbt och adekvat stöd för en återgång till arbetslivet. Utredningen anser mot denna bakgrund att den viktigaste insatsen måste vara åtgärder och förslag som effektiviserar sjukskrivningsprocessen.

Utredningen har funnit att otydliga ansvarsområden, otydligt lednings- och uppföljningsansvar m.m. inom sjukförsäkringens organisation begränsar möjligheterna till en effektiv styrning och uppföljning av hur de mycket stora resurser försäkringen förfogar över används. Utredningen menar också att nuvarande organisation förhindrar en optimal resursfördelning och inte tillgodoser dagens krav på rättssäkerhet och likabehandling.

### 7.2.1 Sjukförsäkringssystemet

Utredningen föreslår att sjukförsäkringen ges en mer försäkringsmässig utformning och att den allmänna, obligatoriska sjukförsäkringen organiseras fristående utanför den statliga budgeten.

Inget "tekniskt" system förkortar i sig sjukskrivningstiden. Det är de aktiva förebyggande och rehabiliterande insatserna på arbetsplatsen som är viktiga. Dessa skall dock naturligtvis stödjas av försäkringssystemets regelverk och utformning.

Utredningen kan konstatera att nuvarande utformning och organisation av sjukförsäkringssystemet i många fall direkt hindrar eller försvårar ett effektivt resursutnyttjande i syfte att förebygga och förkorta sjukfrånvaro från arbete. Systemet medger inte att

resurser används för förebyggande och/eller rehabiliterande åtgärder efter behov. Utredningens uppfattning är också att nuvarande incitament inte är effektiva som instrument för att påverka sjukfrånvaron i önskad riktning. I stor utsträckning är dessa förhållanden ofrånkomliga konsekvenser av att sjukförsäkringen utgör en del av den statliga budgeten och hanteras inom gällande regler för utgiftstaket.

Sjukförsäkringen finansieras för närvarande över statens budget. Även om avgifterna från enskilda och arbetsgivare är satta för att i princip täcka sjukförsäkringens kostnader föreligger inte något direkt samband mellan statens utgifter och inkomster för sjukförsäkringssystemet. Detta förhållande, tillsammans med principen om ett tak för statens utgifter, innebär att stora och snabba förändringar inte på samma sätt som i vanliga försäkringssystem kan kompenseras och balanseras genom premieändringar och fonderingar. Detta grundproblem har tydliggjorts inte minst under de senaste årens mycket kraftiga expansion av sjukfall och kostnader för sjukförsäkringen. En konsekvens har t.ex. varit att när behovet av rehabiliteringsinsatser varit som störst har resursutrymmet varit som minst. Utredningen är medveten om de starka skäl som ligger bakom principen om utgiftstak. Se t.ex. *Utvärdering och vidareutveckling av budgetprocessen* (SOU 2000:61).

Detaljreglering, återkommande förändringar av villkor, detaljbudgetering, utgiftstak och en otydlig organisation skapar oklar ansvarsfördelning, ineffektiv resursfördelning och en byråkratisk hantering av ärenden till men för de försäkrade och för samhälls ekonomin. Ytterligare en konsekvens av hanteringen av sjukförsäkringen under 1990-talet är att kunskapen om hur den faktiska sjukfrånvaron utvecklas starkt försämrats. Som utredningen påpekade i sitt delbetänkande saknas information om sjukfrånvaron under sjuklöneperioden. Uppgifter om diagnoser, de sjukskrivnas arbetsplatser, arbetsgivare och yrke finns ännu inte heller i RFV:s och försäkringskassornas sjukförsäkringsregister.

Nuvarande användning av avgifter och villkor synes mera syfta till att reglera totalkostnad och finansieringsmetod för sjukförsäkringssystemet än att såsom normalt är fallet i en försäkring påverka den faktiska sjukfrånvaron. Synen på sjukförsäkringen som den kommer till uttryck i utformning av regelverk, administration och finansiering förefaller också vara att systemet betraktas och hanteras som ett "bidragssystem" snarare än som ett självfinansierat försäkringssystem.

Utredningen är övertygad om att även ett gemensamt offentligt försäkringssystem för att fungera rationellt och effektivt måste bygga på försäkringsmässiga principer, dvs. med samband mellan premier och möjliga ersättningar, självrisker som speglar faktiska utfall/kostnader, möjligheter att balansera variationer i intäkter och kostnader, etc.

En hållbar, långsiktig lösning är mot den ovan beskrivna bakgrunden svår att uppnå utan att ett antal viktiga principiella frågor diskuteras. En väsentlig/avgörande fråga är huruvida *en autonom sjukförsäkring i försäkringsmässiga former* kan utvecklas inom ramen för det generella offentliga försäkringssystem som direktiven föreskriver. I kapitel 6 diskuteras och redovisar utredningen hur en sjukförsäkring i försäkringsmässiga former skulle kunna utformas.

Utredningen finner sammanfattningsvis att sjukförsäkringen måste ges en mera försäkringsmässig utformning och att en allmän, obligatorisk sjukförsäkring mycket väl kan organiseras och administreras som en fristående försäkring utanför den statliga budgeten. Nuvarande pensionssystem har lagts som ett autonomt system utanför budgeten men inom taket för statens utgifter. Ett autonomt sjukförsäkringssystem kan däremot sannolikt inte inrymmas under utgiftstaket. Framför allt är det nuvarande systemet ett hinder för en effektiv försäkring genom att kostnader för sjukpenning inte är utbytbara mot kostnader för åtgärder som skulle minska sjukfrånvaron. Frågan om huruvida sjukförsäkringen bör ligga utanför eller inom utgiftstaket bör dock diskuteras vidare i den fortsatta beredningen av hur sjukförsäkringssystemet skall utformas.

### 7.2.2 Sjukdomsbegreppet

Begreppet "sjukdom" definieras inte i lagen om allmän försäkring. I statens offentliga utredning angående lag om allmän sjukförsäkring från 1944<sup>2</sup> står dock att läsa: "Man synes vid bedömning av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen."

---

<sup>2</sup> SOU 1944:15 s. 162.

Att sjukdomsbegreppet inte är okomplicerat framgår inte minst av att samtidigt som sjukfrånvaron ökat mycket kraftigt sedan början av 1998 redovisas ett förbättrat – eller i vart fall inte ett försämrat hälsotillstånd i befolkningen. Ett sätt att bringa någon reda i sjukdomsbegreppet är att se hur det kan definieras. Engelska språket är här mera nyanserat än det svenska. Där skiljer man mellan illness, sickness och disease. Dessa begrepp kan i tur och ordning översättas med den självupplevda (och självrapporterade) hälsan/ohälsan, den av sjuklön och sjukförsäkring ersatta sjukfrånvaron och den medicinskt diagnostiserade ohälsan. Överlappningen mellan dessa tre begrepp kan vara större eller mindre. Per definition borde den ersatta sjukfrånvaron efter dag 15 helt sammanfalla med den medicinskt diagnostiserade, eftersom ett läkarintyg krävs för beslut om sjukpenning. Däremot behöver inte all medicinskt diagnostiserad sjukdom föranleda sjukskrivning – och gör det inte heller. Den självupplevda och självrapporterade ohälsan kan men behöver inte sammanfalla med någon eller båda de övriga. Uppgifter om hälsotillståndet i befolkningen bygger framför allt på självrapportering, den ersatta sjukfrånvaron finns i sjukskrivningsstatistiken och den medicinskt diagnostiserade finns bl.a. i olika sjukdomsregister. Utredningen har inga underlag som ger vägledning om hur mycket de tillstånd dessa definitioner de facto överlappar men kan konstatera att överlappningen inte är 100 procent.<sup>3</sup>

Utvidgning av sjukdomsbegreppet har skett genom att domstolarna ändrat rättspraxis. Exempelvis kan sorg- och trötthetstillstånd idag ge rätt till sjukpenning.<sup>4</sup>

Enligt AFL<sup>5</sup> utges sjukpenning vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Sjukdomstillstånd som utlösts av arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden kan dock ge rätt till sjukpenning.

Utredningen har inte funnit anledning att lägga något förslag som inskränker det aktuella sjukdomsbegreppet.

---

<sup>3</sup> Se även Kristina Alexandersons resonemang i bilaga 5, *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?*

<sup>4</sup> RFV:s Allmänna råd 1998:2 s. 10.

<sup>5</sup> AFL 3 kap. 7 §.

### 7.2.3 Rehabiliteringsbegreppet

Rehabilitering är planerade åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa personer med funktionshinder att utifrån personens förutsättningar återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och bibehålla denna samt skapa förutsättningar för ett normalt liv.<sup>6</sup> Med rehabilitering enligt 22 kapitlet AFL avses de insatser som behöver göras för att den som har drabbats av sjukdom skall få tillbaka sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Åtgärderna skall planeras i samråd med den försäkrade.<sup>7</sup>

Den som är inskriven hos allmän försäkringskassa eller har rätt till sjukpenning, har möjlighet till rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning enligt 22 kapitlet i lagen om allmän försäkring.<sup>8</sup>

Bedömning av arbetsförmåga skall enligt lagens förarbeten göras stegvis i sju steg. "Syftet med steg-för-steg-modellen är att beskriva hur tillämparen bör göra bedömningen av arbetsförmåga med olika arbeten som grund och de ställningstaganden som tillämparen bör göra när rätten till ersättning skall avgöras. Om svaret i t.ex. steg 1 är ja behöver ytterligare prövning inte göras. Om svaret är nej går tillämparen vidare till nästa steg, osv. I förutsättningarna ingår då givetvis att det är klarlagt att den försäkrade lider av en sjukdom, samt att det är denna sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga. Begreppet "rehabilitering" används i detta sammanhang i betydelsen arbetslivsinriktad rehabilitering. Medicinsk rehabilitering ingår i benämningen nödvändig behandling och konvalescens. Vid bedömningen av arbetsförmågan och rätten till ersättning bör enligt regeringens prop. 1996/97:28 följande överväganden vara vägledande."<sup>9</sup>

1. Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter nödvändig behandling och konvalescens?
2. Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?

<sup>6</sup> Ordlista för arbetslivsinriktad rehabilitering, Tekniska nomenklaturcentralen (TNC) och Arbetslivsfonden, 1995.

<sup>7</sup> AFL 22 kap. 2 §.

<sup>8</sup> AFL 22 kap. 1 §.

<sup>9</sup> Regeringens proposition, 1996/97:28, Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, s. 18.

3. Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?
4. Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?
5. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete utan extra insatser?
6. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser t.ex. utbildning eller omskolning?
7. Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen?

Utredningen har noterat att Utredningen om den arbetslivs-inriktade rehabiliteringen<sup>10</sup> (S 1999:08) i sitt slutbetänkande *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum* (SOU 2000:78), föreslår att det införs en ny definition för rehabilitering; ”*Rehabilitering till arbete är en sammanhållen individuellt strukturerad process där individen aktivt deltar i olika koordinerade insatser, ofta parallellt. Processen styrs utifrån rehabiliteringsmål satta av individen och försäkringsgivaren i samverkan och enligt arbetslinjens princip om att primärt komma i arbete*”.

Beträffande ”det femte steget” föreslår Rehabutredningen att försäkringsgivaren skall verka för att den sjukskrivne individen kan komma åter i sitt tidigare arbete – eller om detta inte är möjligt – *i likvärdigt arbete*.

Sjukförsäkringsutredningen har inte i detalj analyserat Rehabutredningens förslag och har inte heller haft till uppgift att närmare belysa rehabiliteringsprocessen, utan utgår från att en sedvanlig genomgång görs i anslutningen till remissbehandlingen.

Utredningen finner dock förslaget om återgång till *likvärdigt* arbete alltför långtgående. Enligt utredningens uppfattning skulle en sådan regel kunna ge upphov till svårlösta tolkningstvister och medföra stora risker för en svårbedömd kostnadsutveckling.

### 7.3 Incitament och självrisker för den försäkrade

De instrument som för närvarande används som incitament i sjukförsäkringen är karensdagen, ersättningsnivån, ersättningstaket och

---

<sup>10</sup> Fortsättningsvis benämnd Rehabutredningen.



en sjuklöneperiod för arbetsgivare. Utredningen redovisar nedan sina överväganden och förslag avseende utformningen av nuvarande instrument.

### 7.3.1 Karensdagen

Karensdagen skall bibehållas. Fördjupade studier skall göras av eventuella samband mellan sjuknärvaro och därav betingad efterföljande sjukfrånvaro.

Karensdagen infördes den 1 april 1993 som en självrisk för den enskilde i sjukförsäkringssystemet. Ett ytterligare motiv som anfördes för införandet var behovet att stärka statens ekonomi. Självriskan kan ses som den försäkrades initialkostnad för att utnyttja försäkringen. Karensdagen hade vid införandet en påtaglig effekt på sjukfrånvaron. (Se t.ex. SAF:s tidsanvändningstatistik.)

Enligt utredningens beteendeundersökning upplever många ett samband mellan egen *sjuknärvaro* och inkomstbortfallet på grund av karensdag och ersättningsnivå. Hypotesen om ett samband mellan sjuknärvaro och långa sjukskrivningar har emellertid inte kunnat bekräftas.<sup>11</sup> Utredningen föreslår dock att fördjupade studier görs av eventuella samband mellan sjuknärvaro och därav betingad efterföljande sjukfrånvaro.

Utredningen har övervägt konsekvenserna av ett borttagande av karensdagen. Under förutsättning av att enskildas sjukskrivningsmönster inte förändras skulle ett borttagande av karensdagen initialt kosta cirka 6 miljarder kronor och behöva finansieras med en sänkt ersättningsnivå i storleksordningen 10 procentenheter, alternativt bäras av arbetsgivaren inom ramen för sjuklöneperioden. En finansiering genom sjukförsäkringsavgiften skulle kräva en avgiftshöjning motsvarande ca 0,7 procentenheter.

Utredningen har inte funnit underlag för att fler eller färre karensdagar skulle kunna påverka den nuvarande utvecklingen av den långa sjukfrånvaron. Det förefaller heller inte vara en motiverad eller i övrigt prioriterad åtgärd att satsa 6 miljarder kronor på att ta bort karensdagen. Utredningen ser därför ingen anledning att ifrågasätta *en* karensdag som en rimlig initial självrisk för den försäkrade.

---

<sup>11</sup> Bilaga 6.

### 7.3.2 Ersättningsnivå och ersättningstak

Taket för ersättning från sjukförsäkringen skall höjas till 10 prisbasbelopp och ersättningsnivån bibehållas oförändrad, dvs. 80 procent.

Ersättningsnivån i sjukförsäkringen har förändrats vid flera tillfällen under 1990-talet. För närvarande är ersättningsnivån 80 procent av beräknad inkomst upp till ett tak på 7,5 prisbasbelopp. Taket motsvarade i december 2000, 274 500 kronor. Allt fler sjukskrivna har nu inkomster över sjukförsäkringens inkomsttak. Andelen sjukskrivna män med inkomst över taket var 9,1 procent år 1997 och 12,5 procent år 1999. Motsvarande siffror för kvinnor är 2,5 respektive 3,8 procent (RFV:s årsredovisning för 1999).

Arbetsmarknadens parter har i kollektivavtal etablerat egna ersättningsnivåer och ersättningstak, som då naturligen tar över som reella incitament. Också enskilda sjukförsäkringar ökar i snabb takt. "Marknaden" har således funnit att sjukförsäkringens villkor är otillräckliga.

En rationell och marknadsmässig sjukförsäkring som speglar arbetsmarknadens parterns önskemål skulle idag ha ett betydligt högre ersättningstak och en ersättningsnivå på 90 procent. Utredningen har inte underlag för att bedöma nettoeffekterna av att i den allmänna sjukförsäkringen införa "marknadsmässiga" villkor med hänsyn till de premier som idag erläggs för de kollektiva tilläggförsäkringarna. En sådan lösning bör diskuteras i samband med en övergång till ett fristående system.

Utredningen anser emellertid att en allmän sjukförsäkring måste utformas så att flertalet försäkrade kan inrymmas under taket och att ersättningsnivån ger ett tillräckligt skydd. Med nuvarande inkomstutveckling kommer hälften av den heltidsarbetande befolkningen inom en snar framtid att ha en inkomst över taket. Försäkringens legitimitet kommer därmed att urholkas. Utredningen föreslår därför att taket för beräkning av ersättning från sjukförsäkringen höjs till 10 prisbasbelopp, i december 2000 motsvarande 366 000 kr. Drygt 90 procent av de försäkrade skulle år 2001 med en sådan förändring inrymmas under taket. Utredningen uppskattar att en höjning av taket skulle innebära ca 600–700 miljoner kronor i ökade utbetalningar från sjukförsäkringen. Därtill kommer ökade betalningar från föräldraför-

säkringen. Dessa kan uppskattas till ca 500 miljoner kronor. (Se också kapitel 5).

Utredningen anser vidare att det nuvarande beskattningselementet i sjukförsäkringssystemet inte är förenligt med ett av direktivens huvudmål – ett generellt offentligt försäkringssystem. Försäkringsavgiften borde mot denna bakgrund därför endast tas ut på den del av inkomsten/lönen som är försäkrad. Den av andra skäl politiskt bestämda inkomstomfördelningen bör tillgodoses på annat sätt t.ex. genom skattesystemet. Utredningen konstaterar dock att en begränsning av avgiftsunderlaget till viss lönenivå är förenad med stora administrativa problem. Till exempel måste årsvisa avstämningar göras av de månadsvis beräknade och inbetalade sjukförsäkringsavgifterna, speciella avstämningar vid flera arbetsgivare under samma år etc. En direkt koppling mellan avgift och möjlig ersättning kan enligt utredningens uppfattning endast ske genom finansiering via personliga egenavgifter.

Utredningen föreslår att taket för ersättning från sjukförsäkringen höjs till 10 prisbasbelopp och att ersättningsnivån bibehålls oförändrad, dvs. 80 procent.

### 7.3.3 Ersättningsgrad

Partiell ersättning från sjukförsäkringen skall kunna utgå efter individuell prövning, dock lägst med 20 procent.

Ersättningsgraden är en form av självrisk för att minimera antalet utbetalningar för mycket begränsade nedsättningar av arbetsförmågan. För närvarande är den lägsta nivån fastställd till 25 procent. Nedsättning av arbetsförmågan under den nivån kvalificerar således inte till ersättning från sjukförsäkringen. Viktiga motiv för den regeln är att mer begränsad nedsättning av arbetsförmågan dels är relativt ovanlig, dels att sådan begränsad nedsättning av arbetsförmågan skulle komplicera handläggningen. Ytterligare ett motiv är att ersättning på lägre nivå inte fyller ett väsentligt behov för de försäkrade.

Nuvarande gradering av arbetsförmågan 25, 50, 75 respektive 100 procent innebär att partiell sjukskrivning normalt sett inte kan omfatta hela arbetsdagar. Detta förhållande försvårar i vissa fall möjligheterna för såväl försäkrad som arbetsgivare att på ett ändamålsenligt och korrekt sätt anpassa arbetstid och arbetsuppgifter

till en partiell sjukskrivning. Utredningen har också erfarit att regeln dessutom framtvingar en viss "översjukskrivning". Exempelvis kan den som idag klarar att arbeta 60 procent endast få 25 procents sjukersättning, vilket i praktiken innebär att personen bara arbetar 50 procent för att få 50 procents sjukersättning.

Utredningen föreslår att partiell ersättning från sjukförsäkringen skall kunna utgå efter individuell prövning, dock med lägst 20 procent.

Utredningen är medveten om att den föreslagna förändringen kan få konsekvenser för en rad andra system. Utredningen förutsätter därför att berörda systems villkor harmoniseras i samband med genomförandet av utredningens förslag.

## 7.4 Arbetsgivarens ansvar och sjuklöneperiodens konstruktion

Arbetsgivaren har ett förstahandsansvar i samband med anställdas ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering. Detta förstahandsansvar skall avse såväl förebyggande åtgärder som rehabiliteringsinsatser för den anställda samt åtgärder för att anpassa arbetsinnehåll, arbetsorganisation och arbetsförhållanden till de anställdas förutsättningar.

Arbetsgivare skall snarast och senast dag 45 lämna rehabiliteringsutredning och underlag från företagshälsovård till försäkringskassan i pågående fall.

Arbetsmarknadsmyndigheten och arbetslöshetskassorna skall ha ett ansvar, motsvarande arbetsgivarens, för arbetslösa sjukskrivna.

Ersättningsnivåerna i arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen skall samordnas.

Sjuklöneperioden skall förlängas till 60 dagar. Förändringen skall genomföras i två steg. I ett första steg, som föreslås genomföras snarast, skall sjuklöneperioden förlängas till 28 dagar. Sjukförsäkringsavgiften skall sänkas med det belopp som motsvarar kostnadsökningarna för sjuklön.

Sjuklönens storlek skall fastställas till 90 procent av anställningsförmånerna fr.o.m. dag 15 och de därpå följande dagarna inom sjuklöneperioden.

Beräkningsunderlaget för sjukförsäkringsavgiften skall begränsas till att avse lönesumman för anställda under 55 år.

RFV ges i uppdrag att utreda och föreslå förbättrade högriskskydd för den enskilde.

Ett högkostnadsskydd för mindre företag skall integreras i sjukförsäkringen.

### 7.4.1 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivarens ansvar i samband med anställdas ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering kan diskuteras från flera utgångspunkter. Arbetsplatsen och arbetets organisation har för det första en dokumenterad påverkan på de anställdas sjukfrånvaro. Arbetsplatsen och dess organisation är samtidigt avgörande förutsättningar för hur rehabiliteringsinsatser kan genomföras. Från intres-

sesynpunkt torde också arbetsgivaren vara den som har mest att vinna på en låg sjukfrånvaro och snabba rehabiliteringsinsatser. Nuvarande ordning ger alldeles otillräckliga incitament för alla involverade parter.

Verkningsfulla incitament kräver, enligt utredningens uppfattning, ett antal samverkande åtgärder på arbetsplatsen. Utredningen förutsätter att arbetsmarknadens parter, Arbetarskyddsverket<sup>12</sup> etc. inom sina respektive kompetensområden i samverkan och med stöd av Arbetsmiljölagen och annan lagstiftning vidtar kraftåtgärder i syfte att skapa arbetsförhållanden som gör det möjligt för en större del av arbetskraften att arbeta.

Utredningen har funnit det angeläget att föreslå åtgärder som ytterligare tydliggör att insatser bäst och effektivast görs på arbetsplatsen med ett bibehållet och förstärkt förstahandsansvar hos arbetsgivaren under en förlängd sjuklöneperiod. Detta förstahandsansvar innebär ett ansvar för att adekvata åtgärder genomförs och att samordning och information till berörda parter sker.

#### 7.4.2 Ansvaret för rehabiliteringsutredningar

Den försäkrades arbetsgivare skall enligt nu gällande regler i samråd med den försäkrade svara för att den försäkrades behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning<sup>13</sup> när:

1. Den försäkrade till följd av sjukdom varit frånvarande mer än fyra sammanhängande veckor.
2. Den försäkrade ofta avbrutit arbetet i korta sjukperioder.
3. Den försäkrade begär det.

Arbetsgivarens rehabiliteringsutredning skall skickas till försäkringskassan inom åtta veckor från tidpunkten för sjukanmälan till arbetsgivaren. Utredningen skall göras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det. Om det finns skäl till det, skall försäkringskassan överta ansvaret för utredningen.

---

<sup>12</sup> Fr.o.m. den 1 januari 2001 Arbetsmiljöverket.

<sup>13</sup> AFL 22 kap. 3 §.

Rehabutredningen föreslår att ansvaret för att rehabiliteringsutredning görs överförs till försäkringsgivaren. Motivet för förslaget är huvudsakligen att nuvarande ordning inte fungerat tillfredsställande.

Sjukförsäkringsutredningen delar Rehabutredningens uppfattning om att det nuvarande systemet inte fungerar. Utredningen ser det dock som angeläget att i även detta sammanhang ytterligare betona arbetsgivarens ansvar och föreslår därför en skärpning av nuvarande regler.

Utredningen föreslår att arbetsgivare snarast och senast dag 45 skall lämna rehabiliteringsutredning och underlag från företagshälsovård till försäkringskassan i pågående fall. Skyldigheten för arbetsgivaren att göra rehabiliteringsutredningar vid upprepad korttidsfrånvaro eller när den försäkrade själv begär det kvarstår. Utredningen föreslår vidare att kvalitetskriterier fastställs för rehabiliteringsutredningars innehåll.

Utredningen har övervägt att införa sanktioner för arbetsgivare som inte uppfyller sina skyldigheter. En sådan möjlighet skulle kunna vara att införa regler som ger försäkringskassan rätt att genomföra rehabiliteringsutredningar som faktureras arbetsgivaren. Utredningen vill dock peka på att RFV givit rekommendationer om hur uteblivna eller undermåliga rehabiliteringsutredningar skall hanteras.<sup>14</sup> Enligt dessa rekommenderas försäkringskassorna att underrätta yrkesinspektionen om en arbetsgivare inte fullgör sin skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar. Yrkesinspektionen har dock endast i ett fåtal fall fått sådana anmälningar. Utredningen vill betona att det är viktigt med samverkan mellan försäkringskassan och yrkesinspektionen och att försäkringskassan underrättar yrkesinspektionen när arbetsgivare inte gör rehabiliteringsutredningar med tillräcklig kvalitet.

Utredningen vill understryka försäkringskassornas ansvar i detta sammanhang. I den mån bristerna i kassornas hantering beror på dåligt tekniskt handläggarstöd bör detta snarast åtgärdas.

Utredningen anser att en konsekvent tillämpning av gällande regler borde vara en tillräcklig åtgärd för att åstadkomma en önskvärd ökad effektivitet i rehabiliteringsarbetet.

---

<sup>14</sup> RFV Allmänna råd 1991:12.

### 7.4.3 Sjukskrivna utan arbetsgivare

En stor grupp av de försäkrade, ca 25 procent, saknar arbetsgivare och därmed det naturliga stöd en arbetsplats utgör när t.ex. rehabiliteringsinsatser blivit aktuella.

I gruppen ingår huvudsakligen arbetslösa<sup>15</sup>, egenföretagare, uppdragstagare och vissa korttidsanställda. Utredningen vill särskilt uppmärksamma de arbetslösas situation och behov av stöd när ett sjukfall inträffar. De arbetslösa är starkt överrepresenterade bland de sjukskrivna. Orsakerna till detta har inte djupare kunnat analyseras. Tänkbara förklaringar är dock sannolikt att de arbetslösa saknar det sociala stöd som en anställning och en arbetsplatsrelation innebär och att de faktiskt är mer sårbara. Ytterligare en förklaring kan vara att arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringens ersättningsvillkor/nivåer är olika och i vissa fall gör det förmånligt att vara sjukskriven. Utredningen finner det olämpligt att ersättningsvillkoren i de två försäkringssystemen skiljer sig så markant att de kan ha kommit att utgöra incitament för sjukskrivning.

Utredningen föreslår att regeringen omgående låter göra en översyn i syfte att så långt som möjligt göra villkoren likvärdiga.

Utredningen anser vidare att arbetsmarknadsmyndigheten och arbetslöshetskassorna för de arbetslösa skall ha ett ansvar motsvarande arbetsgivares. Den föreslagna översynen bör därför även omfatta förutsättningarna för arbetsmarknadsmyndigheten och arbetslöshetskassorna att bära ett mera uttalat sådant ansvar. I detta ansvar ingår bl.a.

att arbetslöshetskassorna skall utbetala a "sjuklön", som i dessa fall skall motsvara arbetslöshetsersättningen, där en avräkning mellan systemen görs i efterhand.

att arbetsmarknadsmyndigheten skall göra rehabiliteringsutredningar.

Utredningen har också uppmärksammat att en försäkrad av försäkringskassan kan anses rehabiliterad och arbetsförmögen men av arbetsmarknadsmyndigheten som icke anställningsbar och därmed i praktiken ett fortsatt fall för försäkringskassan. Det är naturligtvis helt oacceptabelt att individen kommer i kläm och bollas mellan de två systemen. Självklart måste en

---

<sup>15</sup> Anmäld arbetssökande på arbetsförmedling.



arbetslivsinriktad rehabilitering entydigt avse rehabilitering till möjlig anställning och arbetsmarknadsmyndigheten ansvarar för åtgärder där arbetsförmåga resulterar i anställningsbarhet. Utredningen vill understryka att arbetsmarknadsmyndigheten har ansvaret för genomförandet av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser i de fall en återgång till tidigare anställning inte bedömts möjlig.

För de grupper som vare sig har arbetsgivare eller är arbetslösa skall försäkringskassan även fortsättningsvis betala ersättning från dag 2 samt upprätta rehabiliteringsutredningar.

#### 7.4.4 Sjuklön

Sjuklönen regleras i den arbetsrättsliga lagstiftningen och utgör en väsentlig förutsättning för hur sjukfrånvarons kostnader fördelas mellan arbetsgivare och försäkring. Sjuklönen kan även ses som ett möjligt incitament för arbetsgivare att nedbringa sjukfrånvaron.

Utredningen kan bl.a. genom sina egna undersökningar konstatera att det finns starka samband mellan sjukfrånvaro och arbetsmiljöfrågor i vid bemärkelse. Utredningen anser att en vändning av den negativa utvecklingen inte kan ske utan att starkare kopplingar mellan arbetsplats, arbetsgivare och arbetstagare skapas. Utredningen hävdar därmed inte att arbetsmiljön i sig isolerat skapar långvarig sjukfrånvaro. Det är dock i första hand på arbetsplatsen åtgärder kan vidtas för att förebygga sjukfrånvaro. En rehabilitering åter till arbete kan endast ske på arbetsplatsen. I detta sammanhang ger en förlängd sjuklöneperiod ett förstärkt incitament för arbetsgivare att vidta adekvata åtgärder. För den sjukskrivne är det dessutom angeläget att kontakten med arbetsplats och arbetskamrater inte bryts. Under en förlängd sjuklöneperiod får arbetsgivare ökade möjligheter att på olika sätt se till att den sjukskrivnes kontakter med arbetsplatsen upprätthålls. Olika undersökningar visar också att tidiga insatser är direkt lönsamma för det enskilda företaget.

Stora administrativa vinster och andra fördelar avseende resursanvändning kan uppnås hos försäkringskassan om de många kortare sjukfallen hanteras och regleras direkt av arbetsgivaren. De riktigt korta sjukfallen (upp till 14 dagar) har inte ökat under 1990-talet.<sup>16</sup> Rent medicinskt går flertalet sjukfall över inom 60 dagar

<sup>16</sup> Se vidare SOU 2000:72 kapitel 5.

utan några större insatser utöver sedvanlig medicinsk behandling och sådana individrelaterade och rehabiliterande insatser som bäst sker direkt på arbetsplatsen. Försäkringskassans resurser borde prioriteras för att ta hand om de fall som är i stort behov av större insatser. Samtidigt är det angeläget att arbetsgivaren tar ett större ekonomiskt ansvar för de längre och för den enskilde och samhället mer kostbara sjukfallen. En förenklad administrativ hantering får dock inte innebära att eventuella möjliga tidiga rehabiliteringsåtgärder fördröjs.

Utredningen menar att arbetsgivare, företagshälsovård och läkare i samråd med den sjukskrivne, oavsett sjuklöneperiodens längd, omedelbart skall informera försäkringskassan om man bedömer att ytterligare rehabiliteringsinsatser är nödvändiga. Utredningen föreslår att arbetsgivare skall åläggas en skyldighet att vid viss tidpunkt anmäla de sjukfall som bedöms bli långvariga och som bedöms kräva insatser från försäkringskassan. En tidig rehabilitering skall sättas in så snart behov föreligger. De många, mer lättbedömda, fallen behöver däremot inte hanteras på samma lagreglerade sätt som nu sker. Enligt gällande regelsystem skall efter 28 dagar en obligatorisk prövning ske av *samtliga* fall.<sup>17</sup> Utredningen noterar att denna formellt obligatoriska bedömning idag sker mycket summariskt och i de flesta fall tidigast efter 50–60 dagar. Trots detta tar de administrativa rutiner med utbetalning och "pappershantering" så stora resurser från försäkringskassorna att insatser för de långa sjukfallen minskat under senare år.

I diskussionen om sjuklöneperiodens längd har framförts farhågor för att en utökad sjuklöneperiod skulle kunna innebära att arbetsgivare i framtiden skulle selektera vid anställning av ny arbetskraft. Utredningen kan inte bortse från en sådan konsekvens. Utredningen vill dock erinra om att redan dagens system innefattar ett särskilt skydd för "ofta sjuka" och för sådana som befaras bli långtidssjuka. Utredningen anser dock att detta skydd bör förstärkas.

I det korta perspektivet synes också risken för negativ selektion vara liten. Under de närmaste åren behövs ett stort tillskott av arbetskraft inom alla sektorer. Inte minst inom den offentliga sektorn för att klara "vård, skola och omsorg". Det ligger inte i arbetsgivares intresse att i en sådan konkurrenssituation avstå från att satsa på förbättrade arbetsförhållanden för att i stället välja en strategi som bygger på förutsättningen att man bara anställer

---

<sup>17</sup> AFL 3 kap § 8a.

sådana medarbetare som "garanterat håller sig friska". Utgångspunkten för resonemanget om selektering synes också bygga på föreställningen att ökningen av sjuktalen beror på att anställda på vissa arbetsplatser med hög sjukfrånvaro skulle vara latent svaga eller särskilt "sjukliga". I den statistik som utredningen hittills tagit del av finns inget stöd för en sådan hypotes. Sjuktalen inom vissa branscher, särskilt kvinnoyrken, kan knappast förklaras av att just där samlats särskilt sjukbenägna individer.

Utredningen anser det vara nödvändigt att särskilda åtgärder vidtas för att anpassa arbetsplatser, arbetsuppgifter och arbetets organisation till den äldre delen av arbetskraften. Om så inte sker kommer en fortsatt utslagning att äga rum. Arbetskraftsbristen förvärras. Sjuktalen och kostnaderna för sjukpenning ökar. Mot denna bakgrund har utredningen övervägt att föreslå att ett riktat stöd skulle kunna utgå till de företag som vidtar sådana anpassningsåtgärder för den äldre arbetskraften.

Eftersom särskilt den kommunala sektorn har en stor andel sysselsatta som är äldre än 55 år vore det också möjligt att utforma ett särskilt stöd till den kommunala sektorn.

Utredningen anser dock att generella ändringar i nuvarande avgiftssystem är en bättre metod än någon av de ovan nämnda. För att minska risken för selektering, oavsett sjuklöneperiodens längd, och för att stimulera arbetsgivares insatser för att anpassa arbetsförhållandena även till den äldre arbetskraften föreslår utredningen att sjukförsäkringsavgiften endast beräknas på löner till anställda under 55 år.

Utredningen har ingående analyserat konsekvenserna av sjuklöneperioder med olika längd och konstruktioner. (De *ekonomiska* konsekvenserna av olika alternativ redovisas översiktligt i kapitel 5). Utredningen har därvid kommit till den slutsatsen att en sjuklöneperiod omfattande 14 dagar i sig inte utgör något kraftfullt incitament för arbetsgivare att vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Skall sjuklöneperioden fungera som incitament måste den göras betydligt längre. Utredningen finner också att en förlängd sjuklöneperiod väl kan motiveras med de administrativa vinster som kan göras och att detta kan ske utan risk för ökad selektering vid anställning eller försenade rehabiliteringsinsatser om förlängningen kompletteras med tidigare beskrivna åtgärder. Utredningen vill slutligen understryka att en förlängd sjuklöneperiod är den enda möjligheten att på kort sikt och inom ramen för nuvarande finansieringssystem skapa resurser för de förebyggande

insatser och det högkostnadsskydd för mindre företag som utredningen anser måste komplettera nuvarande verksamhet.

Som ett alternativ till en förlängd sjuklöneperiod har utredningen också provat olika modeller för arbetsgivarinträde, dvs. att arbetsgivaren förskotterar sjukersättningen från försäkringen under hela eller delar av sjukskrivningsperioden. Utgångspunkten har då varit att söka åstadkomma en rationell hantering av de många betalningstransaktionerna i sammanhanget.

Utredningen har också övervägt andra kombinationer av fördelning av arbetsgivarens och försäkringens betalningsansvar. I Norge har föreslagits en modell som innebär att arbetsgivaren under hela försäkringsperioden betalar en sjuklön på 20 procent. I Nederländerna har arbetsgivarna hela ansvaret under 365 dagar och får försäkra sig på den öppna marknaden. Statsmakten föreskriver vilket grundskydd som skall gälla. De flesta företag har generösare regler än det föreskrivna grundskyddet.<sup>18</sup>

Utredningen kan se stora fördelar med en modell där arbetsgivaren åläggs ett ansvar för en längre tidsperiod. Vid utvärderingen av de olika modellerna har utredningen dock inte kunnat bortse från de administrativa och andra problem som modeller med ett delat ansvar för ersättning och/eller utbetalning av ersättning skulle innebära. Utredningen finner det inte heller förenligt med sina direktiv att föreslå en lösning där, som i Nederländerna, sjukförsäkringen, upphandlas på marknaden.

Utredningen har mot bakgrund av dessa överväganden funnit att nuvarande metod, där arbetsgivaren svarar för sjuklönen under en viss angiven sjuklöneperiod, är den för närvarande mest lämpade.

Sjuklöneperioden förkortades från 28 dagar till 14 dagar under 1998. Ett tungt vägande argument för förändringen var att flertalet av de försäkrade fick sänkt ersättning efter dag 14 på grund av att de kollektivt avtalade tilläggen till sjukpenningen, vanligen motsvarande 10 procent dag 15 till dag 90, bortföll under sjuklöneperioden. Ett andra motiv var att mindre företag riskerade att drabbas av så höga sjuklönekostnader att företagets fortlevnad kunde äventyras. Detta var en icke avsedd effekt av förlängningen av sjuklöneperioden. Utredningen anser att sådana konsekvenser av en förlängd sjuklöneperiod måste förhindras. Utredningen föreslår därför att ett högkostnadsskydd för mindre företag integreras i sjukförsäkringen. (se vidare avsnitt 7.4.6) och att lagen om sjuklön ändras så att sjuklönens storlek fastställs till 90 procent av anställ-

---

<sup>18</sup> Se kapitel 4.

ningsförmånerna fr.o.m. dag 15 och de därpå följande dagarna inom sjuklöneperioden. Det bör understrykas att den föreslagna höjningen till 90 procent inte i sig ökar arbetsgivarnas kostnad utan endast i lag reglerar den ersättningsnivå som idag gäller för de allra flesta löntagare. Däremot innebär naturligtvis en förlängd sjuklöneperiod ökade kostnader för arbetsgivarkollektivet som skall kompenseras av att avgiften sänks i motsvarande grad.

Utredningen föreslår att sjuklöneperioden förlängs till 60 dagar. Förändringen genomförs i två steg. I ett första steg förlängs sjuklöneperioden till 28 dagar. Sjukförsäkringsavgiften anpassas till förändringarna. Utredningen uppskattar att en förlängd sjuklöneperiod till 28 dagar skulle öka arbetsgivarnas kostnader med drygt 3 miljarder kronor (inklusive arbetsgivaravgift på sjuklön), vilket motsvarar ca 0,35 procentenheter av löneunderlaget, beräknat på nuvarande sätt, för år 2000. En förlängning till sextio dagar ökar kostnaderna till knappt 7 miljarder kronor (inklusive arbetsgivaravgift på sjuklön), vilket motsvarar ca 0,77 procentenheter av underlaget.

#### 7.4.5 Högriskskydd

Utredningen har i kapitel 3 beskrivit syftet med särskilt högriskskydd<sup>19</sup> och låtit Riksförsäkringsverket göra en undersökning av hur det utökade särskilda högriskskyddet utnyttjats. Undersökningen visar att antalet beviljade beslut om utökat särskilt högriskskydd<sup>20</sup> är mycket lågt och att fyra av försäkringskassornas lokalkontor står för en mycket stor del av besluten. Den vanligast förekommande diagnosen är migrän, vilket är förvånande då migrän knappast kan vara anledningen till en eller flera längre sjukperioder. (Snarare medför migränbesvär risk för många korta fall.) Riksförsäkringsverket diskuterar i sin rapport felkodning hos försäkringskassan som en förklaring. Att så få lokalkontor står för majoriteten av besluten föranleder också frågor om handläggningsrutiner och kunskap hos försäkringskassan, läkare, arbetsgivare, försäkrade m.fl. om särskilt högriskskydd.

Till utredningen har också framförts synpunkter om att det särskilda högriskskyddet kan uppfattas som en negativ "stämpel".

<sup>19</sup> Personer med risk för ett större antal sjukperioder kan ansöka om särskilt högriskskydd.

<sup>20</sup> Personer med risk för en eller flera längre sjukperioder kan ansöka om s.k. utökat särskilt högriskskydd.

Utredningen föreslår mot bakgrund av ovanstående att Riksförsäkringsverket fördjupar uppföljningen av både särskilt högriskskydd och *utökat* särskilt högriskskydd och i samband med denna uppföljning lämnar förslag till förbättrat högriskskydd. I detta sammanhang bör också vägas in de konsekvenser som följer av en förlängd sjuklöneperiod. Det särskilda och det utökade särskilda högriskskyddet skall aktivt användas för att motverka den eventuella ökade diskriminering som befaras vid nyanställning av personal.

Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna bör ges ett uppdrag att sprida information om högriskskyddet till berörda aktörer och till allmänheten. Riksförsäkringsverket bör också ges ett uppdrag att säkerställa välfungerande uppföljnings- och statistiksystem. Försäkringskassorna måste säkerställa att handläggarna har adekvat kunskap.

#### 7.4.6 Högkostnadsskydd för mindre företag

Redan dagens system medför en hög riskexponering för små företag. Företag med ett litet antal anställda kan få förhållandevis höga kostnader redan vid kort sjukfrånvaro. Nuvarande sjuklöneperiod har av de mindre och medelstora företagen uppfattats som en stor ekonomisk riskfaktor, som ytterst förhindrat nyanställningar och expansion. En förlängd sjuklöneperiod skulle ytterligare förstärka denna risk.

Den nuvarande frivilliga småföretagarförsäkringen<sup>21</sup> utnyttjas i mycket liten omfattning. Företagare med låg risk väljer uppenbarligen att stå utanför försäkringen. Konsekvensen har blivit att endast högriskföretag tecknar försäkringen vilket i sin tur leder till en premienivå som av de flesta anses alltför hög.

Utredningen föreslår därför att ett högkostnadsskydd integreras i sjukförsäkringen som innebär att arbetsgivare med en årlig lönesumma uppgående till högst 160 prisbasbelopp under ett år aldrig skall betala högre sjuklön än genomsnittet av samtliga arbetsgivare. De mindre företagens generellt lägre sjukfrånvaro kan därtill motivera en nedräkning av genomsnittstalet till 75 procent. Utredningen föreslår att högkostnadsskyddet utformas i enlighet med det förslag som redovisades i delbetänkandet Högkostnadsskydd

<sup>21</sup> Försäkring mot kostnader för sjuklön finns beskriven i delbetänkandet Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72), sid 45.

mot sjuklönekostnader (SOU 1997:142). Kostnaderna beräknades där till ca 300 miljoner kronor med utgångspunkt från nuvarande sjuklöneperiod på 14 dagar. Kostnaden för en sjuklöneperiod på 28 dagar bedöms kunna uppgå till ca 500 miljoner kronor. Motsvarande kostnad för en 60 dagars sjuklöneperiod kan uppskattas till ca 600 miljoner kronor.

Denna angelägna reform har hittills inte kunnat genomföras inom ramen för nuvarande system med utgiftstak. Utredningen anser det mycket angeläget att sjukförsäkringen tillförs erforderliga medel för att snarast införa ett högkostnadsskydd för mindre företag.

## 7.5 Prevention och rehabilitering

Arbetsmiljöverket skall ha en utökad bevakande och uppsökande roll.

RFV skall ges i uppdrag att närmare undersöka utnyttjandet av den förebyggande sjukpenningen och om så behövs föreslå informations- och/eller andra åtgärder.

Sjukförsäkringen skall öka kvaliteten i det preventiva och rehabiliterande arbetet. Försäkringskassan skall regelmässigt för sjukfall längre än sextio dagar begära och bekosta en samlad utredning där Företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas.

Företagshälsovårdens roll skall förstärkas.

En redovisning av anställdas sjukfrånvaro skall göras obligatorisk i företags, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser.

Utredningen har tidigare konstaterat att prevention och rehabilitering måste ingå som väsentliga arbetsområden för en effektiv sjukförsäkring.

Utredningen konstaterar att sedan 1991 har staten och landstingen årligen träffat överenskommelser om särskilda medel från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården. Under år 2000 och 2001 uppgick dessa belopp till 235 miljoner kronor. Ändamålen har varit mer eller mindre preciserade och uppföljningen av resursanvändning och resultat summarisk. Utredningen har dock noterat att

uppgörelsen för år 2001 är bättre preciserad än tidigare års överenskommelser.

Ytterligare statliga resurser i form av projektmedel o.d. har också direkt eller indirekt överförts till landstingen. Denna form av "ersättning" för diffust definierade tjänster för sjukförsäkringen är enligt utredningens uppfattning mycket tveksam. Utredningen menar att alla medel som staten vill tillskjuta i syfte att stödja förebyggande-, rehabiliterings- och behandlingsinsatser eller samordningsåtgärder bör kanaliseras via anslagen till RFV. RFV får sedan fördela och använda dessa medel efter behov för ersättning av specificerade prestationer.

Utredningen redovisar nedan sin syn på hur sjukförsäkringen kan stödja ett förebyggande arbete och vilken roll försäkringen bör ha i rehabiliteringsarbetet.

### 7.5.1 Prevention

Den preventiva verksamheten kan indelas i två former – allmän prevention och riktad prevention.

#### **Allmän prevention**

Sjukförsäkringsorganisationen, för närvarande RFV, skall aktivt samarbeta med de organisationer och myndigheter som i vid mening kan anses verka för en allmänt bättre folkhälsa. Detta arbete skall följas upp lokalt genom fortsatt samverkan mellan försäkringskassorna och lokala samverkansparter.

#### **Riktad prevention**

Den riktade preventionen knyts särskilt till de i sjukförsäkringen försäkrade.

I det specifika eller direkta förebyggande arbetet är viktigt att kontakta de företag där sjukfrånvaron kan anses onormalt hög eller där arten av sjukdom/olycksfall är av speciell karaktär. En sådan kontakt bör resultera i förslag till förändringar av arbetet där det finns anledning tro att försäkringsfallen är arbetsrelaterade. Utredningen föreslår att det nya Arbetsmiljöverket får en utökad sådan bevakande och uppsökande roll.



Den riktade preventionen är av särskild vikt för att möta sjukdomar och olycksfall som t.ex. tenderar att öka. Snabb och relevant information gör att försäkringsgivaren snabbt skulle kunna peka på trendförändringar i t.ex. sjukfallsfrekvens och därpå vidta åtgärder i form av kontakter med t.ex. arbetsgivare eller företagshälsovård.

Utredningen vill här också peka på att sjukpenning redan idag kan betalas i förebyggande syfte, när en försäkrad genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering för att förebygga sjukdom, 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 att den ingår i en av försäkringskassan godkänd plan.<sup>22</sup> För den försäkrade är skillnaden mot vanlig sjukpenning att den förebyggande utgår utan karensdag. Utredningen har noterat att den förebyggande sjukpenningen utnyttjas i mycket ringa grad. Huruvida detta beror på bristande kunskap, litet behov eller gränsdragningsproblem mot annan ersättning är inte för närvarande möjligt att bedöma. Utredningen vill också påpeka att även rehabiliteringsersättning kan beviljas i förebyggande syfte om individen lider av sjukdom som riskerar att sätta ned arbetsförmågan. Det skall i sådana fall vara fråga om en arbetslivsinriktad rehabilitering som ingår i en av försäkringskassan upprättad rehabiliteringsplan.

Utredningen föreslår att RFV, i likhet med vad som föreslagits beträffande högriskskydd, får i uppdrag att närmare undersöka utnyttjandet av den förebyggande sjukpenningen och om så behövs föreslå informations- och/eller andra åtgärder.

### 7.5.2 Rehabilitering

Sjukförsäkringsutredningen hänvisar i denna fråga till Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som i början av september 2000 avlämnade sitt betänkande (SOU 2000:78) och berör i sina överväganden endast de frågor som mer direkt är kopplade till sjukförsäkringen i dess helhet.

Utredningen anser att rehabilitering bör ses som en process och att rehabiliteringens primära mål är att den försäkrade skall komma i arbete.

Från ett sjukförsäkringsperspektiv finns dock ingen anledning att enbart koncentrera på arbetslivsinriktad rehabilitering eftersom

---

<sup>22</sup> AFL 3 kap. 7b §.

sådan rehabilitering knappast torde bli framgångsrik utan effektiv medicinsk rehabilitering, dvs. god hälso- och sjukvård. Utredningen vill också understryka vikten av förebyggande åtgärder.

### 7.5.3 Företagshälsovård

Utredningen har tidigare konstaterat att de kraftfullaste åtgärderna för att minska de långa sjukskrivningarna i första hand måste inriktas på förebyggande insatser och åtgärder i syfte att anpassa arbetsplatser och arbetsorganisation till de anställdas resurser och kapacitet. Insatser på detta område kräver ingående kunskaper om förhållandena på den enskilda arbetsplatsen och bred kompetens inom områdena arbetsmedicin, arbetspsykologi och beteendevetenskap. Företagshälsovården är idag den enda rikstäckande organisation som motsvarar dessa krav. De återkommande diskussionerna och förändringarna av företagshälsovårdens roll och formerna för offentligt stöd för verksamheten har inte gagnat företagshälsovårdens utveckling. Utredningen redovisar i kapitel 3 bl.a. erfarenheter från Värmland avseende en organiserad samverkan mellan landsting, företagshälsovård och försäkringskassa. Erfarenheterna visar sammanfattningsvis att stora fördelar kan vinnas för såväl den försäkrade, arbetsgivarna och landstingen.

Utredningen anser att företagshälsovårdens ställning som en partsobunden specialistresurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet bör förstärkas och förtydligas. Utredningens förslag om att försäkringskassan, skall tillföras medel som får användas för inköp av tjänster avseende prevention och rehabilitering innebär att företagshälsovården kan byggas ut i enlighet med den efterfrågan som uppstår.

Utredningen anser det också vara önskvärt att en multidisciplinär utbildning med inslag från de medicinska, tekniska, ekonomiska och beteendevetenskapliga kompetensområdena byggs upp på universitetsnivå. En markering av betydelsen av det förebyggande arbetet skulle ytterligare kunna göras genom inrättandet av en professur inom området.

Utredningen anser vidare att företagshälsovårdens resurser också bör kunna utnyttjas inom den arbetsrelaterade sjukvården.

Utredningen föreslår att försäkringskassan för sjukfall längre än sextio dagar regelmässigt skall begära och bekosta en samlad utred-

ning där företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas.

Därtill bör RFV ges i uppdrag att utfärda nationella riktlinjer för avtal mellan landsting, företagshälsovård och försäkringskassa.

#### 7.5.4 Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro

Utredningen anser att information om anställdas sjukfrånvaro i enskilda företag och organisationer är av stort värde och viktig vid bedömningen av ett företag/organisation. Inte minst för potentiella arbetstagare men även för en mera allmän värdering av företaget/organisationen. Utredningen finner det därför angeläget att företag, organisationer och myndigheter åläggs en redovisnings-skyldighet avseende anställdas sjukfrånvaro. En sådan redovisning bör göras enligt en given basstandard som gör det möjligt att jämföra företag i olika branscher, offentliga företag, organisationer och myndigheter osv. Lämpliga regler bör föras in i de lagar och förordningar som reglerar årsredovisningars innehåll.

#### 7.6 Tidsbegränsad sjukskrivning

Sjukskrivningsperioden skall tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov hos den försäkrade.

I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om hur sjukpenning-perioden skall avslutas.

Efter sjukskrivningsperioden skall fortsatt ersättning endast utgå vid planerad medicinsk eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Rehabiliteringsersättning skall även kunna användas som direkt lönebidrag till arbetsgivare.

I de fall arbetsförmågan bedöms varaktigt nedsatt skall förtidspension utgå.

Den svenska sjukförsäkringen har till skillnad från vad som gäller i många andra länder (t.ex. Norge, Finland och Nederländerna) ingen tidsbegränsning av sjukskrivningen och sjukersättning.

Hösten 2000 hade ca 85 000 individer varit sjukskrivna mer än ett år. Detta är naturligtvis helt oacceptabelt. I de allra flesta fall är den medicinska behandlingen och bedömningen klar. De långtids-sjukskrivna riskerar, om ingenting görs, en fortsatt passiviserande sjukskrivning.

Det finns anledning att anta att den stora ökningen av långa sjukskrivningar till stor del är en konsekvens av att försäkringskassa och övriga aktörer inte haft resurser och i vissa fall också saknat stöd och kompetens för ordentliga målinriktade insatser. Motivationen och de faktiska förutsättningarna för den sjukskrivne att återvända till arbetslivet minskar drastiskt med sjukskrivningens längd. Utredningen ser ytterst allvarligt på dessa många gånger förödande passiva sjukskrivningar. Konsekvenserna för den enskilde innebär utestängning från arbetslivet, förlängt lidande och försämrad ekonomi. Utredningen vill på nytt erinra om att huvuddelen av kostnaderna för sjukförsäkringen avser just de långa sjukskrivningarna. Det finns mycket goda skäl för insatser som förhindrar att nya långtidssjukskrivna tillkommer och som ger långtidssjukskrivna ett adekvat och målinriktat rehabiliteringsprogram.

Utredningen har i tidigare avsnitt preciserat arbetsgivarens och försäkringskassans ansvar för att rehabiliteringsutredningar/planer upprättas så snart sådana är befogade. Utredningen vill ytterligare markera betydelsen av att kraftfulla åtgärder vidtas för att minska de långa sjukskrivningarna genom att föreslå en tidsbegränsad sjukskrivningsperiod.

Utredningen föreslår att sjukskrivningsperioden begränsas till 12 månader. Syftet är att påskynda och skärpa försäkringskassans och andra aktörers insatser för att snabbt återföra den försäkrade till arbetslivet. (Utredningen vill betona att sådana insatser, som påpekats tidigare, naturligtvis skall utredas och genomföras så tidigt som möjligt i ett sjukfall.). I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om vad som är möjligt i ärendet och vilka ytterligare eventuella åtgärder som bör sättas in. Syftet skall vara att få underlag för prognos och beslut om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Utredningens förslag syftar således inte till att *tvinga* icke färdigbehandlade åter till arbetet. I de fall en fortsatt medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering är möjlig och meningsfull skall ett program/plan fastställas och fortsatt ersättning utgå. För de som behöver fortsatt medicinsk rehabilitering skall beslut tas

om *särskild sjukpenning*. Särskild sjukpenning skall utgå fram till den tidpunkt då

den försäkrade kan återgå till arbete,  
arbetslivsinriktad rehabilitering kan ske,  
försäkringskassan fattar beslut om förtidspension.

Särskild sjukpenning utgår med samma belopp och enligt samma villkor som sjukpenning.

Rehabiliteringsersättning kan, som nu, utgå direkt till den försäkrade som ersättning under den tid andra insatser görs. Sådana insatser kan t.ex. vara arbetslivsinriktad utbildning. Rehabiliteringsersättning skall efter ett år i första hand användas som direkt lönebidrag till arbetsgivare.

Förutsättningen för särskild sjukpenning eller rehabiliteringsersättning är att den försäkrade följer det överenskomna programmet.

I de fall förutsättningar för återgång till arbete saknas skall den fortsatta ersättningen från försäkringen utgå i form av förtidspension. Se också avsnitt 7.11.2.

Utredningen vill starkt understryka att ettårsgränsen i första hand syftar till att *alla* aktörer i sjukskrivningsprocessen enskilt och i samverkan tar ett ansvar för en effektiv rehabilitering. Utredningen vill i sammanhanget också påpeka att ersättning och ålderspensionsrätt vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan särskilt utretts och redovisats i departementspromemorian *Sjukersättning i stället för förtidspension* (Ds 2000:39).

## 7.7 Sjukskrivning

Alla läkare skall, som hittills, ha rätt att utfärda läkarintyg.

Försäkringsmedicin skall ingå som ett mål i all läkarutbildning på alla nivåer.

Detaljregleringen av formerna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall skall tas bort.

Försäkringskassan skall avgöra vilket underlag som erfordras för beslut om ersättning. Ärenden som försäkringskassan bedömer bli korta eller av annan anledning kan bedömas entydigt skall hanteras med en förenklad bedömning.

### 7.7.1 Läkarintyg, sjukskrivningsunderlag, sjukskrivning

Utredningen vill understryka att sjukskrivning och sjukersättning kräver att sjukdomen/skadan innebär sådan funktionsnedsättning/förändring att arbetsförmågan påverkats. Nedsättningen av arbetsförmågan måste också ställas i relation till den försäkrades arbete och möjligheterna att med olika former av stöd eller hjälpmedel trots den nedsatta funktionen/arbetsförmågan ändå kunna utföra arbetet. I bedömningen måste också ingå möjligheterna att anpassa arbetsförhållandena till den aktuella funktionsnedsättningen.

Ett sedvanligt läkarintyg är mot den bakgrunden inte alltid tillräckligt som underlag för sjukskrivningsbeslut. Utredningen vill erinra om att försäkringskassan i det enskilda fallet redan idag kan infordra kompletterande underlag om så bedöms nödvändigt. Denna möjlighet bör utnyttjas mer regelmässigt. Huvudregeln föreslås fortsättningsvis vara att försäkringskassan i sådana fall alltid skall komplettera läkarintyget med underlag från företagshälsovård eller annan instans som försäkringskassan finner lämplig.

### 7.7.2 Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen

Läkarens primära uppgift är att diagnostisera och behandla sjuk- och olycksfall. Inom läkarens kompetensområde ligger också att beskriva de funktionsnedsättningar som följer av diagnosen. Läkaren har däremot mer sällan sådan kunskap om arbetsförhållanden och arbetsuppgifter att hon/han kan bedöma arbetsförmågan i relation till arbetet. I vissa fall är läkarintyget ett

tillräckligt underlag för sjukskrivning, i andra fall krävs djupare information och kunskap. Det är inte rimligt eller rationellt att kräva denna djupare kunskap i enskilda fall av den behandlande läkaren. Tidspress, ibland nedvärdering av betydelsen av det utfärdade intygets betydelse ("försäkringskassan fattar ju det formella beslutet, läkaren rekommenderar bara"), patienttryck m.m. har lett till att den vård sökande i praktiken i hög grad styr sjukskrivningsbesluten. (Se vidare kapitel 3).

Sjukskrivningsinstrumentet är utomordentligt kraftfullt och påverkar både individ och samhälle. Kunskap om sjukskrivningsmönster är betydelsefull inte bara för patienten och sjukförsäringen utan lika väl för läkaren själv. Utredningen noterar med tillfredsställelse att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har fått i uppdrag att genomföra en analys av vad som på forskningens nuvarande ståndpunkt kan sägas om sjukskrivningens positiva och negativa effekter.

Det har ifrågasatts "om en läkare ensam skall ha rätt att sjukskriva personer över lång tid, på grund av dels att sambanden mellan t.ex. ohälsa och arbetsmiljö i dag är mycket komplexa dels, att flertalet läkare inte har en relevant kompetens i sin medicinska specialitet för frågor som berör ett skiftande arbetsliv".<sup>23</sup> Utredningen har visserligen funnit att läkares kunskaper och kompetens om hur sjukskrivningsinstrumentet skall hanteras behöver förbättras. Däremot finner utredningen det inte vara styrkt att den mycket snabba ökningen av antalet sjukskrivningar skulle bero på att läkare ändrat sina sjukskrivningsmönster.

Utredningen anser att den behandlande läkarens intyg i de flesta fall är tillräckliga som underlag för sjukskrivning. Som föreslagits ovan skall försäkringskassan, om så bedöms erforderligt, införskaffa ytterligare underlag som grund för beslut om ersättning och/eller rehabiliteringsåtgärder.

Utredningen föreslår mot bakgrund av ovanstående resonemang att alla läkare, som hittills, skall ha rätt att utfärda läkarintyg och att dessa mera regelmässigt kompletteras av annat underlag om försäkringskassan så bedömer nödvändigt.

Utredningen föreslår att försäkringsmedicin skall ingå som mål i all läkarutbildning på alla nivåer inklusive fortbildning för att garantera att alla läkare har kunskap om vilken uppgift de medicinska underlagen skall fylla och vilka ekonomiska konsekvenser,

---

<sup>23</sup> Kommittédirektiv, Sjukförsäkringen (dir. 1999:54, s. 9).

både för den enskilde och för samhället, som följer av sjukskrivning.

Utredningen föreslår vidare att försäkringskassans skall ges ett förstärkt mandat att följa läkares sjukskrivningsmönster. (Se avsnitt 7.9.)

### 7.7.3 Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen

Försäkringskassornas löpande arbete är föremål för en omfattande detaljreglering. Regelsystemen hinner sällan anpassas till nya förutsättningar och hindrar därför ofta en nödvändig förändring och utveckling av verksamheten. Organisationen, med 21 självständiga enheter med offentlighetsrättslig ställning, skapar därutöver oklarheter vad avser ansvar, ledning och uppföljning. (Se vidare avsnitt 7.10. )

Nuvarande regler innebär att den försäkrade för att få sjukpenning efter 28 dagar skall lämna en särskild försäkran som innehåller en utförligare beskrivning av arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmåga. Dessutom skall den försäkrade lämna ett särskilt läkarutlåtande som innehåller uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga på grund av sjukdom samt läkarens bedömning av i vilken grad den medicinska funktionen påverkar arbetsförmågan.

När det särskilda läkarutlåtandet och den särskilda försäkran kommit in gör försäkringskassans handläggare en fördjupad bedömning efter att ha hört en försäkringsläkare angående vad som medicinskt har framkommit i ärendet. Bedömningen avser i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder behövs.

Riksförsäkringsverket genomförde under 1999 en utvärdering av den fördjupade bedömningen (se Sjukförsäkringsutredningens delbetänkande (SOU 2000:72), bilaga 6, "Fördjupad bedömning i praktiken"). Undersökningen visar enligt RFV (Årsredovisning 1999) "att den fördjupade bedömningen ytterst sällan leder till att rätten till sjukpenning ifrågasätts. Den leder inte heller till att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigare. Resultat av studien pekar snarare på att rehabiliteringsbehovet upptäcks tidigare och att rehabiliteringen ger bättre resultat om lagstiftningen inte följs." Utredningens slutsats är att den "tvångsmässiga" prioriteringen av



generella insatser till en viss tidpunkt fått till följd att resurser inte kunnat användas på ett optimalt sätt.

Utredningen anser att detaljregleringen av formerna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall tas bort. Utredningen föreslår att försäkringskassan i sjukskrivningsprocessen skall ha det fulla ansvaret för på vilket underlag sjukskrivningsbeslut skall grundas och för att resurser fördelas på ändamålsenligt sätt. Ärenden som bedöms bli korta eller av annan anledning kan bedömas entydigt bör kunna hanteras med en förenklad bedömning så att ärenden som riskerar att bli långa eller kräva arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser får erforderliga resurser. Utredningen förutsätter att försäkringskassorna har eller utvecklar den kompetens som krävs för sådana bedömningar.

#### 7.7.4 Försäkringsläkarens roll i sjukskrivningsprocessen

Utredningen föreslår att en mer målinriktad och situationsanpassad sjukskrivningsprocess ersätter den nuvarande starkt regelstyrda generella hanteringen av sjukanmälningar. Ett väsentligt inslag i den föreslagna ordningen är att läkarintyg utfärdat av behandlande läkare, om så bedöms nödvändigt, skall kompletteras med underlag från företagshälsovård eller motsvarande. Därmed försvinner den formella roll som försäkringsläkaren i dag har som expertgranskare i samband med den s.k. fördjupade bedömningen. Däremot kvarstår naturligtvis behovet av intern medicinsk sakkunskap.

Försäkringsläkarens roll är också föremål för undersökning och analys i Utredningen om översyn av processuella regler inom socialförsäkring, m.m. (S 1998:06, Tilläggsdirektiv 2000:17).

#### 7.7.5 Sjukskrivningsprocessen

I det följande sammanfattar utredningen sin syn på hur sjukskrivningsprocessen bör se ut.

Sjukskrivningsprocessen skall vara rationell och effektiv, såväl i administrativt avseende som när det gäller att snabbt återföra den försäkrade till arbetslivet.

Arbetsgivaren beslutar som nu om ersättning under sjuklöneperioden.

Sjukskrivna, med arbetsgivare, som inte förväntas återvända till arbetet inom sjuklöneperioden och där rehabiliteringsinsatser bedöms nödvändiga rapporteras snarast till försäkringskassan med underlag från företagshälsovård avseende arbetsförmåga i förhållande till arbetet, rehabiliteringsmöjligheter/plan för återgång till arbete inom företaget.

Arbetsgivaren skall enligt 22 kap. 3§ AFL göra en rehabiliteringsutredning. Detta skall ske senast inom 45 dagar. Vid möjlighet till rehabilitering tillbaka till den "gamla" arbetsplatsen skall försäkringskassan samverka med försäkrad, behandlande läkare, arbetsgivare och företagshälsovård. Vid annan yrkesinriktad rehabilitering skall samverkan dessutom ske med arbetsmarknadsmyndigheten, som också har ansvaret för rehabiliteringsutredningar avseende arbetslösa.

Försäkringskassan svarar för sjukskrivningsbesluten efter sjuklöneperioden. Försäkringskassan bedömer vilket underlag som i det enskilda fallet skall krävas, dvs. om läkarintyget behöver kompletteras med annat underlag. Huvudregeln skall vara att försäkrad med arbetsgivare – på försäkringskassans bekostnad – inkommer med underlag från företagshälsovård.

Den försäkrade skall ha rätt att i god tid före utgången av "sjukskrivningsåret" få en grundlig bedömning avseende hur sjukskrivningen skall avslutas via återgång till arbetet, fortsatt medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering när sådan är möjlig och meningsfull eller förtidspension.

## 7.8 Finansiering – vad skall finansieras inom försäkringen?

Sjukförsäkringsavgiften skall finansiera försäkringens kostnader för prevention, sjukpenning, rehabilitering, förtidspension och administration.

Ett försäkringsmässigt allmänt sjukförsäkringssystem bör utformas så att så stor genomskinlighet (transparens) som möjligt skapas i avseende på avgifter och förmåner. En sjukförsäkringsavgift bör därför tydligt destinerats till de slag av åtgärder avgiften avser att täcka.

Vad som finansieras inom ramen för sjukförsäkringen är i dag otydligt och mindre enhetligt. Sjukförsäkringsavgiften används för

att finansiera ett flertal olika förmånsslag inom socialförsäkringssystemet, bland annat sjukpenning, rehabiliteringsersättning, närståendepenning, havandeskapspenning och delar av förtidspensionerna. Före år 1999 finansierade sjukförsäkringsavgiften dessutom läkemedlersättningar och föräldraförsäkringen. Det finns heller ingen regel om att sjukförsäkringsavgifterna skall finansiera förmånerna i sin helhet; vid t.ex. underskott lämnas statsbidrag och eventuella överskott tillförs statskassan. Sjukförsäkringsavgiften kan således snarast ses som en särskild skatt och därmed inte som en avgift som uttas för ett specifikt ändamål.

Utredningen anser att sjukförsäkringsavgiften skall finansiera försäkringens kostnader för sjukpenning (inkl. förebyggande sjukpenning och rehabiliteringsersättning), förtidspension, prevention, rehabilitering och administration. Sjukförsäkringen är kopplad till inkomstbortfall. Ersättning i form av förtidspension som inte är knuten till inkomstbortfall skall som nu finansieras via statsbudgeten.

Sjuklönen under sjuklöneperioden är en i lag reglerad arbetsgivarfinansierad anställningsförmån som inte regleras i sjukförsäkringen. Omfattningen av sjuklönesystemet påverkar dock i hög grad utformningen av sjukförsäkringens ersättningsregler.

## **7.9 Uppföljning av sjukfrånvaron - Behov av data för ärendehandläggning samt statistik- och uppföljningsändamål**

Den fortsatta översynen av socialförsäkringsregisterlagstiftningen skall beakta de behov av uppgifter som en tillfredsställande uppföljning av sjukfrånvaron kräver.

Uppgifter skall få registreras och användas i enlighet med förslagen i bilaga 10 och de hinder som finns för detta skall undanröjas.

Nuvarande sjuklöneaviseringsystem skall avvecklas och ersättas av en statistik om den korta sjukfrånvaron i enlighet med förslag i bilaga 11.

Utredningen anser det ytterst angeläget att ett så samhälls-ekonomiskt betydelsefullt område som sjukfrånvaron och dess konsekvenser för individ, produktion och ekonomi är föremål för

forskning och fortlöpande heltäckande systematisk analys och uppföljning.

Docent Kristina Alexeranderson konstaterar i bilaga 5 *Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?* att den vetenskapligt baserade kunskapen om sjukfrånvaro är liten. Speciellt saknas studier av mekanismerna bakom könsskillnaderna i sjukfrånvaron. Mot bakgrund av de stora könsskillnaderna i sjukfrånvarons omfattning är det en stor brist att genusperspektivet inte mer beaktats i den vetenskapliga forskningen.

”Trots att vi sedan länge vet att kvinnor har högre sjukfrånvaro än män är det slående hur lite kunskap som finns om kvinnors sjukdomar, och om könsskillnader i sjukfrånvaro. De få studier som finns är oftast deskriptiva, få är analytiska och ännu färre är interventiva. Ett annat problem är att de flesta studier är av tvärsnittskarraktär. Ytterst få är longitudinella, och av de få som finns täcker bara en handfull mer än 1–4 år. Detta är särskilt allvarligt då de sjukdomar som är aktuella här oftast är av kronisk eller återkommande natur. Det finns alltså ett stort behov av prospektiva, longitudinella studier som sträcker sig över minst 10–20 år.

Vidare finns det behov av studier på en mer detaljerad nivå, vad gäller diagnoser, arbetsplatser, yrken etc. Även om flera sjukfrånvarostudier har gjorts av personer inom medicinsk vetenskap har sällan medicinska teorier och kunskaper använts, dvs. hälsoaspekter av sjukfrånvaron har inte inkluderats. Könsskillnader i administration av sjukfrånvaro, dess prevention och av rehabilitering behöver studeras. För att få ökad kunskap om just könsskillnader behöver ett genusperspektiv, teoretiskt och metodologiskt, inkluderas i studier om sjukfrånvaro. En genomgående kritik av forskningen inom området är dess bristande teori- och begreppsutveckling. Kanske behöver även ett mansperspektiv utvecklas inom området. Överhuvudtaget behövs olika perspektiv, olika teorier och olika metoder för att utveckla den vetenskapliga kunskapsbasen inom området.

*För detta krävs* bl.a. tillgång till bra dataregister, hög metodologisk och teoretisk kompetens, tvärvetenskapliga forskarmiljöer, internationell förankring samt ekonomiska resurser.”

I ett mera autonomt system hade varit naturligt att prioritera och finansiera forskning huvudsakligen inriktad på de områden där problemen är störst. Utredningen har noterat att det nya forskningsrådet arbetsliv och socialvetenskap, FAS, startar sin verksamhet den 1 januari 2001. Forskningsrådets tre program-

områden är Samhällets regelverk och trygghetssystem, Individens hälsa och levnadsvillkor och Arbetslivets organisation och inriktning. Genom bildandet av det nya forskningsrådet möjliggörs en ökad fokusering på forskningsfrågor som berör både individ- och samhällsperspektiv. Enligt utredningens bedömning bör därför ovan redovisade behov av nya kunskaper ges en ökad uppmärksamhet i forskningsrådets framtida verksamhet. Utredningen anser det angeläget att FAS vidtar åtgärder för att stimulera till ökad forskning kring socialförsäkringssystemen ur ett helhetsperspektiv.

Utredningen vill också peka på behovet av att kunna följa sjukskrivnas arbetsförhållanden, diagnoser och läkares sjukskrivningsmönster. Utredningen har uppdragit åt RFV att kartlägga och redovisa vilka data som skulle erfordras för en fortlöpande heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaro. Kartläggningen ligger till grund för utredningens överväganden och förslag. I bilagorna 10 och 11 redovisas och kommenteras förslag till registerinnehåll och statistisk uppföljning av den korta sjukfrånvaron.

### 7.9.1 Den statistiska uppföljningens syfte

Data om sjukfrånvaron skall fylla flera syften. Det är därför av vikt att så långt möjligt finna den gemensamma mängden för så många ändamål som möjligt. Uppgifter som är nödvändiga för handläggning och för en fortlöpande och systematisk uppföljning bör finnas regelmässigt i sjukförsäkringsregistret som förs gemensamt av RFV och försäkringskassorna. Därutöver kommer det alltid att finnas behov av uppgifter för vissa specifika ändamål. Men det är varken möjligt eller lämpligt att skapa ett registersystem som är så omfattande att dels, själva hanteringen av det skapar problem dels, – och viktigare – anhopningen av uppgifter skulle kunna kännas hotfull för den enskildes integritet. Det kommer alltid att väckas frågor – inte minst från forskning och utvärderingar – som kräver tillgång till uppgifter som inte lämpar sig att föra i ett permanent register. Särskilda datainsamlingar kommer alltid att behövas.

I grova drag kan följande ändamål för ett sjukförsäkringsregister anges:

- Handläggning av ärenden

- Uppföljning av sjukfrånvaron på lokal, regional och nationell nivå

- Grundläggande statistik om sjukfrånvaron

Data som grund för prognoser om sjukfrånvarons utveckling och kostnader

Data som grund för utvärderingar av regelsystem och särskilda insatser

Data som grund för forskning, särskilt longitudinella studier

Det finns påtagliga överlappningar mellan behoven av data för de olika ändamålen. Statistikförordningen reglerar inte i detalj vad som skall ingå i den officiella statistiken. Så skulle kunna ha skett men med tanke på att sjukförsäkringen och sjukfrånvaron är ständigt rörliga system skulle en detaljreglering av innehållet sannolikt inte vara särskilt meningsfull.

Uppföljningsbehoven på lokal och regional nivå är delvis andra än de på nationell, framför allt används resultaten på olika sätt. På lokal och regional nivå har uppföljningar sitt stora värde dels som underlag för verksamhetsplanering och prioritering inom försäkringskassorna, dels, och kanske än viktigare, som underlag för samtal och dialoger med medaktörer (arbetsgivare, arbetsförmedling, läkare etc). På nationell nivå krävs data för den officiella statistiken och övriga ändamål enligt ovan. Det är emellertid i allt väsentligt samma slags uppgifter som krävs.

Utgångspunkt för det förslag om innehåll i sjukförsäkringsregistret som utredningen nu lägger, är att varje föreslaget tillägg till nuvarande register har visat sig ha relevans för möjligheterna att analysera sjukfrånvarons utveckling och dess bestämningsfaktorer. Flertalet av dessa uppgifter finns och skall finnas i försäkringskassans akter. Det rör sig således inte annat än undantagsvis om helt nya uppgifter. Det nya är att dessa uppgifter måste finnas i ett samlat register så att data blir tillgängliga för så många som möjligt och med hög grad av aktualitet.

En starkt bidragande orsak till att sjukförsäkringsregistret och därmed statistikregistren saknar många av de i bilaga 10 uppräknade uppgifterna som får registreras enligt nuvarande lagstiftning, är att de måste kodas och matas in. Försäkringskassorna saknar fungerande IT-baserat handläggningsstöd. I valet mellan ett rimligt täckande register med uppgifter nödvändiga för uppföljning, statistik, prognoser och utvärderingar och arbetsbördan på försäkringskassorna har det senare prioriterats när det varit fråga om att tillföra uppgifter till registren. Ad-hoc-undersökningar har tillgripits där manuell inmatning av uppgifter från akterna för urval av sjuk-

fall/individer fått göras i varje enskilt fall. Denna situation är djupt otillfredsställande för alla.

### 7.9.2 Registerlagstiftningen

Sjukförsäkringsregistret förs med stöd av socialförsäkringsregisterlagen (1997:934, SofrL). RFV och försäkringskassorna är gemensamt registeransvariga för detta register.

Sjukförsäkringsregistret används för att handlägga ärenden om bl.a. sjukpenning och rehabiliteringsersättning. Utöver handläggning får registret användas för förberedande åtgärder för handläggningen och för uppföljning, utvärdering, tillsyn och framställning av statistik.

Registerlagen innehåller ett antal bestämmelser om vilka uppgifter som får finnas i ett socialförsäkringsregister. Av 6 § SofrL framgår att uppgifterna delas in i allmänna och särskilda ärendeuppgifter.

De allmänna ärendeuppgifterna är identifierings- och adressuppgifter samt uppgifter om kön, civilstånd, medborgarskap och födelseort. De särskilda uppgifterna är uppgifter om sådana ekonomiska och personliga förhållanden som har betydelse för ärendehandläggningen.

Om de särskilda uppgifterna är sådana känsliga uppgifter som avses i 4 § datalagen (1973:289) eller är uppgifter som utgör omdömen eller annan värderande upplysning om den registrerade så får uppgiften enligt 7 § SofrL inte registreras. Från denna huvudregel finns ett antal undantag. Dessa undantag finns uppräknade i 25 punkter i andra stycket i 7 § SofrL. Denna uppräknade omfattar inte uppgift om diagnos eller uppgift om intygsskrivande läkare. Dock sägs i 10 § "Om det behövs för angelägna uppföljningsändamål får regeringen föreskriva att uppgifter om sjukdomsdiagnos i begränsad omfattning får registreras i socialförsäkringsregister. Sådan registrering får endast avse vissa socialförsäkringsregister".

I 11 § SofrL finns en specialreglering för register som förs särskilt för bl.a. försäkringskassan eller ett lokalt organ inom denna för handläggning av ärenden. Denna typ av register får innehålla handlingar som har kommit in eller framställts i ett ärende. För uppgifter i sådana handlingar gäller inte de begränsningar som föl-

jer av 7–10 §§ SofrL om uppgifterna lämnats i ett ärende eller behövs för handläggningen av detta.

För denna typ av register finns särskilda regler vad gäller direkt åtkomst, sökbegrepp och gallring. Det är endast försäkringskassan som kan ha direkt åtkomst till sitt register. Som sökbegrepp får endast användas ärendebeteckning och beteckning på handling. Handlingar i denna typ av register ska gallras ut senast tre år efter utgången av det år under vilket ärendet har avslutats.

Socialförsäkringsregisterlagen måste anpassas till personuppgiftslagen (1998:204, PUL). I departementspromemorian *En begränsad översyn av socialförsäkringsregisterlagen* (1997:934) lämnas förslag till ändringar i lagen för att anpassa den till PUL. Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 oktober 2001. Förslagen innebär ingen förändring vad gäller innehållet i registren. Promemorian har remissbehandlats och bereds nu vidare i socialdepartementet.

Promemorians förslag att inte ändra innehållet i sjukförsäkringsregistret innebär att någon uppföljning av orsakerna till förändrade sjukskrivningsmönster inte kan göras och att några åtgärder därmed inte heller kan vidtas. Vidare får RFV fortsatt utomordentligt svårt att fullfölja sina myndighetsuppgifter. Detta kan inte gagna vare sig individ eller samhälle.

Utredningen vill starkt understryka att de behov av uppgifter som en tillfredsställande uppföljning av sjukfrånvaron kräver, måste beaktas i den fortsatta översynen av registerlagstiftningen.

### 7.9.3 Innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister

Förslag till innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister redovisas och kommenteras av utredningen i bilaga 10 *Innehåll i RFV:s sjukförsäkringsregister*.

Utredningen föreslår att uppgifter får registreras och användas i enlighet med förslaget och att de hinder som finns för detta undanröjs.

### 7.9.4 Statistik om sjukfrånvaro under sjuklöneperioden

Den statistiska uppföljningen av den korta sjukfrånvaron beskrivs i bilaga 11 *Statistik om sjukfrånvaro under sjuklöneperioden*.

Utredningen föreslår att RFV får i uppdrag att utforma ett förslag till hur statistiken om den korta sjukfrånvaron skall utformas.



Statistiken om den korta sjukfrånvaron skall grundas på dels ett statistiskt urval av arbetsgivare med upp till 99 anställda och en totalrapportering från övriga enligt förslag i bilaga 11. Statistiska Centralbyrån (SCB) föreslås få ansvar för all datainsamling och RFV:s nuvarande sjuklönereregister avvecklas.

Utredningen vill påpeka att statistiken rörande sjukfrånvaro under sjuklöneperioden också kommer att vara utgångspunkt för fastställandet av det procentuellt beräknade genomsnittsvärde som skall användas i högkostnadsskyddet för mindre företag.

## 7.10 Organisatoriska frågor

Sjukförsäkringens framtida organisation skall utformas som en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation.

Utredningen har inte haft till uppgift att närmare diskutera organisationsfrågor. Utredningen har dock konstaterat att sjukförsäkringens nuvarande administrativa organisation gör det svårt att hantera frågor som rör ansvar, ledning, utveckling och uppföljning. Utredningen kan inte finna att den nuvarande organisationsstrukturen är acceptabel eller ändamålsenlig för en sjukförsäkring som omfattar alla och skall tillämpas lika över hela landet.

Utredningen har också noterat att regeringen i en samlad bedömning i budgetpropositionen för 2000 konstaterar att det föreligger brister i handläggningen inom socialförsäkringen som bl.a. får till följd bristande rättssäkerhet, sjunkande produktivitet, långa handläggningstider och allt för stora regionala skillnader i tillämpningen av regelsystemet. RFV:s tillsyn och uppföljning av kassornas verksamhet visar också på att tillämpningen av regelsystemen är alltför olikformig mellan kassorna. Utvecklingen av socialförsäkringsadministrationen har präglats av två synsätt på verksamheten. Det ena synsättet betonar vikten av lekmannainflytande genom de förtroendevaldas medverkan i administrationen. Detta inflytande kan härledas ur den frivilliga sjukkasserörelsen som utgör ursprunget till de nuvarande försäkringskassorna. Det andra synsättet bygger på en statlig myndighets- och tjänstemannatradition. De två synsätten har inte kunnat förenas i en konsistent lösning vid de förändringar av administrationen som hittills genomförts.

Utredningen har stor förståelse för det demokratiska värdet av nuvarande organisation. Samtidigt finner utredningen det vara ofrånkomligt att staten skaffar sig en mer direkt och ändamålsenlig organisation för att effektivt kunna styra och påverka ett i sammanhanget mycket stort utgiftsområde. I prop. 1997/98:41 *Socialförsäkringens administration m.m.* anges som viktig utgångspunkt att staten måste kunna styra verksamheten för att tillförsäkra att reglerna tillämpas likformigt och rättvist över landet. Samtidigt har varje försäkringskassas styrelse fått det fulla ansvaret för ledning av verksamheten. Kassastyrelsens ansvar för att reglerna tillämpas likformigt gäller naturligtvis enbart inom det egna kassaområdet. Därför behövs en stärkt lednings- och samordningsroll på nationell nivå.

Utredningen föreslår att sjukförsäkringens framtida organisation skall utformas som en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation.

## 7.11 Andra frågor

### 7.11.1 Sjukskrivning i väntan på vård

Sjukförsäkringsutredningen har uppdragit åt Statskontoret att redovisa sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringens kostnader. Statskontoret har därvid studerat väntetider i samband med fyra ortopediska operationstyper. Statskontoret uppskattar att den totala sjukskrivningstiden på grund av väntan i samband med just dessa operationstyper uppräknat till riksnivå orsakar drygt 500 000 sjukdagar per år. Statskontoret understryker att uppskattningen skall användas med stor försiktighet. Detta resultat indikerar ändå att sjukskrivning i väntan på behandling och vård förorsakar ett stort antal sjukpenningdagar. Det totala antalet sjukdagar uppgick under 1999 till drygt 70 miljoner. En icke obetydlig del av dessa kan antas bero på kösituationen inom vården. Det finns därför all anledning att fortsatt utveckla metoder och samverkan som kan förkorta "onödiga" sjukskrivningar i väntan på vård. Vissa grundläggande uppgifter om hur situationen ser ut bör finnas åtminstone på regional nivå. Det är angeläget att snabbt få igång sådan kunskapsuppbyggnad. På några års sikt bör det ställas krav på respektive sjukvårdshuvudman att denna grundläggande information ska finnas, och att den löpande ska uppdateras tillsammans med försäkringskassorna. Det sistnämnda är inte minst viktigt,

informationen bör tas fram av sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan gemensamt. I samband med det är det viktigt att en diskussion kommer igång eller intensifieras kring hur en ökad samordning kan uppnås.

Sjukförsäkringsutredningen anser att sjukvårdshuvudmännen har det självklara ansvaret för situationen inom vården. Sjukvård finansieras via landstingsskatten. Samtidigt visar nära nog alla undersökningar att samverkan också i ekonomiskt hänseende leder till goda resultat. En samverkan där försäkringskassorna får fortsatt möjlighet att använda fria medel är därför angelägen.

Utredningen har noterat att olika former för samverkan har diskuterats i riksdagens utskott under hösten 2000. Utredningen tar inte ställning till vilken metod som bör användas, men anser att ett fortsatt system bör läggas fast, användas lika i hela landet och innebära att RFV/försäkringskassorna får möjlighet att direkt betala för specifika åtgärder som minskar sjukfrånvaron. Köp av direkt sjukvård bör dock endast ske i begränsad omfattning. Nuvarande uppgörelser av generell natur (t.ex. Dagmar etc.) bör integreras med sjukförsäkringen.

#### 7.11.2 Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension

Utredningen föreslår att regeringen i särskild ordning ger sjukförsäkringen ett temporärt resurstillskott för

att möjliggöra utredningar och bedömningar av hur nu långtidssjukskrivnas sjukskrivningsperiod skall avslutas (huvudregeln i förslaget om en tidsbegränsad sjukskrivning) att genomföra de åtgärder som kan bli aktuella

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt delbetänkande att antalet långtidssjukskrivna under de senaste åren ökat kraftigt. Ett tillflöde av nya sjukskrivna med en sjukskrivningstid längre än ett år kombinerat med en oförändrad volym av förtidspensioneringar har gjort att antalet sjukskrivna längre än ett år ökat från 43 800 till 72 800 mellan åren 1997–1999.

Utredningen konstaterar att många långtidssjukskrivna nu gått alltför länge sjukskrivna utan att adekvata, aktiverande åtgärder satts in. En temporär ökning av antalet långtidssjukskrivna synes därför vara ofrånkomlig. Om var och en som nu är långtidssjuk-

skrivna skall få en möjlighet att helt eller delvis återgå till arbetet fordras ett väsentligt resurstillskott som utredningen inte kan se ryms inom ramen för nuvarande utgiftstak.

I bilaga 8 redovisar Statskontoret resultatet av sitt uppdrag att beskriva sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension. Utredningen delar Statskontorets uppfattning att en ökad förtidspensionering sammantaget skulle minska sjukförsäkringskostnaderna. Fortsatta förtidspensioneringar bidrar dock till det växande problemet med sysselsättning och arbetsbörda. I två av de i bilagan beskrivna scenarierna måste ca 20 000 respektive 40 000 sjukfall avslutas för att antalet sjukfall med varaktighet över ett år ska bli stabilt eller ska sjunka kraftigt. Dessa antal kan relateras till de ca 40 000 personer som Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08) antog kunde nås av fördjupad rehabilitering inom ett par år. En sådan rehabilitering räcker således inte om den har den effektivitet som Rehabutredningen uppskattar till 30 procent (mätt i genomsnittlig återvunnen arbetsförmåga), dvs. 12 000 färre sjukfall, omräknat till hela ersättningar, på ett par år. Även att döma av den nuvarande rehabiliteringsverksamhetens omfattning måste rehabiliteringspotentialen hos andra grupper än de som i dag får del av rehabilitering upptäckas och utnyttjas för att det ska vara möjligt att uppnå en önskad utveckling på kort sikt.

En frågeställning som är viktig att ta ställning till är hur mål om sysselsättning på en viss nivå kan uppnås och om hur behovet av arbetskraft kan tillgodoses om inte en stor del av de som i dag är sjukskrivna kan återgå i arbete. I kapitel 3 görs en mycket översiktlig bedömning av hur sjukfrånvaron påverkar möjligheterna att uppnå sysselsättningsmålen. Utredningen kan konstatera att redan nuvarande nivå på sjukfrånvaron innebär ett allvarligt arbetskraftsbortfall.

Utredningen föreslår att regeringen i särskild ordning ger sjukförsäkringen ett temporärt resurstillskott för

- att möjliggöra utredningar och bedömningar av hur nu långtids-sjukskrivnas sjukskrivningsperiod skall avslutas (huvudregeln i förslaget om en tidsbegränsad sjukskrivning)
- att genomföra de åtgärder som kan bli aktuella

Utredningen bedömer att enbart en första genomgång av 50 000 långtidssjuka skulle kräva ett resurstillskott på 250 miljoner kronor. Därtill kommer ytterligare resurstillskott att erfordras för de rehabiliteringsinsatser som är nödvändiga (Se kapitel 8).

I det längre perspektivet är det dock mest angeläget att vidta sådana åtgärder som minskar inflödet av långtidssjukskrivna. Utredningens förslag utgår i första hand från en sådan strategi.

Utredningen har vidare noterat att riksdagen beställt en värdering av beslut rörande förtidspension, där den totala kostnaden för en förtidspension uppskattas och nuvärdeberäknas i samband med beslut om förtidspension. Denna i sig motiverade syn på konsekvensen av beslut om förtidspension gäller också de beslut som passivt tas om fortsatt långtidssjukskrivning. I ett mycket stort antal fall slutar en längre sjukskrivningstid i förtidspension. Risken med att enbart nuvärdesberäkna förtidspensioneringens kostnader är att den felaktiga slutsatsen kan dras att lång sjukskrivning innebär lägre kostnader för försäkringen än förtidspensionering.

## 8 Utredningens konsekvensredovisningar

### 8.1 En strukturell förändring och insatser utöver nuvarande ramar är nödvändig

I detta kapitel redovisar utredningen de budgetkonsekvenser som framlagda förslag medför. Utredningen analyserar och anger vidare vilka konsekvenser förslagen får för olika verksamheter i samhället. De nuvarande problemen med höga sjuktal kan inte lösas inom ramen för givna resurser. Ett omedelbart resurstillskott är nödvändigt och en strukturell förändring av sjukförsäkrings erfordras. Utredningen har därför inte ansett det vara meningsfullt att begränsa sina förslag till sådana som ryms inom nuvarande budgetramar.

I kapitel 7 har utredningen redovisat sina överväganden och förslag till åtgärder. De viktigaste åtgärderna är sådana som förändrar och intensifierar själva *sjukskrivningsprocessen*. Arbetsgivare, läkare, företagshälsovård och försäkringskassor i samverkan med arbetstagare måste mycket tidigt satsa på förebyggande arbete och i rätt tid sätta in rehabiliterande åtgärder. För de hösten 2 000 redan sjukskrivna (84 000 längre än ett år) måste omfattande åtgärder vidtagas om en rehabilitering skall ha några förutsättningar att lyckas. Utredningen bedömer att en första genomgång av 50 000 långtidssjukskrivna kräver ca 250 miljoner kronor i tillskott till försäkringskassorna. Om därtill ambitionen är att 40 000 av de nu över 80 000 långtidssjukskrivna skall erhålla nödvändig rehabilitering behövs ytterligare mellan 4–6 miljarder kronor.

Utredningens förslag om ökad sjuklöneperiod medför att försäkringskassorna vid en sjuklöneperiod om 28 dagar avlastas hanteringen av 220 000 fall. Vid en 60 dagars sjuklöneperiod minskar antalet sjukfall som hanteras av försäkringskassorna med ytterligare 150 000. Detta innebär en möjlig besparing på 170

respektive 350 miljoner kronor.<sup>1</sup> Det besparingar som uppkommer vid en förlängd sjuklöneperiod bör i sin helhet disponeras av försäkringskassan för att öka insatserna för prevention och rehabilitering av längre sjukfall. Endast därigenom kan tillströmningen av nya sjukfall brytas. Utredningen konstaterar att i nuvarande försäkringssystem ligger sjukpenning- och förtidspensionsutgifter som ett eget verksamhetsområde skilt från utgifterna för administration, preventiv och rehabiliterande verksamhet. Detta innebär att viktiga förebyggande och rehabiliterande åtgärder inte kan finansieras genom minskade kostnader för sjukpenning och/eller förtidspension.

Inom ramen för statens budget och utgiftstak kan visserligen riksdag/regering i varje enskilt fall besluta om erforderliga resurstillskott. Utredningen redovisar också ett antal sådana förslag i kapitel 7. Utredningens slutsats ligger dock fast. Nuvarande ordning är inte tillräcklig flexibel och kan aldrig bli tillräckligt effektiv. Ett försäkringsföretag hade långt tidigare genomfört flera av de åtgärder utredningen föreslår.

Utredningen kan inte ens föreslå särskilt verkningsfulla förändringar om utredningen strikt skulle följa de instruktioner som ges för varje statlig utredning. Utredningen får inte föreslå insatser som inte är finansierade med besparingar på annat håll. I det sammanhanget får framtida vinster inte inräknas. I varje annan försäkringskalkyl skulle just framtida vinster vara det viktigaste incitamentet för förebyggande och kostnadssänkande åtgärder. Utredningens förslag skall därför betraktas som förslag till en *ny struktur* av det svenska sjukförsäkringssystemet. Utredningens förslag kan sammanfattas i tre huvudgrupper:

- sådana förslag som kan genomföras inom ramen för nuvarande system och inom ramen för gällande budgetrestriktioner
- sådana förslag som kan genomföras inom ramen för nuvarande system men som förutsätter tillskott av budgetmedel samt
- övriga åtgärder av administrativ eller utredande karaktär.

I den mån riksdag/regering finner att nuvarande system skall bibehållas måste under de närmaste åren särskilda och omfattande resurser tilldelas sjukförsäkringssystemet. Därtill måste nya och mer flexibla regler utformas som gör det möjligt för försäkrings-

---

<sup>1</sup> Utredningen har utgått från att hanteringskostnaden är 800 kronor per 28 dagarsfall respektive 1 200 kronor per 60 dagarsfall.

kassorna att använda tilldelad budgetram för förebyggande, utredande och rehabiliterande åtgärder.

Nya särskilda resurser måste också tilldelas sjukförsäkrings-systemet för att i efterhand nu rehabilitera de som redan gått länge sjukskrivna. Sådana insatser kommer att vara mycket kostnadskrävande. Utredningen vill understryka att många av dagens långtidssjukskrivna med riktiga insatser åter kan komma i arbete. Dessa insatser kommer dock inte alltid att vara "lönsamma" ens i ett mycket vitt perspektiv. Insatserna är lika fullt självfallet motiverade av hänsyn till de människor som berörs. I sista hand är insatser för långtidssjukskrivna en rättvisefråga av stor politisk dignitet.

## 8.2 Sammanfattning av ekonomiska konsekvenser

I följande avsnitt sammanfattas kostnadskonsekvenserna av de förslag utredningen lägger fram. De fullständiga beräkningarna som ligger till grund för vissa delar av sammanställningarna redovisas kapitel 5.

### 1. Kostnadskonsekvenser av en förlängning av sjuklöneperioden från 14 till 28 dagar. Mkr.

	Staten	Kommuner landsting	Privata sektorn	Summa arb.givare	Budget- konsekvens
<i>Sjuklöneperiod 28 dagar</i>					
Sjuklön/sjukpenning	115	856	1 349	2 320	2 320
Arbetsgivaravgift	38	282	445	766	766
Ålderspensionsavgift					
Sänkning av arbetsgivaravgift	-183	-940	-1 962	-3 086 <sup>2</sup>	-3 086
<i>Summa konsekvenser</i>	<i>-31</i>	<i>198</i>	<i>-168</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Högekostnadsskydd för mindre företag</i>					
Sjuklön/sjukpenning			-500	-500	500
Arbetsgivaravgift			-165	-165	165
<i>Summa förändrade kostnader</i>	<i>-31</i>	<i>198</i>	<i>-833</i>	<i>-665</i>	<i>665</i>

<sup>2</sup> Motsvarar 0,34 procentenheter av löneunderlaget för år 2000.



**2. Kostnadskonsekvenser av en förlängning av sjuklöneperioden från 14 till 60 dagar. Mkr.**

	Staten	Kommuner landsting	Privata sektorn	Summa arb.givarekonsekvens	Budget-
<u>Sjuklöneperiod 60 dagar</u>					
Sjuklön/sjukpenning	258	1 918	3 024	5 200	5 200
Arbetsgivaravgift	85	633	998	1 716	1 716
Sänkning av arbetsgivaravgift	-411	-2 107	-4 398	-6 916 <sup>3</sup>	-6 916
<i>Summa konsekvenser</i>	<i>-68</i>	<i>445</i>	<i>-376</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<u>Högekostnadsskydd för mindre företag</u>					
Sjuklön/sjukpenning			-600	-600	600
Arbetsgivaravgift			-198	-198	198
<b><i>Summa förändrade kostnader</i></b>	<b><i>-68</i></b>	<b><i>445</i></b>	<b><i>-1 174</i></b>	<b><i>-798</i></b>	<b><i>798</i></b>

Fördelningen av de ökade sjuklönerna mellan sektorerna har gjorts efter de andelar av sjukskrivna som utredningen beräknat för 1999 utifrån SCB:s arbetskraftsundersökningar. De beräknade andelarna är för staten 5 procent, för kommuner och landsting 37 procent och för den privata sektorn 58 procent. Fördelningen av de sänkta arbetsgivaravgifterna har gjorts efter respektive sektors andel av totalt anställda. Andelen är för staten 6 procent, för kommuner och landsting 30 procent och för den privata sektorn 64 procent. I beräkningen av budgetkonsekvenser har inte konsekvenser för staten som arbetsgivare medtagits.

Utredningen har förutsatt att en förlängning av sjuklöneperioden endast kan genomföras om samtidigt ett högekostnadsskydd för mindre företag införs. Utredningen redovisar därför de två åtgärderna sammantagna.

En förlängning av sjuklöneperioden till 28 dagar innebär att arbetsgivarnas kostnader för sjuklön och arbetsgivaravgifter ökar med drygt tre miljarder kronor. Då arbetsgivaravgiften sänks med motsvarande belopp blir nettoeffekten för arbetsgivarkollektivet lika med noll. Mellan de olika sektorerna sker däremot en viss omfördelning av kostnaderna. Kommuner och landsting får på grund av sin högre sjukfrånvaro högre kostnader, ca 200 miljoner kronor, medan övriga sektorer får lägre kostnader. Högekostnadsskyddet för mindre företag innebär ökade utbetalningar från sjukförsäkringen. Utredningen har förutsatt att skyddet i första hand utnyttjas av företag inom den privata sektorn. De samman-

<sup>3</sup> Motsvarar 0,77 procentenheter av löneunderlaget för år 2000.

tagna konsekvenserna av den förlängda sjuklöneperioden och högkostnadsskyddet blir därmed att den privata sektorns kostnader för sjukfrånvaro minskar med ca 800 miljoner kronor. Kommunernas och landstingens kostnader ökar med ca 200 miljoner kronor. Även statens kostnader ökar något. Eftersom den förlängda sjuklöneperioden för arbetsgivarna kompenseras fullt ut med sänkta arbetsgivaravgifter blir nettoeffekten för statens budget ökade utgifter på 665 miljoner kronor dvs. de ökade kostnader som högkostnadsskyddet beräknas medföra.

Nettoeffekterna av en förlängning av sjuklöneperioden till 60 dagar blir att den privata sektorns kostnader minskar med ca 1,2 miljarder kronor. Kostnaderna i kommuner och landsting ökar med drygt 400 miljoner kronor och statens kostnader minskar med ca 70 miljoner kronor. Omfördelningen av kostnader mellan företag och sektorer med hög respektive låg sjukfrånvaro blir naturligtvis större ju längre sjuklöneperioden är. Budgetkonsekvenserna i detta alternativ blir en kostnadsökning med ca 800 miljoner kronor.

---

**Sammantagna kostnadskonsekvenser av föreslagna åtgärder vid 28 dagarssjuklöneperiod**

	Staten	Kommuner landsting	Privata sektorn	Summa arb.givarekonsekvens	Budget-
<u>Sjuklöneperiod 28 dagar</u>					
Sjuklön/sjukpenning	115	856	1 349	2 320	2320
Arbetsgivaravgift	38	282	445	766	766
Sänkning av arbetsgivaravgift	-183	-940	-1 962	-3 086	-3 086
<u>Högkostnadsskydd för mindre företag</u>					
Sjuklön/sjukpenning			-500	-500	500
Arbetsgivaravgift			-165	-165	165
<u>Höjt ersättningstak - sjukpenning</u>					
					700
<u>föräldraförsäkring</u>					
					500
<u>Omfördelad sjukförsäkringsavgift</u>	-205	-899	1 104	0	
<b><i>Summa förändrade kostnader</i></b>	<b><i>-236</i></b>	<b><i>-700</i></b>	<b><i>271</i></b>	<b><i>-665</i></b>	<b><i>1 865</i></b>

**Sammantagna kostnadskonsekvenser av föreslagna åtgärder vid 60 dagarsjuklöneperiod**

	Staten	Kommuner landsting	Privata sektorn	Summa arb.givarekonsekvens	Budget-
<u>Sjuklöneperiod 60 dagar</u>					
Sjuklön/sjukpenning	258	1 918	3 024	5 200	5 200
Arbetsgivaravgift	85	633	998	1 716	1 716
Sänkning av arbetsgivaravgift	-411	-2 107	-4 398	-6 916	-6 916
<u>Högtkostnadsskydd för mindre företag</u>					
Sjuklön/sjukpenning			-600	-600	600
Arbetsgivaravgift			-198	-198	198
<u>Höjt ersättningstak - sjukpenning</u>					
föräldraförsäkring					500
<u>Omfördelad sjukförsäkringsavgift</u>	<b>-205</b>	<b>-899</b>	<b>1 104</b>	<b>0</b>	
<b>Summa förändrade kostnader</b>	<b>-274</b>	<b>-454</b>	<b>-70</b>	<b>-798</b>	<b>1 898</b>

Utredningen lägger i ovanstående tabell till konsekvenserna av förslagen om ändrat beräkningssätt för avgiftsunderlaget och införande av ett höjt ersättningstak. Staten behöver då tillskjuta ytterligare ca 1,9 miljarder kronor. Tillskottet förändras endast marginellt vid 28 eller 60 dagars sjuklöneperiod.

I alternativet med 60 dagars sjuklön kommer samtliga sektorer att få en minskad total kostnad. Vid 28 dagars sjuklön får den privata sektorn en kostnadsökning.

Utredningen föreslår att försäkringskassan regelmässigt för sjukfall längre än 60 dagar skall begära och bekosta en samlad utredning där företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas. Ca 200 000 sjukfall per år beräknas behöva en sådan bedömning. Kostnaden per fall ligger enligt utredningens uppskattning på ca 4 000 kronor, vilket medför en total kostnad på ca 800 miljoner kronor per år. Från detta belopp bör kunna avgå de besparingar som försäkringskassan gör genom den förlängda sjuklöneperioden och de insatser som görs redan idag. Utredningen bedömer att i ett startskede bör försäkringskassan för detta ändamål behöva mellan 300–500 miljoner kronor.

Slutligen tillkommer i ökad belastning på statens budget utredningen förslag om särskilda åtgärder för rehabilitering av nu långtidssjukskrivna. Dessa åtgärder beräknas sammantaget kräva att ytterligare 4,3–6,3 miljarder av statens medel omdisponeras till

sjukförsäkringssystemet. Dessa insatser bör kunna fördelas under en treårsperiod.

Utredningens förslag innebär att om de genomförs i sin helhet att sammanlagt behöver sjukförsäkringssystemet under en treårsperiod ett tillskott på ca 3 600–4 500 miljoner kronor årligen. Beloppen är visserligen stora men i relation till möjliga och nödvändiga besparingar i ett system som för närvarande kostar mer än 72 miljarder kronor synes de både nödvändiga och försvarliga.

### 8.3 Avgiftsnivå i sjukförsäkringssystemet

Innevarande år (2 000) beräknas underskottet i sjukförsäkringssystemet uppgå till ca 8 miljarder kronor. Sjukförsäkringsavgiften skulle för att täcka denna utgiftsnivå behöva höjas från nuvarande 8,5 procent till 9,3 procent. De nya insatser som utredningen föreslår motsvarar ungefär en ytterligare ökning av premienivån med ca 0,5 procentenheter. Utredningen lägger inte något förslag till en sådan premiehöjning. De insatser som nu måste göras bör ses som en investering som skall ge tillräckliga resultat i minskad sjukskrivning.

### 8.4 Övriga konsekvenser

Enligt kommittéförordningen (1998:1474) § 15 skall utredningen analysera och ange vilka konsekvenser förslagen får för olika verksamheter i samhället. Vilka konsekvenser får förslagen för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen?

Utredningen bedömer att förslagen inte har någon påverkan på *den kommunala självstyrelsen*. Ekonomiska effekter för kommunerna redovisas i kapitel 8. Beträffande *brottsligheten* anser utredningen att förslagen inte har någon negativ påverkan vare sig för brottsligheten eller för brottsförebyggande arbete. Snarare torde den uppstramning av regelverken och en snabbare hantering i verksamheten leda till att riskerna för felaktig hantering minskar.

Utredningens förslag kommer att innebära förbättrade möjligheter för sysselsättning framförallt för den äldre arbets-

kraften. *Offentlig service i olika delar av landet* påverkas inte av förslagen. Små företag får förbättrade villkor med sänkt sjukförsäkringsavgift och ett generellt högriskskydd.

Utredningens förslag om slopad sjukförsäkringsavgift från 55 års ålder påverkar i hög grad kvinnors möjligheter att få arbete från 55 års ålder. Den höga sjukfrånvaron inte minst inom kommunal sektor beror i stor utsträckning på ökad sjukfrånvaro bland äldre kvinnor. Utredningens förslag bör underlätta kommunernas möjligheter att öka resurserna inom inte minst kvinnodominerande yrken. Förslaget om slopad sjukförsäkringsavgift från 55 års ålder tillsammans med att utredningen påpekar vikten av att genusperspektivet betonas i framtida forskning på sjukförsäkringsområde ökar *jämställdheten mellan kvinnor och män*.

Utredningens bedömning är att *möjligheter att nå de integrationspolitiska målen* inte påverkas av utredningens förslag. Förslagen om registrering av uppgift om diagnos och intygsskrivande läkare skulle kunna uppfattas som ett hot mot den personliga integriteten. Motsvarande uppgifter finns sedan länge registrerade i förtidspensions/sjukbidragsregistret. Utredningen har inte kunna finna att dessa uppgifter missbrukats. Utredningen förutsätter också, att dagens tekniska förutsättningar, möjliggör att dessa uppgifter kan föras utan att den personliga integriteten kan ifrågasättas.

# Särskilt yttrande

av sakkunnig Marie Heiborn, Finansdepartementet

Utredningen har under den tid som har stått till förfogande gjort en mycket omfattande analys och har därmed starkt bidragit till att fördjupa kunskapen kring de senaste årens utveckling av sjukfrånvaron. Utredningen presenterar i betänkandet ett antal överväganden och förslag som syftar till att minska sjukfrånvaro och sjukskrivningar. Jag har valt att kommentera några av förslagen.

Utredningen föreslår att sjukförsäkringen ges en försäkringsmässig utformning och att den organiseras fristående vid sidan av statsbudgeten. Motiven för förslaget är enligt utredningen att nuvarande system inte medger att resurser används för förebyggande och/eller rehabiliterande åtgärder efter behov samt att det inom ramen för systemet är svårt att hantera stora och snabba förändringar. Jag delar utredningens uppfattning om att det nuvarande systemet brister när det gäller incitament för att få till stånd förebyggande och rehabiliterande verksamheter. Enligt min uppfattning har utredningen dock inte på ett övertygande sätt visat att det inte finns några möjligheter att förbättra förutsättningarna för nämnda verksamheter inom ramen för nuvarande system.

Utredningen anser att det faktum att sjukförsäkringen finansieras över statsbudgeten, tillsammans med systemet med ett utgiftstak för staten, innebär att stora och snabba förändringar inte på samma sätt som i traditionella försäkringssystem kan kompenseras och balanseras genom premieändringar och fonderingar. Nuvarande sjukförsäkringssystem finansieras och hanteras på samma sätt som andra utgifter, dvs. via skatter och avgifter av skattekaraktär. Det förhållande att socialförsäkringsförmånerna har finansierats via statsbudgeten och ingår i beräkningen av utgiftstaket har dock inte primärt inneburit ett problem för socialförsäkringen.

Tidigare erfarenheter av fonder utanför statsbudgeten är dåliga. Stora underskott uppkom under 1980-talet i t.ex. sjukförsäkrings-

fonden och arbetsskadefonden, vilka fick finansieras genom årliga tillskott från statsbudgeten. Finansiell autonomi inom sjukförsäkringen förutsätter att det finns någon form av automatisk anpassning när avgiftsintäkter och utgifter kommer i obalans över en längre period. I annat fall medför autonomin enbart att försäkringen undandras normal budgetprövning av regering och riksdag och att nödvändiga åtgärder skjuts upp. Inom t.ex. sjukförsäkringen, där variationerna i sjuktal över tiden är stora, är sannolikt en automatisk anpassning av förmånsnivåerna svår att etablera då det ju skulle medföra stora förändringar i kompensationsgraden. En automatisk anpassning av avgiftsuttaget skulle å andra sidan medföra att sjukförsäkringen vid varaktiga underskott tränger undan andra offentliga åtaganden utan att detta blir föremål för explicit prövning av regering och riksdag. Utredningen för inte fram ett slutgiltigt förslag kring vem som skall fatta beslut om t.ex. avgiftsnivån. Det förs dock diskussioner i betänkandet kring att en allmän sjukförsäkring är en mycket viktig del av samhällets välfärdssystem och att frågor om avgiftsnivån som hittills bör beslutas av riksdagen. I sammanhanget noteras av utredningen att i så fall ökar behovet av en statlig garanti för den händelse försäkringens kostnader kommer att överstiga de intäkter som följer av fastställd avgiftsnivå. Sammanfattningsvis kan jag konstatera att så länge sjukförsäkringen inte fungerar som ett fullständigt autonomt system finns således behovet kvar av en redovisning på statsbudgeten.

Utredningen redovisar överväganden om att ett autonomt sjukförsäkringssystem sannolikt inte kan inrymmas under utgiftstaket. Framförallt anförs att det nuvarande systemet är ett hinder för en effektiv försäkring genom att utgifter avsedda för sjukpenning inte är utbytbara mot åtgärder som skulle minska sjukfrånvaron. Utgiftstaket för staten omfattar dels utgifterna på statsbudgeten exklusive statsskuldräntor, dels utgifterna för ålderspensionssystemet vid sidan av statsbudgeten samt en budgeteringsmarginal. Syftet med utgiftstaket är framför allt att ge riksdag och regering förbättrad kontroll och styrning över anvisade medel och över utgiftsutvecklingen inom den offentliga sektorn. Utgiftstaket bör därför omfatta de samlade offentliga utgifterna för att ge budgetpolitiken en långsiktig inriktning med hög förutsägbarhet. Även ett sjukförsäkringssystem som redovisas vid sidan av statsbudgeten bör därför redovisas inom utgiftstaket. En samlad prövning och prioritering av åtaganden försvåras om vissa utgifter

särbehandlas genom att hållas utanför utgiftstaket. Ett obligatoriskt avgiftsbestämt system har naturligtvis även stor betydelse för hur mycket skatter som kan tas ut för att finansiera andra offentliga åtaganden och påverkar därigenom skattekvoten. Vidare finns det redan i dagens system med utgiftstak instrument för att hantera osäkerhet, nämligen anslagskredit, budgeteringsmarginal och, inte minst, bättre prognoser.

Jag vill även kommentera utredningens förslag om att beräkningsunderlaget för sjukförsäkringsavgiften skall begränsas till att avse lönesumman för anställda under 55 år. Utredningen för fram åtgärden som ett sätt att minska risken för selektering, oavsett sjuklöneperiodens längd, och för att stimulera arbetsgivares insatser för att anpassa arbetsförhållandena även till den äldre arbetskraften. Övergångsvis kommer förslaget att medföra att personer yngre än 55 år kommer att finansiera sjukförsäkringen för dem över 55 års ålder. I framtiden innebär befolkningens åldersstruktur, med en minskande andel av arbetskraften i åldrarna under 55 år, att det av demografiska skäl kan komma att fordras relativt kraftiga höjningar av avgiften för att kompensera för sänkningen för de äldre. Förslaget är vidare snarare att betrakta som ett slags anställningsstöd än en åtgärd som minskar sjukfrånvaron. Argumenten om en minskad selektering bör därför vägas mot risken att t.ex. personer som tar föräldraledigt skulle komma att bli relativt sett dyrare än i dag. Det skulle sannolikt främst drabba yngre kvinnor. Idag baseras uppbörden av socialavgifter på arbetsgivarens bruttolönesumma. Det av utredningen föreslagna systemet torde kräva att uppbörden i denna del istället individualiserades genom att uppbörden knyts till respektive anställds personnummer. Förutom de administrativa och uppbördsmissiga konsekvenser det kan få tillkommer även ökade kontrollkostnader.

Avslutningsvis är det positivt att utredningen har gjort en indelning av förslagen utifrån om de är finansierade eller inte. Faktum kvarstår dock, att utredningen inte följer givna riktlinjer för statliga utredningar utan lägger fram ett antal förslag som fordrar tillskott av medel, men där finansiering av förslagen saknas.