

Till statsrådet Ingela Thalén

Vid sammanträde den 7 december 2000 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2000:92) som gav en särskild utredare i uppdrag att göra en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredningen (S 2000:07) har antagit namnet *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Direktiven till utredningen har i sin helhet bifogats betänkandet (bilaga 1:1). Två tidigare delrapporter har lämnats *Handlingsplanens uppläggning och inriktning*, den 15 februari 2001 och *Punkter i en handlingsplan*, den 26 juni 2001.

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Ingela Thalén f.d. landshövdingen Jan Rydh att från den 1 januari 2001 vara särskild utredare i utredningen. Som sekreterare i utredningen har sedan den 1 januari 2001 tjänstgjort pol. mag. Rolf Lundgren och fil. mag./försäkringsspecialisten Birgitta Målsäter samt sedan den 1 april 2001 jur.kand. Stefan Härmä.

Den 25 januari 2001 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen kanslirådet Lena Barrbrink, departementsrådet Charlotta Gustafsson, departementssekreteraren Maria Enggren, departementssekreteraren Carl Holmberg, kanslirådet Eeva Seppälä och kanslirådet Per Tillander. Till att som experter ingå i utredningen förordnades förbundsdirektören Jan-Åke Brorsson, generaldirektören Anna Hedborg, generaldirektören Anders L. Johansson, generaldirektören Inger Ohlsson, generaldirektören Kenth Pettersson, generaldirektören Kerstin Wigzell och generaldirektören Gunnar Ågren. Den 29 januari 2001 förordnades departementsrådet Lars Dirke, kanslirådet Kent Ivarsson och departementsrådet Mats Wadman att också ingå som sakkunniga i utredningen. Mats Wadman entledigades från uppdraget fr.o.m. den 1 mars 2001 samtidigt som departementssekreteraren Anna Santesson förordnades som sakkunnig. Charlotta Gustafsson och Carl Holmberg entledigades fr.o.m. den 1 maj 2001 samtidigt som departementssekreteraren Anna Hallgren och departements-

sekreteraren Ann Söderström förordnades som sakkunniga. Den 29 maj förordnades riksdagsmannen Ronny Olander som sakkunnig. Den 1 september entledigades Maria Enggren samtidigt som departementssekreteraren Gudrun Ahlin förordnades som sakkunnig.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5). Sakkunniga Anna Hallgren och Anna Santesson har lämnat särskilda yttranden.

Stockholm den 8 januari 2002

Jan Rydh

/Rolf Lundgren
Birgitta Målsäter
Stefan Härmä

Innehåll

Sammanfattning	11
Mål och ansvarsområden för berörda aktörer	13
Samhällsklimat, värderingar och attityder	13
Arbetsgivarens ansvar	14
Rehabiliteringsunderlag och sjukanmälan	15
Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro	15
Särskilda insatser på arbetsplatser med hög sjukfrånvaro	16
Ekonomiska drivkrafter	16
Särskilda åtgärder för mindre företag	17
Höglönekostnadsbeskydd mot sjuklönekostnader	17
Kostnader för rehabiliteringsåtgärder	17
Företagshälsovård	17
Sjukvården	18
En kompletterande arbetsmarknad	19
Sjukförsäkringen	19
Förbättrade underlag för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabilitering	20
Rehabiliteringsplan	21
Försäkringskassans ansvar för rehabilitering	21
Begränsning av sjukpenningperioden	22
Strukturella förändringar	22
Sjukförsäkringens administration	23
En försäkringsmässig sjukförsäkring	23
Tidigare lagda förslag	23
Författningsförslag	25
1 Utredningens uppdrag och arbetsformer	51
1.1 Utredningens uppdrag	51

1.2	Utredningens arbetsformer	54
2	I huvet på en utredare.....	57
2.1	Bakgrundsfakta	57
2.2	Situationen är allvarlig – strukturella och samlade åtgärder är nödvändiga.....	57
2.3	Arbetsplatsen spelar en central roll.....	59
2.3.1	Sjukfrånvaron varierar med arbetsplatsens organisation, arbetsmetoder och resurstilldelning.....	59
2.3.2	Rätt till ett individanpassat arbete	60
2.4	Generella och förebyggande insatser nödvändiga.....	61
2.4.1	Forskning, utbildning och information	61
2.4.2	Folkhälsa	62
2.5	Arbetsplatsen.....	63
2.5.1	Sjukfrånvaro – resultat av samspelet mellan individ och arbetsplats	63
2.5.2	Kunskaper hos ledning och anställda.....	63
2.5.3	Företagshälsovård.....	64
2.5.4	Arbetsmiljöverkets tillsyn.....	65
2.6	Sjukvården.....	66
2.6.1	Sjukvårdsköerna inte ett huvudproblem.....	66
2.6.2	Finansiell samverkan.....	66
2.6.3	Sjukskrivning som behandlingsmetod	68
2.6.4	Ökad utbildning om sjukskrivningens konsekvenser	68
2.7	Arbetsmarknaden.....	69
2.7.1	En förändrad arbetsmarknadspolitik	69
2.7.2	Rehabiliteringsbidrag för långtidssjukskrivna.....	70
2.7.3	Ett arbetsmarknad för långtidssjukskrivna – kvotering?.....	71
2.8	En försäkringsmässig sjukförsäkring.....	71
2.8.1	Sjukförsäkringsavgiften måste bättre återspegla den faktiska kostnaden för sjukfrånvaron.....	72
2.8.2	En förlängd sjuklöneperiod.....	73
2.8.3	Högekostnadsskydd för de mindre företagen.....	75
2.8.4	En försäkring utanför budgettak.....	75

2.8.5	Aktiv sjukskrivning och rehabilitering.....	77
2.8.6	Förtidspension.....	77
2.8.7	Skilda ersättningsnivåer i arbetslöshetsförsäkring och sjukförsäkring – ett problem.....	78
2.8.8	En samlad organisation.....	78
2.9	Förändringar och översyn behöver göras också i andra system.....	79
2.9.1	Arbetsrätt – starkare skydd vid uppsägning och graviditet.....	79
2.9.2	Beskattningsfrågor	79
2.9.3	Äldre arbetskraft	80
3	Nya fakta och fakta i ny belysning	81
3.1	Inledning.....	81
3.2	Sjukfrånvarons utveckling och struktur.....	82
3.2.1	Sjukskrivna.....	82
3.2.2	Sjuktal	86
3.2.3	Sjukfallens längd i olika åldersgrupper	88
3.2.4	Sjukpenningdagar	91
3.2.5	Sjukfrånvaron i olika sektorer.....	92
3.2.6	Sjukfrånvaron på arbetsställen av olika storlek.....	93
3.2.7	Sjukfrånvaron på arbetsplatser med fler än 100 anställda i privat sektor.....	94
3.2.8	Regionala och lokala skillnader	95
3.2.9	Sammanfattande analys av sjukfrånvaron.....	98
3.3	Företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan	99
3.3.1	Bakgrund.....	99
3.3.2	Sammanfattning av Statskontorets rapport.....	101
3.4	Statskontorets rapport angående försäkringskassans köp av tjänster	102
3.4.1	Bakgrund.....	102
3.4.2	Sammanfattning av Statskontorets rapport.....	102
3.5	HpH:s forskningsprogram.....	104
3.5.1	Vad kännetecknar arbetsvillkor som ökar sannolikheten att människor är långtidsfriska? Bilaga 2:5.....	105
3.5.2	Arbetslivets risker. Bilaga 2:7.....	106

3.5.3	Långtidssjukskrivna, förtidspensionerade och långtidsarbetslösa. Socioekonomiska, sektoriella och regionala skillnader. Bilaga 2:4	107
3.5.4	Ett arbetsliv för alla i alla åldrar. Bilaga 2:2	110
3.5.5	Långtidssjukskrivnas viljor och villkor. Bilaga 2:3...	112
3.5.6	Attityder till äldre yrkesverksamma. Bilaga 2:6	117
3.6	SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning	118
3.7	FRISAM – Samverkan för särskilt utsatta	119
3.8	Välfärdsbokslut för 1990-talet (SOU 2001:79)	120
3.9	Finansplanens strategi för hälsa i arbetslivet	124
4	Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet - överväganden och förslag	133
4.1	Mål och ansvarsområden för berörda aktörer	133
4.1.1	Övergripande mål för "människor i arbete"	134
4.1.2	Departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål	137
4.2	Samhällsklimat, värderingar och attityder	139
4.2.1	Ett hälsosamt arbetsliv i fokus	139
4.2.2	En bred informationsverksamhet	140
4.2.3	En förbättrad kunskapsbas	141
4.2.4	Ett väl fungerande informationssystem	144
4.3	Arbetsgivarens ansvar	146
4.3.1	Rehabiliteringsunderlag och sjukanmälan	147
4.3.2	Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro	154
4.3.3	Särskilda insatser på arbetsplatser med hög sjukfrånvaro	157
4.3.4	Ekonomiska drivkrafter	158
4.4	Särskilda åtgärder för mindre företag	166
4.4.1	Högekostnadsskydd mot sjuklönekostnader	166
4.4.2	Kostnader för rehabiliteringsåtgärder	171
4.5	Företagshälsovård	172
4.5.1	Tillgång till företagshälsovård	173
4.5.2	Vårdavtal	175
4.5.3	Registrering m.m.	178

4.5.4	Utbildning och resurser.....	180
4.5.5	En utbyggd företagshälsovårds intäkter och kostnader.....	181
4.6	Sjukvården.....	182
4.7	En kompletterande arbetsmarknad.....	183
4.7.1	En vidgad arbetsmarknadspolitik.....	183
4.7.2	Rehabiliteringsbidrag.....	188
4.7.3	Kvotering.....	191
4.8	Sjukförsäkringen.....	194
4.8.1	Sammanfattande beskrivning av föreslagen sjukskrivningsprocess.....	194
4.8.2	Förbättrade underlag för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabilitering.....	197
4.8.3	Rehabiliteringsplan.....	199
4.8.4	Försäkringskassans ansvar för rehabilitering.....	201
4.8.5	Begränsning av sjukpenningperioden.....	204
4.9	Sjukförsäkringens administration.....	209
4.10	En försäkringsmässig sjukförsäkring.....	214
4.11	Tidigare lagda förslag.....	217
5	Konsekvensanalyser.....	221
6	Finansieringsfrågor.....	223
7	Författningskommentarer.....	225
7.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	225
7.2	Förslaget till lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160).....	232
7.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön.....	234
7.4	Förslaget till lag om ändring i årsredovisningslagen (1995:1554).....	235
7.5	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799).....	236

7.6 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980).....	236
Särskilda yttranden	237
Bilaga 1:1 Kommittédirektiv.....	243
Bilaga 1:2 Handlingsplanens uppläggning och inriktning Delrapport från HpH 2001-02-15.....	249
Bilaga 1:3 Punkter i en handlingsplan Delrapport från HpH 2001-06-26	313
Bilaga 1:4 Företagshälsovårdens nuvarande roll och villkor ..	529
Bilaga 1:5 Organisation av några myndigheter	543
Bilaga 1:6 Nuvarande ordning med lönebidrag och vissa anställningsfrämjande åtgärder.....	581
Bilaga 1:7 Kvotering av handikappade på arbetsplatser i Frankrike och Tyskland	605
Bilaga 1:8 Utdrag ur FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet.....	623
Bilaga 1:9 Ett utkast till bestämmelser om rehabiliteringsbidrag och kvotering.....	625
Bilaga 1:10 Kostnadskonsekvenser för mindre företag av en förlängd sjuklöneperiod	631

Sammanfattning

Antalet sjukskrivna längre än 365 dagar har mellan åren 1997 och 2001 ökat med 75 000 till 120 000. Den relativa ökningstakten har under de senaste fyra åren legat på ca 30 procent per år. Under dessa fyra år har antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare också ökat, från 423 000 till ca 450 000 vid slutet av år 2001.

Den totala sjukfrånvaron, inklusive karensdagar, sjuklönedagar och sjukpenningdagar, för år 2001 motsvarar 400 000 årsarbeten. Frånvaron på grund av förtidspension/sjukbidrag motsvarar 400 000 årsarbeten. Sammantaget innebär detta att frånvaron från arbetslivet på grund av ohälsa motsvarar 800 000 årsarbeten eller annorlunda uttryckt, 14 procent av befolkningen i arbetsför ålder.

Kvinnornas sjukpenningdagar mer än fördubblades mellan åren 1997 och 2001, från 15 till 31 dagar. Männens sjuktal ökade under samma period från 9 till 17 dagar. Kvinnor äldre än 50 år har ett sjuktal på i genomsnitt 41 dagar.

I åldrarna upp till 25 år består sjukfrånvaron till mer än 75 procent av karens- och sjuklönedagar. Andelen sjunker med stigande ålder, till mindre än 20 procent för de äldsta i yrkesverksam ålder.

Kommunerna har en mycket stor, nära 60 procents, överrepresentation av helårssjukskrivna anställda. Även förtidspensioner från kommunal anställning överskrider med stor marginal den genomsnittliga nivån. Helårssjukfrånvaron inom landstingen ligger också på en hög nivå. Skillnaderna mellan olika kommuner och landsting är dock avsevärda.

Totalt sett svarar de 25 procent av arbetsplatserna med den högsta sjukfrånvaron för närmare hälften av den totala sjukfrånvaron inom den privata sektorn. Denna grupp arbetsställen har 7 gånger så hög frånvaro både för kvinnor och för män jämfört med gruppen med den lägsta frånvaron.

De stora regionala och lokala skillnader i sjukfrånvaron som registreras i utredning efter utredning visar på brister i den nuvarande sjukförsäkringsadministrationen. Regeltolkning och tillämpning sker inte med den entydighet och rättssäkerhet som ett nationellt system kräver.

Sjukförsäkringens kostnader i statens budget för år 2002 har beräknats till 108 miljarder kronor. Kostnaderna för förtidspension, sjukpenning och rehabiliteringspenning har under åren 2000 och 2001 ökat med i genomsnitt 750 miljoner kronor per månad eller 25 miljoner kronor om dagen.

Utredningen "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (HpH) har haft uppgiften att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. I kapitel 2, *I huvudet på en utredare*, diskuterar utredaren de huvudsakliga utgångspunkterna för de överväganden som gjorts och de förslag som läggs. I detta avsnitt redovisas i sammanfattad form HpH:s förslag.

HpH:s förslag är inriktade på åtgärder på arbetsplatsen och en målinriktad och bättre underbyggd sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Mot bakgrund av de fakta och de analyser som utredningen tagit fram kan HpH konstatera att det framför allt är i samspelet mellan individen och arbetsplatsen som ohälsa kan bekämpas och ett hälsosamt arbetsliv kan utvecklas. Framtidens arbetsliv måste utformas med hänsyn till individens möjligheter och med ett för den enskilde och arbetsgivaren gemensamt ansvar för ett arbete som är så utformat att medarbetaren orkar arbetstiden och arbetsåren ut.

Många aktörer på olika nivåer har en möjlighet och en skyldighet att påverka hälsan i arbetslivet. Förslaget till handlingsplan utgår från ett övergripande samhällsmål om "människor i arbete" och syftar till att skapa bättre förutsättningar för individer, aktörer och processer att samverka för att öka den enskilde individens vilja, förmåga och möjlighet att delta i arbetslivet.

Mål och ansvarsområden för berörda aktörer

Hälsoarbetet i arbetslivet kräver extraordinära och sammanhållna insatser över departements-, myndighets- och partsgränser. Utan ett för alla samhällsområden gemensamt övergripande mål, är riskerna för målkonflikter och suboptimering uppenbara. Konsekvenserna kan bl.a. bli att enskilda individer slussas mellan olika system utan att erhålla korrekt stöd, felaktiga kostnadsfördelningar mellan olika system och sammantaget högre totalkostnader för samhället.

HpH föreslår att regeringen

- o tydliggör en vision och fastställer ett övergripande mål för antalet "människor i arbete".
- o fastställer definitioner och former för en löpande, enhetlig uppföljning av antal människor i arbete.
- o utvecklar och fastställer departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål som leder till ökad andel människor i arbete och ökad hälsa i arbetslivet, samt fastställer regler för gemensamma utvärderingar och analyser för såväl departement som myndigheter i uppföljningsarbetet.
- o omsätter dessa övergripande mål till myndighetsspecifika mål och riktlinjer i kommande regleringsbrev.

Samhällsklimat, värderingar och attityder

Ett stort antal faktorer påverkar den faktiska sjukfrånvaron. Kunskaperna om vad som genererar sjukfrånvaro måste utvecklas och föras ut till alla individer i samhället. På samma sätt som vi talar om ett "ekologiskt uthålligt samhälle" måste begreppet "hälsosamt arbetsliv" sättas i fokus.

Kunskaper, värderingar och attityder påverkar i hög grad den enskilda individens inställning till och agerande i samband med sjukdom och ohälsa. Såväl arbetsgivares som arbetstagares kunskaper om orsaker och sociala och ekonomiska konsekvenser av den växande sjukfrånvaron är bristfälliga. Likaså är kännedomen om de olika aktörernas roller och ansvar begränsad. Ett effektivt arbete mot ohälsa i arbetslivet kräver gemensamma kunskaper, värderingar och insatser. För att åstadkomma sådana förutsättningar krävs omfattande informationsaktiviteter.

Väsentliga områden för ökad kunskap, debatt och information är t.ex. individens ansvar för sin egen hälsa, arbetsgivarens ansvar för hälsan på arbetsplatsen, sambanden mellan sjukdom och arbetsförmåga, sjukförsäkringens omfattning, syfte/risker med sjukskrivning, arbetsplatsens betydelse för individens välbefinnande, vikten av möjligheter till återhämtningspauser i arbetet, sjukvårdens ansvar för behandling och rehabilitering, etc.

HpH föreslår att regeringen

- för ut det övergripande målet om "människor i arbete".
- initierar och ansvarar för en flerårig övergripande informationsverksamhet som syftar till ökad hälsa i arbetslivet.
- via medel från sjukförsäkringen finansierar/delfinansierar sådana insatser med 100 miljoner kronor årligen under tre år.
- vidtar åtgärder i syfte att säkerställa att en hög kunskapsnivå avseende hälsa i arbetslivet utvecklas och upprätthålls bl.a. genom en systematisering och förstärkning av forsknings- och utbildningsinsatser på universitetsnivå inom området hälsa i arbetslivet.
- initierar att särskilda studier görs av sjukfrånvarons konsekvenser i form av produktionsbortfall i olika sektorer av samhället.

HpH föreslår vidare att regeringen

- uppdrar åt RFV att skyndsamt utveckla och produktionssätta ett adekvat system för löpande handläggning samt uppföljning och redovisning av sjukfrånvarons utveckling och bedömning av olika åtgärders effektivitet.

Arbetsgivarens ansvar

Det råder ett starkt samband mellan arbetsplatsförhållanden och anställdas sjukfrånvaro. Arbetsplatsen är den viktigaste och kanske ofta den enda arenan för effektiva förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att minska sjukfrånvaron oavsett hur sjukdomen orsakats.

Rehabiliteringsunderlag och sjukanmälan

Arbetsgivaren är den som har värdefull kunskap om samspelet mellan förhållandena på arbetsplatsen och arbetstagaren. Det är därför naturligt att arbetsgivaren svarar för den primära utredningen av det rehabiliteringsbehov som föreligger för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren.

HpH föreslår följande

- o Den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett rehabiliteringsunderlag.
- o Arbetsgivaren skall lämna rehabiliteringsunderlaget till försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för senaste sjukanmälan.
- o I rehabiliteringsunderlaget skall redovisas uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterad till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser.
- o De läkarintyg som arbetsgivaren erhållit under den aktuella sjuklöneperioden skall bifogas.
- o Ett yttrande från företagshälsovård skall ingå angående arbetsförmågan relaterad till arbetsuppgifterna, behov av rehabiliteringsåtgärder, prognos för återgång till arbetet och eventuell förslag till åtgärder utöver dem som arbetsgivaren har föreslagit. Arbetstagarens uppfattning skall också redovisas i underlaget.
- o Försäkringskassan skall upprätta rehabiliteringsunderlag för en försäkrad som inte har någon arbetsgivare.
- o Arbetsgivaren skall vid sjukanmälan lämna uppgifter om den anställdes inkomstförhållanden och arbetstid hos arbetsgivaren.

Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro

Det ligger i allmänhetens och myndigheternas intresse att information om anställdas sjukfrånvaro i enskilda företag och organisationer görs kända. En obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro skulle vara ett mycket betydande inslag i ett fortgående arbete för ökad hälsa i arbetslivet. Genom upplysningsskyldigheten lyfts sjukfrånvaron fram som en viktig fråga både i den allmänna debatten och för företagets ledning.

HpH föreslår att

- det i årsredovisningslagen införs bestämmelser om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro.
- motsvarande bestämmelser om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro införs även för myndigheter och andra organisationer som inte omfattas av årsredovisningslagen.
- regeringen uppdrar åt Bokföringsnämnden att utfärda riktlinjer för beräkningen av sjukfrånvaron.

Särskilda insatser på arbetsplatser med hög sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron varierar mycket kraftigt mellan olika företag. Ett mindre antal företag svarar för en mycket stor andel av den totala sjukfrånvaron. En obligatorisk redovisning av företags sjukfrånvaro ger underlag och förutsättningar för riktade insatser.

HpH föreslår följande

- Arbetsgivare skall vara skyldig att till Arbetsmiljöverket anmäla sjukfrånvaro, som enligt viss definition överstiger viss för varje kalenderår angiven nivå.
- Arbetsmiljöverket skall också utfärda föreskrifter om tidpunkt för anmälan och sanktioner vid utebliven anmälan.

Ekonomiska drivkrafter

Ett förtydligt och i vissa fall ökat finansieringsansvar för arbetsgivaren är en av de grundläggande förutsättningarna för att den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron skall kunna brytas. Arbetsgivaren måste ges ökade incitament och möjligheter att ta sitt ansvar i hälsoarbetet samtidigt som försäkringskassan måste avlastas från arbetet med de korta fallen och sjukförsäkringen göras mer försäkringsmässig.

HpH föreslår följande

- Den generella sjuklöneperioden skall förlängas till sextio dagar.
- Sjuklönen skall fr.o.m. den femtonde dagen i en sjukperiod höjas till 90 procent av anställningsförmånerna till den del de är sjukpenninggrundande.

- o De sammanlagda arbetsgivaravgifterna skall sänkas i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden.

Särskilda åtgärder för mindre företag

Högekostnadsskydd mot sjuklönekostnader

En sjuklöneperiod, oavsett periodens längd, utgör för mindre företag en stor ekonomisk riskfaktor, som ytterst kan förhindra nyanställningar och expansion.

HpH föreslår följande

- o I sjukförsäkringen skall införas ett obligatoriskt högekostnadsskydd mot sjuklönekostnader för arbetsgivare som har en årlig lönesumma som högst uppgår till 160 prisbasbelopp.
- o Ersättning skall kunna erhållas från sjukförsäkringen för den del av sjuklönekostnaderna som överstiger 75 procent av den genomsnittliga sjuklönekostnaden för samtliga arbetsgivare.

Kostnader för rehabiliteringsåtgärder

Ett litet företag är särskilt sårbart när det gäller oförutsedda kostnader. Det är därför angeläget, inte minst med utgångspunkt från de anställdas intresse, att rehabiliteringsåtgärder i dessa företag säkerställs genom en finansiering via sjukförsäkringen.

HpH föreslår att

- o rehabiliteringsåtgärder för anställda i samma kategori företag som omfattas av det föreslagna högekostnadsskyddet mot kostnader för sjuklön skall ingå i sjukförsäkringen.

Företagshälsovård

Företagshälsovården är den specialistresurs som bäst kan bedöma behov av anpassning av arbetsplatsen och den enskildes arbetsförhållanden. Företagshälsovården utgör också en strategisk resurs för arbetsgivaren genom att den bl.a. bidrar till en god hälsa bland

de anställda, vilket gynnar produktionsresultat och ekonomisk utveckling.

HpH anser att det är av stor vikt att hitta lösningar som effektivt utnyttjar samhällets samlade resurser för att bättre tillgodose enskilda människors behov av olika stödåtgärder. Arbetsrelaterad ohälsa orsakar stora samhällsekonomiska kostnader till följd av att resurser måste tas i anspråk för sjukvård m.m. En systematisk samverkan bör komma till stånd mellan företagshälsovården, primärvården och andra vårdgivare.

HpH föreslår följande

- o Arbetsgivare skall oavsett arbetsförhållandena svara för att företagshälsovård finns att tillgå.
- o Länsarbetsnämnden skall svara för att de arbetssökande som är arbetslösa har tillgång till företagshälsovård eller i annan form tillhandahålla den kompetens som behövs för att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.
- o Regeringen tar upp diskussioner med landstingen och företrädare för företagshälsovården i syfte att etablera vårdavtal i ökad utsträckning.
- o Den som avser att bedriva företagshälsovård skall anmäla detta till Arbetsmiljöverket, som skall upprätta ett register över dem som bedriver företagshälsovård.
- o HpH anser att det skall införas en obligatorisk certifiering för de institutioner som bedriver företagshälsovård men att denna fråga bör behandlas i samband med regeringskansliets beredning av Statskontorets utredning om ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovården.

Sjukvården

Vissa typer av rehabiliteringsinsatser/åtgärder fördröjs eller uteblir på grund av att gränserna för landstingens ansvar för medicinsk rehabilitering är oklara. Det finns också brister i läkarnas kunskaper i försäkringsmedicin.

HpH föreslår att

- o landstingens ansvar för medicinsk rehabilitering tydliggörs.
- o sjukvården säkerställer att berörd personal erhåller erforderlig kompetens i försäkringsmedicin.

En kompletterande arbetsmarknad

Många av dagens långtidssjukskrivna har rehabiliterats så långt det är möjligt utan att helt ha återfått tidigare nivå av arbetsförmåga. Dessa personer riskerar att bli förtidspensionärer om inte anpassade arbeten finns att tillgå. Denna grupp, som kan befaras utgöra större delen av de nu mer än 120 000 individer som varit sjukskrivna längre än ett år, har ett stort behov av en kompletterande arbetsmarknad.

HpH föreslår att

- o regeringen vidgar arbetsmarknadspolitikens ansvarsområde i syfte att skapa en kompletterande arbetsmarknad för människor med begränsad arbetsförmåga på grund av sjukdom.
- o regeringen i avvaktan på en sådan reform uppdrar åt Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsverket att utveckla det lokala samarbetet mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen i syfte att påskynda sjukskrivnas återinträde på arbetsmarknaden. En sådan samverkan kan och bör genomföras i hela landet och kan ske inom ramen för nuvarande resurstilldelning.
- o regeringen via trepartssamtalen med arbetsmarknadens parter försöker få till stånd överenskommelser som innebär att större arbetsgivare tar ett ökat ansvar för att bereda arbete åt personer med begränsad arbetsförmåga.

HpH föreslår vidare att

- o regeringen i anslutning till arbetet med en vidgad arbetsmarknadspolitik överväger en ny form av bidrag, rehabiliteringsbidrag samt ett kvoteringsystem för dem som uppfyller villkoren för rehabiliteringsbidrag.

Sjukförsäkringen

Sjukskrivningsinstrumentet är utomordentligt kraftfullt och påverkar både individ och samhälle. De senaste årens dramatiska ökning av sjukfrånvaron innebär att många individer långsiktigt stöts ut från arbetslivet.

HpH anser att det såväl från individ- som samhällsperspektiv är ytterst angeläget att vidta kraftfulla åtgärder i syfte att begränsa den

negativa utvecklingen. HpH menar att detta kan ske i sådana former som i grunden förstärker individens berättigade krav på arbete och stöd vid ohälsa.

Mot denna bakgrund anser HpH att sjukskrivnings/rehabiliteringsprocessen måste effektiviseras och i högre grad utgå från relationen individ/arbetsplats.

Förbättrade underlag för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabilitering

Ersättning från sjukförsäkringen förutsätter att sjukdomen/skadan innebär sådan funktionsnedsättning/förändring att arbetsförmågan påverkats. Sjukdom i sig utgör således ingen grund för ersättning. Den rent medicinska bedömningen skall därför utifrån försäkringsperspektivet alltid kompletteras med en bedömning av arbetsförmågan.

Företagshälsovården är och kan vidareutvecklas som den specialistresurs som skall utnyttjas för individuell arbetsförmågebedömning och arbetsplatsanpassning i samband med sjukskrivning och rehabilitering.

HpH föreslår

- o förbättrade underlag för bedömning av rätt till sjukpenning genom att rehabiliteringsunderlag från arbetsgivare med yttrande från företagshälsovård införs.
- o försäkringskassan skall upprätta rehabiliteringsunderlag för en försäkrad som inte har någon arbetsgivare.
- o att försäkringskassan vid längre sjukskrivningar regelmässigt skall inhämta underlag från företagshälsovården avseende den försäkrades arbetsförmåga m.m. Underlagen skall bekostas av försäkringen.
- o att medicinska underlag (läkarintyg) skall innehålla uppgifter om patientens tillgång till och kontakt med företagshälsovård samt medicinskt syfte med rekommenderad sjukskrivningsperiod.

Rehabiliteringsplan

Enligt nuvarande regler skall försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan om den försäkrade behöver en *arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd*. HpH föreslår att försäkringskassan i *alla* sjukfall skall upprätta en målinriktad rehabiliteringsplan för att säkerställa en mer aktiv sjukskrivningsperiod.

HpH föreslår följande

- o Försäkringskassan skall snarast efter det att ett rehabiliteringsunderlag har inkommit från den försäkrades arbetsgivare fastställa en rehabiliteringsplan. I planen skall anges tidplaner och beräknade kostnader för alla de rehabiliteringsåtgärder som är aktuella i det enskilda fallet.
- o Arbetsgivaren skall vara skyldig att genomföra och finansiera de åtgärder som enligt rehabiliteringsplanen arbetsgivaren skall svara för.

Försäkringskassans ansvar för rehabilitering

HpH markerar att

Försäkringskassans primära uppgift inom sjukförsäkringen är att

- o tillgodose den försäkrades rätt till ersättning och att samordna erforderliga rehabiliteringsinsatser och
- o ansvara för att den enskildes förutsättningar för och behov av rehabiliteringsinsatser utreds, planeras, genomförs och följs upp.

HpH föreslår att

- o en personlig koordinator, med ansvar för beslut och samordning av åtgärder under hela sjukfallsperioden, skall utses i samtliga fall.
- o sjukförsäkringens möjlighet att köpa tjänster skall begränsas till
 - o försäkringsmedicinska utredningar
 - o underlag från företagshälsovård
 - o rehabiliteringsåtgärder i de fall försäkringen träder in i arbetsgivares ställe.

Begränsning av sjukpenningperioden

Motivation och faktiska förutsättningar för en sjukskriven att återvända till arbetslivet minskar drastiskt med sjukskrivningens längd. Vid årsskiftet 2001/2002 beräknas närmare 120 000 personer ha varit sjukskrivna längre tid än ett år, vilket utgör ett allvarligt problem såväl för de sjukskrivna personerna som för samhället.

Personer som redan är sjukskrivna måste få ett bättre, aktivt stöd för sin återgång till arbete. Kraftfulla åtgärder måste vidtas för att motverka att sjukpenning utvecklas till en långvarig och passiviserande försörjningskälla.

Den stora ökningen av långa sjukskrivningar är till viss del en konsekvens av att försäkringskassorna och övriga aktörer inte haft resurser och i vissa fall också saknat stöd och kompetens för ordentliga målinriktade insatser.

En tidsbegränsning av "sjukskrivningsperioden" till tolv månader kommer att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av långsiktiga rehabiliteringsbehov.

HpH föreslår att

- o Sjukpenning skall lämnas för högst 365 dagar.
- o Om det finns särskilda skäl för det, skall sjukpenning kunna lämnas för längre tid.

Försäkringskassan skall genom en särskild prövning av samtliga sjukpenningfall under den tolfte månaden av sjukskrivningsperioden förvissa sig om att aktiv rehabilitering planeras eller pågår i de fall där inte en medicinskt motiverad sjukskrivning är uttryckligen den mest adekvata och för patienten bästa behandlingsmetoden. Syftet skall vara att få underlag för prognos och beslut om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Strukturella förändringar

Sjukförsäkringen är statligt finansierad och kostnaderna för den utgör en allt mer väsentlig del av statens budget. Försäkringen regleras genom ett statligt normsystem. Försäkringskassornas rättsliga ställning är särpräglad. De är formellt sett inte statliga myndigheter och därför heller inte inordnade i en statlig myndighetshierarki.

Några bestående förutsättningar för ett stabilt sjukförsäkrings-system och en stabil långsiktig hälsa på arbetsplatsen kan inte skapas utan att strukturella reformer genomförs.

En försäkringsmässig sjukförsäkring måste finansieras utanför statens budget med ett självklart samband mellan premier och kostnader.

Sjukförsäkringens administration

HpH föreslår att

- o de allmänna försäkringskassorna organiseras inom ramen för den normala statliga myndighetsstrukturen.
- o regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att lämna närmare förslag till utformning och genomförande av den nya organisationen.
- o regeringen överväger utformningen av en fast organisatorisk samverkan mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

En försäkringsmässig sjukförsäkring

HpH föreslår

- o som ett första steg mot en mera fristående sjukförsäkring, att försäkringen - som nu - finansieras över statens budget, med den förändringen att endast en totalkostnad budgeteras. Riksförsäkringsverket skall som central myndighet ansvara för och administrera anslaget.

Tidigare lagda förslag

HpH har i tidigare rapporter bl.a. föreslagit

- o att taket för sjukpenninggrundande inkomst skall höjas från 7,5 till 10 prisbasbelopp.
- o att sjukförsäkringsavgiften skall beräknas med ett högre tal på löner till anställda som inte omfattas av sjuklönelagen.

HpH erinrar också om Sjukförsäkringsutredningens förslag angående rehabilitering av nu långvarigt sjukskrivna. Utredningen föreslog att regeringen i särskild ordning skulle ge sjukförsäkringen

ett temporärt resurstillskott för att möjliggöra utredningar och bedömningar av hur nu långtidssjukskrivnas sjukskrivningsperiod skall avslutas och för att genomföra de åtgärder som kan bli aktuella. Utredningen bedömde 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. Dessa beräknades sammantaget kräva 4,3–6,3 miljarder av statens medel under en tre-årsperiod.

Författningsförslag

1 Förslag till

lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring

dels att 3 kap. 2 § samt 22 kap. 3 och 6 §§ skall ha följande lydelse,

dels att det skall införas tio nya paragrafer, 3 kap. 3 a § och 8 b § samt 22 kap. 3 a §, 4 a-d §§ och 6 a-c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §¹

Sjukpenninggrundande inkomst är den årliga inkomst i pengar som en försäkrad kan antas komma att tills vidare få för eget arbete här i landet, antingen såsom arbetstagare i allmän eller enskild tjänst (inkomst av anställning) eller på annan grund (inkomst av annat förvärvsarbete). Som inkomst av anställning eller inkomst av annat förvärvsarbete räknas inte inkomst som avses i 10 kap. 3 § 1-3 inkomstskattelagen (1999:1229) eller sådan ersättning som anges i 1 § första stycket 1-5 och fjärde stycket lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster. Som inkomst av annat förvärvsarbete räknas inte sådan ersättning enligt gruppsjukförsäkring eller trygghetsförsäkring vid arbetsskada som enligt 2 § första stycket lagen om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster utgör underlag för nämnda skatt. Den sjukpenninggrundande inkomsten fastställs av försäkringskassan. Inkomst av

¹ Senaste lydelse 2000:983

anställning och inkomst av annat förvärvsarbete skall därvid var för sig avrundas till närmast lägre hundratal kronor.

Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst bortses från sådan inkomst av anställning och annat förvärvsarbete som överstiger *sju och en halv* gånger prisbasbeloppet. Det belopp som sålunda skall undantas skall i första hand räknas av från inkomst av annat förvärvsarbete. Ersättning för utfört arbete i annan form än pension räknas som inkomst av anställning, såvida ersättningen under ett år uppgår till minst 1000 kronor, även om mottagaren inte är anställd hos den som utger ersättningen. I nu angivna fall skall den som utför arbetet anses såsom arbetstagare och den som utger ersättningen såsom arbetsgivare. Kan ersättning för arbete för någon annans räkning under året inte antas uppgå till minst 1000 kronor, skall ersättningen från denne inte tas med vid beräkningen av den sjukpenninggrundande inkomsten i annat fall än då den utgör inkomst av näringsverksamhet. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall bortses från ersättning som enligt 2 a § skall anses som inkomst annat förvärvsarbete samt ersättning som idrottsutövare får från sådan ideell förening som avses i

Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst bortses från sådan inkomst av anställning och annat förvärvsarbete som överstiger *tio* gånger prisbasbeloppet. Det belopp som sålunda skall undantas skall i första hand räknas av från inkomst av annat förvärvsarbete. Ersättning för utfört arbete i annan form än pension räknas som inkomst av anställning, såvida ersättningen under ett år uppgår till minst 1000 kronor, även om mottagaren inte är anställd hos den som utger ersättningen. I nu angivna fall skall den som utför arbetet anses såsom arbetstagare och den som utger ersättningen såsom arbetsgivare. Kan ersättning för arbete för någon annans räkning under året inte antas uppgå till minst 1000 kronor, skall ersättningen från denne inte tas med vid beräkningen av den sjukpenninggrundande inkomsten i annat fall än då den utgör inkomst av näringsverksamhet. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall bortses från ersättning som enligt 2 a § skall anses som inkomst annat förvärvsarbete samt ersättning som idrottsutövare får från sådan ideell förening som avses i 7kap. 7§ första stycket inkomstskatte-

7 kap. 7 § första stycket inkomstskattelagen (1999:1229) och som har till huvudsakligt syfte att främja idrottslig verksamhet, om ersättningen från föreningen under året inte kan antas uppgå till minst ett halvt prisbasbelopp. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning bortses även från ersättning från en stiftelse som har till väsentligt ändamål att tillgodose ekonomiska intressen hos dem som är eller har varit anställda hos en arbetsgivare som lämnat bidrag till stiftelsen (vinstandelsstiftelse) eller från en annan juridisk person med motsvarande ändamål, om ersättningen avser en sådan anställd och inte utgör ersättning för arbete för den juridiska personens räkning. Detta gäller dock endast om de bidrag arbetsgivaren lämnat till den juridiska personen varit avsedda att vara bundna under minst tre kalenderår och att på likartade villkor tillkomma en betydande del av de anställda. Om arbetsgivaren är ett fåmansföretag eller ett fåmanshandelsbolag skall vid beräkningen inte bortses från ersättning som den juridiska personen lämnar till sådan företagsledare eller delägare i företaget eller en person som är närstående till någon av dem. Med fåmansföretag, fåmanshandels-

lagen (1999:1229) och som har till huvudsakligt syfte att främja idrottslig verksamhet, om ersättningen från föreningen under året inte kan antas uppgå till minst ett halvt prisbasbelopp. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning bortses även från ersättning från en stiftelse som har till väsentligt ändamål att tillgodose ekonomiska intressen hos dem som är eller har varit anställda hos en arbetsgivare som lämnat bidrag till stiftelsen (vinstandelsstiftelse) eller från en annan juridisk person med motsvarande ändamål, om ersättningen avser en sådan anställd och inte utgör ersättning för arbete för den juridiska personens räkning. Detta gäller dock endast om de bidrag arbetsgivaren lämnat till den juridiska personen varit avsedda att vara bundna under minst tre kalenderår och att på likartade villkor tillkomma en betydande del av de anställda. Om arbetsgivaren är ett fåmansföretag eller ett fåmanshandelsbolag skall vid beräkningen inte bortses från ersättning som den juridiska personen lämnar till sådan företagsledare eller delägare i företaget eller en person som är närstående till någon av dem. Med fåmansföretag, fåmanshandelsbolag, företagsledare och närstående person avses detsamma som i inkomst-

bolag, företagsledare och närstående person avses detsamma som i inkomstskattelagen. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall alltid bortses från ersättning från en vinstandelsstiftelse som härrör från bidrag som arbetsgivaren lämnat under åren 1988-1991.

skattelagen. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall alltid bortses från ersättning från en vinstandelsstiftelse som härrör från bidrag som arbetsgivaren lämnat under åren 1988-1991.

Beräkningen av den sjukpenninggrundande inkomsten skall, där förhållandena inte är kända för försäkringskassan, grundas på de upplysningar som kassan kan inhämta av den försäkrade eller dennes arbetsgivare eller som kan framgå av den uppskattning, som vid taxering gjorts av den försäkrades inkomst. Semesterlön får inte inräknas i den sjukpenninggrundande inkomsten till högre belopp än vad som skulle ha utgivits i lön för utfört arbete under motsvarande tid. En liknande begränsning skall gälla semesterersättning. Inkomst av arbete för egen räkning får ej beräknas högre än som motsvarar skälig avlöning för liknande arbete för annans räkning.

3 kap.

3 a §

Sjukpenning utges fortlöpande för högst 365 dagar.

Har den försäkrade under de närmast föregående 450 dagarna erhållit sjukpenning, rehabiliteringspenning enligt 22 kap. denna lag eller sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön för sammanlagt minst 365 dagar, får sjukpenning inte längre lämnas. Detta gäller till dess 60 dagar har förflutit från den dag för vilken sådan ersättning senast har betalats ut. Vid beräkning av det antal dagar för vilken ersättning har

betalats ut under en 450-dagarsperiod skall inte beaktas dagar som infaller före ett upphåll på mer än 60 dagar för vilka ersättning inte har betalats ut.

Sjukpenning får lämnas under längre tid som anges i första och andra styckena, om det föreligger särskilda skäl för det.

8 b §

Den allmänna försäkringskassan skall inhämta underlag från företagshälsovården när sjukperioden uppgår till 90 dagar och inför prövning enligt 3 a §. Beträffande en försäkrad som saknar anställning skall sådant underlag inhämtas från företagshälsovården eller en annan institution som har särskild kompetens att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering.

22 kap.

3 §²

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. *Detta gäller inte om den försäkrades inkomst från arbetsgivaren omedelbart före sjukperioden för månad räknat understiger 10 procent av prisbasbeloppet. Har den försäkrade utfört arbete för arbetsgiva-*

² Senaste lydelse 1991:1040

delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. när den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har *rehabiliteringsutredningen* gjorts på begäran av den försäkrade, skall den tillställas kassan inom åtta veckor från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om *rehabiliteringsutredningen* inte kan *slutföras* inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt då *utredningen* beräknas vara avslutad. Sedan *utredningen* slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningen skall genomföras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall

ren under minst tre kalendermånader i följd, skall som inkomst för månad räknat anses den genomsnittliga inkomsten för de tre kalendermånader som infaller omedelbart före sjukperioden.

Arbetsgivaren skall påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag

1. om den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,

2. om den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller

3. om den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsunderlaget skall i fall som avses i andra stycket 1 lämnas till försäkringskassan samtidigt som arbetsgivaren gör anmälan enligt 12 § första stycket lagen (1991:1047) om sjuklön. I fall som avses i andra stycket 2 skall *rehabiliteringsunderlaget* lämnas till försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick *rehabiliteringsutredningen*. Har *rehabiliteringsunderlaget* upprättats på begäran av den försäkrade, skall det lämnas till kassan inom 60 dagar från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

Om *rehabiliteringsunderlaget*

överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det.

inte kan lämnas inom den i tredje stycket angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Därvid skall uppgift lämnas om orsaken till dröjsmålet och om den tidpunkt när underlaget beräknas vara upprättat. Sedan underlaget upprättas skall det omgående lämnas till försäkringskassan.

Underlaget skall upprättas i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det.

Försäkringskassan skall upprätta rehabiliteringsunderlag, om den försäkrade inte har någon arbetsgivare eller annars om det finns skäl till det.

3 a §

En arbetsgivare som omfattas av skydd mot kostnader för sjuklön enligt 17 § lagen (1991:1047) om sjuklön har rätt till ersättning för sina kostnader för sådana rehabiliteringsåtgärder som han skall svara för enligt en rehabiliteringsplan som försäkringskassan har fastställt enligt 22 kap. 6 §.

Ersättning enligt första stycket betalas efter ansökan av arbetsgivaren ut av den försäkringskassan som har fastställt aktuell rehabiliteringsplan.

Regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Riksförsäkringsverket meddelar närmare föreskrifter om ansökan om och utbetalning av ersättning

enligt första stycket.

4 a §

I ett rehabiliteringsunderlag enligt 3 § skall lämnas uppgift om den anställdes förmåga att utföra sina arbetsuppgifter och en prognos för återgång i arbete. Uppgifter skall också lämnas om behovet av rehabiliteringsinsatser samt om vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen.

Den anställdes uppfattning i frågan om rehabilitering skall anges. I utredningen skall redovisas även de övriga omständigheter som är av betydelse för bedömningen av vilka åtgärder som behövs för att den anställda skall kunna återgå i arbete. Till underlaget skall bifogas de läkarintyg arbetsgivaren har erhållit. Framstår det som uppenbart att någon rehabiliteringsåtgärd inte behövs, kan underlaget begränsas till uppgifter om varför rehabilitering inte behövs.

I underlaget skall ingå yttrande från företagshälsovård angående arbetsförmågan relaterad till arbetsuppgifterna, behovet av rehabiliteringsåtgärder, prognos för återgång till arbetet och eventuellt förslag till åtgärder utöver dem som arbetsgivaren har föreslagit. Beträffande en försäkrad som saknar anställning skall i underlaget ingå sådant yttrande från företagshälsovård eller en annan institution som har särskild kompetens att bedöma arbetsförmåga

och behov av rehabilitering.

Regeringen, eller den myndigheten regeringen bestämmer, meddelar närmare föreskrifter om hur ett rehabiliteringsunderlag skall utformas.

4 b §

En arbetsgivare skall betala förseningsavgift med 5 000 kr, om arbetsgivaren inte har lämnat ett rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan senast vid den tidpunkt som anges i 3 § tredje stycket.

Förseningsavgift skall inte tas ut, om arbetsgivaren har gjort en anmälan enligt 3 § fjärde stycket och det kan anses ursäktligt att ett rehabiliteringsunderlag inte har lämnats inom föreskriven tid.

4 c §

Förseningsavgiften tillfaller staten. Avgiften skall betalas till länsstyrelsen inom två månader från det att beslutet vann laga kraft. En upplysning om detta skall tas in i beslutet om förseningsavgift.

Om avgiften inte betalas inom den tid som anges i första stycket, skall dröjsmålsavgift tas ut enligt lagen (1997:484) om dröjsmålsavgift.

Ett beslut om förseningsavgift får efter sista betalningsdagen verkställas såsom en dom som har vunnit laga kraft. Den obetalda avgiften och dröjsmålsavgiften skall lämnas för indrivning. Bestämmelser om indrivning finns i

lagen (1993:891) om indrivning av statliga fordringar m.m. Vid indrivning får verkställighet enligt utsökningsbalken ske.

4 d §

Innan beslut om förseningsavgift fattas, skall den som anspråket riktar sig till ges tillfälle att yttra sig.

6 §³

Om den försäkrade behöver en rehabiliteringsåtgärd, för vilken ersättning kan utges enligt detta kapitel, skall försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan. Planen skall såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade.

Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade *kostnaden* för ersättning under rehabiliteringstiden.

Försäkringskassan skall förlöpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar i den.

Försäkringskassan skall under pågående sjukperiod snarast fastställa en målinriktad rehabiliteringsplan. Planen skall såvitt möjligt upprättas i samråd med den försäkrade och i förekommande fall hans eller hennes arbetsgivare.

Rehabiliteringsplanen skall ange de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga och vem som har ansvaret för dem, en tidsplan för rehabiliteringen samt uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen. Planen skall även innehålla uppgift om den beräknade *kostnader* för *rehabiliteringsåtgärderna* och ersättning under rehabiliteringstiden. *I planen skall anges att om en arbetsgivare som inte vidtar de åtgärder som han enligt planen skall svara för kan bli skyldig att ersätta försäkringskassan för dess kostnader för åtgärderna.*

Försäkringskassan skall fort-

³ Senaste lydelse 1991:1040

löpande se till att rehabiliteringsplanen följs och att det vid behov görs nödvändiga ändringar *genom att fastställa en reviderad rehabiliteringsplan.*

6 a §

Genomför en arbetsgivare inte de åtgärder han har ansvaret för enligt en fastställd rehabiliteringsplan, skall försäkringskassan ansvara för att åtgärderna genomförs.

Försäkringskassan får besluta att kostnad för rehabilitering som den har haft i fall som avses i första stycket skall ersättas av arbetsgivaren.

6 b §

Ersättning enligt 6 a § andra stycket tillfaller sjukförsäkringen och skall betalas till försäkringskassan inom två månader från det att beslutet vann laga kraft. En upplysning om detta skall tas in i beslutet om ersättning för vidtagna rehabiliteringsåtgärder.

Om ersättning enligt 6 a § andra stycket inte betalas inom den tid som anges i första stycket, skall dröjsmålsavgift tas ut enligt lagen (1997:484) om dröjsmålsavgift.

Ett beslut om ersättningskyldighet får efter sista betalningsdagen verkställas såsom en dom som har vunnit laga kraft. Den obetalda avgiften och dröjsmålsavgiften skall lämnas för indrivning. Bestämmelser om in-

drivning finns i lagen (1993:891) om indrivning av statliga fordringar m.m. Vid indrivning får verkställighet enligt utsökningsbalken ske.

6 c §

Innan beslut fattas om ersättningskyldighet enligt 6 a §, skall den som anspråket riktar sig till ges tillfälle att yttra sig.

-
1. Denna lag träder i kraft, ifråga om 3 kap. 2 § den 1 januari 2003, och i övrigt den 1 juli 2002 samt tillämpas i fråga om sjukperiod som påbörjas efter ikraftträdandet.
 2. Äldre bestämmelser i 3 kap. 2 § gäller fortfarande i fråga om inkomster som avser tid före ikraftträdandet.

2 Förslag till lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160)

Härigenom föreskrivs i fråga om arbetsmiljölagen (1977:1160)

dels att 3 kap. 2 b § och 8 kap. 5 § skall ha följande lydelse,

dels att det skall införas två nya paragrafer, 3 kap. 2 c § och 4 kap. 8 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 b §⁴

Arbetsgivaren skall svara för att *den* företagshälsovård *som arbetsförhållandena kräver* finns att tillgå.

Arbetsgivaren skall svara för att företagshälsovård finns att tillgå, *om inte synnerliga skäl talar emot detta. För en arbetsgivare vars samtliga anställda är att anse som närstående enligt 2 kap. 22 § inkomstskattelagen (1999:1229) gäller detta endast den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver.*

Länsarbetsnämnden skall svara för att företagshälsovård eller annan motsvarande kompetens för att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering finns att tillgå för arbets sökande som är arbetslösa.

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.

3 kap.

2 c §

En arbetsgivare skall i en anmälan till Arbetsmiljöverket lämna

⁴ Senaste lydelse 1999:579

uppgifter om sjukfrånvaron bland de anställda, om denna överstiger en viss nivå som regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, fastställer för varje år.

4 kap.

8 a §

Regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket kan meddela föreskrifter om när anmälan enligt 3 kap. 2 c § skall lämnas och vilka uppgifter som skall redovisas i en sådan anmälan.

8 kap.

5 §⁵

Regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket får föreskriva att en särskild avgift skall betalas om överträdelse har skett av en föreskrift som har meddelats med stöd av ett bemyndigande i något avseende som anges i 4 kap. 1--3 eller 8 § första stycket. Avgiften skall betalas även om överträdelsen inte skett uppsåtligen eller av oaktsamhet.

Regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket får föreskriva att en särskild avgift skall betalas om överträdelse har skett av en föreskrift som har meddelats med stöd av ett bemyndigande i något avseende som anges i 4 kap. 1--3, 8 § första stycket 8 a §. Avgiften skall betalas även om överträdelsen inte skett uppsåtligen eller av oaktsamhet.

En sådan föreskrift skall ange hur avgiften beräknas för olika slag av överträdelser. Avgiftsbeloppet skall kunna fastställas direkt med ledning av den angivna beräkningsgrunden. Avgiften skall vara lägst 1 000 och högst 100 000 kronor.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2003.

⁵ Senaste lydelse 2000:764

3 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1047) om sjuklön

dels att 6, 7, 12, 17, 25, 26 och 28 §§ samt rubriken före 17 § skall ha följande lydelse,

dels att det skall införas en ny paragraf, 17 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

För dagar i en sjuklöneperiod enligt 7 § som arbetstagaren gått miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedläggningen i arbetsförmågan gäller

1. att sjuklön inte utges för den första dagen för vilken sjuklön kan utges enligt 8 § första stycket, *och*
2. att sjuklönen för de därpå följande dagarna utgör 80 procent av anställningsförmånerna.

Föreslagen lydelse

6 §⁶

För dagar i en sjuklöneperiod enligt 7 § som arbetstagaren gått miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedläggningen i arbetsförmågan gäller

1. att sjuklön inte utges för den första dagen för vilken sjuklön kan utges enligt 8 § första stycket,
2. att sjuklönen för de därpå följande dagarna utgör 80 procent av anställningsförmånerna, *och*
3. att sjuklönen för de dagar som följer efter den fjortonde dagen utgör 90 procent av anställningsförmånerna till den del dessa utgör sjukpenninggrundande inkomst enligt 3kap. 2 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Om arbetstagaren under de senaste tolv månaderna till följd av bestämmelserna i första stycket 1 gått miste om sjuklön från arbetsgivaren för sammanlagt tio dagar, utgör sjuklönen för dag som avses i denna punkt 80 procent av den lön och andra anställ-

⁶ Senaste lydelse 1997:569

ningsförmåner som arbetstagaren gått miste om till följd av nedsättningen i arbetsförmågan.

Om avvikelser från vad som följer av första stycket 1 föreskrivs i 15 §.

7 §⁷

Sjuklöneperioden omfattar den första dag arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom och de därpå följande *tretton* kalenderdagarna i sjukperioden. En sjuklöneperiod börjar inte om arbetstagaren inte avhåller sig från arbete åt arbetsgivaren. En sjuklöneperiod börjar dock senast dag för vilken arbetstagaren erhåller sådan reseersättning som avses i andra stycket. En sjuklöneperiod som börjat löpa bryts om anställningen upphör.

Sjuklöneperioden omfattar den första dag arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom och de därpå följande *59* kalenderdagarna i sjukperioden. En sjuklöneperiod börjar inte om arbetstagaren inte avhåller sig från arbete åt arbetsgivaren. En sjuklöneperiod börjar dock senast dag för vilken arbetstagaren erhåller sådan reseersättning som avses i andra stycket. En sjuklöneperiod som börjat löpa bryts om anställningen upphör.

Som sjukperiod anses sådan tid under vilken arbetstagaren i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 4 §. Sjukperioden omfattar också tid då arbetstagaren för att underlätta återgång i arbetet i stället för sjuklön erhåller ersättning för resor till och från arbetet. Detta gäller även dag med reseersättning då sjuklön inte skulle ha utgivits enligt 6 § första stycket 1.

Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det en tidigare sjukperiod avslutats skall sjuklöneperioden omfatta endast så många dagar att den tillsammans med en sjuklöneperiod hos samma arbetsgivare under den tidigare sjukperioden utgör *fjorton* kalenderdagar. Vid tillämpning av 6 § skall beaktas

Om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det en tidigare sjukperiod avslutats skall sjuklöneperioden omfatta endast så många dagar att den tillsammans med en sjuklöneperiod hos samma arbetsgivare under den tidigare sjukperioden utgör *60* kalenderdagar. Vid tillämpning av 6 § skall beaktas dagar i

⁷ Senaste lydelse 2000:382

dagar i den tidigare sjuklöne- den tidigare sjuklöneperioden.
perioden.

12 §⁸

Arbetsgivaren skall till den allmänna försäkringskassan anmäla sjukdomsfall som har gett arbetstagare hos honom rätt till sjuklön, om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. Anmälan skall göras inom sju kalenderdagar från denna tidpunkt.

I en anmälan enligt första stycket skall arbetsgivaren lämna sådana uppgifter om arbetstagarens inkomstförhållanden och arbetstid hos honom som har betydelse för beräkningen av sjukpenning enligt 3 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Om anmälningsskyldighet vid inträffad arbetsskada finns föreskrifter i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring.

Försäkring mot kostnader för *Skydd* mot kostnader för sjuklön
sjuklön

17 §⁹

En arbetsgivare vars sammanlagda lönekostnader under ett kalenderår *inte beräknas övers- uppgår till högst 160*
tiga 130 gånger det för året gällande prisbasbeloppet enligt 1 kap. 6 § lagen (1962:381) om allmän försäkring kan *försäkra sig* hos den allmänna försäkringskassan för kostnader för sjuklön enligt denna lag. Vid beräkningen av de sammanlagda lönekostnaderna bortses från avgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och lagen (1962:381) om allmän försäkring kan hos den allmänna försäkringskassan *begära ersättning för kostnader för sjuklön enligt 17 a §*. Vid beräkningen av de sammanlagda lönekostnaderna bortses från avgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och lagen (1994:1920) om all-

⁸ Senaste ledelse prop. 2001/02:9

⁹ Senaste lydelse 2000:691

(1994:1920) om allmän löneavgift samt från skatt enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster.

Regeringen föreskriver närmare villkor för försäkringen.

män löneavgift samt från skatt enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster.

17 a §

En arbetsgivare som avses i 17 § och vars kostnader för sjuklön enligt 6 § överstiger ett belopp som utgör 75 procent av den årliga sjuklönekvoten för samtliga arbetsgivare erhåller, efter ansökan hos försäkringskassan, ersättning för överskjutande del av sjuklönekostnaden.

Ersättning lämnas inte för sjuklönekostnad till den del sjuklönen överstiger 90 procent av högsta belopp för sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. 2 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Regeringen föreskriver närmare villkor för rätt till ersättning för sjuklönekostnader.

25 §¹⁰

Ärenden enligt 10, 13, 14, 16 och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket prövas av den allmänna försäkringskassa som enligt 5 kap. socialförsäkringslagen (1999:799) skall avgöra ett ärende avseende sjukpenning till arbetstagaren. Är arbetstagaren inte försäkrad för sjukpenning, skall ärendet handläggas av den kassa inom vars område arbetsgivaren är registrerad hos skattemyndighet för inbetalning och redovisning av arbetstagares skatt. Om arbetsgivaren inte är registrerad enligt vad som nu sagts, prövas frågan av den försäkringskassa inom vars område arbets-

¹⁰ Senaste lydelse 1999:817

givaren är bosatt. I övriga fall görs prövningen av Stockholms läns allmänna försäkringskassa.

Behörig att ta emot anmälningar och uppgifter från arbetsgivaren enligt 12 § och att handlägga ärenden om *försäkring* enligt 17 § är den försäkringskassa som avses i första stycket andra meningen. Om arbetsgivaren inte är registrerad enligt vad som sägs där, tillämpas första stycket tredje och fjärde meningen.

Den behöriga försäkringskassan får uppdra åt en annan försäkringskassa att handlägga ärenden enligt 10, 13, 14, 16, 17 och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket.

Behörig att ta emot anmälningar och uppgifter från arbetsgivaren enligt 12 § och att handlägga ärenden om *ersättning* enligt 17 och 17 a §§ är den försäkringskassa som avses i första stycket andra meningen. Om arbetsgivaren inte är registrerad enligt vad som sägs där, tillämpas första stycket tredje och fjärde meningen.

Den behöriga försäkringskassan får uppdra åt en annan försäkringskassa att handlägga ärenden enligt 10, 13, 14, 16, 17, 17 a och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket.

26 §¹¹

I fråga om försäkringskassans handläggning av ärenden enligt 10, 11, 13, 14, 16, 17 och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket tillämpas följande föreskrifter i lagen (1962:381) om allmän försäkring:

18 kap. 46 och 47 §§ om Riksförsäkringsverkets tillsyn,

20 kap. 2 a § om provisoriskt beslut,

20 kap. 3 § tredje stycket om indragning eller nedsättning av ersättning,

20 kap. 4 § om återbetalnings-skyldighet,

20 kap. 5 § om preskription,

I fråga om försäkringskassans handläggning av ärenden enligt 10, 11, 13, 14, 16, 17, 17 a och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket tillämpas följande föreskrifter i lagen (1962:381) om allmän försäkring:

18 kap. 46 och 47 §§ om Riksförsäkringsverkets tillsyn,

20 kap. 2 a § om provisoriskt beslut,

20 kap. 3 § tredje stycket om indragning eller nedsättning av ersättning,

20 kap. 4 § om återbetalnings-skyldighet,

20 kap. 5 § om preskription,

¹¹ Senaste lydelse 1998:96

20 kap. 6 § om förbud mot utmätning och om överlåtelse,
 20 kap. 8 § första-tredje styckena och 9 § om skyldighet att lämna uppgifter,
 20 kap. 8 § fjärde stycket om utredningsåtgärder,
 20 kap. 9 a § om undantag från sekretess.

20 kap. 6 § om förbud mot utmätning och om överlåtelse,
 20 kap. 8 § första-tredje styckena och 9 § om skyldighet att lämna uppgifter,
 20 kap. 8 § fjärde stycket om utredningsåtgärder,
 20 kap. 9 a § om undantag från sekretess.

28 §

De föreskrifter om omprövning och ändring av försäkringskassans beslut som finns i 20 kap. 10 och 10 a §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring skall tillämpas på motsvarande sätt i fråga om

beslut enligt 10 eller 13 §, 14 § andra meningen, 16, 17 eller 20 § eller 24 § andra stycket, samt

beslut att inte avge yttrande enligt 27 § andra stycket.

Vidare skall föreskrifterna i 20 kap. 11--13 §§ samma lag om överklagande av försäkringskassas eller domstols beslut tillämpas på motsvarande sätt i fråga om

beslut enligt 10 § första stycket 2, 13 §, 14 § andra meningen, 16 eller 20 § eller 24 § andra stycket, samt

beslut enligt 17 §, om beslutet innebär att arbetsgivaren inte får teckna försäkring.

I övrigt får försäkringskassans beslut enligt denna lag inte överklagas.

De föreskrifter om omprövning och ändring av försäkringskassans beslut som finns i 20 kap. 10 och 10 a §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring skall tillämpas på motsvarande sätt i fråga om

beslut enligt 10 eller 13 §, 14 § andra meningen, 16, 17, 17 a, eller 20 § eller 24 § andra stycket, samt

beslut att inte avge yttrande enligt 27 § andra stycket.

Vidare skall föreskrifterna i 20 kap. 11--13 §§ samma lag om överklagande av försäkringskassas eller domstols beslut tillämpas på motsvarande sätt i fråga om beslut enligt 10 § första stycket 2, 13 §, 14 § andra meningen, 16, 17 a, eller 20 § eller 24 § andra stycket.

I övrigt får försäkringskassans beslut enligt denna lag inte överklagas.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2003 och tillämpas i fråga om sjuklöneperiod som påbörjas efter ikraftträdandet.

4 Förslag till

lag om ändring i årsredovisningslagen (1995:1554)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 14 § och 5 kap. 18 a § årsredovisningslagen (1995:1554) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap. 18 §¹²

Uppgift skall lämnas om medelantalet under räkenskapsåret anställda personer med uppgift om fördelningen mellan kvinnor och män. Om företaget har anställda i flera länder, skall medelantalet anställda och fördelningen mellan kvinnor och män i varje land anges.

Uppgift skall lämnas om medelantalet under räkenskapsåret anställda personer med uppgift om fördelningen mellan kvinnor och män *samt genomsnittlig sjukfrånvaro fördelad på kvinnor och män*. Om företaget har anställda i flera länder, skall medelantalet anställda och fördelningen mellan kvinnor och män i varje land anges.

Företag som avses i 3 kap. 8 § andra stycket behöver inte lämna uppgift om genomsnittlig sjukfrånvaro.

7 kap. 14 §¹³

Bestämmelserna om tilläggsupplýsningar i 5 kap. 2-7 och 10 - 25 §§ tillämpas även på koncernredovisning.

Bestämmelserna om tilläggsupplýsningar i 5 kap. 2-7 och 10-25 §§ tillämpas även på koncernredovisning *med undantag för uppgift om sjukfrånvaro i 5 kap. 18 §.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2003 och tillämpas första gången i fråga om det räkenskapsår som inleds närmast efter den 31 december 2002.

¹² Senaste lydelse 1999:1112

¹³ Senaste lydelse 1999:1112

**5 Förslag till
lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)**

Härigenom föreskrivs 5 kap. 4 § socialförsäkringslagen (1999:799) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

4 §

Ett ärende som skall avgöras av en allmän försäkringskassa och avser någon som är bosatt i Sverige skall avgöras av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde den enskilde var folkbokförd den 1 november föregående år.

Om den enskilde inte var folkbokförd i Sverige den 1 november föregående år, skall ett ärende avgöras av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde den enskilde är bosatt vid årets ingång. Sker bosättningen senare under året, skall ärendet avgöras av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde bosättningen sker.

Beslut om förseningsavgift enligt 22 kap. 4 b § lagen (1962:381) om allmän försäkring skall fattas av den försäkringskassan som skall avgöra ett ärende som avser den person som omfattas av rehabiliteringsunderlaget.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2003.

6 Förslag till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialavgiftslagen (2000:980)

dels att 2 kap. 26 § skall ha följande lydelse,

dels att det skall införas en ny paragraf, 2 kap. 27 a §, av följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

26 §

Arbetsgivaravgifterna är 30,13 procent av avgiftsunderlaget och utgörs av

1. sjukförsäkringsavgift
8,80 %
2. föräldraförsäkringsavgift
2,20 %
3. ålderspensionsavgift
10,21 %
4. efterlevandepensionsavgift
1,70 %
5. arbetsmarknadsavgift
5,84 %
6. arbetsskadeavgift
1,38 %

Arbetsgivaravgifterna är 30,13 procent av avgiftsunderlaget och utgörs av

1. sjukförsäkringsavgift
9,10 %
2. föräldraförsäkringsavgift
2,20 %
3. ålderspensionsavgift
10,21 %
4. efterlevandepensionsavgift
1,70 %
5. arbetsmarknadsavgift
4,54 %
6. arbetsskadeavgift
1,38 %

27 a §

På ersättning till personer som vid månadens ingång inte omfattas av bestämmelserna i lagen (1991:1047) om sjuklön skall sjukförsäkringsavgiften beräknas till x,xx procent.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2003.
 2. Äldre bestämmelser om arbetsgivaravgifter gäller fortfarande i fråga om ersättning som betalas ut före ikraftträdandet.

7 **Förslag till** **förordning om högkostnadsskydd mot** **sjuklönekostnader**

Härigenom föreskrivs följande.

Ansökan m.m.

1 § I denna förordning finns bestämmelser om ersättning för sjuklönekostnader enligt 17 a § lagen (1991:1047) om sjuklön.

2 § Ersättning enligt 17 § lagen (1991:1047) om sjuklön betalas ut endast efter skriftlig ansökan från en arbetsgivare av den allmänna försäkringskassa som anges i 25 § andra stycket samma lag, om ansökan har inkommit till försäkringskassan senast den 1 mars året efter det att sjuklönekostnaden uppkom.

Ansökan skall göras på blankett som fastställs av Riksförsäkringsverket.

3 § Vid beräkning av en arbetsgivares sammanlagda lönekostnader skall, utöver vad som anges i 17 § lagen (1991:1047) om sjuklön, bortses från arbetsgivarens lönekostnader för arbetstagare som omfattas av ett beslut enligt 13 § samma lag.

4 § Den som ansöker om ersättning skall styrka sin rätt till ersättning.

Ersättning

5 § Försäkringskassan lämnar ersättning för en arbetsgivares kostnader för sjuklön enligt 6 § lagen (1991:1047) om sjuklön, om arbetsgivarens sjuklönekvot överstiger 75 procent av den genomsnittliga sjuklönekvoten för samtliga arbetsgivare.

Med sjuklönekvot avses den årliga sjuklönesummans andel av den totala årliga lönesumman. Riksförsäkringsverket fastställer årligen den procentsats (sjuklönetaksprocent) som skall anses motsvara 75 procent av den genomsnittliga sjuklönekvoten för samtliga arbetsgivare. Sjuklönetaket för en arbetsgivare utgörs av sjuklönetaksprocenten multiplicerad med den totala årliga lönesumman.

6 § Ersättning lämnas för den del av sjuklönekostnaderna som överstiger sjuklönetaket.

Ersättning lämnas även för arbetsgivarens avgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och lagen (1994:1920) om allmän löneavgift samt skatt enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster, till den del avgifterna och skatten är hänförliga till den utbetalda sjuklön som skall ersättas.

7 § Arbetsgivarens kostnader för sjuklön till arbetstagare för vilka beslut enligt 13 § lagen (1991:1047) om sjuklön gäller ersätts enligt den lagen.

Ersättning utbetalas årsvis i efterskott, om inte annat följer av 8 §.

Förskott

8 § Försäkringskassan skall på ansökan av en arbetsgivare lämna förskott på ersättning enligt denna förordning, om kostnaderna för sjuklön före årets utgång överstiger arbetsgivarens beräknade sjuklönetak.

9 § I en ansökan om förskott skall anges beräknad årlig lönesumma, under året dittills utbetald sjuklön och de övriga uppgifter som kan påverka rätten till ersättning.

10 § En arbetsgivare som har fått förskott enligt denna förordning skall senast den 1 mars året efter det för vilket förskottet har betalats ut lämna en ansökan enligt 2 §. Har en ansökan inte inkommit inom nämnda tid, skall arbetsgivaren återbetala vad han erhållit som förskott enligt denna förordning.

11 § Riksförsäkringsverket får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för tillämpning av denna förordning.

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2003, då förordningen (1991:1395) om försäkring mot kostnader för sjuklön enligt lagen 17 § lagen (1991:1047) om sjuklön upphör att gälla.

2. Förordningen (1991:1395) om försäkring mot kostnader för sjuklön enligt lagen 17 § lagen (1991:1047) om sjuklön skall tillämpas till och med utgången av år 2002 för försäkring som har tecknats före den tidpunkten. Efter den tidpunkten gäller förordningen i fråga om ersättning för sjuklönekostnader för sjuklöneperioder som påbörjats innan försäkringen upphör att gälla.

1 Utredningens uppdrag och arbetsformer

1.1 Utredningens uppdrag

Utredningen "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (HpH) har haft uppgiften att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Uppdraget har varit att förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. HpH har också haft uppgiften att föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Insatser och system ska bli enklare, effektivare och fungera bättre som en enhet. Utgångspunkter för utredningens förslag har varit att ökade insatser på arbetsplatserna skall syfta till att så långt som möjligt förhindra långvarig, passiv sjukskrivning. Samtidigt som individen får nödvändig medicinsk behandling skall alla möjligheter prövas att anpassa arbetsplatsen till individens situation. Långvarig sjukskrivning får inte bli en ytterligare börda som försvårar en redan besvärlig situation. Sjukförsäkringen måste göras till ett aktivt instrument samt bli mer försäkringsmässig och ge incitament till snabb återgång i arbete. Försäkringen skall även i fortsättningen ge ekonomisk trygghet under de perioder då hälsotillståndet inte medger arbete. HpH lägger inga förslag som syftar till att minska förmåner och villkor för den enskilde. Däremot hävdas rätten till ett anpassat arbete som ett många gånger bättre alternativ än fortsatt passiv lång sjukskrivning.

HpH har haft i uppdrag att redovisa åtgärder både på kort och lång sikt. Direktiven redovisas i sin helhet i bilaga 1:1.

Den 15 februari 2001 lämnade utredningen delrapporten *Handlingsplanens uppläggning och inriktning – delrapport från utredningen handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. (se bilaga 1:2). Den 26 juni

lämnade utredningen delrapporten *Punkter i en handlingsplan* (se bilaga 1:3).

Olika utredningar samt interna arbetsgrupper i Regeringskansliet har nyligen lämnat eller kommer att lämna förslag som har en koppling till HpH:s frågor. Nedan redovisar utredningen de arbeten som omnämns i utredningens direktiv med en åtföljande kort kommentar till vad som pågår inom respektive område.

Arbetskadeutredningens betänkande *Den framtida arbetsskadeförsäkringen* (SOU 1998:37)

Socialdepartementet avser att i december 2001 lägga förslag till vissa förändringar inom arbetsskadeförsäkringen. De områden som närmast är föremål för diskussion är bevisreglerna, vissa organisatoriska frågor, kompensation för karensdagen samt indexering av arbetsskadelivräntor. Socialdepartementet har under året remitterat RFV:s rapport *Analys av arbetsskadeförsäkringen* och promemorian *Bevisregler i arbetsskadeförsäkringen* som utarbetats av en projektgrupp inom departementet. På grund av att översynen av arbetsskadeförsäkringen pågått parallellt med utredningen har HpH inte haft möjlighet att närmare diskutera arbetsskadeförsäkringens utformning. HpH anser dock att den fortsatta översynen av arbetsskadeförsäkringen bör anpassas till de förslag HpH här lägger. Det bör i detta sammanhang också övervägas att lägga arbetsskadeförsäkringen utanför statens budget och låta den bli en fristående försäkring som administreras av arbetsmarknadens parter.

Utredningen om översyn av socialförsäkringens administration, betänkande *Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration* (SOU 1996:64)

HpH har arbetat med utgångspunkten att sjukförsäkringen framgent skall utformas som en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation. Organisationsfrågorna kan dock inte ses isolerat från hur försäkringssystemet utformas. Gränsdragningen mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen vad gäller ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering kommer också att i hög grad påverka den framtida organisationen.

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, betänkande *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78)

HpH diskuterar i mot denna bakgrund olika aktörers ansvar för rehabilitering och föreslår tydligare ansvarsgränser samt en tydli-

gare samordnarroll för försäkringskassan genom att en obligatorisk rehabiliteringsplan skall upprättas och en koordinator utses i varje fall.

Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11), delbetänkande *Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter* (SOU 2000:72) och slutbetänkande *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag* (SOU 2000:121)

HpH fördjupar vissa av Sjukförsäkringsutredningens förslag i detta betänkande med författningsförslag och författningskommentarer.

Utredningen för översyn av processuella regler inom socialförsäkringen m.m. (S 1998:06)

Denna utredning hade till uppgift att göra en samlad översyn av de processuella regler som gäller för olika förmåner inom socialförsäkringen. I uppdraget ingick också att kartlägga tillämpningen av nuvarande bestämmelser. Utredningens slutbetänkande *En handläggningslag – förfarandet hos försäkringskassorna* (SOU 2001:47) lämnades den 2 juli 2001 och innehåller bl.a. förslag om en generell handläggningslag som skall gälla för de allmänna försäkringskassorna, Premiepensionsmyndigheten och RFV.

Projektet om reformerad förtidspension *Sjukersättning i stället för förtidspension* (Ds 2000:39) och *Aktivitetsersättning* (Ds 2000:40)

Socialförsäkringsutskottet tillstyrkte i betänkande 2000/02:SfU15 regeringens förslag (proposition 2000/01:96 *Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension*). Riksdagen fattade beslut i enlighet med förslaget den 1 juni 2001. Begreppet förtidspension ersätts av sjukersättning och tidsbegränsad sjukersättning. Försäkrade yngre än 30 år får aktivitetsersättning som alltid är tidsbegränsad. Nya regler för beräkning av ersättning införs. Förändringarna träder ikraft den 1 januari 2003.

Nationella folkhälsokommitténs betänkande *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* (SOU 2000:91)

En folkhälsoproposition är planerad till våren 2002. HpH menar att det är viktigt att sätta mål för folkhälsoarbetet och att sprida kunskap om folkhälsa. HpH understryker också individens eget ansvar för sin hälsa.

Näringsdepartementets arbetsmiljörapport *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv – en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet* (Ds 2001:28)

Rapporten presenterades den 31 maj 2001. Denna rapport har tillsammans med HpH:s junirapport *Punkter i en handlingsplan* varit ett viktigt underlag för regeringens 11-punktsprogram för hälsan i arbetslivet.

1.2 Utredningens arbetsformer

Regeringen beslöt om direktiv för utredningen den 7 december 2000. Utredaren och sekretariatet förordnades att påbörja arbetet fr.o.m. den 1 januari 2001. Den 15 februari överlämnades en första delrapport *Handlingsplanens uppläggning och inriktning – delrapport från utredningen handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Den 26 juni lämnades en andra delrapport *Punkter i en handlingsplan*. Båda rapporterna finns som bilagor till detta slutbetänkande.

Arbetet har bedrivits i nära samarbete med utredningens sakkunniga och experter. Sammanlagt har elva sammanträden med experter och sakkunniga ägt rum. Därutöver har förekommit täta enskilda kontakter med flertalet experter och sakkunniga.

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". Hemsidan initierades av den tidigare Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11).

Utredaren har haft möten med den statsrådsgrupp som har till uppgift att samordna regeringens arbete med hälsofrågorna. Utredaren och sekretariatet har träffat företrädare för myndigheter, företagshälsovård, organisationer och försäkringsbolag. Utredningen har också haft överläggningar med representanter från LO, SAF/Svenskt Näringsliv, Företagarnas riksorganisation, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, TCO, PTK och SACO. Utredningen deltog även i en av statsrådsgruppen anordnad rundabordskonferens den 31 maj 2001.

Samråd har skett med andra utredningar och arbetsgrupper t.ex. vad gäller åtgärder inom arbetsmiljöområdet, arbetsskadeförsäkringen, folkhälsofrågor, reformerad förtidspension och översyn av processuella regler.

Utredningen har besökt socialdepartementen i England och Tyskland för att diskutera försäkringssystem, förebyggande arbete

och rehabilitering. I *England* studerade utredningen även One-piloterna, ett försöksprojekt som erbjuder människor i arbetsför ålder såväl ersättning som hjälp med arbete. Syftet med att i England modernisera välfärdssystemet i form av Onepiloterna är att minska bidragsberoendet.

HpH:s slutliga handlingsplan bygger i huvudsak på tidigare presenterat material och gjorda undersökningar. Inom några områden har utredningen dock funnit det angeläget att fördjupa kunskapen och analysen. Utredningen ansåg det nödvändigt att undersöka företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan från arbetsgivare och försäkringskassa. Regeringen uppdrog, efter förslag från HpH, åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovården skall kunna medverka till att förbättra hälsan på arbetsplatserna och påskynda arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppdraget har utförts i nära kontakt med HpH. HpH har också uppdragit åt Statskontoret att utvärdera försäkringskassans köp av tjänster.

För att fördjupa kunskapen om långtidsfriska och långtidssjuka tillsatte utredningen en speciell expertgrupp. Gruppen har bestått av professorerna Gunnar Aronsson och Staffan Marklund från Arbetslivsinstitutet, docenten/sakkunnige Inger Marklund, Riksförsäkringsverket, utredaren Alf Andersson, Statistiska Centralbyrån och från Karolinska Institutet docenten Eva Vingård, ergonomie magistern Per Lindberg och professorn Åke Nygren.

Forskarrapporterna redovisades för HpH:s sakkunniga och experter vid ett tvådagarsseminarium i oktober 2001. Rapporterna har också presenterats vid ett speciellt anordnat presseminarium.

Civilekonomen Hans Edenhammar har för utredningens räkning redogjort för möjligheterna att ålägga företag att i sin årsredovisning ange uppgifter om sjukfrånvaro och fil.kand. Ulla Gerner har beskrivit kvoteringsystemet för handikappade på arbetsplatser i Frankrike och Tyskland.

Barbro Gren har under hela utredningstiden varit utredningen behjälplig med administrativ service.

2 I huvet på en utredare

2.1 Bakgrundsfakta

Under drygt två år har jag kontinuerlig tagit del av faktamaterial och analyser om sjukfrånvaro och förtidspension presenterade av medarbetare, sakkunniga, experter och forskare. Jag har haft förmånen att vid möten med olika aktörer och intressenter och i fördragningar inför olika politiska företrädare få presentera och diskutera detta vida samhällsområde. Denna slutrapport är en syntes och summering av detta arbete. En statlig offentlig utredning har sina egna former och i övriga delar av detta betänkande presenteras fakta, analyser och förslag enligt den modell som gäller för statliga utredningar. I detta avsnitt har dock utredaren tillåtit sig, att i en vidare form, mera resonemangsvis presentera och formulera några av de huvudsakliga utgångspunkterna för de förslag som läggs. Denna presentation är ett försök att också i denna slutliga rapport ge underlag för en fortsatt öppen attityd till de svåra frågor som utredningsarbetet har hanterat.

2.2 Situationen är allvarlig – strukturella och samlade åtgärder är nödvändiga

När regeringen i juni 1999 beslöt tillsätta en utredning för att för att "göra en analys av sjukförsäkringen" uppgick den av RFV registrerade sjukfrånvaron längre än 30 dagar för år 1998 till 2,93 procent för kvinnor och till 2,25 procent för män. Motsvarande tal för 2001 beräknas till 6,49 procent för kvinnor och 3,55 procent för män. Regeringen hade också samma månad 1999 tillsatt en särskild rehabiliteringsutredning (S 1999:08). Samtidigt pågick en folk-

hälsoutredning och ett flertal andra olika initiativ inom området hälsa/ohälsa hade tagits. Redan vid denna tidpunkt stod det klart att den ökade sjukfrånvaron var ett växande problem såväl för individ som för samhälle. Den ökande sjukfrånvaron medför också en stor och växande kostnadsbörda för arbetsgivare inom såväl näringslivet som statliga myndigheter, kommuner och landsting. Kostnaden består framför allt av ett stort produktionsbortfall. Men det är också arbetsgivarna som direkt betalar sjukfrånvaron inte enbart under sjuklöneperioden utan också via den för alla arbetsgivare lika stora sjukförsäkringsavgiften, f.n. 8,8 procent. Man kan också säga att den höga och ökande sjukförsäkringsavgiften minskar det löneutrymme som fackliga organisationer kan förhandla om. Alla parter har därför ett direkt intresse av åtgärder som minskar sjukfrånvaron i arbetslivet eller uttryckt i denna utrednings positiva form, *av ökad hälsa i arbetslivet*.

Under den tid på drygt två år som utredningsarbetet pågått och olika utredningar framlagt sina rapporter har sjukfrånvaron fortsatt att öka i oförminskad takt. Enbart *ökningen* av kostnaderna för sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förtidspension har under de senaste två åren i genomsnitt uppgått till 25 miljoner kronor **om dagen!**

I detta slutbetänkande redovisas en sammanfattning av dagsläget som med full tydlighet visar att den mycket höga och ökande sjukfrånvaron är ett stort strukturellt samhällsproblem som hotar både individens välfärd och samhällets tillväxtmål. De alltfler sjukskrivna och förtidspensionerade minskar utbudet av arbetskraft ytterligare utöver vad som följer av de demografiska förändringarna. Allt färre i arbete skall försörja allt fler. Omfattningen av och insatserna i en "En handlingsplan för ökad hälsa" måste bedömas mot bakgrund av de fakta som nu föreligger. De indikerar med full tydlighet att endast samlade, strukturella och kraftfulla åtgärder kan förväntas leda till önskvärda förändringar. Det finns med andra ord inga enkla, okontroversiella metoder som lätt leder till resultat. Än mindre finns det mot bakgrund av tillgängliga fakta anledning att tro att en återgång till tidigare låga sjukfrånvarotal sker av sig självt.

2.3 Arbetsplatsen spelar en central roll

2.3.1 Sjukfrånvaron varierar med arbetsplatsens organisation, arbetsmetoder och resurstilldelning

Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) hade bl.a. till uppgift att förklara vad som låg bakom de snabbt ökande sjuktalen. Sjukförsäkringsutredningen liksom de tillkommande fördjupade undersökningar som redovisas i denna utredning visar att den snabba ökningen inte i något avseende är jämnt fördelad mellan sektorer, branscher och företag. Det finns heller inte några andra fakta som pekar på att ökningen i huvudsak beror på generella orsaker. Det har inte tillkommit nya epidemier eller andra sjukdomar som påverkar sjukfrånvaron oberoende av yrke, arbetsplats, kön etc. Det är möjligt att värderingsförskjutningar kan ha skett. Allt fler kan tänkas värdera andra alternativ än arbete högre än tidigare. I så fall skulle sådana ändrade värderingar ha slagit igenom relativt lika på olika arbetsplatser. Tvärtom visar nu allt tillgängligt material att sjukfrånvaron är starkt arbetsplatsberoende. Arbetsplatser inom sektorer som "skola, vård och omsorg", har en särskilt tydlig och snabbt ökande sjukfrånvaro. Det är arbetsplatser där framför allt kvinnor är sysselsatta. Besparingar och neddragningar av resurser i kombination med stress och oförändrat tungt arbete resulterar i ökad sjukfrånvaro. Små arbetsplatser har t.ex. en väsentligt lägre sjukfrånvaro än stora. Det finns ingenting som tyder på att dessa sedan länge kända förhållanden skulle bero på att små arbetsplatser generellt skulle rekrytera mindre sjukbenägna individer. Skälet är i stället med stor sannolikhet att anställda på små arbetsplatser upplever den känsla av egen kontroll och betydelse som i flera undersökningar visat sig var positiva faktorer för låg sjukfrånvaro. Brister i dessa avseenden skapar i stället hög sjukfrånvaro.

Under ärens utredningsarbete har sjukfrånvaron brutits ned och analyserats i nära nog alla möjliga kategorier. Ett stort antal analyser har redovisats i tidigare publicerat material och ytterligare underlag finns som bilagor till denna handlingsplan. Hur än fördelningen görs blir slutresultatet detsamma; skillnaderna mellan sektorer (stat, kommun, landsting och näringsliv), mellan branscher, mellan företag i samma bransch eller inom stora företag kan inte förklaras med faktorer som beror på de enskilda individerna. Den viktigaste slutsatsen blir därför att sjukfrånvarons förändringar bestäms av en relation mellan individens faktiska och/eller upplevda sjukdomssymtom och den egna arbetsplatsen.

En arbetsplats som är stimulerande, som ger ansvar, stolthet och arbetsglädje producerar mindre sjukfrånvaro. Individerna upplever sig som betydelsefulla och behövda och ser arbetet som en källa till friskhet. Detta betyder inte att sjukfrånvaron i det enskilda fallet beror på arbetsplatsen. I stället är det så att olika arbetsplatser visar olika förmåga att erbjuda arbetsmiljöer som dels minskar individens faktiska sjukdom och som framför allt förkortar sjukdomsperioden. Individerna dras tillbaka till arbetet genom positiv stimulans. Arbetet blir en källa till friskhet i stället för en sjukdomsorsak i sig. Dessa psykologiska mekanismer redovisas mycket tydligt och uttömmande bl. a i bilaga till denna utredning.

Det finns ytterligare ett viktigt skäl till varför arbetsplatsen står i centrum för min analys och varför enligt min uppfattning åtgärder för att anpassa arbetsplatsen till individen är nödvändiga om sjukfrånvaron skall minska. All sjukfrånvaro beror inte på arbetsplatsen. Vi bär alla som individer med oss olika förutsättningar, vi är mer eller mindre robusta, bär på individuellt olika friskhetsanlag eller sjukdomsanlag. Sociala problem helt utanför arbetsplatsen påverkar oss olika. Dessa förhållanden tas ibland till intäkt för att arbetsplatsens eller arbetsgivarens ansvar skulle begränsas. Utifrån ett strikt arbetsgivarperspektiv är dock ett sådant synsätt ingen bra strategi eftersom arbetsgivaren ju ändå betalar för sjukfrånvaron via sjukförsäkringsavgiften. Detta gäller även om avgiften lyftes av från arbetsgivaren. Kostnaden för sjukfrånvaron skulle ändå till sist belasta produktionen direkt och indirekt. Om försäkringsavgifter och direkt eller indirekt skattebelastning orsakad av sjukfrånvaro skall kunna minskas måste arbetsplatser i högre grad än vad som f.n. är fallet anpassas efter individernas olika förutsättningar. Denna förändring av arbetslivets villkor är ett lönsamhetsprojekt. Det kräver ett antal strukturella förändringar av försäkrings-systemet. Bl. a måste premierna göras mer försäkringsmässiga och bättre svara mot de skillnader i sjukfrånvaro som förekommer bland olika arbetsgivare. Denna fråga utvecklas i andra delar av detta slutbetänkande.

2.3.2 Rätt till ett individanpassat arbete

Bakom de höga talen för sjukfrånvaro och sjukfrånvarons yttersta konsekvens förtidspension ligger ett stort individuellt lidande. Förutom de problem som sammanhänger med individens sjukdom tillkommer att den sjukskrivne utestängs från arbetslivet och det

sociala kontaktnät som det ger. Detta individperspektiv måste självfallet stå i centrum. Sjukförsäkringssystemet ger individen rätt till sjukpenning. Samhällets sjukvård ger rätt till medicinsk rehabilitering. Någon motsvarande rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering finns dock inte. Många av dem som nu är eller riskerar att bli länge sjukskrivna och sluta som förtidspensionärer skulle vara hjälpta av att rättigheten till ett arbete anpassat till individens förmåga sattes i förgrunden. Många av de förslag som läggs fram i denna utredning syftar till att återupprätta denna rätt till arbete. Mot det svarar givetvis också den grundläggande skyldigheten för var och en att ta ansvar för sitt eget liv och att bidra till sin egen försörjning efter förmåga.

2.4 Generella och förebyggande insatser nödvändiga

2.4.1 Forskning, utbildning och information

Även om forskningsrapporter och av denna och andra utredningar producerat material mycket klart visar att variationerna i sjukfrånvaron i mycket hög grad beror på arbetsplatsens organisation, resurstilldelning, arbetsmetod etc. är också förebyggande generella åtgärder nödvändiga. Dessa åtgärder berör både insatser för att utveckla folkhälsan i vid mening och förebyggande insatser i arbetslivet. Sådana insatser måste syfta till att

- utveckla och förstärka en tvärvetenskaplig forskning inom området arbetshälsa och "hälsomanagement",
- öka utbildningen av personal för företagshälsovårdens behov,
- utbilda och vidareutbilda läkare om sjukskrivning som medicinsk terapi,
- utbilda ledare och anställda om faktorer som bidrar till god hälsa på arbetsplatser, samt
- att utveckla ett effektivt informationsprogram inom området folkhälsa och arbetshälsa.

Regeringens "folkhälsoproposition" och riksdagens beslut med anledning av denna proposition kommer att utgöra en grund för fortsatta insatser. Nödvändiga informations- och utvecklingsinsatser som rör arbetet med en ökad hälsa i arbetslivet bör samordnas med föreslagna och kommande insatser för ökad folkhälsa. Dessa insatser måste syfta till att ge alla i samhället sådana kunskaper och sådan information att man som enskild försäkringstagare

och anställd görs medveten om sina rättigheter och sina skyldigheter. Ett särskilt informationsprogram bör utvecklas för att belysa den långa sjukskrivningens och förtidspensionens konsekvenser i form av utstötning från arbetsmarknaden. Rätten till arbete också för den som av olika skäl inte har 100 eller 150 procents arbetsförmåga som idag efterfrågas på allt fler arbetsplatser måste hävdas och ges en förstärkt tyngd.

Informationsprogram och utbildningsprogram måste utvecklas för att ge chefer och ledare nödvändiga kunskaper. Dessa program bör ingå som viktiga delar i universitetens och högskolornas utbud och bör kunna vara en viktig del av näringslivets och den offentliga sektorns kunskapsutbud.

2.4.2 Folkhälsa

Människors levnadsvillkor och levnadsvanor är givetvis bidragande orsaker till sjuklighet och sjukfrånvaro. Folkhälsopolitikens fokus bör vara att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka orsaker och därmed förekomsten av ohälsa.

Individen har ett eget ansvar för att sköta sin hälsa. Det är ytterst den enskilde som kan se till att vara i rörelse, avstå från rökning etc. Enligt Folkhälsoinstitutet är sannolikt ökad fysisk aktivitet en av de absolut bästa metoder som finns tillgängliga om sjukskrivningarna skall minska liksom vårdkostnaderna. Motion motverkar både stressrelaterade sjukdomar och minskar risken för att råka ut för belastnings- och förslitningsskador, som är en av de dominerande orsakerna till långvarig sjukskrivning och förtidspension. Även om denna utredning fokuserar på insatser på arbetsplatsen utesluter inte denna inriktning att alla åtgärder bör vidtagas för att stärka individens eget ansvar för hälsa. Det är en viktig långsiktig uppgift. Mot den bakgrunden förefaller minskade resurser inom skolans område för fysiska aktiviteter vara mindre välbetänkta.

Arbetsgivaren kan stimulera fysisk motion på och utom arbetstid och många arbetsgivare gör så redan idag. Skatteregler som medger avdrag för sådana insatser bör göras tydliga.

2.5 Arbetsplatsen

2.5.1 Sjukfrånvaro – resultat av samspelet mellan individ och arbetsplats

Sjukfrånvaro är en relation som uppstår mellan individens personliga förhållande och grad av hälsa och det arbete hon eller han är frånvarande från. All sjukdom resulterar inte i frånvaro. Det är självklart att ett stort antal sjukdomstillstånd i sitt akuta skede omöjliggör all form av arbete. Tillfrisknande förutsätter vila och att man avstår från arbete. Det är lika självklart att en stor del av sjukfrånvaron beror på sjukdomstillstånd som inte alls är relaterade till arbetsplatsen. De studier som gjorts visar dock på mycket starka och tydliga samband mellan arbetsplatser och grad av sjukfrånvaro. Arbetsförhållanden i vid mening påverkar den faktiska sjukfrånvaron både när det gäller att förebygga sjukfrånvaro och när det gäller att förkorta en sjukdomsperiod. Den goda arbetsplatsen är stimulerande och utgör i sig en källa till friskhet. Arbetet drar individen till sig. Motsatsen resulterar i utstötning – ett tungt, stressfullt arbete där individen inte uppfattar sig behövas producerar ökad sjukfrånvaro och förlänger sjukdomsperioden. Dessa förhållanden förklarar hur det kan komma sig att skillnaderna i sjukfrånvaro kan vara så stora mellan olika sektorer av arbetslivet, inom varje bransch och t.o.m. inom olika avdelningar på samma företag. Jag talar nu självklart om statistiskt säkerställda skillnader och inte om individuella variationer som slår igenom på små avdelningar eller företag. Skillnader mellan arbetsplatser av olika storlek är betydande. Små arbetsplatser, små företag har en väsentligt mindre frånvaro än stora arbetsplatser. Det förefaller inte vara rimligt att förklara detta med att små arbetsplatser skulle ha rekryterat mindre sjukbenägna individer. På den lilla arbetsplatsen känner sig individen behövd, synlig och betydelsefull för verksamheten.

2.5.2 Kunskaper hos ledning och anställda

För att komma till rätta med den stora sjukfrånvaron måste man således börja i rätt ände också på arbetsplatsen. Alla åtgärder måste sättas in för att förebygga orimligt stor sjukfrånvaro. Detta är redan idag ett ansvar som åvilar varje arbetsgivare. Kunskaperna om den goda arbetsplatsen finns i stor utsträckning. Det finns anledning att uppmärksamma dessa frågor via fortsatt forskning och att se till att kunskaper om arbetsplats, individ och hälsa ingår i alla

former av ledarutbildning inte minst inom den högre utbildningen vid våra universitet och högskolor. Vidareutbildning av chefer och anställda måste i ökad grad innefatta utbildning som rör de anställdas – ”företagens viktigaste resurs” – hälsa i arbetet. De fackliga organisationerna kan t.ex. via sina skyddsombud spela en stor roll för att öka hälsan i arbetslivet. Skyddsombudens uppgifter och kunskaper på detta område behöver förstärkas.

2.5.3 Företagshälsovård

Företagshälsovården (FHV) har under de senaste åren nedmonterats på många arbetsplatser. Samtidigt har också bl.a. ett antal stora koncerner¹ utvecklat sin företagshälsovård och kan visa på mycket goda resultat av företagshälsovårdens insatser. I dessa företag ses FHV som en strategisk resurs för företagsledningen och uppfattas som en del av verksamhetens strategi för tillväxt och lönsamhet. I alltför många fall upphandlas dock företagshälsovård till minsta möjliga kostnad och resultaten uteblir. En bra företagshälsovård kräver en resursinsats i storleksordningen 2-3 000 kronor per anställd - en i jämförelse med den totala lönekostnaden mycket liten insats. Trots detta upphandlas företagshälsovård inte minst inom den offentliga sektorn till kostnader som ofta understiger 1 000 kronor. I många fall upphandlas företagshälsovård till en låg fast kostnad och en tämligen stor rörlig kostnad som debiteras vid varje besök. Detta leder till den orimligheten att anställda på många arbetsplatser måste få tillstånd att besöka företagshälsovården. Varje besök blir till en kostnad som måste kontrolleras. Detta är en uppenbar improduktiv lösning. Anställda måste fritt få besöka och kontakta företagshälsovården. Om antalet besök blir för många är detta snarare en av signalerna till chefer och ledning att det finns anledning att se över situationen på arbetsplatsen. Det kanske t.o.m. vore rimligt att företagshälsovården har en resultatklausul i sitt avtal. Om frånvaron minskar får FHV en bonus.

I ökad utsträckning har företagshälsovården ”outsourceats”, inte minst inom kommuner och landsting. Jag är tveksam till denna utveckling. De bästa exemplen på en företagshälsovård som fungerar bra och bidrar till verksamhetens lönsamhet är företagshälsovård som utgör en integrerad del av företagets ledning. Företagshälsovården är en strategisk resurs. Många företag är dock så små att företagshälsovården måste upphandlas utifrån. Upphandlingen

¹ Stora Enso, Scania m.fl.

måste dock som tidigare sagts utformas så att även en sådan företagshälsovård blir en strategisk resurs.

FHV måste få en starkare ställning med ökad integritet om den skall kunna bli en dynamisk resurs för utveckling och ledning av olika verksamheter. Den bör vara obligatorisk med en ställning och integritet liknande den som gäller för en auktoriserad revisor. Den senare är ägarnas kontrollorgan när det gäller verksamhet och resultat. Det förefaller i hög grad rimligt att företagets insatser för att öka de anställdas välbefinnande skulle behöva motsvarande uppföljning och kontroll. På samma sätt som en bra revision är en lönsamhetskapande faktor i det goda företaget så är en bra FHV inte huvudsakligen en pålaga eller en kostnad utan en faktor som ökar långsiktig produktivitet och lönsamhet.

Den nuvarande FHV:s kompetens behöver givetvis på många håll förbättras och med hänsyn till den stora roll den förväntas ha är det rimligt att förutsätta att FHV i likhet med en revisor "auktoriseras" eller certifieras.

2.5.4 Arbetsmiljöverkets tillsyn

I ett program för ökad hälsa i arbetslivet spelar Arbetsmiljöverket en viktig roll. Verkets uppgift är både att vara pådrivande och att utöva tillsyn i enlighet med gällande lagstiftning. Arbetsmiljöverkets resurser har förstärkts under senare år. Verkets tillsyn borde i ännu högre grad än vad som sker f.n. inrikta sig på en genomgång av de arbetsplatser där sjukfrånvaron är särskilt hög. I dag (dec 2001) finns ingen obligatorisk redovisningsskyldighet av sjukfrånvaron. Försäkringskassorna sammanställer inte de uppgifter man har och företagen har ingen egen rapportskyldighet. Inte heller RFV har frågat efter sådana uppgifter och följaktligen inte heller utvecklat system för rapportering och uppföljning.

Det är i hög grad rimligt att tillämpa samma principer för rapportering och uppföljning av hög sjukfrånvaro som gäller för t.ex. miljöfarlig verksamhet. Försäkringskassorna skall, bl.a. som service till företagen, sammanställa och månadsvis återrapportera, uppgifter om sjukfrånvaron per arbetsplats. Arbetsmiljöverket skulle kunna fastställa en gräns som innebär att myndigheter och företag med en sjukfrånvaro som överstiger denna gräns är skyldiga att rapportera till Arbetsmiljöverket vilka åtgärder som vidtas. Verket å sin sida skulle som ovan nämnts kunna koncentrera sin tillsyn och sina insatser till framför allt dessa verksamheter.

2.6 Sjukvården

2.6.1 Sjukvårdsköerna inte ett huvudproblem

I den allmänna sjukvårdsdebatten har frågor om sjukvårdens oförmåga att hantera växande köer stått i förgrunden. Statskontoret har i en särskild rapport belyst konsekvenserna i form av ökande sjukskrivningstider av bristande resurser inom sjukvården. HpH anser givetvis att alla insatser som kan göras för att nedbringa kötiderna är av stor betydelse för att också minska tiderna för sjukfrånvaro. Den stora ökningen av besök hos allmänvård och specialistvård för att få sjukintyg utgör i sig en stor belastning för sjukvården. Allt talar för att vårdavtal och samverkan mellan landsting och företagshälsovård av det slag som utvecklats i Värmland avlastar landstingen och ger ökade resurser till företagshälsovården. För att minska onödiga sjukfrånvaro som orsakas av väntan på adekvat behandling borde också system för vårdgarantier bli en praktisk realitet i hela landet. Försäkringskassans koordinator skulle då få ett instrument att "lotsa" den försäkrade till den snabbast möjliga behandlingen. De erfarenheter som gjorts under de senaste årens utredningar visar dock med stor tydlighet att den ökade sjukfrånvaron inte i huvudsak är ett problem som har en enbart "medicinsk" lösning.

2.6.2 Finansiell samverkan

I ett mer försäkringsmässigt system skulle försäkringsgivaren, dvs. försäkringskassan, kunna köpa sina försäkringstagare den behandling från sjukvården och den arbetslivsinriktade rehabilitering från andra producenter som vid varje tillfälle ansågs försäkringsmässigt försvarlig. Ur försäkringskassans synpunkt vore sådana köp i många fall klart lönsamma. Väntetiden förkortades och den minskade utbetalningen av sjukpenning skulle täcka kostnaderna för den tillkommande behandlingen. Under de senaste åren har begränsade former för sådan "finansiell samordning" funnits och ofta har goda resultat rapporterats. Det har därför funnits anledning att överväga om detta system skulle utvidgas och göras mera generellt. Slutsatser av denna prövning redovisas i utredningens övervägande avsnitt. Låt mig bara här kortfattat redovisa de principiella invändningar som jag anser väger tungt.

Om försäkringskassan skulle "köpa" eller bidra med resurser till behandling som åvilar någon annan huvudman skulle en prioriterad

grupp av sjukskrivna gå före annan kö. Detta står i strid med gällande prioriteringar inom dagens sjukvård. Denna invändning gäller också det förslag som finns om en särskild rehabiliteringsförsäkring. Införs en sådan rättighet inom sjukvårdens område betyder det att den som är arbetsför och har en försäkring går före.

Nuvarande system innebär att försäkringskassan med sin rehabiliteringspott "förhandlar" i varje enskilt fall med arbetsgivaren om vem som skall finansiera ett rehabiliteringsprogram. Detta skapar rättsosäkerhet. Förhandlingsförmåga och inte minst den faktiska tillgången på rehabiliteringspengar ger skilda utslag vid olika tillfällen. En arbetsgivare kan få nej till ett stöd som grannen får ja till.

Det förefaller som den mer rimliga lösningen vore att tillse att landstingen via skatter eller generella statsbidrag får sådana resurser att långa väntetider inte uppstår och regelsystemet om arbetsgivarens ansvar för sin del av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen tydliggörs. Arbetsgivaren har idag ett fullt ansvar. Om det till vissa delar skall överföras till försäkringen är i och för sig en lämplighets- och effektivitetsfråga. Antingen betalar varje arbetsgivare för sina anställdas rehabilitering i den omfattning som gällande föreskrifter kräver eller också betalar man gemensamt för varandra via en högre försäkringsavgift. Enligt min uppfattning är den första modellen i princip att föredra. En omväg av rehabiliteringspengar via försäkringskassan kostar mer än vad den ger. För små företag däremot bör kostnaden för rehabiliteringsåtgärder ingå i försäkringen. Omfattande rehabiliteringsfall kan annars slå mycket ojämnt mot just dessa företag.

En sådan uppstramning innebär att försäkringskassans rehabiliteringsplan utformas av försäkringskassan i samråd mellan den försäkrade och arbetsgivaren. När den är beslutad innebär den en skyldighet för arbetsgivaren att bekosta den rehabilitering som erfordras. Detta gäller så länge rehabilitering kan och bör ske med sikte på att den anställde skall återgå till den egna arbetsplatsen. Om detta inte är möjligt tas ansvaret över av försäkringskassan. I de undantagsfall där tvist skulle uppstå mellan arbetsgivare och försäkringskassa om finansieringen skall försäkringskassans beslut naturligtvis kunna överklagas. Under tiden för en sådan prövning skall försäkringskassan förskotta de medel som erfordras. Den anställde skall inte behöva vänta på sin rehabilitering.

2.6.3 Sjukskrivning som behandlingsmetod

I ett avseende kan insatser inom sjukvården bli av avgörande betydelse för att minska sjukfrånvaron. Förbättrade kunskaper och därav följande attityder bland läkare och allmänhet om sjukskrivning som terapiform skulle kunna bidra till att öka kraven på att arbetsplatsen erbjuder alternativ till en många gånger försvärande passiv sjukskrivning. Alla sjukdomar och från sjukdomen härörande problem botas inte bäst med att patienten som enda alternativ sjukskrivs från varje form av arbete. Om det istället vore en förstahandsregel att den egna arbetsplatsen erbjuder sådana förändringar och lättnader att en anställd kunde helt eller delvis vara på sin arbetsplats under sjukdomens mindre akuta fas skulle många långvariga och isolerande sjukskrivningar kunna förkortas. I andra fall kan sjukdomen i sig vara ett hinder för individen att återgå till den gamla arbetsplatsen. Den tidigare arbetsplatsen kan ibland också vara en så stor del av en skadlig miljö att ett byte av arbetsplats, arbetsgivare och kanske också yrke är den bästa åtgärden. Förmodligen är i många sådana fall arbetsmarknadspolitiska insatser bättre än en fortsatt passiv sjukskrivning.

2.6.4 Ökad utbildning om sjukskrivningens konsekvenser

Kunskaperna om sambanden mellan sjukskrivning, arbetsplats och alternativa åtgärder till sjukskrivning hos sjukvårdens personal och inte minst hos den behandlande läkare som först möter patienten är idag bristfälliga. En förbättrad utbildning och vidareutbildning är ytterst angelägen. Ämnet "sjukskrivning som terapi" bör ingå i all grundläggande utbildning av läkare och sjukvårdspersonal. Universitetens och högskolornas program inom ämnesområden som ledarutbildning, personaladministration, beteendevetenskap etc. bör uppmärksamma frågor om hälsa i arbetslivet. När det gäller vidareutbildning av sjukvårdspersonal bör det vara landstingens ansvar, att se till att sådan erbjuds i alla delar av landet. Vidareutbildning inom området försäkringsmedicin bör vara obligatorisk för alla läkare som skriver sjukintyg.

2.7 Arbetsmarknaden

2.7.1 En förändrad arbetsmarknadspolitik

En stor del av dem som är långtidssjukskrivna blir fortsatt sjukskrivna av den anledningen att de inte har eller kan få ett arbete som passar deras funktionsnedsättning. Ovanpå den egentliga sjukdomen läggs dag efter dag med fortsatt isolering och utstötning från arbetslivet. I många fall skulle en större förståelse hos ledning och arbetskamrater på den gamla arbetsplatsen säkert kunna bidra till att förändra tidigare uppgifter så att den sjukskrivne helt eller delvis kunde återgå till sin gamla arbetsplats. I andra fall är ett nytt arbete på en ny arbetsplats och/eller omskolning och utbildning den bästa lösningen. Dagens system med bristande tydlighet i ansvarsfördelningen mellan försäkringskassa och arbetsförmedling gör att svåra fall tenderar att förlängas och sjukskrivningen blir alltmer passiv och därmed passiviserade. I den mån den medicinska behandlingen är slutförd eller inte förhindrar en arbetsmarknadsinriktad aktivitet bör en sådan alltid inledas så snart som möjligt.

Huvudansvaret att tillse att arbetsförmedlingen tar över den sjukskrivne i ett aktivt program bör ligga på försäkringskassan. Därefter bör ansvaret ligga på arbetsförmedlingen att tillse att den tidigare sjukskrivne nu får ett utvecklingsprogram och ett arbete som passar. En sådan förändring förutsätter att arbetsmarknadspolitikens ansvar för att ta hand om också dessa mer svårplacerade fall görs tydligt. Jag utgår givetvis ifrån att betydande resurser i så fall måste tillföras arbetsmarknadspolitikens område. Dessa ökade resurser bör ses som en investering i syfte att minska utbetalningar av sjukpenning och förtidspension.

Under utredningsarbetet har representanter från näringsdepartement och arbetsmarknadsmyndigheterna framfört att en sådant nytt stort arbetsområde svårligen skulle kunna inrymmas inom den nuvarande arbetsmarknadspolitik, vars huvuduppgift är att aktivt försörja arbetsmarknaden med lämplig och välutbildad arbetskraft. Därtill har arbetsmarknadspolitikerna också till uppgift att ge stöd till dem som har det svårast på arbetsmarknaden, bl.a. arbetshandikappade, invandrare och långtidsarbetslösa. För arbetshandikappade finns ju sedan länge t.o.m. ett särskilt anslag.

Enligt min uppfattning måste dock utomordentliga åtgärder sättas in om någon större del av dem som f.n. är långtidssjukskrivna skall få möjlighet att återgå till arbete. Antingen måste sådana

insatser göras i särskild ordning av försäkringskassorna, av en för detta ändamål tillskapad ny organisation eller också måste arbetsmarknadsmyndigheterna få ett utökat ansvar. Det kan hävdas att en sådan tillkommande uppgift är så stor och så svår att den begränsar möjligheten för arbetsförmedlingar att klara grunduppgiften. Det är möjligt att så är fallet. Den politiska och sakliga avvägningen måste i så fall ske via riksdag och regering. Vad är idag den viktigaste samhällsuppgiften för arbetsmarknadspolitiken? Min uppfattning är att tyngdpunkten mer måste förskjutas till förmån för de individer som av olika skäl har svårt att få arbete. Om arbetsmarknadsmyndigheterna anser det vara omöjligt att ta hand om den stora grupp individer som har olika funktionsnedsättningar så måste uppgiften läggas någon annanstans, t.ex. fortsatt hos försäkringskassan. Jag anser detta vara en sämre lösning. Enligt min uppfattning är en förändring av arbetsmarknadspolitiken med åtföljande resursomfördelning en nödvändig förutsättning för att volymen av lång sjukskrivning och förtidspensioneringar skall kunna minska. En sådan förändring tar tid och måste måhända ske i etapper, men en diskussion och därefter beslut om inriktningen är nödvändig nu.

2.7.2 Rehabiliteringsbidrag för långtidssjukskrivna

Ett viktigt inslag i en politik som syftar till att skapa arbetsmöjligheter för personer som genom lång sjukskrivning måste få ett anpassat arbete vore att omvandla den "passiva" sjukpenningen till ett aktivt rehabiliteringsbidrag. Den som varit sjukskriven mer än ett år har på grund av sin sjukdom med åtföljande funktionsnedsättningar och också genom den långa frånvaron från arbetet svårt att finna nytt arbete. Arbetet måste kanske ske i lugnare tempo än normalt och arbetsgivaren kan ha svårt att bedöma vilken faktisk arbetsprestation den tidigare sjukskrivne kan utföra. Det finns idag ett alltför litet utrymme för aktiva åtgärder och det enda alternativet för många långtidssjukskrivna i dag är fortsatt sjukskrivning och senare "förtidspension". Ett mer effektivt system vore att sjukpenningen omvandlades till "rehabiliteringsbidrag" som gjorde att arbetsgivarens kostnad minskade. Min uppfattning är att ett sådant rehabiliteringsbidrag bäst administreras via arbetsmarknadsmyndigheten. Många skulle få möjlighet att återvända till arbete. Några kan behöva ett stöd under en längre tid andra kan uppnå normal arbetsförmåga tidigare. Ett system med rehabili-

teringsbidrag för att göra det möjligt för långtidssjukskrivna att återgå till arbetet är en viktig ingrediens för att minska lång sjuk-skrivning och förtidspensionering.

2.7.3 Ett arbetsmarknad för långtidssjukskriva – kvotering?

En aktiv rehabilitering genom och till arbete förutsätter att det finns arbete för dem som genom lång sjukskrivning har eller har fått nedsatt arbetsförmåga. För arbetsgivarna som kollektiv är det med all sannolikhet ett lönsamt projekt. Alternativet är ju annars fortsatt höga kostnader för sjukförsäkring och förtidspension som betalas via sjukförsäkringsavgiften. Därtill kommer fortsatta förluster i form av produktionsbortfall och löne- och inflationsdrivande konstant brist på arbetskraft. Eftersom det ekonomiska styrsystemet för den enskilde arbetsgivaren inte belönar ett kollektivt optimalt beteende måste måhända ett kvoteringsystem införas också i Sverige för att göra det möjligt för tidigare sjukskriven arbetskraft att återgå till arbetet. Sådana system finns i många andra västeuropeiska länder, t.ex. Tyskland och Frankrike. Alternativet till ett sådant kvoteringsystem i Sverige är breda överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter där framför allt större arbetsgivare tar ett ökat ansvar för att ge arbete åt fler med olika funktionshinder. Ett särskilt rehabiliteringsbidrag för långtidssjukskrivna borde underlätta sådana överenskommelser. Denna fråga bör lämpligen diskuteras i regeringens "trepartsamtal". Om en sådan överenskommelse inte är möjlig ens med stöd av ett system för rehabiliteringsbidrag bör ett kvoteringsystem övervägas.

2.8 En försäkringsmässig sjukförsäkring

Under utredningsarbetet har det stått alltmer klart att det inte går att åstadkomma ökad hälsa i arbetslivet enbart med ändringar av försäkringsystemet. Försäkringens utformning kan däremot givetvis vara ett mer eller mindre effektivt stöd. Dagens försäkringsstöd har ett antal avgörande strukturella brister och kan inte anses ge rätt incitament vare sig för arbetsgivare, försäkrade eller för försäkringskassorna och övriga myndigheter som hanterar detta stora utgiftsområde. Nedan kommenteras några av de huvudområden där sjukförsäkringen kan förbättras och effektiviseras.

2.8.1 Sjukförsäkringsavgiften måste bättre återspegla den faktiska kostnaden för sjukfrånvaron

I den allmänna debatten framhålls ibland, inte minst från företrädare för arbetsgivare, att arbetsgivaren självklart inte bör vara ansvarig för den sjukfrånvaro som orsakas av den anställda på fritiden eller som sammanhänger med klart medicinska sjukdomar etc. som inte orsakas av arbetsplatsen. Detta argument är just självklart men inte invändningsfritt. En del av sjukfrånvaron är utan tvekan beroende av förhållanden som ligger helt utanför arbetsplatsen. Det kan gälla såväl medicinska och psykiska diagnoser som sociala problem. Det är svårt att bestämma storleken av denna "naturliga" sjukfrånvaro. Man skulle möjligen kunna anta att den ligger någonstans i nivå med den frånvaro som redovisas för de minsta arbetsplatserna eller för den bästa fjärdedelen av företag, myndigheter och organisationer. Så beräknat skulle sjukfrånvaron till ca 25 procent vara individberoende, vilket i sig skulle kunna motivera att en sjukförsäkring till en fjärdedel skulle (som skett tidigare) betalas av den enskilde. På samma sätt kan hävdas att trafikförsäkring och olycksfallförsäkring skulle täcka också sjukpenningkostnader som följd av ett olycksfall utanför arbetsplatsen. Mot ett sådant synsätt står emellertid det faktum att det är "endast på arbetsplatsen som den anställda kan återgå till arbetet". Detta innebär att en nödvändig reduktion av *sjukfrånvaron* måhända mer beror på hur arbetsplatserna anpassas till individernas faktiska situation än på insatser som enbart utgår från att det är individen som är sjuk.

Konsekvensen för den enskildes möjlighet att snabbt återgå till arbetet efter en skada som uppstår utanför arbetsplatsen eller av en sjukdom helt oberoende av arbetsplatsen är, allting annat lika, helt beroende av arbetsplatsens förmåga, vilja och incitament att anpassa sig till den situation som uppstått. Om försäkrings-systemet inte motiverar arbetsgivaren till ansträngningar för att underlätta den anställdes återgång till arbete kommer istället försäkringskostnaderna att stiga. På kort sikt kan det av det enskilda företaget komma att uppfattas som en besparing. På lång sikt återstår dock ingen annan intäktskälla för finansiering av de utgifter som följer av arbetsfrånvaron än uttag i någon form från produktionen. Då, liksom f.ö. med nuvarande generella försäkringsavgift, blir dock konsekvensen att samtliga arbetsgivare, branscher och former av företag betalar samma ersättning

oberoende av vilka ansträngningar man gjort eller gör för att åstadkomma en låg sjukfrånvaro.

Ett effektivt försäkringssystem måste utgå från att ansvaret ligger hos arbetsgivaren så att så många som möjligt skall kunna snabbt återgå till arbetet. Då måste det också skapas helt andra incitament för den nödvändiga anpassningen av arbetsplatsen till individen. Arbetsgivarens ansvar skall därför vara tydligt. Ett sådant tydligt ansvar ligger också i arbetsgivarkollektivets eget intresse. Sjukfrånvaro betalas inte av någon utanförhängande stat eller något av staten finansierat försäkringssystem. Frånvaron belastar i sin helhet produktionen genom den sjukförsäkringsavgift som tas ut. Försäkringssystemet måste få en tydligare koppling mellan avgift och arbetsgivarens faktiska resultat när det gäller att minska sjukfrånvaron. Minskad och låg sjukfrånvaro skall löna sig för de arbetsgivare som gör insatser.

2.8.2 En förlängd sjuklöneperiod

Redan Sjukförsäkringsutredningen föreslog att sjuklöneperioden skulle förlängas från 14 dagar till 60 dagar. Också HpH fullföljer detta förslag. Inget av utredningens många förslag och inte heller någon av utredningens olika presentationer av fakta har blivit föremål för en så omfattande debatt. Positionerna tycks vara mycket hårt lästa. Både arbetsgivare och fackliga organisationer avvisar denna tankegång om än med något olika skäl. Min bedömning som utredare kvarstår dock. En förlängd sjuklöneperiod är en av de väsentliga förutsättningarna för ett fungerande system.

Den nuvarande korta sjuklöneperioden innebär att redan efter 14 dagar överförs ansvaret för utbetalning av sjuklön (sjukpenning) till försäkringskassan, som därigenom belastas med administration av ett mycket stort antal enklare ärenden. Det finns ingenting som pekar på att detta skulle vara en för arbetsgivarna billigare lösning än om man själv tog hand om dessa fall. De allra flesta sjukfall går över inom 60 dagar – endast 300 000 av 900 000 sjukskrivningar varar längre än 60 dagar. Under dessa första 60 dagar är försäkringskassans faktiska möjligheter och förmåga att göra insatser väsentligt lägre än de insatser som skulle kunna göras av en aktiv arbetsgivare och företagshälsovård. Det är arbetsgivaren som betalar oavsett vilket alternativ man väljer. Det är för mig obegripligt varför man väljer ett dyrare och mindre effektivt system.

En annan invändning som ständigt återkommer är att små företag skulle drabbas orimligt hårt. Denna invändning saknar grund. Det föreslagna högkostnadsskyddet i kombination med sänkt avgift gör att små företag blir vinnare.

Det tredje skälet som införs mot en förlängd sjuklöneperiod är att arbetsgivare då i ännu högre grad än tidigare inte skulle anställa sådana som kan befaras bli sjukskrivna. Personer med tidigare sjukdomshistoria skulle få svårt att få nytt arbete. Detta argument är i sig allvarligt med vid närmare genomgång har jag svårt att se att det håller. Inledningsvis är det angeläget att notera att dagens system har stött ut 120 000 långtidssjukskrivna och 450 000 förtidspensionärer. Kan det bli värre? Det förefaller vidare högst osannolikt att en arbetsgivare skulle finna att vid just en sjuklöneperiod på 14 dagar skulle en dålig prognos vara acceptabel. Arbetsgivarens stora kostnad uppkommer inte genom sjuklönen utan via produktionsbortfallet. Om diskrimineringsargumentet anses hållbart betyder det också att man menar att dagens höga sjukfrånvaro inom vård, skola och omsorg skulle kunna ha förhindrats om kommuner och landsting bara fått anställa "friskare" kvinnor? Våra analyser pekar entydigt på att sjukfrånvarons förändring och kraftiga ökning beror på förändring av arbetsorganisation, arbetsrutiner och resurser. Diskriminering förefaller inte vara en särskilt gångbar strategi under den närmaste 10-15 åren. Det står ingen kö av ungdomar som söker sig till arbete inom vård, skola och omsorg. Det är istället brist på arbetskraft.

Det är i sammanhanget intressant att notera att i rapporten "En sjukförsäkring i behov av friskpeng" föreslår tre näringslivet närstående ekonomer² att en "friskpeng" införs. Innebörden av detta förslag är att företagen får ett totalt ansvar för sjukfrånvaro och förtidspension. Företagen erhåller från RFV en peng som motsvarar den på visst sätt beräknade genomsnittliga sjuk- och förtidspensionskostnaden och får med denna peng upphandla på en fri marknad den försäkring som erfordras. Företag med låg frånvaro eller företag som med egna åtgärder minskar frånvaron, minskar sina kostnader och det omvända gäller för företag med hög frånvaro. Förslaget förefaller visserligen var praktiskt och politiskt svärgenomförbart men grunddragen är att arbetsgivaren skall ta det fulla ansvaret.

² Stefan Fölster, Thomas Norén och Robert Gidehag

2.8.3 Högkostnadsskydd för de mindre företagen

Små arbetsplatser och små företag har väsentligt lägre sjukfrånvaro än stora arbetsplatser och stora företag. Dagens generella avgift innebär m.a.o. att små företag betalar för kommuners, landstings och de större företagens sjukfrånvaro. Små företag riskerar dessutom redan idag att drabbas av höga sjuklönekostnader. Ett företag med endast någon eller några få anställda kan få en mycket hög kostnad i procent av total lönesumma redan efter några kortare sjukfall. Det är därför även med dagens system motiverat att införa ett särskilt högkostnadsskydd för mindre företag. Detta behov av högkostnadsskydd förstärks genom det förslag till utökat ansvar för arbetsgivare som HpH nu lägger. I detta högkostnadsskydd bör ingå även kostnader för de åtaganden för rehabiliteringsåtgärder som åvilar arbetsgivaren. Inte heller sådana kostnader kan statistiskt utjämnas i ett litet företag, som inte kan utjämna de statistiska riskerna för en hög sjukfrånvaro. Tidigare utredningar har lämnat sådana förslag. Sjukförsäkringsutredningen och nu även denna utredning understryker behovet av ett högkostnadsskydd. Det är helt nödvändigt att regeringen omgående tar ställning för att införa ett högkostnadsskydd för små företag.

2.8.4 En försäkring utanför budgettaket

Den mest tydliga bristen i nuvarande sjukförsäkringssystem är att försäkringskassorna genom regel- och budgetsystem inte får möjlighet att agera aktivt. I stället får försäkringskassan begränsa sig till att vara en i huvudsak passiv utbetalare av ersättning. Sjukförsäkringsavgiften går direkt in på statsbudgetens intäktssida. Även om den i princip skall motsvara kostnaderna finns inte ett direkt samband. Detta betydde att under början och mitten av 90-talet översteg sjukförsäkringsavgiften väsentligt kostnaderna. För närvarande är avgiften alldeles för låg. Nuvarande nivå, 8,8 procent av lönesumman borde år 2001 vara ca 10 procent. En höjning är nödvändig så att kostnadskonsekvensen blir tydlig. Vill man hålla den totala arbetsgivaravgiften oförändrad kan den särskilda, odestinerade avgiften sänkas med motsvarande belopp.

Det mest allvarliga systemfelet ligger i det förhållande att medan skadeutbetalningarna går på "löpande räkning" så ligger kostnader för förebyggande verksamhet, rehabilitering och administration varje år lästa inom det särskilda anslag som gäller för just den verk-

samheten. Detta "budgettak" är på grund av de lösningar som nuvarande praktiska tillämpning av budgettaket uppenbart förorsakar mycket svårt att löpande justera efter det faktiska behov som uppstår i verksamheten. Det är därför som allmänheten och företag så ofta får höra att "rehabiliteringspengarna" är slut redan under försommaren. Nödvändiga åtgärder måste vänta till ett nytt budgetår. Försäkringskassornas administration har i själva verket under de senaste åren fått minskade anslag samtidigt som antalet långtids-sjukskrivna har haft den kraftigaste ökningen någonsin. Inget försäkringsbolag skulle ha agerat så. Försäkringsmässigt är det naturligtvis riktigt och lönsamt att "ta" av skadepengarna för att investera i förebyggande och rehabiliterande verksamhet som ju sedan minskar skadeutbetalningen. Insatserna ses som investeringar som kan återfås under kommande år. Det komplicerade förhandlingsspel som ligger bakom varje utgiftspost i den statliga budgeten ger uppenbarligen inte utrymme för den nödvändiga flexibilitet som behövs i ett väl fungerande försäkringssystem. Min uppfattning efter dessa års utredande är klar. Ett försäkringssystem kan inte fungera väl inom ramen för aldrig så, i andra sammanhang väl-motiverade, principer för och praktiska tillämpning av ett statligt budgettak.

Slutmålet måste enligt min uppfattning vara att sjukförsäkringssystemet flyttas utanför den statliga budgeten till en självständig allmän sjukförsäkringsfond. Denna skall sedan driva verksamheten och ta ut avgifter för att täcka de totala utgifterna. Riksdagen fastställer de villkor och regler som gäller för sjukskrivning och förtidspension. Fonden arbetar inom detta regelsystem med förebyggande och rehabiliterande insatser i syfte att hålla de totala kostnaderna inkl. skadefall på en så låg nivå som möjligt.

En sådan systemändring kommer dock att ta tid. Det är därför nödvändigt att genomföra de ändringar som är möjliga inom ramen för nuvarande system. En möjlighet vore att inkomster av sjukförsäkringsavgiften och utgifter budgeteras och behandlas inom en totalram. Sjukförsäkringssystemet behandlas inom budgeten som om det vore fristående och försäkringsavgifterna möter skadeutbetalningar och utgifter för förebyggande och rehabiliterande verksamhet samt administration.

2.8.5 Aktiv sjukskrivning och rehabilitering

Ökade folkhälsoinsatser och bättre förebyggande verksamhet på arbetsplatsen kommer att minska antalet sjukskrivningar och därmed behovet av rehabilitering. Den volym rehabilitering som då kvarstår blir möjlig att hantera. Målet att alla som riskerar lång sjukskrivning så tidigt som möjligt skall erbjudas aktiv och arbetsinriktad rehabilitering kan bli ett realistiskt mål som går att uppnå. En förutsättning för en aktiv rehabilitering är att alla berörda samverkar och att försäkringskassans samverkansroll kan utvecklas och bli effektiv. I Gerhard Larssons rehabiliteringsutredning föreslås att en "coach" på försäkringskassan som lotsar den anställda genom de olika kontakterna med sjukvård, arbetsgivare, arbetsförmedling, försäkringskassa och andra berörda. Denna process utvecklas nu av HpH och avser att bli ett instrument där aktiv sjukskrivning skall bli ett verksamt medel att möta nuvarande passiva långa sjukskrivningstider. Denna rehabilitering innefattar både den medicinska rehabiliteringen där sjukvårdens ansvar måste vara tydligt och arbetslivsinriktad rehabilitering av den sjukskrivne. Men därtill också och inte minst den nödvändiga rehabiliteringen och anpassningen av arbetsplatsen.

2.8.6 Förtidspension

Nuvarande regler för förtidspension bör ytterligare ses över. HpH har inte haft möjlighet att göra den genomgång av nuvarande system som är önskvärd. Även om de under 2001 beslutade reglerna, som träder i kraft 1 januari 2003, innebär en förbättring jämfört med tidigare, kvarstår dock ett antal frågor som närmare behöver belysas. Det är t.ex. fortfarande orimligt att så många unga får beslut om förtidspension. Det kan inte vara rimligt, mänskligt och rationellt att någon som är 30, 35 eller 40 års ålder anses vara så arbetsoförmögen att sjukersättning för resten av livet är den enda utvägen. Sjukersättning är den slutliga passiviseringen där individen endast har kvar sin rättighet till viss och minskad ersättning men där aktiva rehabiliteringsåtgärder inte längre sätts in. Reglerna om förtidspension (sjukersättning) måste ses över med samma inriktning som gäller för långtidssjukskrivna – arbete som är anpassat till individen skall var huvudspåret. Också nuvarande målformuleringar i regleringsbrev m.m. måste ses över. Det är stor risk (den syns tydligt på sina håll redan f.n.) att försäkringskassorna ökar antalet

förtidspensioner för att därmed minska volymen av långtidssjuka. Ingen reell förbättring uppnås med ett sådant förfarande.

2.8.7 Skilda ersättningsnivåer i arbetslöshetsförsäkring och sjukförsäkring – ett problem

Under utredningsarbetet har det stått alltmer klart att skillnader i nivåer och principer för ersättning för arbetslöshet och vid sjukdom är ett problem. I vissa fall är det för individen klart lönsamt att vara sjukskriven i stället för att vara arbetslös. Jag anser att nivåerna bör utjämnas.

2.8.8 En samlad organisation

För budgetåret 2001 beräknas de totala kostnaderna för sjukpenning och förtidspension (sjukersättning) uppgå till 108 mdkr. Detta motsvarar 15 procent av statens totala utgifter. Beloppet är nästan dubbelt så stort som arbetsmarknadsanslaget, dubbelt så stort som försvarsanslaget och 12 gånger anslaget för kultur. Samtidigt hanteras detta utgiftsområde med en organisation som skiljer sig från all annan statlig verksamhet. Verksamheten sker i 21 självständiga försäkringskassor. RFV utövar tillsyn och ansvarar för samordning och rådgivning och utfärdar också vissa direkta föreskrifter. RFV är dock inte chefsmyndighet och någon sådan finns heller inte i motsats för vad som gäller inom andra statliga områden, t.ex. arbetsmarknadspolitiken. Detta oklara lednings- och styrsystem förfaller mindre lämpligt att hantera ett utgiftsområde i kris. HpH är ingen organisationsutredning och jag har därför inte utrymme att utveckla något detaljerat organisationsförslag. Jag är medveten om de starka känslor som en diskussion om organisationsstruktur rör upp men anser trots detta att det nödvändigt att ta upp organisationsfrågan. En effektiv och väl fungerande försäkringsadministration är ett viktigt instrument för att hantera de mycket svåra frågor som nu måste lösas. Jag anser därför att riksdagen/regeringen omgående bör starta en genomförande-process där slutmålet redan från början skall vara klart – försäkringskassorna skall organisatoriskt vara en gemensam statlig organisation som leds av en statlig chefsmyndighet.

2.9 Förändringar och översyn behöver göras också i andra system

Under utredningsarbetet har ett antal frågor som rör angränsande områden varit föremål för reflektion och diskussion. Sjukförsäkring och förtidspension svarar 2002 för 15 procent av statsbudgetens totala kostnader. Radikala och önskvärda förändringar som syftar till att bryta nuvarande uppgång för att därefter minska utgifterna för detta stora system kräver med all sannolikhet också förändringar inom andra politikområden. Det ligger utanför denna utrednings direktiv och också praktiska möjligheter att hantera dessa frågor. Detta avsnitt avser att exemplifiera och reflektera över några områden där överväganden och fortsatta utredningar enligt min uppfattning vore angelägna.

2.9.1 Arbetsrätt – starkare skydd vid uppsägning och graviditet

Enligt nuvarande regler får uppsägning inte ske enbart av det skälet att någon är sjuk. Inte heller frånvaro p.g.a. graviditet utgör i sig skäl för uppsägning. I många fall har dock uppsägningar skett där det inte kan uteslutas att sjukdom eller graviditet har varit det egentliga skälet. Enligt min uppfattning borde särskilt långtidssjukskrivnas ställning på arbetsmarkanden förstärkas. Detta skulle kunna ske genom att uppsägning inte fick ske under sjukskrivningsperioden. Uppsägning och skäl för detta bör provas först när den anställde har möjlighet att återgå till arbetet. I fråga om graviditet borde det vara ett starkt samhällsintresse att inför ett starkare skydd både mot diskriminering vid anställning och vid uppsägning. Några framsynta företag har redan idag infört en "positiv särbehandling" av gravida och deras partner. Det förefaller också vara rimligt att gravida får möjlighet att komma starka och utvilade till förlossning. Detta bör ske genom en förstärkning av regelsystemet för havandeskapspenning. Det bör också vara så att arbetsgivaren har en förstärkt skyldighet att anpassa arbetsuppgifter och arbetstider under en rimlig tid före förlossning.

2.9.2 Beskattningsfrågor

Arbetsgivare som vidtar aktiva åtgärder för att öka trivselen på arbetet borde stödjas av ett tydligare skattesystem där i princip alla

kostnader för sådana aktiviteter var avdragsgilla. Det gäller även sådana saker som idag ibland av skattemyndigheter riskerar att betraktas som icke avdragsgill personalförmån. Det kan röra sig om biljetter till kulturaktiviteter, frikort på gym, etc. Förutsättningen är givetvis att sådana aktiviteter riktar sig till företagets samtliga anställda. Det är också viktigt att sådana åtgärder inte riskerar att bli en för den anställde skattepliktig förmån. En översyn av nuvarande skatteregler vore angelägen.

2.9.3 Äldre arbetskraft

Allt färre av den äldre arbetskraften deltar idag i arbetslivet. De som kan lämna arbetslivet i förtid med goda pensionsvillkor eller avgångsvederlag, Andra stöts ut genom sjukskrivning eller förtidspension. Det är uppenbart att arbetslivets villkor för de allra flesta inte är sådana att man vill eller orkar arbeta fram till den i andra sammanhang som önskvärd angivna nya pensionsåldern 67 år. För den som under 30 år haft ett tungt och krävande arbete inom vård och omsorg och nu är 55 år är många gånger ett fortsatt arbete i samma takt och på samma sätt ytterligare 10 år en omöjlighet. Detsamma gäller uppenbarligen inom andra utsatta yrken. Det borde vara rimligt att arbetsgivare av eget intresse utformade en ny politik som är attraktiv för den äldre arbetskraft som man nu kommer att vara så beroende av. Det kan t.ex. gälla att man efter 55 års ålder får längre semester, kortare arbetstid. Det kan också innebära att man som äldre och mer erfaren får ett arbete som "senior advisor" och slipper de tunga lyft och den arbetspress som man inte orkar mer. Det ligger ett stort ansvar inte minst på offentliga arbetsgivare att utveckla en ny och mer flexibel syn på hur anställdas kompetens och erfarenhet kan utnyttjas.

Sjukförsäkringsutredningen föreslog också att om man vill införa ett generellt incitament för äldre arbetskraft skulle t.ex. arbetsgivaravgiften för äldre kunna sänkas. Min uppfattning är att den hotande arbetskraftsbristen inom vissa stora omsorgsyren och den stora utslagningen av äldre arbetskraft fordrar ett väsentligt nytänkande också när det gäller regler för avgifter och skatter. Annars kommer nuvarande trend att fortsätta och förstärkas. Ytterligare allt färre kommer att arbeta efter 55 års ålder.

3 Nya fakta och fakta i ny belysning

3.1 Inledning

I detta kapitel redovisas inledningsvis koncentrerade uppdateringar av tidigare redovisad statistik och analys. Tidigare redovisningar finns bl.a. i Sjukförsäkringsutredningens betänkanden *Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter* (SOU 2000:72), *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag* (SOU 2000:121) samt HpH:s delrapporter 2001-02-15 *Handlingsplanens uppläggning och inriktning* samt 2001-06-26 *Punkter i en handlingsplan*. HpH:s delrapporter återfinns i detta betänkande som bilagorna 1:2 och 1:3.

HpH:s handlingsplan bygger i huvudsak på tidigare presenterat material och gjorda undersökningar. Inom några områden har utredningen dock funnit det nödvändigt att under utredningstiden fördjupa kunskapen och analysen. Företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan har studerats liksom resultatet av försäkringskassans köp av tjänster. Vidare har HpH låtit genomföra fördjupade studier av långtidsfriska, långtidssjuka och långtidsarbetslösa. HpH redovisar här en sammanfattning av dessa undersökningar. Rapporterna återfinns i detta betänkandes del 2 Bilagor.

I november 2001 redovisades utvärderingar av försök med politisk och finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOCSAM) och frivillig samverkan inom rehabiliteringsområdet för särskilt utsatta (FRISAM). HpH återger kortfattat utvärderingarnas sammanfattande resultat.

Vidare redovisar HpH en sammanfattning av Kommittén Välfärdsboksluts slutsatser i slutbetänkandet; *Välfärdsbokslut för 1990-talet* (SOU 2001:79) samt regeringens åtgärdsprogram i 11 punkter för ökad hälsa i arbetslivet budgetpropositionens (prop. 2001/02:1, utgiftsområde 10).

Beträffande ytterligare bakgrundsmaterial kan följande nämnas. En beskrivning av arbetsgivarens ansvar enligt nuvarande regler finns i junirapporten, bilaga 1:3, underbilaga 7.

Vidare beskrivs företagshälsovårdens nuvarande roll och villkor i bilagan 1:4. En allmän redogörelse för några myndighetsorganisationer finns i bilagan 1:5. Nuvarande ordning med lönebidrag och vissa anställningsfrämjande åtgärder beskrivs i bilagan 1:6. HpH har också gjort en särskild konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor, vilken redovisas i bilaga 8 till delrapporten. I bilagan 1:8 redovisas regel 7 i FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Denna regel handlar om arbete. Ett förslag om information om sjukfrånvaro i årsredovisningen finns i bilagan 6 till delrapporten.

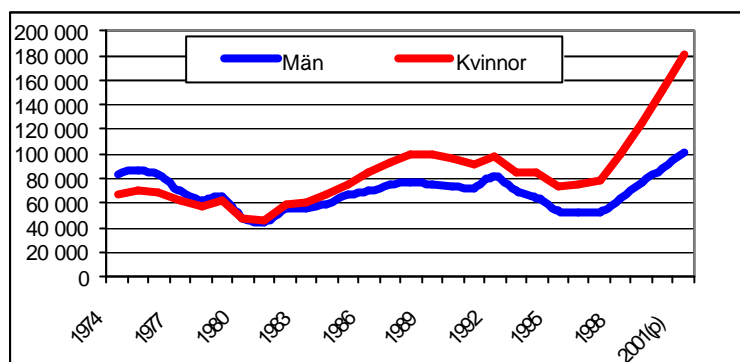
3.2 Sjukfrånvarons utveckling och struktur

Sjukfrånvarons utveckling är väl dokumenterad i RFV:s sjukdataregister vad avser antal av sjukförsäkringen ersatta fall, sjukdagar och sjukfallens längd samt sjukskrivnas kön och ålder. Tyvärr saknar dock den officiella statistiken mycket av förklaringsvärde. Uppgifter saknas till exempel om diagnos, yrke, arbetsplats, arbetsgivare etc. Den korta sjukfrånvaron, upp till 14 respektive 28 dagar, är inte heller systematiskt registrerad på grund av att sjuklöneperioden (då arbetsgivaren svarar för sjukersättningen) varierat under de senaste åren. HpH har därför lagt ner stort arbete på att utveckla egna analyser som redovisas i detta kapitel.

3.2.1 Sjukskrivna

I detta avsnitt redovisas sjukfrånvarons utveckling på individnivå avseende sjukskrivningar, ersatta dagar, sjuktal och ohälsotal.

Diagram 1. Antal sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1976 – 2001 (prognos).

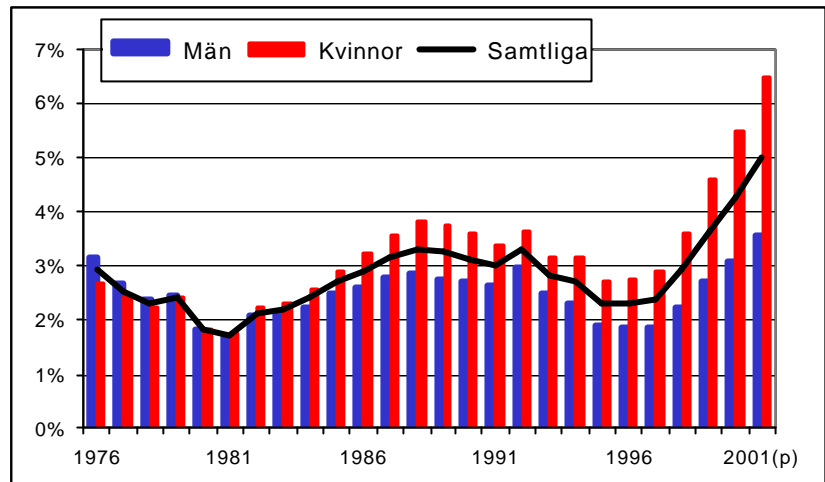


Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV

För att få jämförbarhet över tiden med hänsyn till regeländringar ingår endast personer med en sjukskrivningsperiod som är längre än 30 dagar. Vid slutet av år 2001 har fler än 180 302 kvinnor och 101 858 män varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Som framgår av diagrammet är dessa nivåer de högsta som hittills noterats. Uppgifterna för 2001 är prognostiserade och bygger på ökningstakten för 12-månadersperioden t.o.m. september 2001.

Kvinnornas andel av antalet sjukskrivna har under perioden ökat successivt och kraftigt. 1976 var andelen 45 procent, 1980 hade den stigit till 50 procent och var vid slutet av år 2001, 64 procent.

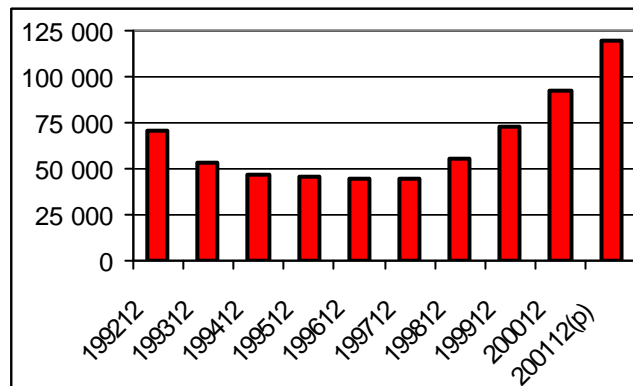
Diagram 2. Andel sjukskrivna > 30 dagar vid slutet av 1976-2001 (prognos) i procent av befolkningen (16-64 år).



Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB.

Vid årsskiftet 2001/2002 har enligt HpH:s prognos ca 6,5 procent av kvinnorna och 3,6 procent av männen i åldern 16 till 64 år varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Motsvarande siffra för hela befolkningen är 5,0 procent. Andelen sjukskrivna kvinnor är vid slutet av år 2001 högre än något tidigare år. Även andelen sjukskrivna män är för första gången högre än den tidigare högsta andelen, år 1976.

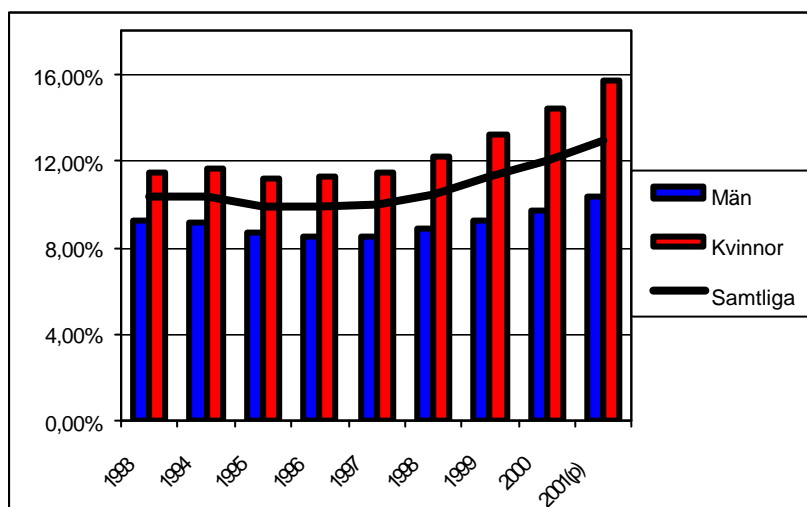
Diagram 3. Antal sjukskrivna längre än 365 dagar vid slutet av åren 1992 - 2001 (prognos).



Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV.

Antalet sjukskrivna längre än 365 dagar minskade mellan åren 1992 och 1997 från ca 71 000 till 45 000. Antalet har därefter, enligt HpH:s prognos för 2001, ökat med 75 000 till 120 000. Den relativa ökningstakten har under de senaste fyra åren legat på ca 30 procent per år. Under dessa fyra år har antalet förtidspensionärer/sjukbidragsmottagare också ökat, från 423 000 till ca 450 000 vid slutet av år 2001. Det ökade antalet långtidssjukskrivna motsvaras således inte av någon minskning av antalet förtidspensionärer.

Diagram 4. Summa sjukskrivna > 30 dagar och förtidspensionärer vid slutet av åren 1993-2001 (prognos) i procent av befolkningen (16-64 år).



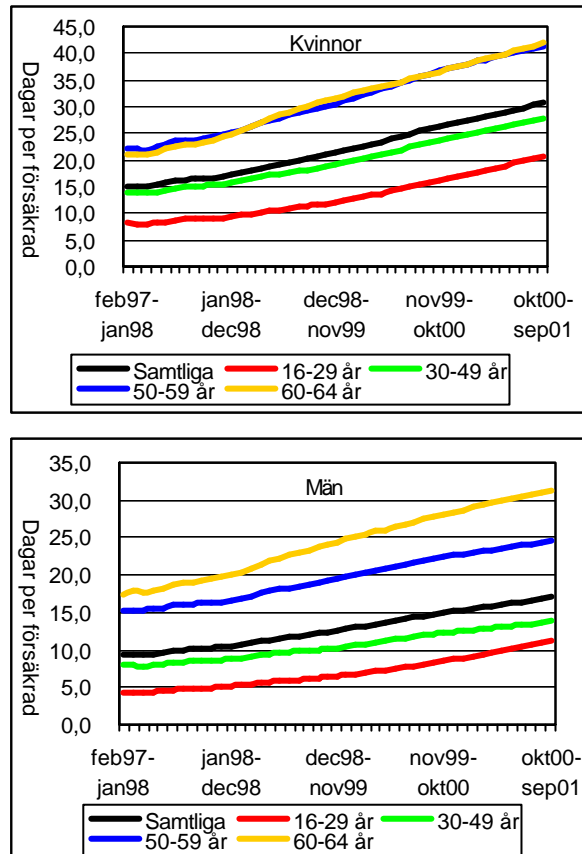
Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB.

I ovanstående diagram har HpH summerat de sjukskrivna och de förtidspensionerade. (Till förtidspension räknas här även sjukbidrag.) Också i detta sammanhang kan noteras att ökningen framför allt gäller för kvinnor. Diagrammet visar att ytterligare cirka 3 procent av befolkningen i åldern 16-64 år är sjukskrivna eller förtidspensionerade år 2001 jämfört med år 1993. 15,7 procent av kvinnorna och 10,4 procent av männen har ersättning i form av sjukpenning eller förtidspension. De förtidspensionerade har under perioden ökat från 414 000 till ca 450 000. Nära 200 000 män och fler än 250 000 kvinnor har förtidspension, vilket motsvarar ca 400 000 heltidsfrånvarande.

3.2.2 Sjuktal

I nedanstående diagram redovisas "sjuktal", dvs. antal dagar med utbetald sjukpenning per sjukpenningförsäkrad (personer med förvärvsinkomst) och rullande 12-månadersperioder från januari 1998 till september 2001. Alla dagar med sjukpenning, oavsett omfattning hel, halv osv., räknas som en dag. Dagar med sjuklön från arbetsgivare är inte medräknade.

Diagram 5. Sjuktal för kvinnor respektive män per tolv månadersperiod fr.o.m. januari 1998 t.o.m. september 2001.

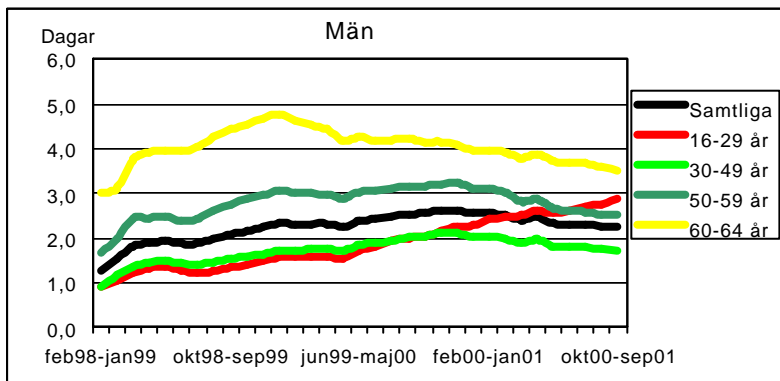
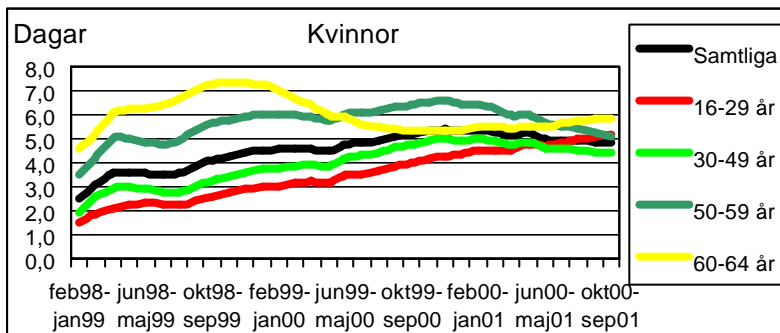
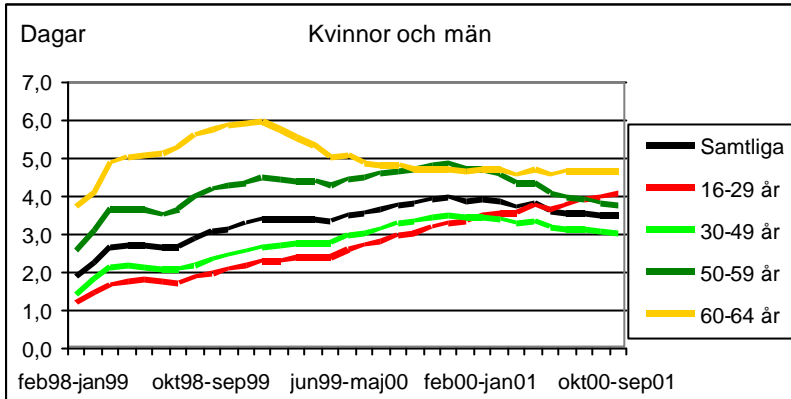


Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB.

Som framgår av diagram 5 fördubblades kvinnornas sjuktal under perioden från i genomsnitt 15,0 till 30,6 dagar. Männens sjuktal ökade från 9,4 till 17,0 dagar. Kvinnornas sjuktal är nästan dubbelt

så höga som männens. Notabelt är också att kvinnor äldre än 50 år har ett sjuktal på i genomsnitt drygt 41 dagar.

Diagram 6. Månadsvis förändring av ökningen av rullande 12 månaders sjuktal för kvinnor och män i olika åldersgrupper fr.o.m. januari 1999 t.o.m. september 2001.



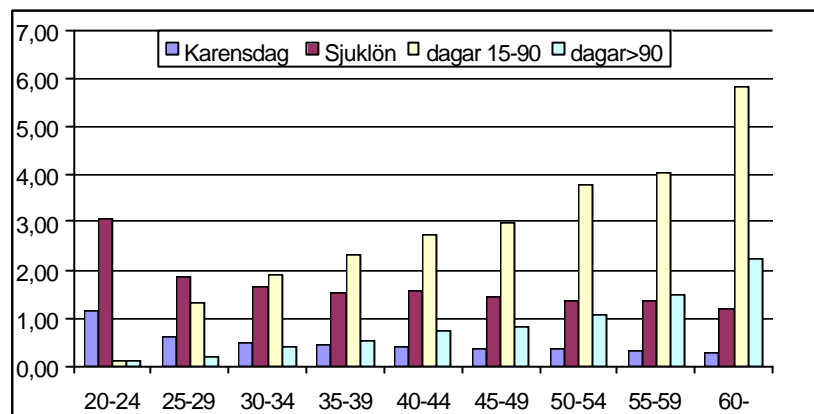
Källa:HpH. Bearbetning av material från RFV.

Diagram 6 redovisar den månadsvisa förändringen av ökningen av sjuktalet. I genomsnitt har förändringen ökat från 1,9 dagar till 3,5 dagar från januari 1999 till september 2001. Som framgår av diagrammet avtar ökningstakten fr.o.m. första halvåret 2000 för alla åldersgrupper utom den yngsta. Åldersgruppen 16-29 år har vid utgången av år 2001 en fortsatt stigande ökningstakt. Under hela perioden har också denna grupp den största förändringen av ökningstakten; från 1,2 dagar till 4,1 dagar. Förändringen för kvinnor 16-29 år är från 1,5 dagar till 5,2 dagar. Motsvarande tal för män är från 0,9 till 2,9 dagar.

3.2.3 Sjukfallens längd i olika åldersgrupper

Sedan sjuklöneperioden infördes den 1 januari 1992 har det saknats officiell statistik om kortvariga sjukfall. För att belysa omfattningen av karensdagar och sjukfrånvarodagar med sjuklön av olika längd har HpH bearbetat uppgifter från Svenskt Näringslivs tidsanvändningsstatistik.

Diagram 7. Uppskattad sjukfrånvaro i olika åldersgrupper i procent av ordinarie arbetstid fördelad på karensdag, nuvarande sjuklöneperiod, dag 15-90 och längre än 90 dagar. Uppgifterna avser andra kvartalet 2001.

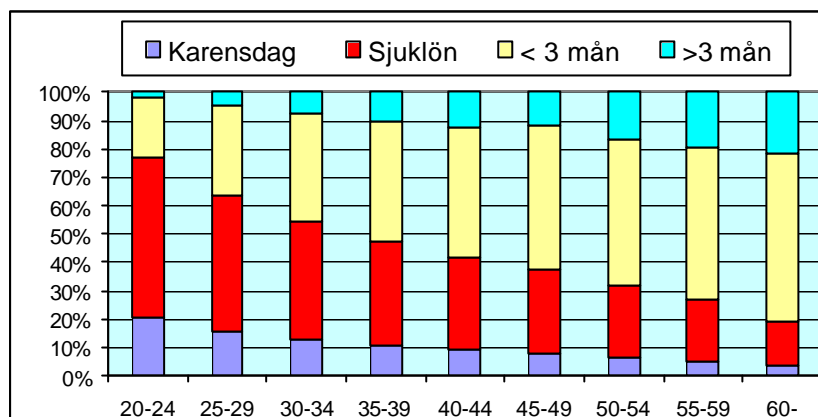


Källa: HpH. Bearbetning av Svenskt Näringslivs tidsanvändningsstatistik

Diagrammet visar att den långa sjukfrånvaron, > 90 dagar, är direkt proportionell mot åldern. Den korta sjukfrånvaron har däremot ett direkt motsatt ålderssamband. Ju lägre ålder desto större andel tar

karensdagar och sjuklönedagar i anspråk av arbetstiden. Fördelningen av respektive åldersgrupps sjukfrånvaro på sjukfallslängder.

Diagram 8. Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid, fördelad på åldersgrupper. Uppgifterna avser år 2000.

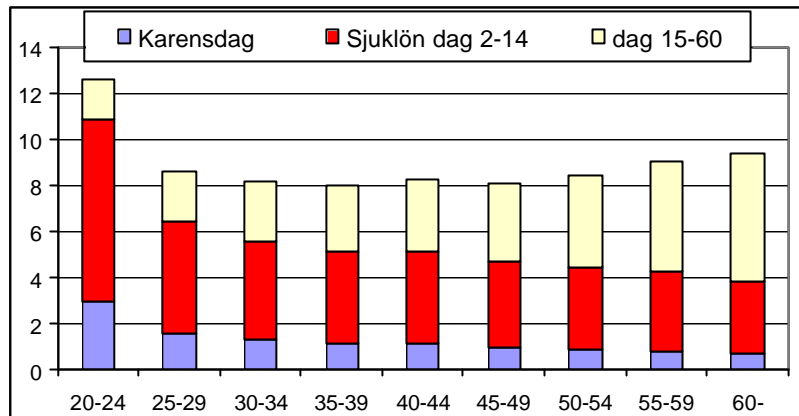


Källa: HpH. Bearbetning av Svenskt Näringslivs tidsanvändningsstatistik

Diagrammet visar att den yngsta åldersgruppens sjukfrånvaro till mer än 75 procent består av karens- och sjuklönedagar. För den äldsta åldersgruppen består mindre än 20 procent av sjukfrånvaron av karens- och sjuklönedagar.

HpH har för att belysa sjukfrånvaron i olika åldersgrupper under de första 60 dagarna i anställdas sjukfall kompletterat uppgifterna ovan med registrerade sjukpenningdagar från dag 15 till 60.

Diagram 9. Uppskattat antal sjukfrånvarodagar i olika åldersgrupper fördelade på karensdag, nuvarande sjuklöneperiod, samt dag 15-60. Uppgifterna avser 2000.



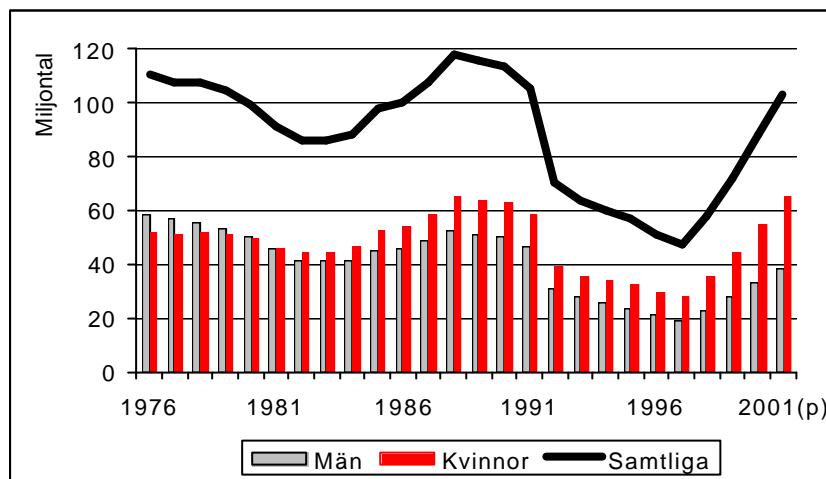
Källa: HpH. Bearbetning av uppgifter från RFV och Svenskt Näringslivs tidsanvändningsstatistik

Som framgår av diagrammet är sjukfrånvaron under de första sextio dagarna av anställdas sjukfall i stort sett lika stor i alla åldersgrupper utom den yngsta. I åldersgruppen 25-54 är i genomsnitt sjukfrånvaron under de första 60 dagarna cirka 8 dagar. I gruppen 55 år och äldre är motsvarande antal frånvarodagar 9. Den allra yngsta gruppen har det högsta talet, i genomsnitt närmare 13 frånvarodagar.

3.2.4 Sjukpenningdagar

HpH vill understryka att antalet sjukpenningdagar inte speglar den totala sjukfrånvaron utan endast den del som ersätts av sjukförsäkringen. Införandet av karensdagen 1993 och sjuklöneperioder med olika längd sedan 1992 innebär att ett stort antal sjukfall och sjukfrånvarodagar inte registreras i den officiella statistiken.

Diagram 10. Av sjukförsäkringen ersatta dagar, sjukpenningdagar 1976-2001 (prognos). Partiellt ersatta dagar räknas som hela dagar.



Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV

För år 2001 prognostiserar HpH 103 miljoner sjukpenningdagar. Prognosen för 2001 bygger på ökningstakten 12-månadersperioden t.o.m. september 2001, 17 procent. Det innebär en ökning med mer än 56 miljoner dagar jämfört med 1997.

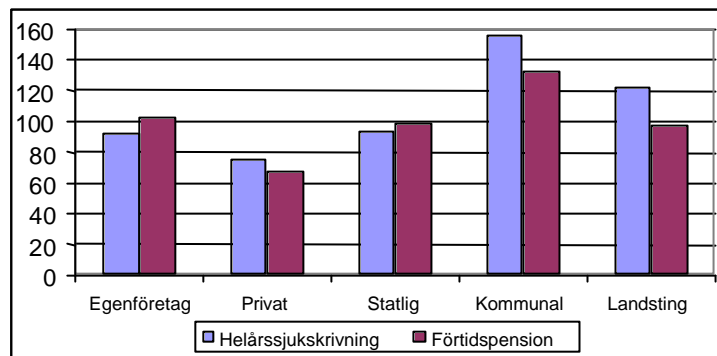
Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) uppskattade att antalet karens- och sjuklönedagar under 1999 uppgick till ca 40 miljoner. Den totala sjukfrånvaron under 1999 kan därmed uppskattas till mer än 110 miljoner dagar. Antalet sjukpenningdagar steg under år 2000 och 2001 med 31 miljoner dagar. Den totala sjukfrånvaron torde därför under år 2001 ha uppgått till närmare 150 miljoner dagar, vilket med stor marginal är den högsta sjukfrånvaronivån någonsin.

3.2.5 Sjukfrånvaron i olika sektorer

HpH har i tidigare rapporter på olika sätt redovisat sjukfrånvarons utveckling i olika sektorer. Underlaget för följande redovisning är den undersökning som redovisas i bilaga 2:4, *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska*.

I undersökningen studerades fyra grupper 25-64-åringar som under hela år 2000 antingen var sjukskrivna (91 356 personer), helt eller delvis arbetslösa (196 449 personer), hade beviljats förtidspension (35 200 personer) eller inte hade uppburit någon ersättning från sjukfrånvaro från RFV (friska). Den friska gruppen bestod av cirka 4 miljoner sjukförsäkrade. Nedanstående diagram baseras på undersökningens resultat.

Diagram 11. Antal faktiskt helårssjukskrivna och förtidspensionerade år 2000 fördelade på anställningssektor 1999 i förhållande till förväntat antal (de friskas fördelning). 100 innebär att faktiskt antal är lika med förväntat antal.

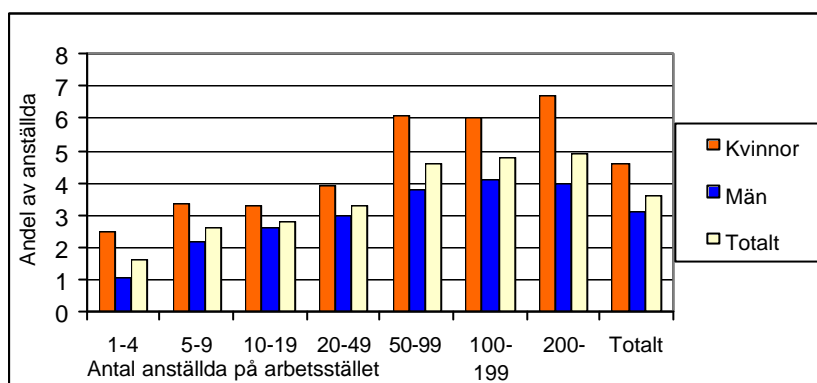


Diagrammet visar att kommuner har en mycket stor, nära 60 procent, överrepresentation av helårssjukskrivna anställda. Även förtidspensioneringen från kommunal anställning överskrider med stor marginal den förväntade nivån. Helårssjukfrånvaron inom landstingen ligger också på en hög nivå.

3.2.6 Sjukfrånvaron på arbetsställen av olika storlek

Sjukfrånvaron ökar tydligt med arbetsplatsens storlek. De statistiska uppgifterna har hämtats från SCB:s kortperiodiska sysselsättningsstatistik, som bygger på kvartalsvisa uppgifter från ett urval av arbetsgivare.

Diagram 12. Sjukfrånvaro för kvinnor och män anställda på arbetsplatser av olika storlek inom enskild sektor 3:e kvartalet 2001. Procent av anställda.



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

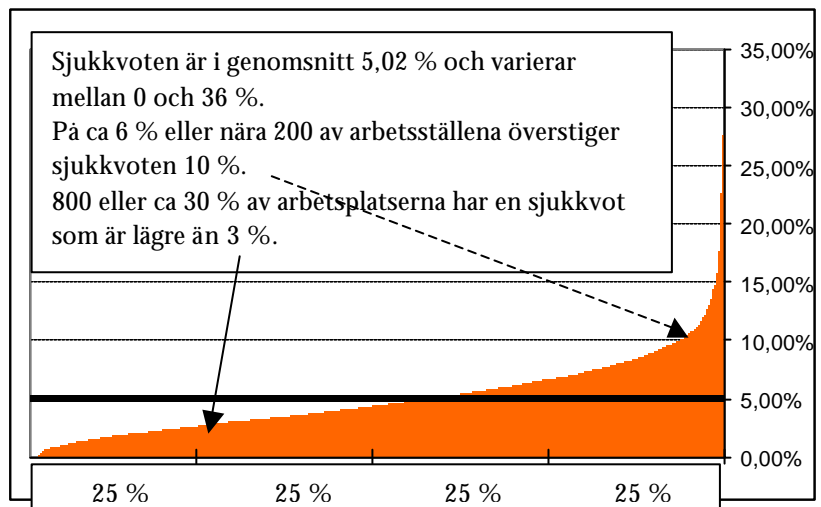
Av diagrammet framgår att kvinnorna har en betydligt högre sjukfrånvaro i alla storleksklasser och att sjukfrånvaron stiger med arbetsställets storlek.

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

3.2.7 Sjukfrånvaron på arbetsplatser med fler än 100 anställda i privat sektor

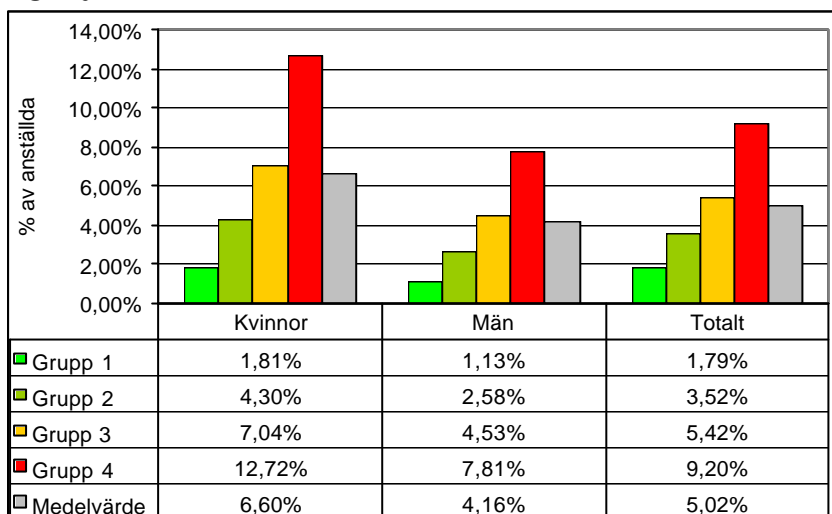
HpH har tagit del av SCB:s grundmaterial för den kortperiodiska sysselsättningsstatistiken. I detta material redovisas frånvarouppgifterna för det enskilda arbetsstället. HpH har därmed kunnat studera de stora skillnader i sjukfrånvaro som föreligger mellan olika arbetsplatser. Skillnaderna framkommer även inom olika storleksklasser, olika branscher och regioner. HpH redovisar i följande diagram uppgifter rörande närmare 3 000 arbetsställen med fler än 100 anställda inom den privata sektorn.

Diagram 13. Sjukfrånvaro på arbetsplatser med fler än 100 anställda, privat sektor, andra kvartalet 2001. Sjukkvot = andel sjukfrånvarande i procent av anställda.



Källa: HpH Bearbetning av SCB:s kortperiodiska sysselsättningsstatistik

Diagram 14. Sjukfrånvaro på arbetsplatser med fler än 100 anställda, privat sektor andra kvartalet 2001. Andel sjukfrånvarande i procent av anställda. Arbetsplatserna har rangordnats efter kvinnors, mäns och totalt anställdas sjukfrånvaro och delats upp fyra lika stora grupper, vars medelvärden beräknats. Grupp 1 har lägst sjukfrånvaro.



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

Totalt sett svarar de 25 procent (grupp 4) av arbetsplatserna med den högsta sjukfrånvaron för närmare hälften av den totala sjukfrånvaron inom den privata sektorn. Denna grupp arbetsställen har 7 gånger så hög frånvaro både för kvinnor män jämfört med gruppen med den lägsta frånvaron. Kvinnornas tal ligger i alla grupper på en högre nivå än männens.

3.2.8 Regionala och lokala skillnader

Underlaget för följande redovisning är hämtat från den undersökning som redovisas i bilaga 2:4, *Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska*.

I undersökningen redovisas bl.a. hemortskommuner för de fler än 90 000 personer som var sjukskrivna hela år 2000. Redovisningen görs som jämförelse mellan den faktiska helårssjukfrånvaron och den förväntade sjukfrånvaron med hänsyn till befolkningens storlek. 100 procent innebär således att den faktiska sjukfrånvaron är lika stor som den förväntade. Mätt på detta sätt varie-

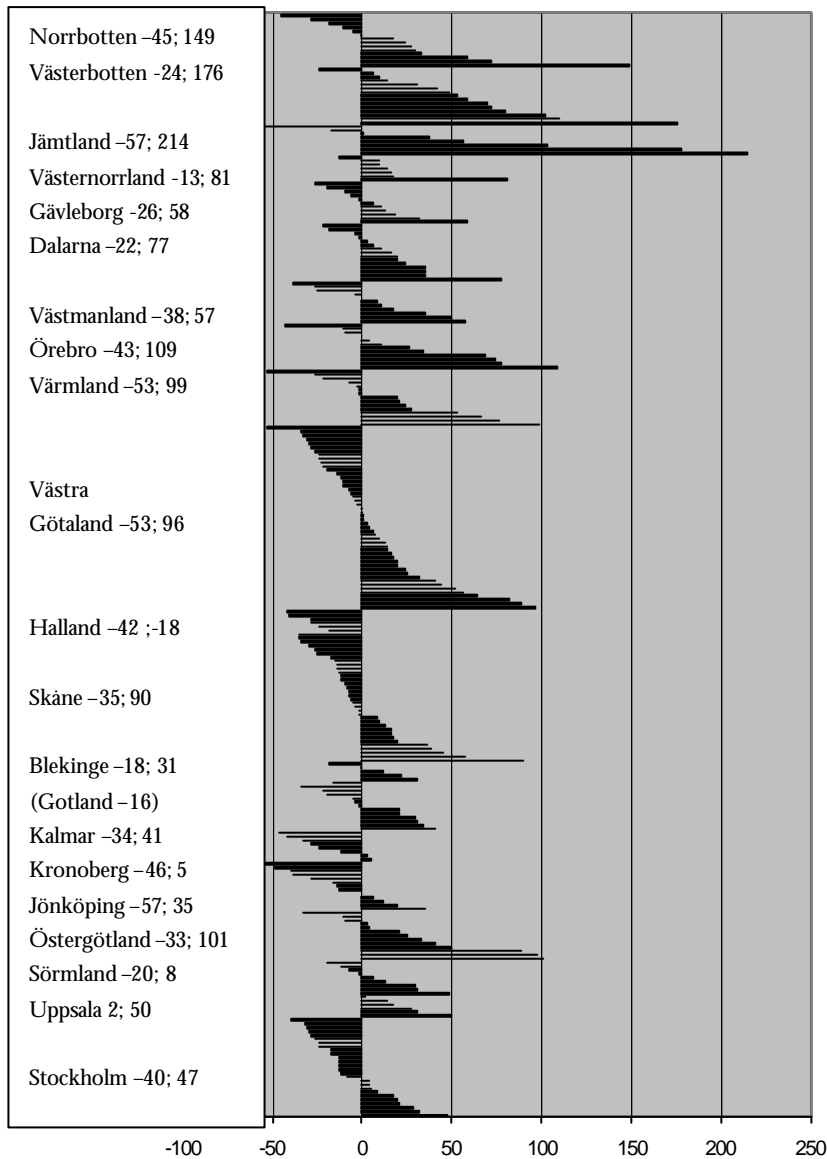
rar helårssjukfrånvaron från 43 till 314 procent av förväntad nivå. Sjukfrånvaron varierar således mellan olika kommuner med relationen 1 till 7.

HpH finner skillnaderna anmärkningsvärda. Skillnaderna är så stora att de inte kan förklaras genom modeller som enbart vill se sjukfrånvaron som något som orsakas genom individers olika sjukdomsbenägenhet. De regionala skillnaderna låter sig heller inte förklaras genom skillnader i ålder eller näringsstruktur. Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sin genomgång av de regionala skillnaderna att de stora variationerna kvarstod även efter hänsynstagande till invånarnas ålder och kön, näringslivets struktur och arbetslöshetens utveckling.

Den förklaring HpH finner sannolik är att tradition och inställning till sjukskrivning som ett försörjningsmedel bland medborgare, läkare och försäkringskassor varierar över landet. HpH anser att det ligger på RFV:s och på lokal nivå i synnerhet på den regionala försäkringskassans ansvar att genom information, diskussion och "benchmarking" uppmärksamma dessa skillnader. En sådan uppmärksamhet ger på lång sikt resultat och skapar med all sannolikhet bättre förutsättningar att genom aktiva åtgärder ge alternativ till en passiviserande långtidssjukskrivning. Därtill kommer att sjukförsäkringens regelverk måste tolkas och tillämpas på ett entydigt sätt över hela landet.

HpH redovisar i nedanstående diagram helårssjukfrånvaron i kommunerna ordnade länsvis.

Diagram 15. Helårssjukfrånvaro år 2000 fördelad på län och kommun. Avvikelse från förväntade värden i procentenheter. Siffrorna anger talen för kommun med lägsta respektive högsta sjukfrånvaro. Negativa tal innebär att den faktiska sjukfrånvaron är lägre än den förväntade. - 45 betyder således 45 procent av förväntad sjukfrånvaro.



I nästan alla län varierar helårssjukfrånvaron markant mellan länets olika kommuner. I Hallands län har samtliga kommuner bättre tal än förväntat. Endast i Uppsala län avviker alla kommuner negativt. Uppgifter om de enskilda kommunerna redovisas i bilaga 2:4.

3.2.9 Sammanfattande analys av sjukfrånvaron

HpH:s uppdatering av tidigare presenterade basfakta om och analyser av sjukfrånvaron visar att sjukfrånvaron fortsätter att öka och att ohälsa och därmed sammanhängande utstötning från arbetslivet blivit ett mycket allvarligt problem för allt fler människor. Vid utgången av år 2001 beräknas antalet personer som varit sjukskrivna längre än ett år till 120 000, nästan en tredubbling jämfört med 1997. Även antalet förtidspensionerade fortsätter att öka. Antalet förtidspensionerade och sjukskrivna sammantaget uppgick vid årsskiftet 2001/2002 till nära 16 procent av befolkningen i arbetsför ålder.

Den mycket kraftiga negativa utvecklingen av sjukfrånvaron fortsätter. Antalet sjukpenningdagar har ökat med 56 miljoner mellan åren 1997 och 2001. Relativt sett är ökningen 117 procent. HpH uppskattar att den totala sjukfrånvaron, inklusive karensdagar och frånvaro under sjuklöneperioden, under år 2001 uppgår till ca 150 miljoner dagar, vilket motsvarar mer än 400 000 årsarbeten. Till detta kan adderas förtidspensionärernas helårsfrånvaro som beräknas till 400 000. Sammantaget innebär detta att den korta, långa och permanenta sjukfrånvaron motsvarar 800 000 årsarbeten.

HpH:s uppdatering av tidigare presenterat material visar med full tydlighet att den förändring som nu pågår inte är generell. Hur än analysen görs framträder stora skillnader. Kvinnors sjukfrånvaro ökar väsentligt mer än mäns. Analyseras kvinnors sjukfrånvaro ytterligare visar det sig att utvecklingen inom vissa yrkesområden är väsentligt sämre än inom andra. Särskilt höga sjuktal redovisas inom kommunala arbetsområden – vård, skola och omsorg. Men också på denna nivå framträder stora skillnader mellan enskilda kommuner och landsting och mellan olika arbetsplatser inom samma kommun.

På samma sätt framträder stora skillnader inom den privata sektorn – mellan branscher, inom branscher och inom det enskilda företaget. Små arbetsplatser/företag har en väsentligt lägre sjuk-

frånvaro än större. De undersökningar HpH låtit genomföra visar att medarbetarnas upplevda möjlighet till kontroll och eget handlingsutrymme är av stor betydelse för sjukfrånvaron. Där dessa förhållanden har försämrats ökar också sjukfrånvaron mest.

Sjukfrånvaro påverkas också av förhållanden utanför arbetslivet. Trafikolyckor och ett stort antal sjukdomar har ingen eller litet samband med arbetslivet. Sociala faktorer helt utanför arbetslivet spelar en stor roll. Individens egna aktiviteter i form av motion och kost är andra exempel. Det finns dock ingenting som tyder på att dessa externa faktorer kan förklara de stora skillnaderna i sjukfrånvaron mellan olika arbetsplatser. Inte heller har de förändrats i en sådan utsträckning att de till någon väsentlig del kan ha påverkat den mycket starka ökning som skett de senaste åren.

De stora regionala skillnader i sjukfrånvaron som registreras i utredning efter utredning indikerar också bristerna i den nuvarande sjukförsäkringsadministrationen. Regeltolkningar och tillämpningar sker inte med den entydighet och rättssäkerhet som ett nationellt system kräver.

Det är mot bakgrund av dessa fakta och denna analys som HpH nu lämnar förslag som innebär en stark fokusering på åtgärder på arbetsplatsen och en målinriktad och bättre underbyggd sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Det är endast i samspelet mellan individen och arbetsplatsen som ohälsa kan bekämpas och ett hälsosamt arbetsliv kan utvecklas. Framtidens arbetsliv måste utformas med hänsyn till individens möjligheter och med ett för den enskilde och arbetsgivaren gemensamt ansvar för ett arbete som är så utformat att medarbetaren orkar arbetstiden och arbets-åren ut.

3.3 Företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan

3.3.1 Bakgrund

Företagshälsovården har genomgått stora förändringar under 1990-talet och också under denna tidsperiod varit föremål för ett flertal utredningar. I propositionen (1998/99:120) om företagshälsovård förtydligades arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla företagshälsovård och företagshälsovårdens uppgifter renodlades.

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen föreslog i betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) att en

kompetensförstärkning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning snarast bör byggas upp inom företagshälsovården.¹ Sjukförsäkringsutredningen föreslog att företagshälsovårdens roll skall förstärkas.²

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade att 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 verksamhet som motsvarar dessa krav. Sjukförsäkringsutredningen ansåg att företagshälsovårdens ställning som en partsobunden specialistresurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet borde förstärkas och förtydligas. Utredningens förslag om att försäkringskassan skall tillföras medel som får användas för köp av tjänster avseende prevention och rehabilitering innebär att företagshälsovården kan byggas ut i enlighet med den efterfrågan som uppstår.

Sjukförsäkringsutredningen ansåg vidare att företagshälsovårdens resurser också bör kunna utnyttjas inom den arbetsrelaterade sjukvården och föreslog att försäkringskassan för sjukfall längre än sextio dagar regelmässigt skall begära och bekosta en samlad utredning där företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas.³

HpH ansåg det nödvändigt att undersöka företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan från arbetsgivare och försäkringskassa. Regeringen uppdrog i mars 2001, efter förslag från HpH, åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovården skall kunna medverka till att förbättra hälsan på arbetsplatserna och påskynda arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppdraget har utförts i nära kontakt med HpH.

En delrapport överlämnades till HpH i oktober 2001 avseende de delar som har direkt påverkan på HpH:s förslag om yttrande över rehabiliteringsunderlag. Statskontorets slutliga rapport skall lämnas till regeringen vid årsskiftet 2001/2002.

¹ SOU 2000:78, Rehabilitering till arbete, sid 260

² SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, sid 181

³ SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, sid 184-185

3.3.2 Sammanfattning av Statskontorets rapport

Delrapporten *Konsekvenser av förslaget om yttrande från företagshälsovården i långa sjukfall* redovisas i sin helhet i bilaga 2:9. Nedan följer en sammanfattning av slutsatserna. HpH:s bedömning av företagshälsovårdens roll och uppgift återfinns i förslagsavsnittet 4.5.

Statskontoret belyser i rapporten främst de administrativa konsekvenser och förutsättningar som uppstår för företagshälsovårdens del av förslaget om att företagshälsovården regelmässigt ska yttra sig över det rehabiliteringsunderlag som en arbetsgivare ska ges skyldighet att upprätta i långa sjukfall.

Statskontoret bedömer att företagshälsovården kommer att få yttra sig över 250 000 sjukfall per år. Den sammanlagda resursinsatsen för att regelmässigt yttra sig över rehabiliteringsunderlagen bedöms till ca 266 årsarbetare fördelade på 141 företagsläkartjänster, 63 företagsskötersketjänster, 31 beteendevetartjänster och 31 tjänster för sjukgymnaster⁴.

Då företagshälsovården redan i dag medverkar i ca 36 procent av de långa sjukfallen uppskattar Statskontoret att nettoeffekten av reformen innebär krav på ett resurstillskott motsvarande 90 heltidstjänster för företagsläkare, 40 för företagsskötersketjänster, 20 för beteendevetare och 20 för sjukgymnaster.

För att gå iland med den tillkommande uppgiften, givet prognoser över pensionsavgångar samt oförändrade uppgifter i övrigt, behövs en kraftigt ökad utbildning. För att under en tvåårsperiod ersätta såväl avgångar som tillgodose behovet av nytillskott krävs en fördubbling av företagsläkarutbildningen till ca 70 platser/år, en utökning av företagssköterskeutbildningen till ca 90 platser/år och en utbildning av 25 beteendevetare/år – dvs. återupptagande av utbildningen på samma nivå som 1997/98.

Genom att omfördela de resurser som i dag läggs ner på utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsarbete, 425 årsarbetare, skulle resursbehovet för att avge yttranden över rehabiliteringsunderlag dock kunna klaras på kort sikt.

Statskontoret gör bedömningen att förslaget om rehabiliteringsunderlag innebär ett krav på en betydande utökning av företagshälsovårdens personalresurser om kvalitet och övriga arbetsuppgifter inte omprövas. Som en konsekvens av detta bedömer Statskontoret att ett genomförande kräver en övergångstid och/eller att det förväntade genomslaget anpassas till tillgängliga resurser.

⁴ Till gruppen sjukgymnaster räknar Statskontoret här även ergonomer

3.4 Statskontorets rapport angående försäkringskassans köp av tjänster

3.4.1 Bakgrund

När rehabiliteringsreformen trädde i kraft den 1 januari 1992 fick försäkringskassan ansvar för att samordna de rehabiliteringsinsatser som behövs för att den sjukskrivne skall kunna återfå sin arbetsförmåga. Försäkringskassan hade sedan tidigare tillgång till medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. År 2000 köptes sådana tjänster för ca 550 miljoner kronor. I direktiven till Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08, dir. 1999:44) framförde regeringen bl.a.

”Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har sedan reformen genomfördes år 1992 inte fungerat tillfredsställande. Trots en mängd utredningar, rapporter och utvärderingar, som också har lett till åtgärder, har det varit svårt att få reformen att fungera i enlighet med lagstiftarens intentioner. Dessa utredningar visar samtliga på allvarliga brister i tillämpningen av lagstiftningen hos rehabiliteringsarbetets centrala aktörer, dvs. arbetsgivare och försäkringskassa. Dessutom går det inte att dra några djupgående slutsatser om resultatet och effekterna av de senaste årens rehabiliteringsåtgärder – dvs. det går inte att bedöma huruvida de medel som budgeterats till rehabilitering ger önskat resultat.”

3.4.2 Sammanfattning av Statskontorets rapport

HpH gav i april 2001 Statskontoret i uppdrag att redovisa vilka som får rehabiliteringstjänster och hur försäkringskassan väljer ut dessa personer. Vidare skulle Statskontoret redovisa vilka tjänster som försäkringskassan köper och vilka effekter rehabiliteringen har. Slutligen skulle Statskontoret diskutera alternativa gränsdragningar i ansvaret för köp av rehabiliteringstjänster.

Statskontorets rapport *Ett effektivt rehabiliteringsarbete? – om försäkringskassans samordning och köp av rehabiliteringstjänster* redovisas i sin helhet i bilaga 2:10. Nedan följer en sammanfattning av Statskontorets slutsatser. HpH:s bedömning av försäkringskassans köp av tjänster återfinns i förslagsavsnittet 4.8.4.

Statskontoret har i utvärderingen funnit att de problem som är förknippade med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är väl beskrivna och utredda. Problemen kan sammanfattas i att området är otydligt definierat, att verksamhetens mål är oklara och svåra att

prioritera samt att det är svårt att belägga effekterna av rehabiliteringen.

På senare tid har det gjorts vissa försök att påvisa vilka samhälls-ekonomiska effekter som verksamheten har. Dessa försök grundar sig på resultat från småskaliga rehabiliteringsverksamheter, främst av medicinsk karaktär. Att dessa försök genomförts visar ändå på en utveckling inom området.

Satsningarna på metodutveckling inom socialförsäkrings-administrationen (Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna) har påtagligt förstärkts. Några nya metoder har emellertid ännu inte implementerats och ett samlat metodstöd saknas.

Utvärderingen av området har utökats, dels inom ramen för offentliga utredningar, dels genom regeringsuppdrag till bl.a. Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen att utvärdera SOCSAM och FRISAM.

Arbetet med rehabilitering inom försäkringskassan kännetecknas av liten systematik. Detta bedöms bero på avsaknad av metodstöd och att rehabiliteringsarbetet fått stå tillbaka på grund av den stora mängden sjukfall.

Försäkringskassan använder sina medel för köp av rehabiliteringstjänster i allt större utsträckning till att köpa utredningar av olika slag. Detta bedöms bero på den ökade arbetsbelastningen och på dåliga underlag från försäkringskassans medaktörer, främst sjukvården, samt Riksförsäkringsverkets krav på bra beslutsunderlag.

Statskontoret bedömer att det är samordningsrollen som är den viktigaste beståndsdelen i försäkringskassans rehabiliteringsarbete. För att försäkringskassan ska kunna uppfylla denna roll krävs att försäkringskassan har viss kompetens och förutsättningar att utöva rollen gentemot andra rehabiliteringsaktörer. För närvarande bedöms samordningen inte fungera på ett önskvärt sätt.

Försäkringskassan måste tillsammans med de andra aktörerna inom rehabiliteringsområdet förmås att kraftsamla för att hantera det stora antalet långvarigt sjukskrivna. Det är av största vikt att försäkringskassan inte står ensam i detta arbete då det riskerar leda till en ökad förtidspensionering som får svåra konsekvenser för sysselsättningen och samhällsekonomin.

Det för närvarande mycket stora antalet långvarigt sjukskrivna kan temporärt komma att kräva särskilda åtgärder. Det bör skyndsamt utredas vilka sådana åtgärder som kan vara aktuella för att t.ex. ge den nämnda gruppen möjlighet att under en längre tid successivt återgå till den reguljära arbetsmarknaden.

Försäkringskassans personal måste få tillgång till ett samlat metodstöd för arbetet med sjukskrivning och rehabilitering. Vidare måste försäkringskassan bygga upp den kompetens som behövs för samordningsuppdraget. Försäkringskassan möjligheter att bedriva en effektiv samordning måste stärkas. I ett första steg bör alla andra rehabiliteringsaktörer få ett ansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar.

Arbetsgivarnas ansvar för att vidta rehabiliteringsåtgärder måste förtydligas. Arbetsgivarens ansvar bör upphöra när målet för rehabiliteringen inte längre är återgång i arbete hos den gamla arbetsgivaren.

Om sjukförsäkringen ska påverka prioriteringarna i sjukvården måste en omvärdering göras av begreppet vård på lika villkor.

Informationsflödet mellan sjukvården, den enskilde och försäkringskassan måste förbättras. Sjukvårdens ansvar för att genomföra rehabiliteringsutredningar kan därvid vara ett första steg.

Den minskade arbetslösheten och ökade efterfrågan på arbetskraft samt omorganisering inom Arbetsmarknadsverket har, menar Statskontoret, lett till att frågan om överförande av ansvaret att köpa rehabiliteringstjänster från försäkringskassan till Arbetsmarknadsverket har minskat i aktualitet.

System för uppföljning och utvärdering som fångar åtgärder och kostnader både hos försäkringskassan och andra rehabiliteringsaktörer måste byggas upp. Med stöd i detta och ett utvecklat metodstöd för försäkringskassans personal kan en aktiv metodutveckling bedrivas och verksamhetens effektivitet mätas.

3.5 HpH:s forskningsprogram

För att bromsa och bryta den kraftiga ökningen av arbetsrelaterad ohälsa och långtidssjukskrivningar krävs kunskaper om orsaksfaktorer bakom ohälsan och om vilka förhållanden som gynnar hälsa. HpH tillsatte en speciell expertgrupp med representanter från Arbetstlivsinstitutet, Karolinska institutet, Riksförsäkringsverket och Statistiska Centralbyrån för att genomföra fördjupade studier under utredningsåret.

Inom HpH:s forskningsprogram har flera olika longitudinella och tvärsnittsmaterial analyserats i syfte att få en klarare bild av dessa förlopp. Den övergripande bild forskningsprogrammet syftar till att ge handlar om att beskriva samspelet mellan individ och arbets- och livsvillkor över livet för att identifiera faktorer som

ökar eller minskar risken för ohälsa och för tidig avgång ur arbetslivet. Övergripande frågeställningar som återfinns i en eller flera studier är: Vad kännetecknar arbetsförhållanden som ökar sannolikheten att människor är friska? Vilka arbetsmiljö- och arbetslivsförhållanden predicerar långtidssjukskrivningar och förtidspensioneringar? Vilka villkor krävs för att människor skall vilja och orka fortsätta arbeta fram till normal pensionsålder? Forskarrapporterna återfinns i sin helhet som bilagorna 2:1 – 2:7 liksom en sammanfattning där expertgruppen även redovisar sina praktiska slutsatser. Nedan följer en sammanfattning av rapporternas viktigaste resultat.

3.5.1 Vad kännetecknar arbetsvillkor som ökar sannolikheten att människor är långtidsfriska? Bilaga 2:5

I ett par longitudinella studier (Lindberg & Vingård) undersöktes positiv hälsoutveckling, dvs. förutsättningarna för att fortsätta vara frisk om man är frisk (långtidsfriska) och för att tillfriskna om man initialt (vid studiens början ett år tidigare) varit krasslig.

Självrapporterad hälsa, arbetsförmåga och livskvalitet är faktorer som visar en stark förmåga att förutsäga hälsoutvecklingen bland de initialt "krassliga". För de initialt friska pekar sambanden i samma riktning men betydligt svagare.

De förhållanden som ökar chansen att förbli frisk eller tillfriskna är framför allt: att vara ung, att arbetet är fysiskt lätt, att arbetsklimatet är bra, att ekonomin är god, att det finns möjligheter att lära nytt och att ha arbetsuppgifter som kräver en måttlig arbetsinsats, inte är alltför monotona och sällan kräver en för stor arbetsinsats. För män är det också hälsofrämjande att finnas i en arbetsgrupp jämfört med att arbeta ensam.

I en särskild studie kunde friskfaktorer identifieras för den i många avseenden utsatta gruppen offentligtanställda kvinnor. De viktiga faktorerna för en positiv hälsoutveckling är om samarbetet och känslan av delaktighet i arbetet och dess innehåll ökat under den studerade perioden men också att arbetet är fysiskt lätt.

Studien belägger att goda arbetsförhållanden kan stödja en positiv hälsoutveckling och motverka ohälsa. Viktigt för att skapa en god och hälsosam arbetsplats är därför att minimera arbetets fysiska tyngd både ur statisk och dynamisk synvinkel, befrämja ett gott samarbete och ett positivt arbetsklimat, ge möjlighet till vidareutbildning och öka de anställdas inflytande över arbetets organisation och de krav som ställs.

3.5.2 Arbetslivets risker. Bilaga 2:7

I två studier analyserades vad som kan benämnas arbetslivets risker. Ena studien var fokuserad på arbetsmiljön medan den andra mera hade fokus på socioekonomiska förhållanden och olikheter mellan olika arbetslivssektorer och olika regioner.

Från vilka arbetsvillkor rekryteras människor till sjukskrivning och förtidspension?

I den förstnämnda studien (Vikenmark och Andersson) var syftet att granska hur goda respektive dåliga arbetsmiljöer påverkar rekryteringen till sjukskrivning och förtidspension. Resultaten är mycket tydliga. Den studerade populationen är de ca 9 000 personer i åldern 25-59 år som deltog i Arbetsmiljöundersökningen 1995. Med data ur LOUISE-registret följs dessa personers inkomster av olika slag under de följande fyra åren. Beskrivningen koncentreras på andelen med "stora sjukersättningar", med vilket här menas förtidspension eller sjukersättning motsvarande minst en åttondel av totalinkomsten under fyraårsperioden 1996-1999. I studien definierades en relativt stor grupp som exponerade - inte bara de mest utsatta i arbetsmiljöavseende. Likväl skiljer de sig i flertalet fall tydligt gentemot de relativt oexponerade beträffande sjukersättningar.

Den *ergonomiska arbetsmiljön* representeras i studien av kombinationer av kroppsligt ansträngande arbete och påfrestande arbetsställningar. Bland kvinnor är det framför allt de som utsätts för dessa i kombination, som i större utsträckning har stor sjukersättning. Män utan någon av dessa exponeringar avviker genom att stor sjukersättning är mindre vanlig. Antalet ergonomiskt mest utsatta skattas till ca 400 000 kvinnor och ca 480 000 män.

Olika kombinationer av *arbetskrav och egenkontroll* ger utslag i andelarna med stor sjukersättning. En tydlig skillnad kan ses bland såväl kvinnor som män, mellan dem som har aktiva arbeten och dem som arbetar under hög anspänning. De senare, som har en arbetssituation som ofta förknippas med negativ stress, har signifikant högre andelar med stor sjukersättning. Bland dem med aktiva arbeten har kvinnor betydligt större andel med stor sjukersättning än män. Antalet med hög anspänning i arbetet skattas till ca 470 000 kvinnor och 310 000 män.

Arbetskrav och kontroll har också kombinerats med ett av måtten på *ergonomisk arbetsmiljö*: påfrestande arbetsställning. Grupperna med olika krav och kontroll skiljer sig på liknande sätt som tidigare. Bland männen med aktiva jobb men utan påfrestande arbetsställningar visar sig dock de stora sjukersättningarna vara särskilt ovanliga. Ett sådant samband finns inte bland kvinnorna.

De som 1995 hade *ont i kroppen* efter arbetets slut uppvisar de följande åren förhöjd andel med stor sjukersättning. I kombination med påfrestande arbetsställningar ökar andelen ytterligare. Andelen med stor sjukersättning har tydligt samband med vilken *socioekonomisk grupp* man tillhör. Den lägsta andelen finns bland högre tjänstemän och den största bland ej facklärd arbetare. Anmärkningsvärt stor andel är det bland kvinnliga tjänstemän på mellanivå. Ser man till förhållandet i olika *samhällssektorer* avviker framför allt kommunanställda kvinnor med höga andelar stor sjukersättning.

Utvecklingen av arbetsmiljön 1995-1999 visar att den ergonomiska arbetsmiljön är i stort stabil. Bland män är andelen med *ergonomiska påfrestningar* klart störst i den enskilda sektorn och bland kvinnor störst i den kommunala sektorn.

Andelen arbeten med *hög anspänning* tenderar att öka liksom besvär som ont i kroppen, olust när man går till arbetet och sömnsvårigheter. Män noterar en viss ökning mellan 1995 och 1999. Andelen är högst inom landstingssektorn men det bygger på få svarande män. Bland kvinnorna är den höga anspänningen klart vanligast bland landstingsanställda. Andelen kvinnor i arbeten med hög anspänning ökar mellan 1995 och 1999 i alla sektorer.

3.5.3 Långtidssjukskrivna, förtidspensionerade och långtidsarbetslösa. Socioekonomiska, sektoriella och regionala skillnader. Bilaga 2:4

Den andra studien inom området (Hemström) syftade till att fördjupa kunskaperna om utslagningsprocesser från arbetslivet och vilka förhållanden som kännetecknar villkoren för långtidssjukskrivna, förtidspensionerade och långtidsarbetslösa. Dessa grupper jämfördes med ett slumpmässigt stort urval av långtidsfriska (de som inte uppburit ersättning från sjukförsäkringen; cirka 4 miljoner sjukförsäkrade). Observationstiden var år 2000 och studiegruppen var 25-64 år. Informationen om grupperna länkade till databas om sysselsättning, utbildning och inkomst (LOUISE)

för perioden 1995-99. Jämfört med ovannämnda studie fokuserar denna studie som nämnts mera på makroförhållandens roll i utslagningsprocessen från arbetslivet.

Resultaten visar att långtidsarbetslösa, helårssjukskrivna och nya förtidspensionärer delvis hade en gemensam profil jämfört med urvalet av långtidsfriska. I problemgrupperna fanns förhållandevis många skilda, utrikes födda, äldre, personer utan hemmavarande barn, lågutbildade, ej facklärd arbetare, kommunalt anställda, anställda i övriga organisationer och de som varit senast verksamma inom vård och omsorg. Kvinnor var i majoritet i nästan alla problemgrupper (dock ej bland heltidsarbetslösa under hela året) och glest befolkade kommuner verkade ha mer problem än kommuner i storstadsregioner.

I den kommunala sektorn, övriga organisationer (t.ex. ideell sektor) samt vård och omsorg avvek alla kombinationer av kön, ålder och utbildning (högst 2 års gymnasium, mer än 2 års gymnasium) med signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat. Lågutbildade kvinnor i vård och omsorg avvek dock inte med avseende på förtidspension. Grundskolan hade också fler helårssjukskrivna än vad den borde ha.

Privat sektor och tillverkning/återvinning hade mindre problem än förväntat, en bild som inte förändrades när olika ålders- och utbildningsgrupper kontrollerades. Bland mer specifika fynd hade bl.a. lågutbildade män och kvinnor i statlig sektor fler sjukskrivna och förtidspensionerade än förväntat, vilket också gällde äldre män i byggbranschen. Män inom personliga tjänster, kulturella verksamheter, renhållning m.m. hade fler fall än förväntat i alla problemgrupper.

Storstadsregioner hade färre och glesbygdskommuner fler individer än förväntat i problemgrupperna. Detta förhållande var starkast för arbetslöshet och svagast för långtidssjukskrivning. Det finns stora skillnader mellan kommuner med avseende på helårssjukskrivning. Drygt hundra kommuner hade signifikant fler och 78 kommuner hade färre sådana sjukskrivningar än förväntat. Bland de med fler fall fanns många kommuner i Uppsala, Östergötlands, Värmlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. I Hallands och Kronobergs län fanns inga kommuner med fler helårssjukskrivna än förväntat. Ett flertal kommuner som omringas av kommuner med förhållandevis många långtidssjukskrivna hade mycket färre sådana fall än förväntat (t.ex. Pajala och Härjedalens kommun).

En delförklaring till regionala skillnader kan vara olika genomsnittlig utbildningsnivå (och t.ex. lokal yrkesstruktur). Det är mycket stora skillnader i genomsnittlig utbildningsnivå mellan olika regioner (storstadsregioner har mycket högre andelar högutbildade än glesbygdskommuner), medan skillnader i medelålder är mycket mindre. Utfallet för enstaka kommuner antyder att det troligen finns andra viktiga skillnader mellan kommuner som har betydelse för nivån på långtidssjukskrivningar. De regionala skillnaderna kan endast delvis förklaras av skillnader i folkhälsa mellan regionerna.

I alla sektorer (privat, landsting etc.) hade personal i vård och omsorg signifikant fler långa sjukskrivningar än förväntat. Den vård och omsorg som finns i kommunal regi är generellt mer drabbad av arbetsrelaterad ohälsa än inom andra sektorer bland annat därför att kommunerna har många tunga arbetsuppgifter som utförs av lågutbildad vårdpersonal. Detta kan möjligen bidra till att de allra flesta kommunerna (193) hade signifikant fler helårssjukskrivna än förväntat bland sina anställda. Bara nio kommuner hade färre sådana fall än förväntat. Variationerna mellan olika kommuner tyder på att kommunernas sätt att organisera sina verksamheter troligen har betydelse för personalens långtidssjukskrivningar. Inom vård och omsorg hade alla sektorer utom kommunerna en majoritet anställda med hög utbildning medan kommunerna hade en klar majoritet av lågutbildade. Man kan tolka kommunernas sämre hälsoläge som en naturlig och logisk konsekvens av att andra sektorer, främst landstinget, har blivit av med de mest ohälsosamma arbetsuppgifterna efter den politiska omorganiseringen av vård och omsorg under 1990-talet (t.ex. Ädelreformen, psykiatireformen). Kommunerna är nu arbetsgivare för merparten av dem som är sysselsatta med vård och omsorg. Framförallt har kommunerna många lågutbildade yrkesgrupper i sin verksamhet (t.ex. vårdbiträden, undersköterskor, hemsjukvårdare, barnskötare), vilka alla har det gemensamt att de utför ergonomiskt belastande arbetsuppgifter i kombination med låg inkomst.

En analys av flödet mellan grupperna förvärvsarbetande (friska), arbetslösa, sjukskrivna och en bidrags/pensionsgrupp visade att överlappningen var störst mellan förtidspensionerade och sjukskrivna. Dessa förväntade fynd belägger att nya förtidspensionärer till stor del rekryteras från långtidssjukskrivna. Lika andelar förtidspensionärer och friska hade huvudsakligen varit arbetslösa. Detta talar emot vissa tidigare hypoteser om att förtidspensionärer ofta rekryteras från arbetslöshet.

Sjukfrånvaron bland friska (1995-99) gav ytterligare stöd åt var i arbetslivet de största och minsta problemen med sjukfrånvaro finns. Kommunsektorn och vård och omsorg (i synnerhet) hade högre förekomst av sjukfrånvaro än andra verksamheter, och skillnaderna såg ut att öka över tid.

Resultaten pekar mot att det kan behövas särskilda preventiva insatser i verksamheter som har mycket mer problem med sjukfrånvaro och förtida utträde ur arbetslivet än andra. Vård och omsorg har inte bara halkat efter andra när det gäller hälsa och arbetsvillkor utan också denna sektors löneinkomster har släpat betänkligt efter andra (särskilt privata) verksamheter under 1990-talet. Problemen är störst för kvinnor eftersom det är huvudsakligen kvinnor som arbetar i de verksamheter som för närvarande har mest problem med arbetsvillkor, osäkra anställningar, risk för (deltids) arbetslöshet, långa sjukskrivningar och förtidspension. Av alla kvinnor som var sjukskrivna hela år 2000 kom 41 procent från vård och omsorg, vilket betyder en kraftig överrepresentation. Män i dessa verksamheter har minst lika stora problem med sjukfrånvaro, förtidspension och arbetslöshet som kvinnor, och oavsett ålder, utbildningsnivå och sektor (privat/offentlig/egenföretagare) ser det relativt jämnt illa ut för dem som har ett ohälsosamt jobb inom vård och omsorg.

3.5.4 Ett arbetsliv för alla i alla åldrar. Bilaga 2:2

Trots en ökande efterfrågan på arbetskraft under de senaste åren har andelen äldre i arbetslivet inte ökat i samma takt som yngre. Det naturliga åldrandet kan endast delvis förklara de äldres "frånvaro" på arbetsmarknaden. Andra faktorer måste spela roll, vi behöver i större utsträckning veta hur dagens människor tänker och planerar för sitt eget framtida deltagande i arbetslivet och också vilka erfarenheter och föreställningar om äldre arbetstagare som finns. Tre studier berörde på olika sätt villkoren för att kunna fortsätta arbeta fram till normal pensioneringsålder.

En studie syftade till att utröna hur arbetstagarna själva ser på sitt framtida arbetslivsdeltagande och vilka faktorer som stimulerar respektive motverkar fortsatt yrkesarbete (Ahlberg, Marklund, Stenlund & Torgen). Studien fokuserades på fyra huvudfrågeställningar (se nedan). Resultaten är baserade på svaren från 2509 slumpmässigt utvalda personer (1 344 kvinnor och 1 165 män) till-

hörande arbetskraften, i åldrarna 25 till 64 år och kan generaliseras till arbetskraften som helhet.

Vilka vill sluta före 65?

Knappt 25 procent av de svarande anser det inte troligt att de kommer att förvärvsarbeta till 65 års ålder, vilket motsvarar ungefär 1 miljon människor. När män och kvinnor ingår i samma analysmodell är stigande ålder den enda bakgrundsfaktor som har betydelse för att vilja sluta före 65 års ålder. Medan det inte finns någon signifikant effekt av ålder bland männen är den kraftig bland de äldre kvinnorna. Faktorer som också har betydelse för kvinnor är bristande stöd från arbetskamrater eller chefer och att vara ensamboende. För män är effekterna av belastningar i den fysiska arbetsmiljön, ett dåligt hälsotillstånd och otillräcklig återhämtning av stor betydelse för hur länge man tror sig stanna kvar i förvärvslivet. Negativa erfarenheter av inträffade förändringar i arbetet påverkar också män att vilja sluta tidigare.

Vilka orkar inte fram till 65?

En dryg tredjedel av urvalet uppfattar sitt arbete som så mentalt och/eller fysiskt ansträngande att de inte tror att de kommer att orka arbeta kvar till normal pensionsålder. En hög andel (närmare 60 procent) av dessa uppger även nedsatt arbetsförmåga vilket gör att det finns skäl att befara att de faktiskt kommer att lämna arbetskraften i förtid. Problemen förefaller att vara störst inom stora verksamhetsgrenar som vård och omsorg, tillverkning och skolväsende. De mest betydelsefulla faktorerna för att inte tro sig orka arbeta kvar i sitt yrke är alltför höga krav i arbetet, brist på möjlighet till utveckling och möjligheter att använda sin yrkeskompetens samt bristande/försvårade förutsättningar för att utföra ett bra arbete. Resultaten pekar också på vikten av att kunna känna stolthet, både över det egna arbetet och över den organisation man tillhör.

Vilka vill ha kortare arbetstider?

Resultatet visar att nästan 60 procent av den yrkesaktiva befolkningen på drygt 4 miljoner anser att olika former av kortare arbets-

tider skulle underlätta deras möjligheter att arbeta fram till normal pensionsålder. Sysselsatta inom vård och omsorg är den grupp som i störst utsträckning önskar kortare arbetstid. För kvinnor är framförallt nedsatt arbetsförmåga en faktor av betydelse. Kvinnor som vill ha kortare arbetstid upplever också i högre grad bristande stimulans och möjligheter till vidareutveckling i arbetet än kvinnor som inte gör det. De faktorer som har störst betydelse för att män ska önska kortare arbetstider är bristande återhämtning och vila mellan arbetspassen, besvär av ergonomiska arbetsmiljöfaktorer, och negativa erfarenheter av nyligen genomförda organisationsförändringar. Resultaten talar för att det finns ett stort behov hos många att få möjlighet att kombinera deltidsarbete med någon form av delpension för att kunna stanna kvar i arbetslivet fram till normal pensionsålder eller att arbetstiden minskades för vissa grupper av äldre med ansträngande arbeten.

Vilka vill fortsätta efter 65?

Drygt 10 procent av hela gruppen svarande kunde tänka sig att fortsätta arbeta efter normal pensionsålder, betydligt fler män än kvinnor. Ålder visade ingen tydlig relation till önskemål om att arbeta vidare efter normal pensioneringsålder. De som hoppas kunna arbeta vidare är välutbildade personer med krävande arbetsuppgifter men med god kontroll över hur arbetet ska genomföras och med god kontakt med arbetskamrater och överordnade. Upplevelse av hälsa och god arbetsförmåga i relation till kraven i arbetet framstår även som viktigt, särskilt bland kvinnorna. Dessa gynnsamma faktorer återfinns ofta hos kvinnor som arbetar i statlig tjänst eller som är SACO-anslutna och för män som är egna företagare eller anslutna till arbetsgivarorganisation.

3.5.5 Långtidssjukskrivnas viljor och villkor. Bilaga 2:3

En ytterligare studie som också kan inbegripas under temat ett arbetsliv för alla åldrar handlar om långtidssjukskrivnas viljor och villkor (Göransson, Aronsson, Melin). Relativt lite forskning har gjorts med fokus på den långtidssjukskrivnes eget perspektiv på sina förmågor, sin hälsa, livssituation och framtid liksom på hans eller hennes upplevelse av de åtgärder från arbetsgivare och samhälle han/eller hon mött under sin sjukskrivningstid. En utgångs-

punkt är att den enskildes upplevelser, förhållningssätt och hälsa i samspel med omgivningsförhållanden spelar en väsentlig roll för återgång i arbete. Forskning visar att människors föreställningar om sin egen framtida hälsa har högt prognosvärde.

Två åldersstratifierade urval användes för en postenkätstudie samt efterföljande telefonintervju. Två slumpmässiga urval gjordes från Riksförsäkringsverkets (RFV) register. Det ena omfattade långtidssjukskrivna (1-1,5 år) och det andra bestod av personer som avskrivits från RFV sedan sex månader och dessförinnan varit sjukskrivna i 1-1,5 år. Sammanlagt ingår över 1 000 personer i studien.

Uppfattade orsaker till sjukskrivningen

En tredjedel av de långtidssjukskrivna uppfattar att sjukskrivningen helt är orsakad av arbetet och ytterligare 30 procent menar att den delvis hör samman med arbetet. Äldre, liksom personer med den kortaste utbildningen, uppfattar i högre utsträckning att orsakerna ligger i förhållanden på arbetet. Nästan alla med utbrändhetsdiagnos uppfattar att problemen helt eller delvis är orsakade av arbetet. Hög arbetsanknytning finns även bland de som lider av psykiska problem i kombination med värk samt människor med ont i nacke, axlar, skuldror och armar. Bland dem som menar att sjukskrivningen orsakades av arbetet svarar så många som 2/3 att de påpekade dessa förhållanden för chef eller arbetsgivare innan man blev sjukskriven.

Villkor för att komma tillbaka till arbetet: bedömningar och föreställningar

Båda undersökningsgrupperna besvarade frågor kring vilka villkor som var viktiga för att komma tillbaka i arbetet. För den grupp som återgått handlar en sådan fråga om en bedömning, som baseras på erfarenheten att börja arbeta igen. För de fortfarande sjukskrivna speglar svaren icke prövade föreställningar, vilka dock sannolikt påtagligt styr individens preferenser och handlingsmönster.

Bedömningar hos dem som återgått i arbete

Nästan alla som återgått från långtidssjukskrivning upplever att de fått stöd från familj och vänner och nästan tre av fyra uppger att de fått stöd och hjälp från arbetsplatsen. Två av tre uppger att hälsan förbättrats under sjukskrivningstiden. Bland de med en psykisk diagnos är det så många som 90 procent som anger förbättring. Tre förhållanden framträder som särskilt viktiga för återgång.

Att byta yrke och/eller arbetsplats är ett relativt ovanligt men kraftfullt medel. Mer än 2/3 som bytt tillmäter detta stor eller helt avgörande betydelse för återgången. Förändringar av detta slag väger tungt för både män och kvinnor.

Den andra faktorn är arbetstiden. Att ha fått kortare arbetstid väger tungt särskilt för kvinnorna, de äldsta och personer med smärta. Något oväntat är hälsoförbättring inte den viktigaste faktorn för återgång. För kvinnor väger hälsoförbättring dock betydligt tyngre än för män och är en av de viktigaste faktorerna. För personer med psykiska problem var hälsoförbättringen viktigare för återgång i arbete än för personer med smärta.

Långtidssjukskrivnas föreställningar

Bland de *långtidssjukskrivna* tror 38 procent att de kommer tillbaka i arbete igen under det närmaste året och ytterligare 22 procent tror på återgång men längre fram. Män är mer optimistiska om snar återgång än kvinnor. Förbättrad hälsa bedömdes som den särskilt viktigaste faktorn för att komma tillbaka i arbete bland de långtidssjukskrivna.

För kvinnor är en förkortad arbetstid och att arbetet blir mindre stressigt tunga faktorer. Mindre stress är viktigt även för män medan förkortad arbetstid inte väger lika tungt för män som för kvinnor.

Yngres föreställningar om villkor för återgång handlar förutom hälsoförbättring i mycket stor utsträckning om att byta yrke, byta arbetsplats, förändrade arbetsuppgifter. Hjälp och stöd från försäkringskassan är också en faktor som allmänt bedöms väga tungt för återgång i arbete. Yngre betraktar hjälp och stöd som viktigare än äldre.

För personer med psykiska besvär handlar det i större utsträckning om att minska stressen i arbetet, byta social miljö och få stöd

och hjälp. För personer som lider av smärta är lättare arbete och bra arbetshjälpmedel på vägen till återgång.

Åtgärder och bemötande

Det finns stora skillnader mellan hur man uppfattar arbetsgivarens insatser. Bland de privatanställda är det bara 40 procent som uppfattar att arbetsgivaren gjort något som underlättat deras återgång till arbete medan motsvarande andel för kommunalt anställda är 50 procent, landstingsanställda 48 procent och inom staten 68 procent.

Drygt 40 procent anser att väntetiderna för utredningar och behandling varit för långa eller t.o.m. orimligt långa. Bland männen har hälften denna uppfattning och bland unga ungefär 2/3.

Sjukvård och försäkringskassa får relativt goda omdömen från det stora flertalet vad gäller hjälp och behandling. Däremot är det bara drygt hälften som anger att hjälpen varit till stöd för återgång i arbetet. Minst nytta av hjälpen rapporterar personer med psykiska besvär i kombination med värk, och personer med ledbesvär, fibromyalgi, ont i nacke, axlar, skuldror och armar.

Framtiden: tro, önsknningar, farhågor

Tro på återgång i arbete. Av de långtidssjukskrivna är det 32 procent som tror att de kommer tillbaka i arbete igen under det närmaste året och ytterligare 20 procent tror att de kommer tillbaka fast det kommer att ta längre tid. Trettio procent är tveksamma och 18 procent tror inte alls att de återgår i arbete. Ålder är den viktigaste särskiljande faktorn i bedömningen. Mer än 80 procent av de som är under 40 tror på återgång. I den äldsta gruppen är det bara 1 på 5 som tror på återgång. Andelen män som tror på återgång är högre än andelen kvinnor. Tron på återgång påverkas inte av huruvida man uppfattar att sjukskrivningen är orsakad av arbetet eller ej. Också åtgärder från arbetsgivaren under sjukskrivningen för att underlätta återgång har signifikant betydelse för tron på återgång.

Bland de långtidssjukskrivna har tre av fyra ekonomisk press på sig att återgå i arbete. De som har ekonomisk press på sig att återgå i arbete tror i större utsträckning att de kommer tillbaka. Sambandet förklaras i stor utsträckning av att yngre upplever större ekonomisk press och även oftare tror att de kommer tillbaka i

arbete. Samtidigt visar resultaten att personer som nu är i arbete och hade en ekonomisk press på sig att återgå sannolikt är en högriskgrupp. De tror i högre grad än de med bättre ekonomi att de gick tillbaka för tidigt i arbete, att de kommer att långtidssjukskrivna igen på grund av arbetet, och att de arbetar för mycket med tanke på hälsan.

Önskan om att lämna arbetslivet

I hela undersökningsmaterialet var det 46 procent som angav att de ville ha sjukbidrag, sjuk- eller förtidspension. På grund av tiden som gick mellan det att urvalet drogs och enkäten skickades in fanns 18 procent som övergått till sjukbidrag eller pension. Återstoden 38 procent vill inte ha denna form för utträde ur arbetslivet.

Andelen som vill lämna arbetslivet är betydligt högre bland de äldre och de som har kortare utbildning. Om individen har en känsla av att kunna påverka sin situation och framtid (*mastery*) är detta en klart bromsande faktor för att lämna arbetslivet. En högre andel bland personer med smärta önskar detta jämfört med personer med psykiska besvär.

Det som ökar sannolikheten att man vill fortsätta är framför allt att man saknar sitt arbete, känner sig välkommen tillbaka och upplever att någon bryr sig om huruvida man kommer tillbaka eller inte. Arbetsgivarens insatser för återgång i arbete bedöms också som mycket viktiga.

Farhågor hos dem som arbetar

Nästan en av fyra av dem som återgått i arbete befarar att de inte kan behålla hälsan på grund av arbetet. Arbetstiden är en viktig faktor – de som anser att de arbetar för mycket har mindre tro på att de kommer kunna fortsätta vara friska.

Av dem som återgått i arbete efter långtidssjukskrivning tror en tredjedel att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a. arbetet – fler män än kvinnor tror detta. Personer med smärta tror i högre grad att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen p.g.a. arbetet jämfört med personer med psykiska problem. Arbetstiden är också här en viktig faktor – de som anser att de jobbar för mycket tror i högre grad att de kommer att bli långtidssjukskrivna igen.

3.5.6 Attityder till äldre yrkesverksamma. Bilaga 2:6

I en tredje studie (Eklund) i temat undersöktes arbetsgivares attityder och inställning till yrkesverksamma personer över 55 år. 750 slumpmässigt utvalda arbetsgivare telefonintervjuades under våren 2000. Resultaten tyder på att arbetsgivare i allmänhet har en relativt negativ inställning till äldre yrkesverksamma. I genomsnitt anger 71 procent av arbetsgivarna att de sällan eller aldrig nyanställer personer över 50 år. Varannan arbetsgivare har uppfattningen att äldre personer har svårare att ta till sig förändringar på arbetsplatsen och att yngre är bättre utbildade. Arbetsgivarna inom utvinning och tillverkningsindustri, finansiell- och fastighetsverksamhet, handel, kommunikation och transport samt hotell- och restaurangbranschen tycks vara mest negativt inställda till äldre yrkesverksamma. Inom utbildning och hälso- och sjukvård är attityden inte lika negativ. Dessa anser i låg grad att yngre personer är bättre utbildade och mer produktiva. Det är även inom dessa branscher som personer över 50 år i störst utsträckning nyanställs. Förklaringar kan vara att samlad kunskap och erfarenhet är av stor betydelse inom de båda yrkesområdena och att det råder personalbrist inom dessa branscher.

Ett något förvånande resultat är att arbetsgivare vid arbetsplatser som domineras av yngre personer har en mer positiv inställning till äldre yrkesarbetande än arbetsgivare vid arbetsplatser som domineras av äldre. Vid arbetsplatser där yngre dominerar anser arbetsgivarna i lägre grad att äldre har svårare att ta till sig förändringar och att yngre är bättre utbildade. Det är även dessa arbetsgivare som i högre grad satsar på anställdas och äldres hälsa och kompetensutveckling. Däremot nyanställs färre äldre personer vid dessa arbetsplatser.

Ungefär hälften av arbetsgivarna anser att de flesta anställda på arbetsplatsen är utsatta för arbetsmiljörisker såsom olycksfallsrisker, höga ljudnivåer och långa arbetsdagar (övertid). Samtidigt är det mindre än hälften av arbetsgivarna som anser att de anställda i allmänhet och de äldre i synnerhet har möjlighet till flexibel arbetstid, möjlighet att gå ner i arbetstid samt möjlighet att påverka graden av övertidsarbete. Det är också få arbetsgivare som vidtar särskilda åtgärder för äldre arbetskraft ifråga om arbetsorganisation och hälsofrämjande insatser.

3.6 SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning

Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst – SOCSAM – har bedrivits i åtta försöksområden utifrån regeringens proposition 1993/94:205. Syftet med SOCSAM har varit att genom samordning av resurser uppnå både välfärdsvinster för enskilda och samhälls-ekonomiska vinster.

Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen har gemensamt haft regeringens uppdrag att administrera, följa upp och utvärdera försöksverksamheten. En slutrapport lämnades till regeringen den 29 november 2001.

Utvärderingen har sammanfattningsvis visat att SOCSAM-försöket underlättat gemensamma lösningar över sektorsgränserna. Personer som befinner sig långt från arbetsmarknaden har särskilt uppmärksammats i de aktiviteter som genomförts. Den personal som bedrivit särskilda aktiviteter anser att SOCSAM är ett stöd i arbetet.

SOCSAM har inneburit att de medverkande parterna - kommun, landsting och försäkringskassa - har bildat ett gemensamt politiskt ledningsorgan och därmed givits ett gemensamt ansvar för de verksamheter som ingått i försöksverksamheten. Däremot har SOCSAM i vissa försöksområden inte fått hela det politiska och ekonomiska ansvar för verksamheten som SOCSAM-lagstiftningen möjliggör.

Aktiviteter i SOCSAM-försöken har möjliggjorts genom resursförstärkningar som bland annat finansierats genom sjukpenninganslaget, vilket enbart är möjligt inom ramen för den speciella SOCSAM-lagstiftningen. Resursförstärkningen har framför allt gått till socialtjänsten. Insatserna har haft en gynnsam effekt på kostnaderna för socialbidrag och sjukpenning samt på utvecklingen av långa sjukfall. Däremot är det osäkert om de totala kostnaderna påverkats positivt. Insatserna har upplevts som positiva av de deltagande individerna.

Vidare visar utvärderingen att försöksverksamheten utgjort ett tydligt stöd för personalen. I första hand är det dock enbart de som arbetat med SOCSAM-aktiviteter som berörts och det är framför allt de som anser att samverkan över sektorsgränserna har förbättrats. Detta gäller inte minst arbetsförmedlingens personal trots att lagstiftningen inte tillät länsarbetsnämnderna att delta i SOCSAM-försöket.

Om SOCSAM ska tillämpas i hela landet bedömer utvärderingen att det krävs förändringar av SOCSAM-lagstiftningen som bland annat reglerar länsarbetsnämndens medverkan samt frågan om hur sjukpenninganslaget kan användas.

3.7 FRISAM – Samverkan för särskilt utsatta

FRISAM är en lagstiftning från 1998 som uppmanar till frivillig samverkan mellan myndigheter för att tillgodose enskilda personers behov av stöd. Socialstyrelsens har haft uppdraget att utvärdera samverkansverksamheten och detta har gjorts i samarbete med Riksförsäkringsverket, Arbetsmiljöverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Utvärderingsrapporten *Slutrapport FRISAM - samverkan för särskilt utsatta*, lämnades till regeringen den 29 november 2001.

Utvärderingen visar vilka resultat sådan samverkan har haft för ökad hälsa, bättre livskvalitet och egenförsörjning för individen samt för att minska samhällets kostnader. Nedan följer en kort sammanfattning av utvärderings slutsatser.

För att människor som står utanför arbetsmarknaden och har stort behov av samhällets stöd ska kunna komma tillbaka till arbete, krävs ett genomgripande samarbete mellan myndigheter och organisationer. Samarbetet måste framför allt ske på lokal nivå och sätta den enskilde individens medverkan i centrum.

Utvärderingen av försök med frivillig myndighetssamverkan visar att välfärdssystemet fungerar dåligt för människor med långvarigt behov av offentlig försörjning. För att dessa inte ska hamna i en rundgång mellan myndigheter och organisationer krävs ett genomgripande samarbete, framför allt på lokal nivå. Det är också viktigt att individen själv är delaktig i samarbetet - det motsatta kan få negativa konsekvenser, visar utvärderingen.

I dag prioriteras inte sådana gemensamma insatser och det samarbete som sker, för omkring 70 000-100 000 personer i arbetsför ålder, kommer in för sent. Utvärderingen uppskattar att det finns behov av samarbete för ca 300 000 människor i arbetsför ålder, som har kontakt med minst två av verksamheterna försäkringskassa, arbetsförmedling och socialtjänst.

De försök som gjorts med frivillig samverkan visar positiva resultat, både för den enskilde individen och samhället, och har givit ökat handlingsutrymme åt välfärdsorganisationerna. Men för

att nå längre krävs enligt rapporten att bl.a. följande förändringar krävs:

- En lokal arena för gemensam prioritering av stödinsatser.
- En gemensam politisk nämnd på lokal nivå.
- Särskilda resurser för lokala samverkansgrupper.
- Individuell handlingsplan för den enskilde.
- Nya former för individuellt stöd kring delaktighet, rättssäkerhet, försörjning mm
- Förbättrat stöd till arbetsgivaren.

3.8 Välfärdsbokslut för 1990-talet (SOU 2001:79)

I oktober 2001 lämnade Kommittén Välfärdsbokslut sitt slutbetänkande; *Välfärdsbokslut för 1990-talet* (SOU 2001:79). Kommitténs uppdrag har varit att beskriva och göra en samlad bedömning av utvecklingen av människors välfärd i Sverige under 1990-talet. HpH återger nedan kortfattat kommitténs slutsatser.

Andelen av befolkningen som har olika former av ofärdsproblem har ökat. Vid sidan av ökad arbetslöshet och minskad sysselsättning har också arbetets villkor förändrats i flera avseenden. Negativa psykosociala arbetsförhållanden och tidsbegränsade anställningar har blivit vanligare. Allt större grupper har upplevt ekonomiska svårigheter och låga inkomster. På hälsans område syns i vissa fall tydliga försämringar när det gäller psykiskt välbefinnande. Ifråga om varaktig ofärd konstaterar kommittén att det långvariga socialbidragstagandet ökat väsentligt.

Under 1990-talet har också förbättringar skett. Reallönerna har ökat snabbare än på många årtionden. Dödligheten har fortsatt att sjunka allmänt sett och spädbarnsdödligheten har nästan halverats. Befolkningens utbildningsnivå har höjts. På andra områden är välfärden generellt sett på samma nivå vid slutet som vid början av decenniet. Befolkningens disponibla inkomster är ett sådant exempel, människors sociala förankring ett annat.

Vid ingången av 1990-talet fanns det mycket tydliga klass- och könsskillnader i individuella välfärdsresurser. Arbetare och kvinnor hade såväl mer hälsoproblem som lägre löner och större ekonomiska problem. I huvudsak kvarstod dessa skillnader i levnadsförhållanden vid decenniets slut. Det relativa löneläget har försämrats i den offentliga sektorn - där kvinnor är överrepresenterade. Det har

också skett en ökning av jäkt och negativ stress för anställda inom välfärdstjänsteområdet, varav de flesta är kvinnor.

Ensamstående mödrar framstår som en särskilt utsatt grupp. Framförallt gäller detta försörjningssidan där de ensamstående mödrarna hade en betydligt sämre situation vid 1990-talets slut jämfört med dess början. Detta skall ses mot bakgrund av att denna grupp redan vid ingången till 1990-talet hade sämre inkomster, större försörjningsproblem, högre arbetslöshet och lägre löner än befolkningen i övrigt.

Utrikes födda är en annan grupp som har haft stora svårigheter på arbetsmarknaden under 1990-talet. I likhet med andra grupper som tappade mark under perioden gick invandrarna in i decenniet med från början sämre förutsättningar på de allra flesta områden: hälsa, psykiskt välbefinnande, sysselsättning, inkomster, social förankring och politiska resurser. Gruppens relativa position var ännu sämre vid 1990-talets slut, främst när det gäller sysselsättning och förvärvsinkomster. Utrikes födda är emellertid en mycket heterogen grupp, där välfärdsnivåerna till stor del bestäms av ursprungsland och vistelsetid i Sverige.

Ungdomar är en tredje grupp där kommittén redovisar en problematisk utveckling. Deltagandet i utbildning ökade visserligen men de ungas etablering i arbetslivet försköts samtidigt markant uppåt i ålder, vilket medförde tydliga inkomstförluster för gruppen. Generellt sett skedde en åldersförskjutning i välfärdens fördelning. Utvecklingen av inkomster och ekonomiska resurser tenderade att vara mer gynnsam ju högre upp i åldrarna man befann sig. En särskilt oroande trend för de yngre var den kraftiga ökningen av psykisk ohälsa och otrygghet.

Analyserna visar också att *barn och barnfamiljer* missgynnats av utvecklingen under decenniet. Andelen barn i hushåll med mycket låga inkomster eller i avsaknad av kontantmarginaler har ökat något under perioden, liksom skillnaderna gentemot övriga grupper. Detta gäller framförallt yngre barn, i åldrarna 0-6 år. Barn till arbetare, utrikes födda samt ensamstående föräldrar lever särskilt ofta under knappa villkor.

Försörjningssystemen har genomgått ett mycket stort antal regeländringar under decenniet, de flesta av begränsande karaktär. Sedan konjunkturen vände har ersättningsnivåerna justerats uppåt, om än sällan till de nivåer som rådde vid decenniets ingång. Reallöneökningarna har samtidigt inneburit att allt större grupper har fått inkomster över de förmånsgrundande taken i de olika inkomstrelaterade försäkringarna, vilket innebär att dessa grupper inte

längre kompenseras för inkomstbortfall i samma utsträckning som personer i lägre inkomstskikt. Detta har i sin tur ökat betydelsen av avtalslösningar och andra privata försäkringar. Kvalificeringskraven har skärpts för flera förmånsformer och som ett resultat av den lägre sysselsättningsnivån har täckningsgraden i de inkomstrelaterade försäkringarna sjunkit. För socialbidragen har kraven successivt skärpts och ersättningsnivåer sjunkit, en utveckling som är en följd av såväl ändrad lagstiftning som ändrad tillämpning i kommunerna.

Sammantaget präglades 1990-talet av ökad decentralisering, brukarfinansiering och marknadsorientering. De viktigaste decentraliseringsbesluten togs under 1990-talets första hälft, medan decenniets senare del innehöll statliga initiativ som primärt syftade till att säkerställa nationella politiska mål. *Ökad brukarfinansiering* präglade stora delar av välfärdstjänsterna: höjda och i ökad utsträckning inkomstrelaterade avgifter inom barnomsorg och äldreomsorg; markant ökade avgifter för sjukvård, läkemedel och tandvård. Privatisering av både finansiering och drift inom välfärdstjänsteområdet är alltjämt ett marginellt fenomen, medan offentligt finansierade tjänster, producerade av privata aktörer, ökade påtagligt inom alla välfärdstjänsteområden – barnomsorg, skola, sjukvård, äldreomsorg, missbrukarvård, barn- och ungdomsvård. Vinstsyftande företag ökade snabbast och ökningen accelererade år 2000.

Andelen barn med plats i förskola och fritidshem ökade kraftigt medan de sammanlagda resurserna var oförändrade; personaltättheten och kostnaden per barn minskade och barngruppernas storlek ökade. Utvecklingen inom barnomsorgen karakteriserades således av ökad universalism men också av resursuttunning. Även inom skolområdet, särskilt grundskolan, finner kommittén en liknande resursuttunning. Resursuttunningen är särskilt påtaglig inom fritidshemsverksamheten där antalet barn per årsarbetare mer än fördubblades under decenniet.

Inom äldreomsorgen har 1990-talet i stället präglats av en koncentration av resurserna på de mest vårdbehövande, medan övriga grupper har fått minskad hjälp. Tendensen är liknande när det gäller funktionshindrade med behov av stöd: en ny rättighetslagstiftning samt kraftigt ökade ekonomiska resurser har inneburit bättre villkor för en grupp med mycket omfattande funktionshinder, samtidigt som de med mindre behov i ökad utsträckning hänvisats till familjens insatser eller köp av tjänster. Bland de äldre finns här en tydligt skiktning av hjälpmönstren: lågutbildade äldre

har i huvudsak ersatt minskad kommunal hjälp med anhörigas insatser, medan privat köpt och helt egenfinansierad hjälp har ökat starkt bland äldre med högre utbildning.

Kommittén bedömer att kunskap kring välfärd och välfärds politik är viktig för att medborgarna skall kunna följa utvecklingen av levnadsförhållanden och verksamheter finansierade av skattemedel. Mot denna bakgrund är den kanske mest centrala kunskapsluckan möjligheten att bedöma hur de olika välfärdsstatliga institutionerna fungerar som resurs för medborgarna. Framför allt på välfärdstjänsternas område saknar de tillsynsansvariga myndigheterna tillförlitliga uppgifter om verksamheternas kvalitet. De befolkningsbaserade intervjustudierna som finns i Sverige kan i nuläget inte kompensera för dessa brister, eftersom det där i huvudsak saknas frågor om den enskildes möte med välfärdstjänstesektorn. Konsekvenserna för medborgarnas välfärd av 1990-talsutvecklingen i form av resursförändringar, nya styr- och driftformer och avgiftshöjningar är därför i huvudsak okända.

Den svenska samhällsstrukturen har genomgått viktiga förändringar under 1990-talet. Befolkningens sammansättning har ändrats, både åldersmässigt och i fråga om födelseland. Arbetsliv och arbetsmarknad har ändrats i vissa avseenden, delvis som avspeglningar av förskjutningar i näringsstrukturen. Avregleringar i ekonomin och en ökad rörlighet för de olika produktionsfaktorerna, inte minst kapital, har förändrat spelregler och förutsättningar i ekonomin. Kommittén bedömer att detta sammantaget utgör stora utmaningar för välfärdspolitiken. De skillnader som finns mellan olika grupper i samhället, och de förskjutningar av olika välfärdsresurser i samhällsstrukturen som 1990-talet resulterat i, är också en viktig del av de utmaningar som socialpolitiken står inför. På varje politikområde finns en rad olika handlingsalternativ som kan ställas mot dessa utmaningar. Den svenska välfärdspolitiken står således inför viktiga vägval vid inledningen till 2000-talet. Kunskap är en viktig grund för att kunna göra välinformerade val. Ytterst bör dock medborgarnas och de politiska partiernas ställningstaganden vägledas inte bara av faktabaserad kunskap, utan också av värderingsmässiga bedömningar av olika handlingsalternativ.

3.9 Finansplanens strategi för hälsa i arbetslivet

I budgetproposition (prop. 2001/02:1, utgiftsområde 10) presenterade regeringen ett åtgärdsprogram i 11 punkter för ökad hälsa i arbetslivet. Målet med åtgärdsprogrammet är att fler människor skall ges förutsättningar att förbli eller återgå i arbete.

Flera av åtgärdsförslagen har direkt anknytning till de förslag som HpH lämnade i junirapporten. I detta betänkandes förslagsavsnitt, kapitel 4, återkommer HpH till 11-punktsprogrammet i de frågor som har beröring på HpH:s förslag till handlingsplan.

Nedan följer regeringens åtgärdsprogram:

Åtgärder för bättre arbetsmiljö och tydligare arbetsgivaransvar

1. Nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet

Regeringen har påbörjat ett arbete att formulera övergripande mål för ökad hälsa i arbetslivet. Övergripande och tydliga samhällsmål som tar sikte på att fler personer skall vara i arbete påverkar hela arbetslivet. Det utgör grund för ansvariga aktörers strategier att bidra till ökad hälsa i arbetslivet.

Ett antal nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet bör således sättas upp. För att få ett tillräckligt genomslag i praktiken är det av central betydelse att arbetsmarknadens parter medverkar i målformuleringen. Regeringen återkommer under våren 2002 med en redovisning av det pågående arbetet med att formulera mål för ökad hälsa i arbetslivet.

2. Treparsamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter

Regeringen kommer inom kort att ta initiativ till trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter för att skapa samsyn samt att samordna insatserna i strategin för att främja hälsa i arbetslivet. Treparsamtalen kommer att avse såväl förebyggande arbete som rehabilitering.

För att främja hälsan i arbetslivet krävs att man ser till individens hela livssituation. Den generella välfärden är betydelsefull för den enskilda individens situation. Därvid är delaktighet och inflytande över arbetssituationen centralt. Vidare har arbetsmarknadens parter en viktig del i detta arbete. Förändringar i arbetslivet är nöd-

vändiga, men det är först när arbetsmarknadens parter är delaktiga i dessa förändringar som samsynen kan skapa något positivt för anställda, arbetsgivare och det offentliga.

Tre nödvändiga delar i de kommande trepartssamtalen är dels den för arbetsmiljön så centrala arbetsorganisationen där inflytandet över den egna arbetssituationen är viktigt, dels ledarskapet på arbetsplatserna samt även möjligheterna för äldre att stanna kvar i arbetslivet. Med en arbetsorganisation och ett ledarskap som är långsiktigt kan man uppnå en bättre arbetsmiljö med färre sjukskrivningar. I förlängningen ger detta ett bättre ekonomiskt utfall. Samtalen kommer således att pågå parallellt med övrigt arbete på området. När trepartssamtalen inleds under hösten 2001 kommer en informationssatsning att bedrivas tillsammans med arbetsmarknadens parter. I tilläggsbudgeten för 2001 föreslår regeringen att Arbetsmiljöverkets anslag tillförs ytterligare 5 miljoner kronor för dessa ändamål.

3. Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa

Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet framhåller i sin delrapport att arbetsgivare måste ges ökade drivkrafter och möjligheter att ta sitt ansvar i ohälsarbetet. Även arbetsgruppen inom Näringsdepartementet har i sin slutrapport behandlat frågan om förbättrade ekonomiska styrmedel. Arbetsgruppen har föreslagit att frågan om ekonomiska styrmedel utreds vidare. Regeringen delar dessa bedömningar och kommer därför att inleda ett arbete med att på olika sätt ge arbetsgivare starkare ekonomiska drivkrafter att ta ett större ansvar för arbetsvillkoren och för att integrera det förebyggande och rehabiliterande arbetet i verksamheten. Fler och träffsäkrare verktyg behövs för att förbättra arbetsmiljön. Förändringsarbetet har följande inriktning.

Ett förtydligt och i vissa fall ökat finansieringsansvar för arbetsgivaren är en av de grundläggande förutsättningarna för att den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron skall kunna brytas. Detta förändrade finansieringsansvar kan innefatta en kombination av olika inslag. En möjlighet som har lyfts fram och diskuterats är en förlängning av den nuvarande sjuklöneperioden. Även andra möjligheter att förtydliga arbetsgivarens finansieringsansvar kan komma i fråga. Exempelvis kan denne ges ett visst medfinansieringsansvar för den sjukpenningutbetalning som kan bli aktuell efter sjuklöneperioden. Därutöver finns olika möjligheter att finan-

siera sjukförsäkringen med differentierade arbetsgivaravgifter som beräknas med hänsyn till den variation i de anställdas ohälsa som finns hos olika arbetsgivare. Det finns även indirekta metoder att differentiera arbetsgivaravgifterna. En arbetsgivare som satsar extra på sin arbetsmiljö skulle t.ex. kunna få någon form av nedsättning av sin avgift.

Ett viktigt motiv för att ge den enskilde arbetsgivaren ett tydligare finansieringsansvar för sjukförmanerna är att denne har väsentliga möjligheter att kunna påverka kostnaderna för ohälsan. Möjligheten bör dock prövas att låta arbetsgivaren få välja egna lösningar för risköverföring och riskspridning.

Arbetsgivarnas kostnader för förändringarna av finansieringsansvaret förutsätts bli balanserade av minskade avgifter till sjukförsäkringen. Åtgärderna innebär en ändrad kostnadsfördelning mellan olika arbetsgivare. De arbetsgivare som främjar det förebyggande arbetsmiljöarbetet får en lägre avgift än för närvarande.

Det är regeringens bedömning att det ännu är för tidigt att avgöra vilken kombination av åtgärder som har bäst förutsättningar att verka sjukdoms- och skadeförebyggande. Dessa frågor behöver därför beredas vidare. De tänkta förändringarna förutsätter även att en samsyn i dessa frågor kan uppnås med arbetsmarknadens parter.

Det har uppmärksamats att problemen med ohälsan är särskilt stora inom den offentliga sektorn. Möjligheten kommer därför att prövas att införa särskilda ekonomiska drivkrafter i styrsystemen för offentliga arbetsgivare. Därvid skall administrativt enkla lösningar tillämpas.

Det är vidare angeläget att arbetsgivare får starkare ekonomiska incitament att förebygga alkohol- och narkotikamissbruk och att rehabilitera anställda med missbruksproblem.

Genom en förstärkning av arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter skapas även förutsättningar för att utgiftsutvecklingen för ohälsosäkringarna skall kunna hållas under kontroll. Även förutsättningarna för en förbättrad arbetsmiljö ökar.

En viktig utgångspunkt för det förändringsarbete som beskrivits i denna punkt är att det sammanlagda ekonomiska utfallet för den försäkrade skall vara oförändrat eller förbättrat jämfört med nuvarande förhållanden. Det kan dock i vissa fall uppstå negativa konsekvenser till följd av den ändrade ansvarsfördelningen. Detta kommer att särskilt beaktas i det fortsatta arbetet.

4. Utveckling av arbetsmiljöarbetet

Arbetsmiljöarbetet kommer att utvecklas vidare. Ett led i ett sådant arbete kan vara att utveckla arbetsmiljöcertifieringen. För att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården kommer 10 miljoner kronor att avsättas redan under 2001. Regeringen kommer att ge Arbetsmiljöverket i uppdrag att i samverkan med Arbetslivsinstitutet genomföra metodutvecklingen. Villkoren för småföretagen skall särskilt uppmärksammas. För att utbilda regionala skyddsombud i arbetsmiljölagstiftningen samt i frågor som rör nya arbetsmiljöproblem avsätts 10 miljoner kronor under innevarande år. Regeringen föreslår samtidigt att 10 miljoner kronor av de 100 miljoner kronor, som i 2001 års ekonomiska vårproposition aviserats för försöksverksamhet för att motverka långtidssjukskrivningar, används för samma ändamål. Arbetsmiljöverket fortsätter att se över den del av sitt regelverk som har anknytning till organisatoriska, sociala och stressrelaterade frågor. Behovet av en förbättrad samordning mellan inflytandereglerna i medbestämmandelagen och samverkansreglerna i arbetsmiljölagen bör även ses över.

5. Hälsobokslut

Som nämnts under punkt 3 kommer möjligheten att prövas att inom den offentliga sektorn införa särskilda ekonomiska drivkrafter i styrsystemen. Detta kommer att baseras på en redovisning av de anställdas hälsoläge hos den enskilde offentlige arbetsgivaren. Förutsättningarna för att få till stånd motsvarande redovisning även i privata verksamheter skall undersökas. Avsikten är att detta skall vara ett första steg mot en mer utvecklad personalekonomisk redovisning.

Åtgärderna kommer att genomföras i form av en utvecklingsverksamhet. Därvid kommer modeller att tas fram för att systematiskt kunna identifiera dåliga arbetsmiljöer samt att följa hälsans utveckling.

6. Försök att minska ohälsan inom den offentliga sektorn

Problemen med långa sjukskrivningar är särskilt stora bland anställda i den offentliga sektorn. Regeringen avser därför att inleda särskilda försök hos några av de stora offentliga arbetsgivarna för att förebygga och minska sjukfrånvaron. I 2001 års ekonomiska

vårproposition har det aviserats att 100 miljoner kronor skall avsättas för försöksverksamhet för att motverka långtidssjukskrivningar. Regeringen föreslår att ytterligare 50 miljoner avsätts till denna verksamhet redan under 2001 för att verksamheten skall kunna påbörjas så snart som möjligt. En del av dessa medel kommer att användas till projektverksamhet inom ett mindre antal kommuner och landsting. Projekten skall ha karaktären av metodutveckling.

Åtgärder för snabb återgång till arbete vid ohälsa

7. Förnyelse av rehabiliteringen - individen i centrum

Enligt de utvärderingar av verksamheten som gjorts på området saknar socialförsäkringsadministrationen en enhetlig metodik i handläggningen av långa sjukfall. Dessutom är yrkesrollen för rehabiliteringssamordnare otydlig. För den sjukskrivne har detta inneburit bl.a. långa handläggningstider och att ansvaret för rehabiliteringen upplevs vara otydligt. Sjukskrivningstiden i sig är en faktor som påverkar sannolikheten att kunna återgå till arbete.

För att förhindra passivisering och för att underlätta för den sjukskrivne att komma tillbaka till arbete är det nödvändigt dels att välfungerande individanpassade rehabiliteringsåtgärder sätts in i tid, dels att en tydlig ansvarsuppdelning görs. För att åstadkomma detta krävs en förnyelse av den administrativa hanteringen av sjukfall som bedöms ligga i riskzonen för långtidssjukskrivning samt av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Regeringen avser att i början av 2002 inleda ett sådant förnyelsearbete. Syftet med verksamheten skall således vara att genom nya metoder och förändrade regler finna nya och effektivare former för hanteringen av sjukskrivningsprocessen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ett annat syfte är att finna en effektivare organisation för denna verksamhet.

Förnyelsearbetet innebär i huvudsak att försäkringskassans arbetsmetoder skall utvecklas och kompetensen förstärkas för att möjliggöra en tidig bedömning av den enskildes arbetsförmåga och eventuella rehabiliteringsbehov. Underlaget från arbetsgivaren utgör en viktig förutsättning för denna bedömning. Försäkringskassan bör följa upp varje sjukfall. Vidare skall arbetsgivarens roll tydliggöras, bland annat genom att denne alltid skall lämna förslag till åtgärder på arbetsplatsen samt ange förväntad tidpunkt då den

försäkrade kan återgå i arbete. Sanktionsmöjligheter bör införas för passiva arbetsgivare. I de fall där arbetsgivaren inte kan bidra till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har den lokala arbetsmarknadsmyndigheten en viktig roll. Förnyelsearbetet inleds på några orter för att sedan skyndsamt utvidgas till att omfatta hela landet. Det finansieras genom att man under 2002 utnyttjar 70 miljoner kronor av de medel som är avsedda för att motverka långtidssjuk-skrivningar.

8. Justeringar av den gällande lagstiftningen för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet

En översyn av den gällande lagstiftningen på området har gjorts bl.a. av HpH-utredningen. Översynen visar att denna i vissa delar kan försvåra för försäkringskassan att genomföra snabba åtgärder av hög kvalitet. Regeringen delar utredningens uppfattning.

Regeringen föreslår därför att bestämmelsen om försäkringskassans fördjupade bedömning av sjukpenningrätten skall upphöra att gälla. Förslaget lämnas i propositionen Vissa socialförsäkringsfrågor (prop. 2001/02:9) som denna dag överlämnas till riksdagen. Att själva bestämmelsen upphävs innebär inte att regeringens uppfattning har förändrats beträffande värdet och behovet av tidiga och kontinuerliga insatser både när det gäller att pröva sjukpenningrätten och att utreda rehabiliteringsbehov och initiera rehabiliteringsåtgärder. Syftet med regeringens förslag är enbart att ge försäkringskassan större möjlighet att satsa på kvalitet i stället för kvantitet i sitt arbete med sjukfallen. Genom att ta bort kravet om fördjupad bedömning av alla sjukfall vid en bestämd senaste tidpunkt, ges försäkringskassan möjlighet att rikta sina insatser på ett mer flexibelt och individanpassat sätt. Kassan förutsätts därmed kunna använda sina resurser effektivare för att i ett tidigt skede identifiera sjukfall som bedöms ligga i riskzonen för långtidssjuk-skrivning. Utrednings- och samordningsarbetet med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bör kunna bedrivas mer offensivt och därigenom bidra till att minska sjukfrånvaron i arbetslivet.

HpH-utredningens uppfattning är att den gällande bestämmelsen att arbetsgivaren skall påbörja rehabiliteringsutredningar om det inte framstår som obehövt bidrar till att göra lagen otydlig. HpH-utredningen föreslår vidare att lagen skärps genom att arbetsgivaren alltid senast den sextionde dagen i ett pågående sjuk-

fall skall lämna ett rehabiliteringsunderlag samt yttrande från företagshälsovården.

Sanktionsmöjligheter skall finnas vid underlåtenhet enligt förslaget. Utredningsförslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet. Regeringen har bl.a. lämnat uppdrag till Statskontoret att göra en bedömning av förutsättningarna och tidsperspektivet för att förverkliga förslag i den riktning som nu lämnats av utredningen. Statskontoret skall redovisa sina slutsatser i oktober 2001. Regeringen avser att återkomma med förslag om arbetsgivarens skyldighet att lämna rehabiliteringsunderlag under våren 2002.

9. Formerna för sjukskrivningsprocessen

Det har i olika sammanhang uppmärksammats att mönstret för sjukskrivning visar betydande variationer. Kunskapen om detta behöver dock förbättras. Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket kommer därför att få i uppdrag att närmare klargöra omfattningen av problemen och följderna för försäkringens kostnader samt att lämna förslag till utveckling av formerna för sjukskrivningsprocessen.

I översynen av sjukskrivningsprocessen kommer det att uppmärksammas att den behandlande läkaren för sin medicinska bedömning i ökad utsträckning behöver stöd av andra kompetenser med bedömningar som tar hänsyn till patientens arbetsförhållanden. Översynen kommer att ligga i linje med inriktningen i den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) som rör kontinuiteten i behandlingen.

Forskning m.m.

10. Förbättrad statistik och forskning på ohälsoområdet

Kunskaperna om sjukskrivningsprocessens orsaker, samband och konsekvenser behöver förbättras. Det finns därför behov av mer utvecklade forskning och bättre statistik. Regeringen avser att återkomma med preciserade åtgärder på detta område.

Regeringen har redan tagit vissa initiativ på området. Riksförsäkringsverket har fått i uppdrag att redogöra för hur forskningen förs vidare till olika intressenter inom socialförsäkringen. Ett annat uppdrag för verket är att utarbeta ett nytt statistiksystem för arbetsskadeområdet. I samband med översynen av register-

lagstiftningen övervägs ändringar i den gällande lagstiftningen som möjliggör registrering av diagnoser.

Vidare kommer Kommittén Valfärdsbokslut att redovisa sitt slutbetänkande i oktober 2001. Regeringen anser att det är angeläget att de intentioner inom forskningsområdet som kommittén hittills har aviserat kommer att följas upp.

Utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan bör följas upp och utvärderas av t.ex. en fristående utvärderingsgrupp. Med ledning av dessa utvärderingar bör det vara möjligt att föreslå åtgärder för förbättringar på området. Det är därvid viktigt att forskningsresultat tas till vara på ett konstruktivt sätt. Formerna för den fristående utvärderingsgruppen skall utredas närmare

11. Förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården

En viktig del i arbetet för ökad hälsa i arbetslivet är en väl fungerande hälso- och sjukvård. Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) innebär att 9 miljarder kronor tillförs hälso- och sjukvården under perioden 2001-2004. Inriktningen är bl.a. att stärka primärvården och öka patienternas möjlighet att etablera en fast läkarkontakt i primärvården. Landstingen kommer dessutom att under perioden 2002-2004 tillföras sammanlagt 3,75 miljarder kronor för att öka tillgängligheten till behandlingar i hälso- och sjukvården. Avsikten är således att korta köer och minska väntetider till bl.a. operationer.

4 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet - överväganden och förslag

4.1 Mål och ansvarsområden för berörda aktörer

HpH föreslår att regeringen

- o tydliggör en vision och fastställer ett övergripande mål för antalet "människor i arbete".
- o fastställer definitioner och former för en löpande, enhetlig uppföljning av antal människor i arbete.
- o utvecklar och fastställer departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål som leder till ökad andel människor i arbete och ökad hälsa i arbetslivet, samt fastställer regler för gemensamma utvärderingar och analyser för såväl departement som myndigheter i uppföljningsarbetet.
- o omsätter dessa övergripande mål till myndighetsspecifika mål och riktlinjer i kommande regleringsbrev.

HpH anser att dagens höga sjukfrånvaro är ett lika stort samhällsproblem som tidigare den höga arbetslösheten. Regeringen bör därför fastställa övergripande mål för ökad hälsa med samma tydlighet som tidigare beslutade mål om minskad arbetslöshet och ökad sysselsättning. Ett sådant mål bör inom regeringskansliet följas upp genom att departementsövergripande, myndighetsgemensamma och myndighetsspecifika mål fastställs. Dessa mål bör också kunna vara vägledande för andra ansvariga aktörers planering och verksamhet.

HpH har noterat att regeringen, i enlighet med HpH:s förslag i junirapporten (se bilaga 1:3), påbörjat ett arbete med att formulera övergripande nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet. Under ru-

briken En strategi för hälsa i arbetslivet (Prop. 2001/02:1, bilaga 1 utgiftsområde 10 sid 21 ff) presenteras i ett 11- punktsprogram med åtgärder för att åstadkomma en bättre arbetsmiljö och ett tydligare arbetsgivaransvar. Under punkten 1. Nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet konstaterar regeringen:

"Övergripande och tydliga samhällsmål som tar sikte på att fler personer skall vara i arbete påverkar hela arbetslivet. Ett antal nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet bör således sättas upp."

Vidare har regeringen inlett ett långsiktigt arbete för att förbättra folkhälsan. En särskild proposition om nationella folkhälsomål på grundval av de förslag som nationella folkhälsokommittén har presenterat (SOU 2000:91) skall läggas fram i början av år 2002. Dessa mål skall stimulera till en kraftsamling av åtgärder för en bättre folkhälsa. Syftet är att skapa förutsättningar för att *hela* befolkningen skall ha en god hälsa. God arbetsmiljö, delaktighet och inflytande i arbetslivet blir viktiga uppföljningsområden för människor i arbetsför ålder.

HpH har i sina tidigare rapporter exemplifierat de allvarliga konsekvenser den nuvarande utvecklingen av sjukfrånvaron medför. Sjukfrånvaron är vid sidan av mänskliga och sociala aspekter i hög grad också ett växande arbetsmarknadspolitiskt och samhälls-ekonomiskt problem. I regeringens förslag till budget för år 2002 uppgår kostnaderna för sjukförsäkringen till 108 miljarder kronor och svarar för mer än 15 procent av de totalt budgeterade statsutgifterna. HpH har också understrukit behovet av en förbättrad uppföljning av sjukfrånvaron och dess konsekvenser för arbetskraftsutbud och faktisk sysselsättning.

4.1.1 Övergripande mål för "människor i arbete"

Hälsoarbetet i arbetslivet kräver extraordinära och sammanhållna insatser över departements-, myndighets- och partsgränser. För att nå en ökad fokusering på här berörda frågor föreslog HpH i sin junirapport att ett kvantitativt *övergripande* mål skulle fastställas för "Människor i arbete".

Utan ett för alla samhällsområden gemensamt övergripande mål, är riskerna för målkonflikter och suboptimering uppenbara. Konsekvenserna kan bl.a. bli att enskilda individer slussas mellan olika system utan att erhålla korrekt stöd, felaktiga kostnadsför-

delningar mellan olika system och sammantaget högre totalkostnader för samhället.

Det föreslagna målområdet skall ses som ett nödvändigt komplement till bl.a. det traditionella sysselsättningsmålet. Sysselsättningsmålet är ett viktigt mått på företagsamhet och aktivitet på arbetsmarknaden. Målet säger emellertid ingenting om "hälsotillståndet" i arbetslivet. Bakom sysselsättningstalen kan dölja sig såväl höga som låga sjukfrånvaronivåer. En långvarig negativ sjukfrånvarotrend kan till och med resultera i en positiv utveckling av sysselsättningstalen genom de behov av ersättningsanställningar som normalt uppstår vid längre sjukskrivningar.

För att få en uppfattning om sjukfrånvarons påverkan på arbetskraftsutbud och sysselsättning har HpH beräknat sjukfrånvaron uttryckt som årsarbeten. Antalet förtidspensionärer har omräknats till heltidsfrånvaro. Antalet sjukpenningdagar har kompletterats med en uppskattning av antalet frånvarodagar inom ramen för sjuklöneperioden. Karensdagar och sjuklönedagar har antagits motsvara ca 40 procent av totala antalet sjukfrånvarodagar för anställda. Uppskattningen är grundad på bl.a. SAF:s/Svenskt Näringslivs tidsanvändningsstatistik.

När regeringen år 1997 fastställde sysselsättningsmålet för 2004 till 80 procent av befolkningen, uppgick andelen sysselsatta till 74,6 procent (SCB:s arbetskraftsundersökningar, åldersgruppen 20-64 år) och sjukfrånvaron uppskattas av HpH till att motsvara ca 200 000 årsarbeten eller 3,9 procent av befolkningen. Under perioden 1997-2000 ökade antalet sysselsatta med 206 900. Ökningen uppkom genom ett arbetskraftstillskott på 69 900 personer och 137 000 färre öppet arbetslösa. Under samma period uppskattar HpH att sjukfrånvaron ökade till motsvarande 325 000 årsarbeten eller 6,3 procent av befolkningen.

Under år 2001 har sysselsättningen ytterligare förbättrats. Antalet sysselsatta ökade under den senaste 12-månadersperioden (t.o.m. 010930) med ca 90 000 (SCB:s arbetskraftsundersökningar, kvartalsrapporter 2000/01). Ökningen uppkom genom ett arbetskraftstillskott på nära 50 000 personer och drygt 40 000 färre arbetslösa. Under samma period ökade antalet sjukfrånvarodagar med ca 18 procent. HpH uppskattar att den totala sjukfrånvaron för år 2001 motsvarar 400 000 årsarbeten. Till detta skall läggas frånvaron på grund av förtidspension/sjukbidrag. Denna frånvaro motsvarar 400 000 årsarbeten. Sammantaget innebär detta att frånvaron från arbetslivet på grund av ohälsa motsvarar 800 000 års-

arbeten eller annorlunda uttryckt, 14 procent av befolkningen i arbetsför ålder.

HpH har funnit att det statistiska underlaget för uppskattningar och beräkningar enligt ovan inte är fullgott. Olika statistikproducenter har olika syften med sin statistikproduktion, varför definitioner, åldersindelningar etc. skiljer sig åt. Mot bakgrund av detta föreslår HpH att regeringen i sitt nu påbörjade målsättningsarbete uppdrar åt statistikansvariga departement och myndigheter att fastställa gemensamma definitioner och datakällor samt former för en löpande, enhetlig uppföljning och prognostisering av utvecklingen av befolkning, studerande, förtidspensionärer, arbetskraft, sysselsatta, sjukfrånvarande och människor i arbete. I den löpande uppföljningen bör i första hand de faktiska uppgifter som registreras avseende sjukfrånvaro och arbetslöshet användas.

HpH exemplifierar i nedanstående uppställning vad en sådan redovisning bör innehålla.

Befolkning i arbetsför ålder

- **Ej i arbetskraften**

- Förtidspensionärer/sjukbidragsmottagare
- Studerande
- Övriga (utlandsboende, hemarbetande etc.)

= **Arbetskraften**

- Arbetslösa (friska + sjukskrivna)

= **Sysselsatta** (anställda + egenföretagare)

- Sjukfrånvarande

= **Människor i arbete**

Alla tal skall avse helårsekvivalenter. Redovisningen utgår från antalet människor i arbetsför ålder. Från detta antal avgår antalet förtidspensionärer, studerande och andra som inte ingår i arbetskraften. Från arbetskraften avräknas antalet arbetslösa, såväl friska som sjukskrivna. Kvarvarande utgör de sysselsatta, dvs. anställda och egenföretagare. Från denna post avräknas sjukfrånvarande. Restposten blir då *människor i arbete*.

4.1.2 Departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål

HpH föreslog i sin junirapport att regeringen skall utveckla och fastställa departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål som leder till ökad andel människor i arbete och ökad hälsa i arbetslivet, samt fastställa regler för gemensamma utvärderingar och analyser för såväl departement som myndigheter i uppföljningsarbetet. Dessa övergripande mål skall sedan omsättas till myndighetspecifika mål och riktlinjer i kommande regleringsbrev.

Under utredningens gång har HpH fört diskussioner med representanter från myndigheter och departement när det gäller målsättningsfrågorna. HpH har inte möjlighet att lämna detaljerade förslag till myndighetsgemensamma och myndighetspecifika mål. Detta bör vara en uppgift som skall beredas i sedvanlig ordning inför regeringens arbete med att utfärda regleringsbrev till statliga myndigheter. I det följande ger HpH exempel på hur mål skulle kunna utformas.

Myndighetsgemensamma mål bör vara gemensamma för minst två myndigheter. På så sätt markeras samverkan och ett gemensamt ansvarstagande. Ingen aktör kan förväntas att ensam bryta trenden och minska ohälsan i arbetslivet och öka antalet människor i arbete. Alla mål skall följas upp och utvärderas gemensamt på ett systematiskt sätt. Såväl kvantitativa som kvalitativa mål bör sättas. Som exempel på mål och målområden vill HpH här nämna:

- den genomsnittliga sjukfrånvaron hos arbetsgivare skall sänkas Arbetsmiljöverket och Riksförsäkringsverket
- antal arbetslösa sjukskrivna rehabiliterade till arbete Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket
- antal utbildade läkare i försäkringsmedicin Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket
- antal utbildade inom företagshälsovård Arbetslivsinstitutet och Socialstyrelsen
- antal förtidspensionärer som återinträder i arbetslivet Arbetsmarknadsstyrelsen och Riksförsäkringsverket

De myndighetsgemensamma målen bör sedan brytas ned på myndighetsnivå där varje aktör vidtar åtgärder inom sitt ansvarsområde.

HpH anser det viktigt att även uppföljning och rapportering sker såväl myndighetsgemensamt som enskilt. Myndigheterna skall stimuleras till gemensamma analyser, planering av insatser och förbättrad samverkan runt ansvarsgränserna.

I dag handläggs frågor som rör hälsan i arbetslivet av olika enheter på tre departement. Socialdepartementet ansvarar för socialförsäkring, folkhälsa och hälso- och sjukvård. Näringsdepartementet har ansvar för arbetsmarknadsfrågor arbetsrätt och arbetsmiljö och Finansdepartementet svarar för budgetfrågorna.

HpH anser det mycket angeläget att det övergripande målarbetet sker samlat i en särskild arbetsgrupp där departements- och enhetsövergripande mål och krav på rapportering läggs fast. Nuvarande system då olika departement och sektorsansvariga förhandlar om målbeskrivningar m.m. leder inte till önskvärd styrning och samordning.

4.2 Samhällsklimat, värderingar och attityder

HpH föreslår att regeringen

- för ut det övergripande målet om "människor i arbete".
- initierar och ansvarar för en flerårig övergripande informationsverksamhet som syftar till ökad hälsa i arbetslivet.
- via medel från sjukförsäkringen finansierar/delfinansierar sådana insatser med 100 miljoner kronor årligen under tre år.
- vidtar åtgärder i syfte att säkerställa att en hög kunskapsnivå avseende hälsa i arbetslivet utvecklas och upprätthålls bl.a. genom en systematisering och förstärkning av forsknings- och utbildningsinsatser på universitetsnivå inom området hälsa i arbetslivet.
- initierar att särskilda studier görs av sjukfrånvarons konsekvenser i form av produktionsbortfall i olika sektorer av samhället.

HpH föreslår vidare att regeringen

- uppdrar åt RFV att skyndsamt utveckla och produktionssätta ett adekvat system för löpande handläggning samt uppföljning och redovisning av sjukfrånvarons utveckling och bedömning av olika åtgärders effektivitet.

4.2.1 Ett hälsosamt arbetsliv i fokus

Ett stort antal faktorer påverkar den faktiska sjukfrånvaron. I detta avsnitt redogör HpH för förslag som avser att fördjupa utbildning och kunskaper om faktorer för ett hälsosamt arbetsliv samt förstärka sådana värderingar och attityder som underlättar för den enskilde att så långt som möjligt vara kvar i sitt arbete också när sjukdom eller andra förhållanden gör att prestationsförmågan tillfälligt eller varaktigt är nedsatt. Om nuvarande mycket höga nivå av sjukfrånvaro skall kunna minskas måste arbetsplatser anpassas till de människor som faktiskt finns. Kunskaperna om vad som genererar sjukfrånvaro måste utvecklas och föras ut till alla individer i samhället. På samma sätt som vi talar om ett "ekologiskt uthålligt samhälle" måste begreppet "hälsosamt arbetsliv" sättas i fokus.

Kunskaper, värderingar och attityder påverkar i hög grad den enskilda individens inställning till och agerande i samband med sjukdom och ohälsa. Den idag mycket vanliga värderingen synes

vara att all form av ohälsa eller personliga problem bäst löses genom att man avstår från arbete. Det faktiska kunskapsläget stöder inte denna uppfattning. Sjukskrivning som terapi är självklar i ett antal svåra sjukdomsfall där det är fysiskt och/eller psykiskt omöjligt att arbeta och i ett antal kortare fall (influensa, förkylning etc.) där omsorgen om arbetskamrater, kunder etc. gör att man mår bäst av att vara hemma. I andra fall bidrar med stor sannolikhet en långvarig sjukskrivning till att den enskilde förutom sina fysiska och/eller psykiska problem också undanhålls från sitt normala sociala liv i arbetssituationen, vilket ytterligare försvårar en återgång till arbete.

En viktig kunskap är att om arbetsförhållandena anpassas till individen skulle många sjukskrivningar kunna undvikas eller förkortas. Anpassningen av arbetet kan vara av såväl fysisk som psykisk art. Genom anpassade arbetskrav och/eller arbetsförutsättningar påskyndas rehabiliteringsprocessen och arbete och arbetsplats blir därmed en viktig förutsättning för tillfrisknande.

HpH diskuterar i avsnitt 4.1.1 övergripande mål för hälsa i arbetslivet. Dessa mål bör föras ut och vara utgångspunkt för de informationsaktiviteter som HpH föreslår.

4.2.2 En bred informationsverksamhet

HpH kan konstatera att såväl arbetsgivares som arbetstagares kunskaper om orsaker och sociala och ekonomiska konsekvenser av den växande sjukfrånvaron är bristfälliga. Likaså är kännedomen om de olika aktörernas roller och ansvar begränsad. Ett effektivt arbete mot ohälsa i arbetslivet kräver gemensamma kunskaper, värderingar och insatser. För att åstadkomma sådana förutsättningar krävs omfattande informationsaktiviteter.

Med bättre kunskaper hos arbetsgivare och anställda, läkare och annan vårdpersonal samt rehabiliteringshandläggare kan rehabiliteringsarbetet effektiviseras och sjukfrånvaron minskas.

HpH föreslår mot denna bakgrund att regeringen inbjuder arbetsmarknadens parter till en gemensam flerårig informationskampanj avseende ökad hälsa i arbetslivet samt tillskjuter medel för en sådan gemensam kampanj. Det är nödvändigt att arbetsmarknadens parter är drivande i det fortsatta arbetet och därigenom visar och tar sitt ansvar för att nedbringa sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Kostnaderna för ohälsa i arbetslivet belastar ytterst

och i sin helhet parterna genom att ta i anspråk det utrymme som står till förfogande för investeringar, kapitalavkastning och löner.

Kampanjen bör utgå från ett brett förebyggande perspektiv och innefatta såväl åtgärder för att förbättra arbetsmiljö som hälsofrämjande insatser i anslutning till arbetsplatsen. Den bör också inriktas på frågor rörande sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukfrånvaroutvecklingen, arbetsgivarens ansvar, anpassning av arbete till befintlig arbetskraft och sjukskrivning som terapi. Innehållet i detalj skall naturligtvis utformas av deltagande parter.

HpH har noterat i 11-punktsprogrammet att regeringen avser att ta initiativ till informationsinsatser tillsammans med arbetsmarknadens parter. Regeringen har avsatt 5 miljoner kronor för detta ändamål.

HpH vill i detta sammanhang peka på att kostnaderna för sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förtidspension under åren 2000 och 2001 i genomsnitt ökat med 750 miljoner kronor per månad eller 25 miljoner kronor per dag.

För att skapa verkliga förutsättningar för ett ökat individuellt ansvarstagande och ett ökat arbetsgivaransvar avseende hälsa i arbetslivet föreslår HpH att regeringen initierar och ansvarar för en flerårig övergripande informationsverksamhet som syftar till ökad hälsa i arbetslivet. Berörda statliga myndigheter och arbetsmarknadens parter förutsätts medverka i dessa insatser. HpH föreslår vidare att staten via medel från sjukförsäkringsanslaget finansierar denna informationsverksamhet med 100 miljoner kronor årligen under den närmaste treårsperioden.

4.2.3 En förbättrad kunskapsbas

Väsentliga områden för ökad kunskap, debatt och information är t.ex. individens ansvar för sin egen hälsa, arbetsgivarens ansvar för hälsan på arbetsplatsen, sambanden mellan sjukdom och arbetsförmåga, sjukförsäkringens omfattning, syfte/risker med sjukskrivning, arbetsplatsens betydelse för individens välbefinnande, vikten av möjligheter till återhämtningspauser i arbetet, sjukvårdens ansvar för behandling och rehabilitering, etc.

HpH har noterat att regeringen, i enlighet med HpH:s förslag i junirapporten, påbörjat ett arbete med att förbättra kunskapsbasen avseende hälsa i arbetslivet.

I budgetpropositionen (2001/02:1) aviserar regeringen i sitt 11-punktsprogram följande åtgärder.

”Kunskaperna om sjukskrivningsprocessens orsaker, samband och konsekvenser behöver förbättras. Det finns därför behov av mer utvecklad forskning och bättre statistik. Regeringen avser att återkomma med preciserade åtgärder på detta område.

Regeringen har redan tagit vissa initiativ på området. Riksförsäkringsverket har fått i uppdrag att redogöra för hur forskningen förs vidare till olika intressenter inom socialförsäkringen. Ett annat uppdrag för verket är att utarbeta ett nytt statistiksystem för arbetsskadeområdet. I samband med översynen av registerlagstiftningen övervägs ändringar i den gällande lagstiftningen som möjliggör registrering av diagnoser.

Vidare kommer Kommittén Valfärdsbokslut att redovisa sitt slutbetänkande i oktober 2001. Regeringen anser att det är angeläget att de intentioner inom forskningsområdet som kommittén hittills har aviserat kommer att följas upp.”¹

”Utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan bör följas upp och utvärderas av t.ex. en fristående utvärderingsgrupp. Med ledning av dessa utvärderingar bör det vara möjligt att föreslå åtgärder för förbättringar på området. Det är därvid viktigt att forskningsresultat tas till vara på ett konstruktivt sätt. Formerna för den fristående utvärderingsgruppen skall utredas närmare.”

HpH vill utöver de initiativ regeringen nu tagit peka på behovet av ytterligare åtgärder enligt nedan.

Förebyggande insatser

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU 2000:121) ”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.”

¹ SOU 2001:79 Valfärdsbokslut för 1990-talet

Ökad forskning

HpH har vidare bl.a. genom sina forskningsprojekt noterat att det i första hand är det psykosociala arbetsklimatet som i hög grad påverkar utvecklingen av sjukfrånvaron på den enskilda arbetsplatsen. HpH vill därför starkt understryka behovet av breda forsknings- och utbildningsinsatser omfattande medicinska, tekniska, ekonomiska och beteendevetenskapliga kompetensområden. HpH vill också understryka behovet av fortsatt satsning på utveckling och uppföljning av rehabilitering. Dessa frågor berörs bl.a. i bilaga 2:8 Vetenskaplig utvärdering av prevention och rehabilitering vid långvarig ohälsa.

Utbildning för läkare

Socialstyrelsen tillstyrkte Sjukförsäkringsutredningens förslag om att en multidisciplinär utbildning skulle byggas upp på universitetsnivå och att en professur skulle inrättas och menade att en sådan utbildning borde kunna samordnas med en riktad utbildning för läkare inom området försäkringsmedicin.

HpH har noterat att utbildningsinsatser med varierande innehåll inom ovan angivna områden sker på flera håll i landet. En inventering av förekommande utbildningar inom området, inklusive den utbildning som bedrivs på uppdragsbasis, behöver göras.

Konsekvenser av sjukskrivning

HpH vill också peka på det projekt som nu genomförs av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) angående konsekvenser av sjukskrivning.

Projektets syfte är att göra en sammanställning av forskningen om sjukfrånvaro samt identifiera "vita fält" inom området. Speciellt fokus skall läggas på forskningsresultat om positiva och negativa konsekvenser av sjukskrivning och förtidspension vid olika sjukdomstillstånd. Avsikten är att den systematiska kunskapssammanställningen ska bidra till att ett bättre underbyggt och mer effektivt användande av sjukskrivningsinstrumentet uppnås.

Studier av produktionsbortfall

HpH vill vidare starkt understryka behovet av att särskilda studier görs av sjukfrånvarons konsekvenser i form av produktionsbortfall i olika sektorer av samhället.

Ledarskapsutbildning

HpH konstaterar mot bakgrund av det omfattande material som presenterats i olika sammanhang att sjukfrånvaron till stor del påverkas av faktorer som kan återföras till förhållanden på arbetsplatsen, relationer mellan den anställda och arbetsplats, arbetsuppgifter, organisation, ledning och resurstilldelning. Om kunskaperna om sambanden mellan arbetsliv och hälsa skall komma till verklig nytta måste dessa tillämpas i den dagliga verksamheten. En viktig målgrupp för utbildningsinsatser är därmed arbetsledare och chefer på olika nivåer. Dessa frågor måste därför integreras i ledarutbildningen på alla nivåer.

Sammanfattningsvis finner HpH det angeläget att regeringen systematiserar och förstärker forsknings- och utbildningsinsatser på universitets- och högskolenivå inom området hälsa i arbetslivet.

4.2.4 Ett väl fungerande informationssystem

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt delbetänkande (SOU 2000:72) stora brister vad avser den statistiska uppföljningen och analysen av sjukfrånvaron.

”Avsaknaden av väsentliga data och bristen på enhetlighet i befintliga data gör att det idag inte finns förutsättningar för en övergripande och fortlöpande analys av sjukfrånvaron och dess orsaker. Utredningen finner det ytterst angeläget att ett så samhällsekonomiskt betydelsefullt område som sjukfrånvaron med dess konsekvenser för individer, produktion och ekonomi blir föremål för en fortlöpande heltäckande systematisk analys och uppföljning. Riksförsäkringsverket bör därför få möjlighet att komplettera sitt sjukdataregister med uppgifter avseende diagnoser, intygsskrivande läkare, arbetsställen och yrken. Vi förutsätter att detta kan ske utan att den enskildes integritet hotas.”

Sjukförsäkringsutredningen uppdrog åt RFV att kartlägga och redovisa vilka data som skulle erfordras för en fortlöpande och heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaron. Kartläggningen visade att hinder för registrering endast föreligger när det gäller uppgifter om diagnoser och intygsskrivande läkare. Övriga uppgifter avseende individ, arbetsplats, åtgärder etc. får registerföras. HpH menar därför att det redan inom ramen för nuvarande registreringsmöjligheter skulle kunna byggas upp en åtskilligt förbättrad sjukfrånvarostatistik. Inte minst angeläget är det att sjuk-skrivnas arbetsställen statistikförs. Den senare uppgiften är så

väsentlig att åtgärder bör vidtas omgående i avvaktan på att ett mer integrerat system utvecklas och införs. Uppgifter om sjukfrånvaro fördelad på arbetsplats skulle också kunna vara av stort värde för Arbetsmiljöverket som med ett sådant underlag skulle kunna prioritera och rikta sina insatser mot sådana arbetsplatser där sjukfrånvaron är anmärkningsvärt hög eller där förändringen är särskilt kraftig.

HpH noterar att ett välfungerande informationssystem är av stor vikt för såväl övergripande analys som ärendehandläggning, styrning och ledning av verksamheten inom försäkringskassorna. Idag saknas ett enhetligt handläggarsstöd och i många fall måste statistik inhämtas manuellt. Sett i ett ledningsperspektiv är också behovet stort av att kunna följa ärendemängder och ärendens status för att kunna leda, fördela och följa upp handläggarnas arbete.

HpH noterar att hindren för en mer tillfredsställande uppföljning av sjukfrånvaron knappast är av formell art och konstaterar att utvecklingen av ett acceptabelt informationssystem inte högprioriterats. HpH kan inte heller se att dessa frågor högprioriterats i RFV:s nuvarande utvecklingsprogram.

HpH föreslår mot bakgrund av detta att regeringen uppdrar åt RFV att skyndsamt utveckla och produktionssätta ett adekvat system för löpande handläggning samt uppföljning och redovisning av sjukfrånvarons utveckling och bedömning av olika åtgärders effektivitet.

HpH vill i detta sammanhang också hänvisa till Sjukförsäkringsutredningens förslag angående förutsättningarna att få registrera diagnos och sjukskrivande läkare samt förslaget om den statistiska uppföljningen av sjukfrånvaro under sjuklöneperioden.² Eventuella formella hinder för sådan registrering bör snarast undanröjas.

² SOU 2000:121 kapitel 7.9

4.3 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivare har idag

- ansvar för åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall på arbetsplatsen.
- ansvar för anpassning av arbetsförhållanden till arbetstagarens särskilda förutsättningar.
- ansvar för utredning av arbetstagares behov av rehabiliteringsåtgärder.
- ansvar för de rehabiliteringsåtgärder som erfordras för den anställdes återgång till arbete och
- ett fortsatt arbetsgivaransvar för anställda som på grund av sjukdom har nedsatt arbetsförmåga. Sjukdom är normalt inte grund för uppsägning.

Ansvar avser såväl insatser som finansiering.

Sammanfattningsvis finner HpH att arbetsgivare enligt nuvarande lagstiftning har ett omfattande ansvar avseende hälsan hos sina anställda. Lagstiftningen åsidosätts dock ofta på grund av bristande kunskap, varför det finns anledning att i något lämpligt sammanhang göra en samlad redovisning av arbetsgivares ansvar i hälsoarbetet bland de anställda.

HpH anser också att ansvaret i vissa avseenden bör förtydligas och förstärkas och lägger därför förslag rörande rehabiliteringsinsatser, sjuklöneansvar, redovisning av sjukfrånvaro m.m.

4.3.1 Rehabiliteringsunderlag och sjukanmälan

HpH föreslår följande

Den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett rehabiliteringsunderlag, som den försäkrades arbetsgivare skall påbörja om

- o den försäkrades sjukfrånvaro har varat längre tid än fyra veckor
- o den försäkrades arbete ofta har avbrutits av sjukperioder eller
- o den försäkrade begär det

Ett rehabiliteringsunderlag skall lämnas till försäkringskassan inom 60 dagar från dagen för senaste sjukanmälan eller dagen för den försäkrades begäran. Ett underlag som upprättas på grund av att sjukfrånvaron överstiger fyra veckor skall dock lämnas endast i samband med att arbetsgivaren anmäler till försäkringskassan att en arbetstagares sjukfall fortsätter efter sjuklöneperioden.

I rehabiliteringsunderlaget skall redovisas uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterad till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. Dessutom skall till underlaget bifogas de läkarintyg som erhållits under den aktuella sjuklöneperioden.

I underlaget skall också ingå yttrande från företagshälsovård angående arbetsförmågan relaterat till arbetsuppgifterna, behovet av rehabiliteringsåtgärder, prognos för återgång till arbetet och eventuellt förslag till åtgärder utöver dem som arbetsgivaren har föreslagit. Arbetstagarens uppfattning skall också redovisas i underlaget.

Skyldighet att lämna rehabiliteringsunderlag gäller inte om den försäkrades inkomst från arbetsgivaren omedelbart före sjukperioden för månad räknat understiger 10 procent av prisbasbeloppet.

Försäkringskassan skall upprätta rehabiliteringsunderlag för en försäkrad som inte har någon arbetsgivare. I underlaget skall i dessa fall ingå yttrande från företagshälsovård eller annan institution som har särskild kompetens att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering.

Om en arbetsgivare inte har lämnat rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan inom föreskriven tid, skall arbetsgivaren betala förseningsavgift med 5 000 kr.

Försäkringskassan skall besluta om en arbetsgivare skall betala förseningsavgift. Förseningsavgift skall inte påföras, om arbetsgivaren har gjort en anmälan om att rehabiliteringsunderlaget inte kan lämnas inom föreskriven tid och förseningen kan anses ursäktlig.

HpH föreslår vidare att den sjukanmälan som arbetsgivare gör efter avslutad sjuklöneperiod också skall innehålla sådana uppgifter om den anställdes inkomstförhållanden hos arbetsgivaren och arbetstid som har betydelse för beräkningen av sjukpenning.

Bakgrund

Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) har föreslagit att arbetsgivare snarast och senast den 45:e dagen i ett pågående sjukfall skall lämna rehabiliteringsutredning och underlag från företagshälsovård till försäkringskassan. Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen (S 1999:08) har föreslagit att försäkringsgivaren skall ansvara för att en rehabiliteringsutredning görs efter fyra veckors sjukskrivning eller tidigare om den försäkrade begär det.

De flesta remissinstanserna är positiva till åtgärder som förstärker arbetsgivarens ansvar för rehabilitering. Några remissinstanser är dock negativa till att arbetsgivaren skall lämna rehabiliteringsutredningen inom 45 dagar. Vid remissbehandlingen framfördes bl.a. följande invändningar. Ansvar för rehabiliteringsutredningarna har inte förtydligats tillräckligt. Tidsfristen för att lämna rehabiliteringsutredningen bör inte förkortas till 45 dagar, bl.a. med hänsyn till att merparten av sjukfallen pågår under kortare tid än två månader. Vidare redovisas uppfattningen att ansvaret för rehabiliteringsutredningen bör flyttas över till försäkringskassan, eftersom det bör vara försäkringskassan som har kompetens och resurser att genomföra utredningen.

Överväganden

Det är, såsom Sjukförsäkringsutredningen har konstaterat, dokumenterat att arbetsplatsen och arbetets organisation har en påverkan på de anställdas sjukfrånvaro. Möjligheterna att med framgång genomföra en rehabilitering, som förutom ett förbättrat hälsotillstånd, syftar till att den enskilde skall kunna återgå till sitt arbete, är givetvis beroende av bl.a. förhållandena på den försäkrades arbetsplats och dess organisation. Vidare ligger det i arbetsgiva-

rens intresse att inte minst av personalekonomiska skäl ha låg sjukfrånvaro.

Det har emellertid i olika sammanhang konstaterats att rehabiliteringsutredningar inte görs i den omfattning som är påkallat. Åtgärder måste vidtas för att de olika aktörer som kan medverka till den enskildes rehabilitering får en aktiv roll. En utgångspunkt är att den försäkrade i första hand skall återgå till sitt hittillsvarande arbete så snart det är förenligt med hans hälsotillstånd. I de fall det utöver sedvanlig medicinsk behandling och tillfrisknande krävs särskilda rehabiliteringsåtgärder för att en arbetstagare skall kunna återgå till sitt arbete försvåras i åtskilliga fall naturligtvis detta, om arbetsgivaren inte är delaktig i rehabiliteringsprocessen. Arbetsgivaren är den som har värdefull kunskap om samspelet mellan förhållandena på arbetsplatsen och arbetstagaren. Ett naturligt moment är därför att låta arbetsgivaren svara för den primära utredningen av det rehabiliteringsbehov som föreligger för att den försäkrade skall kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. De överväganden som ligger bakom dagens ordning har fortfarande bäring. Det bör därför vara arbetsgivarens skyldighet att utarbeta ett underlag som skall användas för arbetsgivarens egna åtgärder i samverkan med den anställde och som också är av den omfattningen att det kan läggas till grund för försäkringskassans rehabiliteringsplan. Begreppet rehabiliteringsutredning föreslås därför ersättas med *rehabiliteringsunderlag*.

För att förtydliga arbetsgivarens ansvar bör det göras en skärpning av bestämmelserna om dennes skyldighet att svara för ett rehabiliteringsunderlag. Enligt den nuvarande lydelsen av 22 kap. 3 § andra stycket AFL skall arbetsgivaren i vissa angivna situationer påbörja rehabiliteringsutredning, *om det inte framstår som obehövligt*. För att det inte skall uppstå någon oklarhet om när arbetsgivaren skall påbörja en utredning slopas villkoret att det inte skall framstå som obehövligt med utredning. Fortsättningsvis skall arbetet med ett rehabiliteringsunderlag ovillkorligen påbörjas i de situationer som anges i bestämmelsen, dvs. om den försäkrade till följd av sjukdom har varit frånvarande från arbetet under längre tid än fyra veckor i följd, om arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller om den försäkrade begär det.

Å andra sidan skall underlagets omfattning kunna anpassas med hänsyn till vad som kan anses påkallat i det enskilda fallet. Finns det inte något rehabiliteringsbehov bör underlaget kunna göras i en förenklad form. Detta bör gälla t.ex. om arbetstagaren bedöms kunna återgå i arbete några dagar efter det att rehabiliteringsunder-

laget skall lämnas till försäkringskassan och det i övrigt inte framkommit omständigheter som bör föranleda åtgärder från försäkringskassan.

Sjukförsäkringsutredningen föreslog att underlaget (rehabiliteringsutredningen) skall lämnas inom 45 dagar. Ett av HpH:s (liksom Sjukförsäkringsutredningens) huvudförslag är att sjuklöneperioden skall förlängas till 60 dagar. Det förenklar hanteringen om samma tidsfrist skall gälla även när rehabiliteringsunderlag skall lämnas till försäkringskassan.

HpH anser att handläggningen av försäkringsärenden och kommunikationen mellan arbetsgivaren, arbetstagaren och försäkringskassan kan förenklas och effektiviseras. I flertalet fall i vilka en rehabiliteringsutredning skall göras fortsätter sjukfallet efter sjuklöneperiodens utgång. Enligt 12 § första stycket SjLL skall en arbetsgivare anmäla till den allmänna försäkringskassan sjukdomsfall som har gett arbetstagare hos honom rätt till sjuklön, om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. En sådan anmälan skall göras inom sju dagar från denna tidpunkt. Förslaget i avsnitt 4.3.4 om en generell förlängning av sjuklöneperioden till sextio dagar medför motsvarande förskjutning av tidpunkten när anmälan skall göras.

För att förenkla hanteringen föreslår HpH att en arbetsgivare som skall göra en anmälan om fortsatt sjukperiod samtidigt skall lämna rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan. Denna situation uppkommer endast beträffande underlag som skall upprättas på grund av sjukfrånvaro under fyra veckor i följd. Skulle i ett sådant fall sjukfrånvaron upphöra före sjuklöneperiodens utgång behöver rehabiliteringsunderlaget inte lämnas till försäkringskassan. Arbetsgivaren kan använda rehabiliteringsunderlaget vid återfall eller för att bedöma behovet av åtgärder i syfte att motverka återfall.

I de fall ett rehabiliteringsunderlag skall upprättas på grund av upprepad korttidsfrånvaro eller när den försäkrade begär att ett underlag skall tas fram föreslår HpH att tidsfristen för att lämna rehabiliteringsunderlag skall vara 60 dagar. Tidsfristen skall därvid beräknas på motsvarande sätt som i dag, dvs. inom 60 dagar från dagen för senaste sjukanmälan eller dagen för den försäkrades begäran.

Om förslaget att förlänga sjuklöneperioden till 60 dagar inte genomförs, bör tidsfristen för att lämna rehabiliteringsunderlag generellt vara 45 dagar.

Vidare föreslår HpH att det skall införas en bestämmelse om vad som skall ingå i ett rehabiliteringsunderlag. Detta är påkallat även med hänsyn till att förseningsavgift, enligt vad som HpH föreslår nedan, skall kunna tas ut om ett rehabiliteringsunderlag inte lämnas inom föreskriven tid. Bedöms den sjuke kunna återgå inom kort tid efter det att rehabiliteringsunderlaget har lämnats utan att några rehabiliteringsåtgärder behöver vidtas kan ett förenklat underlag godtas. I underlaget skall dock alltid ingå ett yttrande från företagshälsovård. Vad som menas med företagshälsovård anges i 2 b § andra stycket AML. Är det fråga om ett okomplicerat fall bör naturligtvis företagshälsovården anpassa sitt yttrande efter det. Det är dock av väsentlig betydelse att det finns med ett yttrande från företagshälsovården för att säkerställa att det finns en fackmannamässig och opartisk bedömning. I övrigt skall det i underlaget finnas uppgifter som kan läggas till grund för försäkringskassans beslut om rehabiliteringsplan. Detta innebär att det i underlaget skall finnas uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till hans eller hennes ordinarie arbetsuppgifter. Vidare skall det finnas en prognos för möjligheterna att återgå till arbetet. I underlaget skall också redovisas eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. I underlaget skall också ingå företagshälsovårdens yttrande över dessa uppgifter jämte eventuella förslag från företagshälsovården. Det är också av väsentlig betydelse att arbetstagarens uppfattning redovisas i underlaget. HpH vill understryka att förslaget inte innebär någon förändring avseende integritets- och sekretessfrågor.

För arbetsgivare där den försäkrades anställning är av begränsad omfattning föreslår HpH att underlag inte behöver lämnas om den försäkrades inkomst från arbetsgivaren omedelbart före sjukperioden för månad räknat understiger 10 procent av prisbasbeloppet, dvs. 3 690 kronor år 2001. Har den försäkrade utfört arbete för arbetsgivaren under minst tre kalendermånader i följd, skall som inkomst för månad räknat anses den genomsnittliga inkomsten för de tre kalendermånader som infaller omedelbart före sjukperioden.

För försäkrade utan arbetsgivare skall försäkringskassan upprätta motsvarande rehabiliteringsunderlag. Även i dessa fall skall i underlaget ingå ett yttrande från företagshälsovården. Om den försäkrade inte har någon koppling till en viss företagshälsovård, får motsvarande yttrande inhämtas från annan institution som har särskild kompetens att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Beträffande arbetssökande som är arbetslösa torde arbetsmarknadsmyndigheten ofta kunna erbjuda sådan kompetens.

Förseningsavgift om rehabiliteringsunderlag inte lämnas inom föreskriven tid

Det har, som tidigare nämnts, i olika sammanhang konstaterats att rehabiliteringsutredningar inte görs i den omfattning som är påkallat. Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen framhöll i slutbetänkandet Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78 s. 198) att RFV vid sin senaste granskning av försäkringskassornas ohälsöarbete konstaterat bl.a. att rehabiliteringsutredning saknades i 75 procent av de sjukfall som pågått i 90 dagar eller längre tid. Enligt en annan undersökning som dåvarande Arbetarskyddsstyrelsen genomförde år 1999 om arbetsrelaterade besvär uppgav endast 38 procent av arbetstagarna, som skulle haft en rehabiliteringsutredning enligt AFL, att de också hade fått en sådan utredning.

HpH anser att åtgärder måste vidtas för att de olika aktörer som kan medverka till den enskildes rehabilitering får en aktiv roll. Detta gäller inte minst arbetsgivarna som i större utsträckning än som för närvarande sker måste iaktta sin utredningsskyldighet. För att det inte skall vara oklart när en arbetsgivare skall påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag, föreslår HpH att skyldigheten att upprätta ett underlag skall vara ovillkorlig i de situationer som anges i 22 kap. 3 § AFL.

Enligt HpH:s mening måste det införas starka incitament för arbetsgivare att lämna rehabiliteringsunderlag, om man skall säkerställa en ordning som är effektivare än den hittillsvarande. Det skall eftersträvas en ordning som är snabb och effektiv. För att uppnå detta bör det införas en sanktionsmöjlighet för att förmå arbetsgivare att lämna rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan. Det är av central betydelse att ett rehabiliteringsunderlag tas fram snabbt så att den sjukskrivne inte skall riskera att hamna i en passiv sjukskrivningsprocess. Ett förfarande med vitesföreläggande, som skall handläggas i domstol, ger emellertid inte erforderlig snabbhet i hanteringen. I stället bör någon annan lösning sökas.

I delrapporten 2001-06-26 *Punkter i en handlingsplan* (bilaga 1:3) finns en allmän redogörelse om användningen av avgifter som påtryckningsmedel. Där konstateras att sanktionsavgifter förekommer i lagstiftningen på flera olika områden, bl.a. i arbetsmiljölagen och i den skatterättsliga lagstiftningen.

HpH anser mot bakgrund av det anförda att det finns starka skäl att införa ett system som innebär att en arbetsgivare skall betala en förseningsavgift, om ett rehabiliteringsunderlag inte lämnas till försäkringskassan inom föreskriven tid. Det ifrågavarande rätts-

området är klart avgränsat, vilket gör det lämpligt med en ordning med förseningsavgift. HpH anser att en arbetsgivare skall ha ett strikt ansvar för att rehabiliteringsunderlag upprättas och lämnas. Det blir således inte aktuellt att göra någon bedömning av om det föreligger uppsåt eller oaktsamhet bakom det förhållandet att ett underlag inte lämnas inom föreskriven tid. Till grund för ett beslut om förseningsavgift skall ligga ett konstaterande av att det föreligger en skyldighet att lämna ett rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan, att underlaget inte lämnats i rätt tid och att det inte kan anses ursäktligt att underlag inte har lämnats i rätt tid. (Förslaget redovisas närmare i bilagan 1:3 s. 93ff.)

Inkomstuppgift i arbetsgivarens sjukanmälan

En arbetsgivare skall enligt 12 § första stycket lagen (1991:1047) om sjuklön till försäkringskassan anmäla sjukdomsfall som har gett arbetstagaren rätt till sjuklön, om sjukperioden och anställningstiden fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång.

I samband med detta vill HpH peka på en möjlig administrativ förenkling. Med nuvarande rutiner måste ofta de inkomstuppgifter som de försäkrade lämnar kontrolleras med arbetsgivaren.

Det innebär en administrativ förenkling för försäkringskassan om arbetsgivaren i samband med den ovannämnda sjukanmälan också lämnar en inkomstuppgift avseende den försäkrades inkomster från honom. I denna inkomstuppgift skall arbetsgivaren lämna sådana uppgifter om arbetstagarens inkomstförhållande och arbetstid som har betydelse för beräkningen av sjukpenning. Det får ankomma på regeringen eller, efter regeringens bestämmande, RFV att meddela närmare föreskrifter om vilka uppgifter som skall ingå i en inkomstuppgift från arbetsgivaren.

Försäkringskassan påför sedan inkomstuppgiften på den försäkrade som skickas till den som gör anspråk på sjukpenning. Den försäkrade skall därefter bekräfta eller justera uppgiften samt komplettera med eventuella inkomster från andra arbetsgivare.

4.3.2 Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro

HpH föreslår att

- det i årsredovisningslagen införs bestämmelser om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro.
- motsvarande bestämmelser om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro införs även för myndigheter och andra organisationer som inte omfattas av årsredovisningslagen.
- regeringen uppdrar åt Bokföringsnämnden att utfärda riktlinjer för beräkningen av sjukfrånvaron.

Sjukförsäkringsutredningen föreslog att arbetsgivare skulle åläggas en redovisningsskyldighet avseende anställdas 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 redovisningsskyldighet 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.”³

Regeringen har i 11-punktsprogrammet aviserat krav på redovisning av de anställdas hälsoläge hos offentliga arbetsgivare och att förutsättningarna för att få till stånd motsvarande redovisning i privata verksamheter skall undersökas. Avsikten är att detta skall vara ett första steg mot en mer utvecklad personalekonomisk redovisning.

HpH ser ingen anledning att begränsa redovisningskraven till de offentliga arbetsgivarna. Sjukfrånvaron i den offentliga sektorn förtjänar förvisso att särskilt uppmärksammas. HpH menar dock att utvecklingen av sjukfrånvaron även inom övriga delar av samhället är så allvarlig att den måste lyftas fram. HpH vill särskilt peka på det förhållande att ett relativt begränsat antal arbetsplatser svarar för betydande delar av den totala sjukfrånvaron. Det ligger i allmänhetens och myndigheternas intresse att dessa förhållanden genom en obligatorisk redovisning görs kända. Ett hälsobokslut av

³ Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121), sid 185

det slag regeringen föreslår kommer vidare enligt HpH:s bedömning att ta avsevärd tid att genomföra.

HpH har under det fortsatta utredningsarbetet stärkts i sin uppfattning att en obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro enligt tidigare förslag, är ett mycket betydande inslag i ett fortgående arbete för ökad hälsa i arbetslivet. HpH:s förslag kan genomföras betydligt snabbare än regeringens förslag om "hälsobokslut" som dessutom endast omfattar en del av arbetsmarknaden. Ett genomförande av HpH:s förslag bör dock kompletteras med ett långsiktigt arbete avseende en fullständig personalekonomisk redovisning.

Genom upplysningsskyldigheten lyfts sjukfrånvaron fram som en viktig fråga både i den allmänna debatten och därigenom också för ledningen av företaget. Eftersom uppgiften skall lämnas i årsredovisningen omfattas bara de företag som enligt årsredovisningslagen är skyldiga att upprätta årsredovisning, d.v.s. företag med fler än tio anställda eller en balansomslutning större än 24 miljoner kronor.

Av praktiska skäl bör uppgift om sjukfrånvaron inte intas i koncernredovisningen. En sammanställning av sjukfrånvaron i internationella koncerner är av mindre intresse eftersom utgångspunkten för upplysningskravet är utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. Att införa ett upplysningskrav för den svenska delen av koncernen torde dessutom vara praktiskt olämpligt. Vidare pågår ett europeiskt harmoniseringsarbete avseende noterade bolags koncernredovisning. Det är därför tveksamt om det är vare sig klokt eller möjligt att införa särregler för koncernredovisningen i svenska noterade koncerner. Upplysningskravet bör således bara avse koncernbolagens årsredovisningar, inte koncernredovisningen.

HpH föreslår att en obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro i företags, kommuners, landstings, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser införs genom ett tillägg (kursiverat nedan) i 5 kap. 18 § första stycket årsredovisningslagen (1995:1554) samt i motsvarande bestämmelser i annan lagstiftning enligt följande:

Uppgift skall lämnas om medelantalet under räkenskapsåret anställda personer med uppgift om fördelningen mellan kvinnor och män *samt genomsnittlig sjukfrånvaro*. Om företaget har anställda i flera länder skall medelantalet anställda och fördelningen mellan kvinnor och män i varje land anges. HpH föreslår vidare att 7 kap 14 § ändras enligt följande för att undanta uppgift om sjukfrånvaron i koncernredovisningen: Bestämmelserna om tilläggs-

upplysningar i 5 kap. 2-7 och 10-25 § tillämpas även på koncernredovisningen *med undantag för uppgift om sjukfrånvaro i 5 kap. 18 §.*

HpH föreslår vidare att Bokföringsnämnden ges i uppdrag att utfärda riktlinjer för beräkningen av sjukfrånvaron vilket t.ex. kan ske genom en komplettering av Bokföringsnämndens föreskrifter, BFN R 4.

HpH redovisar underlaget för förslagen i bilaga 1:3, underbilaga 6, Information om sjukfrånvaro i årsredovisningen.

4.3.3 Särskilda insatser på arbetsplatser med hög sjukfrånvaro

HpH föreslår följande

Arbetsgivare skall vara skyldig att till Arbetsmiljöverket anmäla sjukfrånvaro, som enligt definition överstiger viss för varje kalenderår angiven nivå.

Arbetsmiljöverket skall också utfärda föreskrifter om tidpunkt för anmälan och sanktioner vid utebliven anmälan.

HpH redovisar i avsnitt 3.2 att sjukfrånvaron varierar mycket kraftigt mellan olika företag. Ett mindre antal företag svarar för en mycket stor andel av den totala sjukfrånvaron. Riktade insatser och åtgärder i dessa företag torde därför vara av stor betydelse för att nedbringa sjukfrånvaron.

En obligatorisk redovisning av företags sjukfrånvaro enligt HpH:s förslag i föregående avsnitt ger underlag och förutsättningar för riktade insatser. Denna information skall ligga till grund för en skyldighet för arbetsgivare att i en anmälan till Arbetsmiljöverket redovisa sjukfrånvaron bland de anställda, om denna överstiger en viss nivå.

HpH föreslår att regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, varje år anger ett gränsvärde för när ett företag skall vara skyldig att anmäla sin sjukfrånvaronivå till Arbetsmiljöverket. Ett lämpligt gränsvärde skulle kunna vara den nivå som de 25 procent av företagen (samt kommuner, landsting, myndigheter, organisationer etc.) som har den högsta sjukfrånvaron överskrider. Dessa arbetsgivare skall göra anmälan till Arbetsmiljöverket, som därmed kan använda anmälningarna som underlag för sin tillsynsverksamhet.

Arbetsmiljöverket skall med stöd av en ny bestämmelse i 4 kap. 8 a § arbetsmiljölagen, efter regeringens bestämmande, kunna utfärda föreskrifter om tidpunkt för anmälan. Vidare kommer verket, efter regeringens bestämmande, att med stöd av 8 kap. 5 § samma lag kunna meddela föreskrifter om sanktionsavgift vid överträdelse mot föreskriften om när anmälan om sjukfrånvaro skall meddelas.

4.3.4 Ekonomiska drivkrafter

HpH föreslår följande

Den generella sjuklöneperioden skall förlängas till sextio dagar.

Sjuklönen skall fr.o.m. den femtonde dagen i en sjukperiod höjas till 90 procent av anställningsförmånerna till den del de är sjukpenninggrundande.

De sammanlagda arbetsgivaravgifterna skall sänkas i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden.

Bakgrund

Enligt lagen (1991:1047) om sjuklön (SjLL) skall arbetsgivaren betala ersättning vid sjukdom till de anställda de första fjorton dagarna av en sjukperiod. Syftet med införandet av sjuklön var bl.a. att öka arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa samt att tillförsäkra de anställda en mer rättvis kompensation för inkomstförluster till följd av sjukdom. Sjuklönesystemet skulle också vara ett effektivare sätt att administrera den korta sjukfrånvaron. År 1997 förlängdes perioden från 14 till 28 dagar. Syftet var att stärka arbetsgivarnas ansvar för det förebyggande arbetsmiljöarbetet och för tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser.

I samband med att sjuklöneperioden förlängdes uppstod en tvist kring frågan om den högre avtalsreglerade ersättning som betalades dag 15 till 28 i sjukperioder skulle betalas även fortsättningsvis. Det konstaterades att rätt till ersättning från avtalsförsäkring respektive kollektivavtal inte förelåg under den utsträckt sjuklöneperioden. Den totala ersättningen till en anställd sänktes under den förlängda sjuklöneperioden. Då detta inte var regeringens avsikt, återinfördes 14 dagars sjuklön. Sjuklönen utgör 80 procent av anställningsförmånerna, den första dagen är karensdag.

Sjukförsäkringsutredningen har föreslagit att sjuklöneperioden skall förlängas till 60 dagar. Enligt utredningens förslag skall förändringen genomföras i två steg. I ett första steg, som föreslås genomföras snarast, förlängs sjuklöneperioden till 28 dagar. Sjukförsäkringsavgiften skall enligt utredningen sänkas med det belopp som motsvarar kostnadsökningarna för sjuklön. Enligt Sjukförsäkringsutredningens förslag skall sjukförsäkringsavgiften sänkas med det belopp som motsvarar kostnadsökningarna för sjuklön. Vidare har Sjukförsäkringsutredningen föreslagit att sjuklörens storlek

skall fastställas till 90 procent av anställningsförmånerna fr.o.m. dag 15 inom sjuklöneperioden, eftersom avtalsreglerat tillägg till sjukpenning inte utges vid sjuklön.

Ett flertal remissinstanser har avstyrkt en förlängning av sjuklöneperioden. Som skäl härför har anförts bl.a. följande. En förlängning innebär endast ökade kostnader för arbetsgivaren utan att ge tillräckligt incitament till förebyggande arbete. En förlängd sjuklöneperiod kan medföra att arbetsgivarna blir mer selektiva vid personalrekryteringen. Vidare kan förekomsten av deltidsanställningar och tidsbegränsade anställningar komma att öka. En sänkning av arbetsgivaravgifterna utgör en osäker kompensation för en förlängd sjuklöneperiod.

Regeringen diskuterar i 11-punktsprogrammet de förslag som HpH och dessförinnan Sjukförsäkringsutredningen lämnat angående ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa. Regeringen avser också att studera andra alternativa utformningar. (HpH:s understrykningar anger de olika alternativen)

”Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa – – –

– – – Ett förtydligt och i vissa fall ökat finansieringsansvar för arbetsgivaren är en av de grundläggande förutsättningarna för att den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron skall kunna brytas. Detta förändrade finansieringsansvar kan innefatta en kombination av olika inslag. En möjlighet som har lyfts fram och diskuterats är en förlängning av den nuvarande sjuklöneperioden. Även andra möjligheter att förtydliga arbetsgivarens finansieringsansvar kan komma i fråga. Exempelvis kan denne ges ett visst medfinansieringsansvar för den sjukpenningutbetalning som kan bli aktuell efter sjuklöneperioden. Därutöver finns olika möjligheter att finansiera sjukförsäkringen med differentierade arbetsgivaravgifter som beräknas med hänsyn till den variation i de anställdas ohälsa som finns hos olika arbetsgivare. Det finns även indirekta metoder att differentiera arbetsgivaravgifterna. En arbetsgivare som satsar extra på sin arbetsmiljö skulle t.ex. kunna få någon form av nedsättning av sin avgift.

Ett viktigt motiv för att ge den enskilde arbetsgivaren ett tydligare finansieringsansvar för sjukförmånerna är att denne har väsentliga möjligheter att kunna påverka kostnaderna för ohälsan. Möjligheten bör dock prövas att låta arbetsgivaren få välja egna lösningar för risköverföring och riskspridning.

Arbetsgivarnas kostnader för förändringarna av finansieringsansvaret förutsätts bli balanserade av minskade avgifter till sjukförsäkringen. Åtgärderna innebär en ändrad kostnadsfördelning mellan olika arbetsgivare. De

arbetsgivare som främjar det förebyggande arbetsmiljöarbetet får en lägre avgift än för närvarande.

Det är regeringens bedömning att det ännu är för tidigt att avgöra vilken kombination av åtgärder som har bäst förutsättningar att verka sjukdoms- och skadeförebyggande. Dessa frågor behöver därför beredas vidare. De tänkta förändringarna förutsätter även att en samsyn i dessa frågor kan uppnås med arbetsmarknadens parter.

Det har uppmärksammats att problemen med ohälsan är särskilt stora inom den offentliga sektorn. Möjligheten kommer därför att prövas att införa särskilda ekonomiska drivkrafter i styrsystemen för offentliga arbetsgivare. Därvid skall administrativt enkla lösningar tillämpas. – – –

– – – Genom en förstärkning av arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter skapas även förutsättningar för att utgiftsutvecklingen för ohälsoförsäkringarna skall kunna hållas under kontroll. Även förutsättningarna för en förbättrad arbetsmiljö ökar.

En viktig utgångspunkt för det förändringsarbete som beskrivits i denna punkt är att det sammanlagda ekonomiska utfallet för den försäkrade skall vara oförändrat eller förbättrat jämfört med nuvarande förhållanden. Det kan dock i vissa fall uppstå negativa konsekvenser till följd av den ändrade ansvarsfördelningen. Detta kommer att särskilt beaktas i det fortsatta arbetet.”

Överväganden

En förlängd sjuklöneperiod är en grundläggande förutsättning för de insatser och åtgärder som enligt HpH måste ingå i en handlingsplan för att bryta den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron.

- Arbetsgivaren måste ges ökade incitament och möjligheter att ta sitt ansvar i hälsoarbetet.
- Försäkringskassan måste avlastas från arbetet med de korta fallen.
- Sjukförsäkringen måste göras mer försäkringsmässig.

Sjuklönekostnader och sjukförsäkringsavgifter skall oberoende av sjuklöneperiodens längd motsvara kostnaderna i sjukförsäkringen. En absolut förutsättning för förslaget är därför att sjukförsäkringsavgiften skall sänkas i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden. Den förlängda sjuklöneperioden innebär inom ramen för en given total kostnad för sjukförsäkringen en *omfördelning* av kostnaderna till förmån för de arbetsgivare som har en låg sjukfrånvaro. Förslaget

innebär inte någon kostnadsökning för arbetsgivarkollektivet och är ur statsfinansiell synpunkt helt neutralt. En annan viktig förutsättning är att högkostnadsskydd införs för små företag i enlighet med vad som föreslås i avsnitt 4.4.1.

HpH och tidigare utredningar och forskning har konstaterat att det råder ett starkt samband mellan arbetsplatsförhållanden och anställdas sjukfrånvaro. Arbetsplatsen är vidare den viktigaste och kanske den enda arenan för effektiva förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att minska sjukfrånvaron oavsett hur sjukdomen orsakats.

Den genomgång av sjukfrånvarons utveckling som HpH genomfört visar att de allra flesta arbetsplatser är "hälsosamma" och att den stora majoriteten av arbetsgivare väl uppfyller det ansvar som åvilar dem. Den riktigt höga sjukfrånvaron återfinns framför allt inom vissa delar av den kommunala sektorn och hos ett mindre antal privata arbetsgivare (se kapitel 3). Konsekvensen av den ojämna fördelningen av sjukfrånvaron mellan olika arbetsgivare är att det i det enskilda fallet finns ett mycket litet samband mellan erlagd sjukförsäkringsavgift och faktisk kostnad för försäkringen.

HpH konstaterar, liksom regeringen, att ett förtydligat och i vissa fall ökat finansieringsansvar för arbetsgivaren är en av de grundläggande förutsättningarna för att den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron skall kunna brytas.

HpH har i sina övervägande av utformning av ekonomiska incitament för arbetsgivaren särskilt beaktat

- De selektionsrisker som föreligger i alla system när sjukfrånvarofrekvensen är olika i olika grupper.
- De stora skillnaderna i sjukfrånvaro mellan och framför allt inom olika sektorer, regioner, branscher och storleksklasser och möjligheterna att i finansieringen spegla faktiskt skadefall.
- Hur olika finansieringsformer påverkar sjukförsäkringens administration och resurser.
- Konsekvenser av ett särskilt system för den offentliga sektorn.

Selektionsrisker

Den allvarliga utslagning/selektering på arbetsmarknaden som idag äger rum kommer till uttryck i allt fler långtidssjuksjuka och förtidspensionerade. De åtgärder som HpH föreslår syftar uteslutande

till att minska denna utslagning. Selektionsdiskussionen i samband med förslag om ökade ekonomiska incitament för arbetsgivare förefaller att i stor utsträckning ha blivit ett slagträ för att undvika obekväma åtgärder.

Diskussionen om selektering som följd av ett ökat arbetsgivaransvar förutsätter att variationer i sjukfrånvaro i huvudsak beror på de enskilda individerna. Det underlag som idag finns stöder på ingen punkt en sådan hypotes. Det kan inte heller hävdas att en förlängd sjuklöneperiod skulle öka selektionsriskerna mer än andra alternativ för ett ökat direkt finansieringsansvar för arbetsgivarna. Det bör vidare noteras att sjukfrånvaron under nuvarande sjuklöneperiod, 14 dagar, är högre för yngre än för äldre. Upp till 60 dagar är sjukfrånvaron i olika åldersgrupper helt lika.

HpH vill i sammanhanget erinra om att för personer med hög eller risk för hög sjuklighet finns regler om särskilt högriskskydd. Arbetsgivaren får då ersättning för sina sjuklönekostnader och den anställde får ersättning även för karensdagen vid risk för ett större antal sjukperioder.

Skillnader i sjukfrånvaro – olika avgifter?

De stora skillnaderna i sjukfrånvaro mellan olika arbetsplatser och arbetsgivare understryker behovet att utforma finansieringen av sjukförsäkringen på ett sådant sätt att faktiskt skadeutfall påverkar kostnaden (avgiften/premien/självrisk).

En självrisk kan vara relaterad till faktiskt skadeutfall antingen direkt genom egen finansiering (sjuklöneperiod) eller indirekt genom återbäring på erlagd avgift. Ett återbäringssystem förutsätter dock stora administrativa insatser.

En differentierad sjukförsäkringsavgift eller ett system med "friskpeng"⁴ förutsätter en riskbedömning av sektorer, branscher etc. Med hänsyn till de stora variationerna i skadeutfall måste sannolikt ett sådant system baseras på en riskbedömning av det enskilda företaget, vilket naturligtvis är synnerligen resurskrävande och sannolikt förutsätter en helt "fri" marknad. HpH anser sig inte kunna tillstyrka en sådan utveckling.

⁴ En sjuk försäkring i behov av friskpeng, Fölster, Norén och Gidehag 2001.

Sjukförsäkringens administration och resurser

Nuvarande system innebär att försäkringskassornas resurser för sjukförsäkringsadministration i mycket stor utsträckning är låsta för utbetalningshandläggning. Vid oförändrade resurser innebär detta att endast begränsade insatser kan göras för att åtgärda de många långa sjukfallen, som därmed har blivit längre och flera. Försäkringskassorna handlägger årligen fler än 1 miljon sjukpenningärenden. Flertalet av dessa ärenden avslutas inom 60 dagar utan särskilda åtgärder från försäkringskassan. En förlängd sjuklöneperiod skulle frigöra resurser för samordning av rehabiliteringsinsatser. För att dessa insatser skall komma till stånd med oförändrad sjuklöneperiod krävs stora resurstillskott i sjukförsäkringen.

Ett särskilt system för den offentliga sektorn

För de delar av den offentliga sektorn som i huvudsak styrs genom kostnadsbudgetering innebär nuvarande system i princip att stigande sjukfrånvaro ger lägre kostnader. Ett ekonomiskt incitament för denna sektor skulle kunna skapas genom att sektorn bär hela kostnaden för sjukfrånvaron.

En ökad direktfinansiering av sjukfrånvaron i denna sektor skulle dock initialt innebära svårhanterliga kostnadsökningar. I ett övergångsskede skulle därför särskilda regler behöva tillämpas.

HpH har övervägt ett system där företag och organisationer m.m. inom den offentliga sektorn skulle tillämpa en sjuklöneperiod på ett år. Under det första året skulle kostnaderna för 90 procent utbetald sjuklön (dag 15-365) finansieras över statens budget, under det andra året skulle kostnaderna för 60 procent av utbetald sjuklön (dag 15-365) finansieras över statens budget och under det tredje året skulle kostnaderna för 30 procent av utbetald sjuklön (dag 15-365) finansieras över statens budget.

Efter år tre skulle inget finansieringsbidrag utgå. Sektorns sjukförsäkringsavgift skulle regleras med motsvarande nedtrappning.

HpH avstår från att lägga särskilt förslag rörande offentliga arbetsgivare med hänsyn till svårigheterna att utforma ett konkurrensneutralt system mellan offentliga och privata arbetsgivare med likartad verksamhet. HpH vill dock hänvisa till "modellen" för nedtrappning av kommunernas och landstingens direkta sjuklönekostnader som ett möjligt sätt att hantera eventuella övergångsproblem för offentliga arbetsgivare vid en förlängning av sjuklöneperioden.

HpH:s samlade bedömning

HpH finner i sin samlade bedömning att en förlängd sjuklöneperiod ger både de incitamentsmässiga och administrativa vinster som bör eftersträvas. Detta utesluter inte att en förlängd sjuklöneperiod kan kompletteras också med andra åtgärder t.ex. i form av differentierade arbetsgivaravgifter eller visst medfinansieringsansvar även för den sjukpenningutbetalning som kan bli aktuell efter sjuklöneperioden. I realiteten kräver dock differentierade arbetsgivaravgifter enligt HpH:s uppfattning ett fristående försäkringssystem där olika försäkringsföretag i konkurrens erbjuder marknaden olika lösningar. HpH har för sin del avvisat en sådan lösning. Som tidigare framförts har HpH inte heller ansett att ett särskilt system bör införas för kommuner och landsting.

Det är främst via arbetsplatsen som det finns faktisk möjlighet att vidta förebyggande åtgärder mot sjukfrånvaro. En förlängning av sjuklöneperioden kommer att utgöra ett starkt incitament för en arbetsgivare att vidta olika åtgärder på arbetsplatsen för att motverka sjukfrånvaro och därmed hålla nere kostnaderna för sjuklön. Flertalet sjukfall avslutas inom 60 dagar utan några större insatser utöver sedvanlig medicinsk behandling och sådana individrelaterade och rehabiliterande insatser som görs direkt på arbetsplatsen. Detta talar för att sjuklöneperioden lämpligen bör bestämmas till 60 dagar.

Sjuklöneperiodens längd påverkar vidare i hög grad det antal fall som försäkringen måste administrera och därmed i praktiken hur stora resurser som kan avsättas för aktiva, rehabiliterande åtgärder. HpH gör bedömningen att den nuvarande stora mängden sjukpenningärenden allvarligt försvårar försäkringskassans möjligheter att arbeta med förebyggande insatser och genomföra effektiva åtgärder i syfte att nedbringa antalet långa sjukfall. En förlängd sjuklöneperiod är en åtgärd som på kort sikt och inom ramen för nuvarande finansieringssystem kan skapa resurser för försäkringskassan för de förebyggande och rehabiliterande insatser som bör ingå i sjukförsäkringen.

Såsom Sjukförsäkringsutredningen föreslog bör bestämmelserna om sjuklönens storlek ändras så att sjuklönen skall uppgå till 90 procent av anställningsförmånerna fr.o.m. dag 15 och de därpå följande dagarna i sjuklöneperioden.

Det har i remissvar och allmän debatt hävdats att en förlängd sjuklöneperiod innebär att arbetsgivarnas kostnader ökar. Detta är inte fallet. Arbetsgivarna kollektivt betalar idag via sjukförsäkrings-

avgiften kostnaderna för sjukpenning och förtidspension. En längre sjuklöneperiod kommer inte att innebära någon generell kostnadsövertäckning på arbetsgivarsidan, eftersom sjukförsäkringsavgiften skall sänkas i motsvarande omfattning. Däremot omfördelas kostnaderna för sjukfrånvaro mellan arbetsgivarna. Detta innebär att arbetsgivare som uppnått en låg sjukfrånvaro får lägre kostnader. Arbetsgivare med högre sjukfrånvaro får ökade kostnader, om inte åtgärder vidtas för att sänka sjukfrånvaron. En förlängd sjuklöneperiod ger små företag, som generellt sett har sjukfrånvaro under genomsnittet, lägre totala kostnader. Kostnadsfördelningen blir därmed rättvisare. Idag betalar små företag i själva verket en för hög sjukförsäkringsavgift.

För år 2002 beräknar RFV att inkomsterna från sjukförsäkringsavgiften kommer att understiga kostnaderna för sjukförsäkringen med 8,7 miljarder kronor. För att täcka denna kostnadsnivå skulle sjukförsäkringsavgiften behöva höjas från nuvarande 8,8 procent till 10,1 procent.

Sjukförsäkringsutredningen beräknade att en till 60 dagar förlängd sjuklöneperiod år 1999 innebar att sjukförsäkringsavgiften skulle kunna sänkas med 0,8 procentenheter. HpH gör den bedömningen att detta tal med nuvarande sjukfrånvaronivå kan räknas upp till ca 1 procentenhet och att sjukförsäkringsavgiften därmed kan sänkas med motsvarande tal vid en förlängning av sjuklöneperioden till 60 dagar.

HpH anser att sjukförsäkringsavgiften bör spegla de faktiska kostnaderna i försäkringen. Sjukförsäkringsavgiften bör därför fastställas till 9,1 procent, dvs. 10,1 minus 1,0 procentenheter. För att kompensationsen för den förlängda sjuklöneperioden skall få fullt genomslag på de totala arbetsgivaravgifterna föreslår HpH att den odestinerade arbetsmarknadsavgiften sänks från 5,84 till 5,54 procent. Arbetsgivaravgifterna sänks därmed sammantaget från 30,13 till 29,13 procent av avgiftsunderlaget.

HpH föreslår att

- sjuklöneperioden förlängs till sextio dagar.
- sjuklönen fr.o.m. den femtonde dagen i en sjukperiod höjs till 90 procent av anställningsförmånerna till den del de är sjukpenninggrundande.
- de sammanlagda arbetsgivaravgifterna sänks i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden.

4.4 Särskilda åtgärder för mindre företag

4.4.1 Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader

HpH föreslår följande

I sjukförsäkringen skall införas ett obligatoriskt högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader för arbetsgivare som har en årlig lönesumma som högst uppgår till 160 prisbasbelopp.

Ersättning skall kunna erhållas årsvis från sjukförsäkringen för den del av sjuklönekostnaderna som överstiger ett sjuklönetak. Detta tak utgörs av ett belopp som motsvarar 75 procent av sjuklönekvoten för samtliga arbetsgivare. Med sjuklönekvot avses den årliga sjuklönesummans andel av den totala årliga lönesumman.

RFV skall årligen i förväg fastställa det procenttal som skall anses utgöra 75 procent av sjuklönekvoten för samtliga arbetsgivare.

Ersättning lämnas för sjuklönekostnad som inte överstiger 90 procent av högsta belopp för sjukpenninggrundande inkomst samt för arbetsgivaravgifter, allmän löneavgift och särskild löneskatt, till den del avgifterna och skatten är hänförliga till den utbetalda sjuklön som skall ersättas.

Förskott på ersättning skall kunna lämnas till arbetsgivare vars sjuklönekostnader före årets utgång överstiger sjuklönetaket.

Bakgrund

Sjukförsäkringsutredningen har föreslagit att ett högkostnadsskydd för mindre företag skall integreras i sjukförsäkringen. Enligt förslaget skall arbetsgivare med en årlig lönesumma på högst 160 prisbasbelopp under ett år inte betala högre sjuklön än högst den genomsnittliga sjuklönekostnaden för samtliga arbetsgivare. Förslaget innebär att högkostnadsskyddet skall utformas efter mönster av ett förslag som redovisades i AGRA-utredningens delbetänkande Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader (SOU 1997:142).

Vid remissbehandlingen har anförts bl.a. att konstruktionen av högkostnadsskyddet är komplicerad. Det har även framförts att skyddet bör omfatta också små myndigheter.

Överväganden

En arbetsgivare är enligt nuvarande ordning skyldig att betala sjuklön under högst tretton dagar av en sjukperiod. Detta innebär särskilda risker för arbetsgivare med få anställda. Redan det förhållandet att en anställd har upprepad sjukfrånvaro kan bli en påtaglig ekonomisk belastning för ett litet företag. Nuvarande sjuklöneperiod utgör för mindre företag en stor ekonomisk riskfaktor, som ytterst kan förhindra nyanställningar och expansion. Det finns således starka skäl för att införa ett högkostnadsskydd även med nuvarande 14 dagars sjuklöneperiod.

I dag finns en frivillig småföretagarförsäkring mot kostnader för sjuklön. Enligt 17 § SjLL kan denna försäkring tecknas av en arbetsgivare vars sammanlagda lönekostnader inte beräknas överstiga 130 prisbasbelopp. För att omfattas av försäkringen skall arbetsgivaren erlägga avgift. Denna försäkring utnyttjas emellertid i mycket liten omfattning. Det är främst högriskföretag som tecknar försäkringen vilket i sin tur leder till en premienivå som av de flesta anses alltför hög.

HpH anser att en förlängd sjuklöneperiod, liksom för övrigt redan den nuvarande sjuklöneperioden, medför en särskild ekonomisk risk för arbetsgivare som har ett begränsat antal anställda. För en sådan arbetsgivare kan upprepad sjukfrånvaro hos några få anställda medföra betydande kostnader för sjuklön. Det finns därför anledning att även framdeles ha en särskild sjuklöneförsäkring för små företag. Den nuvarande frivilliga småföretagarförsäkringen har emellertid inte en tillfredsställande konstruktion. Den omständigheten att den är frivillig och finansieras genom en avgift som betalas av dem som tecknat avtal om försäkring medför att kostnaden/premien för småföretagarförsäkringen tenderar att bli oacceptabelt hög. Enligt HpH:s uppfattning bör därför sjukförsäkringen innehålla ett högkostnadsskydd som omfattar företag med en årlig lönesumma som högst uppgår till 160 prisbasbelopp.

Det förslag om högkostnadsskydd för sjuklönekostnader HpH nu lägger fram är mycket gynnsamt för de små företagen. Dessa får i dag betala en för hög sjukförsäkringsavgift i förhållande till sjuktalerna bland deras anställda. Ett litet företag löper med nuvarande regler en stor risk att drabbas av höga kostnader i form av sjuklön. HpH föreslår en förlängning av sjuklöneperioden och en sänkning av sjukförsäkringsavgiften. Med HpH:s förslag till högkostnadsskydd kommer små företag med en årlig lönesumma på högst 160 prisbasbelopp (motsvarar cirka 30 anställda) i praktiken att drabbas av den förlängda sjuklöneperioden endast i undantagsfall (se bilaga

1:10, Kostnadskonsekvenser för mindre företag av en förlängd sjuklöneperiod).

HpH:s utformning av högkostnadsskyddet innebär att gränsen för vad som i detta sammanhang skall anses som små företag höjs i förhållande till den nuvarande frivilliga småföretagsförsäkringen och till AGRA-utredningens förslag.

HpH föreslår att det införs ett högkostnadsskydd och att detta utformas på likartat sätt som föreslogs i delbetänkandet Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader (SOU 1997:142).

Således föreslår HpH ett högkostnadsskydd som innebär att arbetsgivare med en årlig lönesumma på högst 160 prisbasbelopp under ett år inte skall betala högre sjuklön än 75 procent av genomsnittet för samtliga arbetsgivare. Ersättning skall lämnas för sjuklön som inte överstiger 90 procent av högsta belopp för sjukpenninggrundande inkomst samt för arbetsgivaravgifter, allmän löneavgift och särskild löneskatt, till den del avgifterna och skatten är hänförliga till den utbetalda sjuklön som skall ersättas.

Det kan ifrågasättas om ett högkostnadsskydd för mindre företag skall omfatta även kostnader för att upprätta rehabiliteringsunderlag. HpH:s förslag i avsnitt 4.3.1 om rehabiliteringsunderlag innebär en viss utvidgning av i vilka fall sådant underlag skall upprättas och lämnas till försäkringskassan. Undantag skall inte längre göras för fall i vilka det framstår som obehövt. Å andra sidan skall rehabiliteringsunderlaget på grund av sjukfrånvaro under minst fyra veckor lämnas endast om sjukfallet fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång, vilket innebär en begränsning av antalet rehabiliteringsunderlag.

HpH har i bilagan 8 till delrapporten 2001-06-26 *Punkter i en handlingsplan* (bilaga 1:3) med avseende på bl.a. förslaget rörande rehabiliteringsunderlag gjort en särskild konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor. Där konstateras bl.a. att antalet rehabiliteringsunderlag som skall upprättas kan bli något större än de tidigare rehabiliteringsutredningarna. Det framhålls dock att en framtida ökning av antalet främst beror på brister i efterlevnaden av det hittillsvarande regelsystemet.

Vid konsekvensanalysen har konstaterats att ökade kostnader kan uppkomma för småföretag och andra företag på grund av att dessa framdeles kommer att upprätta rehabiliteringsunderlag i större omfattning än de hittills har gjort rehabiliteringsutredningar. HpH:s förslag att det i underlaget skall ingå yttrande från företagshälsovården kan medföra en extra kostnad vid upprättande av underlaget, om ett företag inte redan har ett sådant avtal med

företagshälsovården som inkluderar yttrande angående rehabiliteringsbehov. Kostnaden för ett enskilt yttrande torde normalt uppgå till cirka 1 000 kr, för såvitt det inte redan täcks av ett avtal med företagshälsovården.

Beträffande konkurrensförhållanden kan följande konstateras. Sjukfrånvaron är generellt lägre hos små företag än stora. Typiskt sett medför detta enligt gällande bestämmelser att små företag kommer att vara skyldiga att göra rehabiliteringsutredning i väsentligt färre fall än större, även sett i förhållande till antalet anställda. De förändringar som HpH föreslår i skyldigheten att upprätta rehabiliteringsunderlag (rehabiliteringsutredning) innebär sammantaget en viss utvidgning i skyldigheten att upprätta rehabiliteringsunderlag. Emellertid kommer detta att på grund av de omständigheter som nyss nämnts att få betydelse främst för de något större företagen. Detta utesluter i och för sig inte att även små företag kan komma att få upprätta rehabiliteringsunderlag i något större omfattning än man tidigare var skyldig att göra i form av rehabiliteringsutredningar.

Sammanfattningsvis anser HpH att kostnaden för att upprätta ett rehabiliteringsunderlag inte behöver täckas av sjukförsäkringen. Kostnaden per upprättat underlag, är en mycket liten del av den totala lönesumman per anställd. Vinsten för företaget av en lyckad rehabilitering i form av förkortad sjukskrivning gör att åtgärden också för det lilla företaget snabbt blir lönsam. HpH:s förslag innebär heller inte någon utvidgad skyldighet jämfört med dagens bestämmelser om skyldigheten att påbörja en rehabiliteringsutredning.

Av bl.a. administrativa skäl bör ersättningen från det nya högkostnadsskyddet betalas ut årsvis i efterskott. För att undvika att småföretag drabbas av likviditetsproblem på grund av för höga sjuklönekostnader bör det finnas en möjlighet att få ersättning i förskott. Detta innebär att försäkringskassan redan under löpande kalenderår på ansökan av den berättigade skall kunna betala ersättning, om de under året dittills uppkomna sjuklönekostnader överstiger det beräknade sjuklönetaket för den enskilde arbetsgivaren. Slutavräkning sker i mars månad året efter.

I betänkandet SOU 1997:142 anges i motiven att det till ansökan skall fogas intyg från revisor. Något revisorskrav gäller emellertid inte för enskilda näringsidkare, som i den mån de har anställda ingår i den grupp som kan omfattas av högkostnadsskyddet. Mot denna bakgrund skall det för rätt till ersättning genom högkost-

nadsskyddet inte uppställas något formellt krav på att det till en ansökan skall fogas intyg från en revisor.

Vidare kan i sammanhanget nämnas att det nuvarande särskilda högriskskyddet för enskilda försäkrade (13 § SjLL) innebär att arbetsgivare får ersättning för sjuklön till anställd som omfattas av detta skydd (16 § SjLL).

4.4.2 Kostnader för rehabiliteringsåtgärder

HpH föreslår att

rehabiliteringsåtgärder för anställda i samma kategori företag som omfattas av det föreslagna högkostnadsskyddet mot kostnader för sjuklön skall ingå i sjukförsäkringen.

Mindre företag har relativt sett i allmänhet färre och kortare sjukskrivningar bland sina anställda. Detta utesluter inte att ett sådant företag kan drabbas av kännbara kostnader för rehabiliteringsåtgärder. Ett litet företag är särskilt sårbart när det gäller oförutsedda kostnader. Detta gäller särskilt kostnader för rehabiliteringsåtgärder, som kan uppgå till högre belopp än kostnaderna för rehabiliteringsunderlag. Ovan har föreslagits ett högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader. HpH finner det även angeläget, inte minst med utgångspunkt från de anställdas intresse, att rehabiliteringsåtgärder i dessa företag säkerställs genom en finansiering via sjukförsäkringen.

HpH föreslår att rehabiliteringsåtgärder för anställda i samma kategori företag som omfattas av det föreslagna högkostnadsskyddet mot kostnader för sjuklön skall finansieras av sjukförsäkringen. En förutsättning för att rehabiliteringsåtgärder skall omfattas av sjukförsäkringen skall vara att åtgärden har tagits upp i en rehabiliteringsplan, som försäkringskassan har godtagit innan åtgärden vidtogs. Ersättning skall således kunna lämnas endast för åtgärder som försäkringskassan har godtagit i förväg. Vidare skall ersättning från sjukförsäkringen betalas ut endast på ansökan av arbetsgivaren. Bestämmelser om detta skydd skall införas i 22 kap. AFL.

4.5 Företagshälsovård

HpH föreslår följande

Arbetsgivare skall oavsett arbetsförhållandena svara för att företagshälsovård finns att tillgå, för såvitt det inte föreligger synnerliga skäl emot detta. För arbetsgivare vars samtliga anställda är närstående enligt 2 kap. 22 § inkomstskattelagen (1999:1229) skall nuvarande bestämmelser behållas.

Länsarbetsnämnden skall svara för att de arbetssökande som är arbetslösa har tillgång till företagshälsovård eller i annan form tillhandahålla den kompetens som behövs för att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

Regeringen tar upp diskussioner med landstingen och företrädare för företagshälsovården i syfte att etablera vårdavtal i ökad utsträckning.

Den som avser att bedriva företagshälsovård skall anmäla detta till Arbetsmiljöverket, som skall upprätta ett register över dem som bedriver företagshälsovård.

HpH anser att det skall införas en obligatorisk certifiering för de institutioner som bedriver företagshälsovård men att denna fråga bör behandlas i samband med regeringskansliets beredning av Statskontorets utredning om ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovården.

I bilaga 1:4 finns en kortfattad redogörelse för företagshälsovårdens nuvarande roll och villkor samt de överväganden som ligger bakom nuvarande lagstiftning.

Sjukförsäkringsutredningen har i slutbetänkandet *Sjukfrånvaro och sjukskrivning* (SOU 2000:121, s. 74ff. och 184f.) redogjort för företagshälsovårdens nuvarande förhållanden. Utredningen har också anført att den anser att företagshälsovårdens ställning som en partsobunden specialistresurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet bör förstärkas och förtydligas. Vidare har utredningen anført bl.a. att företagshälsovårdens resurser bör kunna utnyttjas inom den arbetsrelaterade sjukvården.

4.5.1 Tillgång till företagshälsovård

Enligt 3 kap. 2 b § första stycket arbetsmiljölagen skall arbetsgivaren svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 januari 2000 (SFS 1999:841) och ersatte en tidigare bestämmelse i 3 kap. 2 § tredje stycket, som innebar att om arbetsförhållandena påkallade det skulle arbetsgivaren föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten krävde.

Den nuvarande bestämmelsen tillkom enligt förarbetena (prop. 1999/98:120, s. 17ff.) för att förtydliga arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård och samordna den med arbetsgivarens ansvar för internkontroll samt arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Bestämmelserna om internkontroll, som finns i 3 kap. 2 a §, infördes år 1991 (SFS 1991:677). Enligt dessa skall arbetsgivaren systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven i arbetsmiljölagen och i föreskrifter som har meddelats med stöd av den lagen. Vidare skall arbetsgivaren utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. Arbetsgivaren skall i den utsträckning verksamheten kräver dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna. Handlingsplaner skall därvid upprättas. Arbetsgivaren skall vidare se till att det i verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 22 kap. AFL vilar på honom.

HpH har konstaterat att sjukfrånvaron till stora delar påverkas av relationen mellan individ och arbetsplats. Såväl förebyggande som rehabiliterande åtgärder måste därför i hög grad baseras på kunskaper om individens förutsättningar och förhållandena på arbetsplatsen. Företagshälsovården är enligt HpH:s uppfattning den specialistresurs som bäst kan bedöma behov av anpassning av arbetsplatsen och den enskildes arbetsförhållanden.

Företagshälsovården utgör en strategisk resurs för arbetsgivaren genom att den bl.a. bidrar till en god hälsa bland de anställda, vilket givetvis gynnar produktionsresultat och ekonomisk utveckling. Vetskap om att en arbetsgivare har bra företagshälsovård är också ägnat att underlätta framtida personalrekrytering. Kostnaderna för företagshälsovården bör därför jämföras med en investering och skall inte uppfattas som en rent belastande utgift.

HpH föreslår i avsnitt 4.3.1 att försäkringskassan skall inhämta underlag från företagshälsovården, om en försäkrad är sjukskriven under en viss längre tid. I ett sådant underlag skall företagshälsovården bedöma den försäkrades arbetsförmåga. Sådant underlag skall naturligtvis i första hand inhämtas från den företagshälsovård som den försäkrade är kopplad till och som därför bör ha kännedom om förhållandena på den aktuella arbetsplatsen.

Mot bakgrund av det anförda anser HpH att nuvarande bestämmelser om arbetsgivarens skyldighet att tillse att företagshälsovård finns att tillgå, om arbetsförhållandena så kräver, bör stramas upp. HpH föreslår därför att företagshälsovård skall finnas utan inskränkning.

Emellertid skulle det föra för långt att föreskriva en sådan generell skyldighet att tillse att det finns en företagshälsovård att tillgå även för små familjeföretag. För arbetsgivare som har anställt enbart närstående bör därför nuvarande bestämmelser behållas. I sådana företag torde arbetsgivaren av naturliga skäl ofta ändå känna ett särskilt ansvar för de anställda.

Det kan inte uteslutas att det kan bli svårt för vissa arbetsgivare att få tillgång till en utbyggd företagshälsovård. Företagshälsovården kan på vissa platser i landet få problem med att tillräckligt snabbt bygga ut sina resurser. Detta gäller främst under den närmaste perioden efter ikraftträdandet av de nya bestämmelserna.

Under en övergångstid kan det också uppstå problem för främst små företag t.ex. på så sätt att det i glesbygd kan vara förenat med extra höga kostnader att sluta avtal om företagshälsovård. I dessa fall kan betydande kostnader uppkomma särskilt i form av transportkostnader. HpH anser därför att det under en övergångstid bör finnas en möjlighet för Arbetsmiljöverket att underlåta att ingripa mot en arbetsgivare som inte har tillsett att det finns företagshälsovård att tillgå, om det finns *synnerliga skäl* härför. Detta förutsätter att arbetsgivaren visar att han har försökt träffa avtal om företagshälsovård men att det inte varit möjligt att få till stånd sådant avtal utan oskäligt höga kostnader. Vid bedömning av om kostnaderna är oskäligen höga bör framför allt företagets storlek vägas in. Det kan i detta hänseende krävas mer av ett stort företag än ett litet. Denna möjlighet att godta att ett företag saknar företagshälsovård eller har begränsad tillgång till sådan bör kunna tillämpas främst i samband med att Arbetsmiljöverket utövar tillsyn över arbetsgivare.

Även personer som är arbetslösa bör ha tillgång till företags-hälsovård, som kan bedöma den enskildes arbetsförmåga och

eventuella rehabiliteringsbehov. Försäkringskassan skall vid långtidssjukskrivning nämligen på motsvarande sätt som för arbetstagare från företagshälsovård kunna inhämta en bedömning av arbetsförmågan och rehabiliteringsbehov (jfr HpH:s förslag om underlag vid långtidssjukskrivning i avsnitt 4.8.2). HpH föreslår därför att Länsarbetsnämnden skall svara för att företagshälsovård finns att tillgå för de arbetssökande som är arbetslösa och därför saknar koppling till företagshälsovården. Det finns inget som hindrar att arbetsmarknadsmyndigheterna inom den egna verksamheten tillhandahåller kompetens att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov även om den formellt inte är att betrakta som företagshälsovård. En sådan kompetens finns i viss omfattning inom arbetsmarknadsmyndigheterna men har under senare år minskat i omfattning. Det uppkommer heller inte något större behov av förebyggande skyddsarbete inriktat på anpassning av arbetsplatser i den roll företagshälsovården kommer att ha i förhållande till de arbetslösa. Mot denna bakgrund är det tillräckligt om länsarbetsnämnden som ett alternativ till företagshälsovård i annan form tillhandahåller kompetens att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

4.5.2 Vårdavtal

Företagshälsovårdens verksamhetsområden avser arbetsmiljö och rehabilitering. Dess huvuduppgifter är och skall enligt HpH:s uppfattning även framdeles vara att arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Dessa uppgifter som ligger på företagshälsovården är till väsentlig del av förebyggande karaktär. Företagshälsovårdens kunskaper om olika arbetsplatser och de krav dessa ställer på arbetstagare bör enligt HpH utnyttjas bl.a. vid försäkringskassans bedömning av en försäkrads arbetsförmåga i samband med prövning av rätt till förmåner från sjukförsäkringen.

En fråga som väckts i olika sammanhang är om företagshälsovården vid sidan av sina huvuduppgifter även bör kunna ge sjukvård. Den 1 januari 2000 infördes bestämmelser i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning om att sådan ersättning inte lämnas till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård. Samtidigt infördes i lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik motsvarande förbud mot sjukgymnastikersättning till en sjukgymnast för verk-

samhet inom företagshälsovård. Till grund för detta låg en strävan att renodla företagshälsovårdens kärnverksamhet, dvs. förebyggande arbetsmiljöarbete och arbetslivsinriktad rehabilitering (prop. 1998/99:120, s. 24 och 28). Ett annat skäl för att slopa vårdersättningar till företagshälsovården var att företagshälsovårdens sjukvård inte bedrevs på konkurrensneutrala villkor (a. prop. s. 17 och 29).

Regeringen uttalade i förarbetena (a. prop. s. 29) till ovanstående ändringar att avsikten inte var att helt avskilja sjukvården från företagshälsovården. Enligt regeringens mening innebar företagshälsovårdens verksamhet i sig fokusering på arbetsrelaterad ohälsa, yrkesrelaterade sjukdomar och arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket förutsatte personal med sjukvårdskompetens och att viss sjukvård bedrevs. Regeringen ansåg dock att en företagshälsovårdsenhet inte skulle kunna erbjuda offentligt finansierad sjukvård utan att företagshälsovårdsenheten och sjukvårdshuvudmannen träffat ett avtal kring detta.

Vidare uttalade regeringen bl.a. följande om samverkan mellan företagshälsovården och sjukvårdshuvudmannen. I de fall sjukvården inom företagshälsovården bedrevs med offentlig finansiering borde detta regleras genom avtal mellan landstinget och företagshälsovårdsenheten. Det fanns många fördelar med sådana avtal. Om företagshälsovården fick bedriva viss landstingsfinansierad hälso- och sjukvård skulle bl.a. företagshälsovårdens möjligheter att behålla och utveckla sin sjukvårdskompetens öka, vilket vore av vikt i arbetet med arbetsrelaterad hälso- och sjukvård. Företagshälsovården kunde också vara en viktig resurs för landstingens läkare, som då i större utsträckning kunde remittera patienter till företagshälsovården för bedömning eller behandling av arbetsrelaterade sjukdomar och skador. Företagshälsovårdens fackkompetens inom det förebyggande arbetsmiljöarbetet och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kom då även andra patientgrupper till del. Företagshälsovårdens breda kunskap om samspelet mellan arbetsmiljö och hälsa i samband med rehabilitering, kunde inte ersättas med insatser från t.ex. primärvården. Ökat samarbete och bättre samordning mellan företagshälsovård och primärvård kunde bidra till en tydligare rollfördelning för sjukvårdsinsatser i allmänhet och arbetsplatsanknuten hälso- och sjukvård.

Som ett bra exempel på samverkan genom avtal mellan landsting och företagshälsovård nämndes i ovannämnda förarbeten den s.k. Värmlandsmodellen. Inom Värmlands läns landsting har de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknat lokala avtal med respektive

företagshälsovårdsenhet. Landstinget betalar företagshälsovården en begränsad prestationsersättning för utförda hälso- och sjukvårdstjänster. Värmlandsmodellen syftar till att ge företagshälsovården möjligheter att behålla och utveckla kompetensen inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet samtidigt som den kan bedriva viss läkarvård och sjukgymnastisk behandling. En fördel som lyftes fram var bl.a. att företagshälsovården ingår i landstingets regelsystem, bl.a. med rätt för företagsläkarna att remittera patienter till specialister, röntgen, laboratorier etc.

Den s.k. Värmlandsmodellen innefattar vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmannen och 17 olika företagshälsor. Vidare finns ett ramavtal mellan företagshälsovården och försäkringskassan. Syftet med överenskommelsen är att ge patienten bästa möjliga vård, där företagshälsovården bidrar och kompletterar primärvården med sin kompetens inom arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsmedicin. Förutom att landstinget enligt avtalet ersätter företagshälsovården för den primära bedömningen eller utredningen vid en patients första besök ges ersättning även vid fortsatt behandling av sjukdom som orsakats eller försämrats av individens arbete.

I sammanhanget kan nämnas att vårdavtal mellan sjukvårdshuvudmän och företagshälsovård förekommer även på andra håll i landet.

HpH anser att det är av stor vikt att hitta lösningar som effektivt utnyttjar samhällets samlade resurser för att bättre tillgodose enskilda människors behov av olika stödåtgärder. Arbetsrelaterad ohälsa orsakar stora samhällsekonomiska kostnader, inte minst för kommuner och landsting till följd av att resurser måste tas i anspråk för sjukvård m.m. Det finns starka skäl för landstingen att utveckla bra och ändamålsenliga samverkansmodeller med bl.a. företagshälsovården. HpH anser att en systematisk samverkan bör komma till stånd mellan företagshälsovården, primärvården och andra vårdgivare. Landstingen bör i större utsträckning utnyttja möjligheten att teckna avtal med företagshälsovårdsenheter om olika typer av tjänster och åtaganden mot bakgrund av att dessa enheter kan bidra med god fackkompetens när det gäller det förebyggande arbetsmiljöarbetet och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Enligt HpH är det mindre lämpligt med en företagshälsovård som är helt frikopplad från sjukvård. Den omständigheten att företagshälsovården får svara för viss sjukvård kommer att underlätta för företagshälsovården att snabbt upptäcka om det på en viss

arbetsplats förekommer hälsoproblem. Företagshälsovårdens verksamhet i sig innebär fokusering på arbetsrelaterad ohälsa, yrkesrelaterade sjukdomar och arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta förutsätter att det finns personal med sjukvårdskompetens och att viss sjukvård bedrivs. Det krävs också en viss sjukvård för att bedöma effekterna av företagshälsovårdens åtgärdsarbete. Genom att företagshälsovården svarar för viss sjukvård får den en snabb återkoppling vad gäller resultatet av nämnda arbete.

HpH anser att möjligheterna för företagshälsovården att bedriva offentligt finansierad sjukvård skall utformas på ett sådant sätt att de samlade sjukvårdsresurserna kommer att användas på ett effektivt sätt. Detta förutsätter att landstingen medverkar i den process som skall leda till att företagshälsovården i ökad utsträckning kan erbjuda sådan sjukvård. Liksom hittills bör därför vårdavtal mellan landstingen och företagshälsovården ligga till grund för företagshälsovårdens möjligheter att lämna offentligt finansierad sjukvård. HpH anser emellertid att regeringen bör ta initiativ till överläggningar med landstingen och företrädare för företagshälsovården för att vårdavtal skall komma till stånd i ökad utsträckning.

4.5.3 Registrering m.m.

Som HpH har konstaterat i det föregående är företagshälsovården en viktig resurs när det gäller att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser. Det är av central betydelse att det inom företagshälsovården finns personal med erforderlig kompetens så att man på ett effektivt sätt skall kunna utföra sin uppgift. För att företagshälsovården skall kunna vara effektiv är det också väsentligt att den har rutiner för en fortlöpande utvärdering av den egna verksamheten. Det finns ytterligare väsentliga krav som företagshälsovården måste kunna leva upp till, om den även på sikt skall kunna utgöra ett effektivt redskap för att uppnå en ökad hälsa i arbetslivet.

Enligt HpH:s förslag skall det vidare bli obligatoriskt för i princip samtliga arbetsgivare att svara för att företagshälsovård finns att tillgå. HpH föreslår i avsnitt 4.3.1 att företagshälsovården framdeles regelmässigt skall yttra sig över arbetsgivares rehabiliteringsunderlag. Vidare föreslår HpH i avsnitt 4.8.2 att företagshälsovården på begäran av försäkringskassan vid långtidssjukskrivningar regelmässigt skall lämna underlag avseende den försäkrades

arbetsförmåga m.m. Efterfrågan på företagshälsovårdens tjänster kommer därför att öka.

HpH anser att företagshälsovården måste få en starkare ställning för att den skall bli en tillräckligt kraftfull resurs i arbetet för en ökad hälsa i arbetslivet. Företagshälsovården bör ses som en strategisk resurs för företagets ledning. Vidare måste företagshälsovården för att kunna arbeta effektivt ha arbetstagarnas förtroende, vilket förutsätter att den har mycket hög integritet. Det måste inom företagshälsovården finnas fungerande system för kvalitets-säkring och egenkontroll.

Mot bakgrund av det anförda anser HpH att det finns starka skäl att vidta åtgärder som skall skapa garantier för hög kompetens och ändamålsenlig organisation inom företagshälsovården. HpH anser därför att det skall införas en obligatorisk certifiering av företagshälsovården, dvs. att företagshälsovård i den mening som avses i 3 kap. 2 b § andra stycket arbetsmiljölagen får bedrivas endast efter godkännande av behörig myndighet. Det kan nämnas att villkor om sådant godkännande förekommer bl.a. i Danmark.

I sammanhanget kan nämnas att regeringen den 29 mars 2001 givit Statskontoret i uppdrag att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård skall kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna. I det uppdraget ingår bl.a. att skissera de åtgärder som kan vara möjliga för att uppnå ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård. Som ett exempel på sådana åtgärder nämns i uppdragsbeskrivningen bl.a. godkännande (certifiering) av företagshälsovårdstjänster. Statskontoret skall slutredovisa uppdraget vid årsskiftet 2001/2002.

En ordning med obligatorisk certifiering för de institutioner som bedriver företagshälsovård förutsätter bl.a. en noggrann analys av vilka kriterier som bör ligga till grund för en certifiering. Frågan om certifiering av företagshälsovården bör därför tas upp i samband med regeringskansliets beredning av Statskontorets utredning om ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovården.

Däremot föreslår HpH att det redan nu införs ett register över dem som bedriver företagshälsovård. Den som avser att bedriva företagshälsovård skall vara skyldig att göra en anmälan om detta till den myndighet som skall svara för registret. Bestämmelser om detta bör införas i arbetsmiljölagen. I sammanhanget kan nämnas att Arbetsmiljöverkets tillsyn enligt arbetsmiljölagen omfattar även anordnandet av företagshälsovård (prop. 1998/99:120, s. 23). Det bör därför ligga på denna myndighet att föra ett register över dem som bedriver företagshälsovård. Med ett sådant register kommer

verkets tillsyn över anordnandet av sådan verksamhet att underlättas. Givetvis skall Socialstyrelsen ha ett fortsatt ansvar för företagshälsovårdens medicinska del och föra de register som erfordras i detta sammanhang.

4.5.4 Utbildning och resurser

Statskontoret bedömer att företagshälsovården kommer att få yttra sig över 250 000 sjukfall per år (se bilaga 2:9). Den sammanlagda resursinsatsen för att regelmässigt yttra sig över rehabiliteringsunderlagen bedöms till ca 266 årsarbetare fördelade på 141 företagsläkartjänster, 63 företagsskötersketjänster, 31 beteendevetartjänster och 31 tjänster för sjukgymnaster⁵.

Då företagshälsovården redan i dag medverkar i ca 36 procent av de långa sjukfallen uppskattar Statskontoret att nettoeffekten av reformen innebär krav på ett resurstillskott motsvarande 90 heltidstjänster för företagsläkare, 40 för företagsskötersketjänster, 20 för beteendevetare och 20 för sjukgymnaster.

För att under en tvåårsperiod ersätta såväl beräknade pensionsavgångar som tillgodose behovet av nytillskott krävs en fördubbling av företagsläkarutbildningen till ca 70 platser/år, en utökning av företagssköterskeutbildningen till ca 90 platser/år och en utbildning av 25 beteendevetare/år – dvs. återupptagande av utbildningen på samma nivå som 1997/98.

Statskontoret gör bedömningen att förslaget om rehabiliteringsunderlag innebär ett krav på en betydande utökning av företagshälsovårdens personalresurser om kvalité och övriga arbetsuppgifter inte omprövas. Som en konsekvens av detta bedömer Statskontoret att ett genomförande kräver en övergångstid och/eller att det förväntade genomslaget anpassas till tillgängliga resurser. Genom att omfördela de resurser som i dag läggs ner på utredningsfasen i företagshälsovårdens rehabiliteringsarbete, 425 årsarbetare, anser Statskontoret att resursbehovet för att avge yttranden över rehabiliteringsunderlag dock kan klaras på kort sikt.

HpH delar Statskontorets bedömning att resursbehovet för att avge yttranden över rehabiliteringsunderlag kan klaras på kort sikt. Ett genomförande av HpH:s förslag avseende företagshälsovården kommer också att innebära en ökad efterfrågan på dess tjänster, vilket i sin tur torde leda till en naturlig tillväxt av erforderliga

⁵ Till gruppen sjukgymnaster räknar Statskontoret här även ergonomer.

resurser. HpH ser därför inga praktiska hinder för en parallell utveckling av tillgång och efterfrågan inom detta område.

4.5.5 En utbyggd företagshälsovårds intäkter och kostnader

En utbyggd företagshälsovård är enligt HpH en nödvändig förutsättning för att arbetsgivarnas kostnader för sjukförsäkringen via arbetsgivaravgifterna skall kunna minska. Därtill kommer att sjukfrånvaron för flertalet arbetsgivare också medför andra kostnader i form av produktionsbortfall etc. Enligt Statskontoret kan nuvarande kostnader för företagshälsovård uppskattas till ca 3 miljarder kronor per år, vilket motsvarar en genomsnittlig kostnad av cirka 1 000 kronor per anställd. HpH har bedömt att en väl fungerande företagshälsovård kräver en insats på i storleksordningen cirka 2 000 kronor per anställd. Företagens kostnader för en utbyggd företagshälsovård kan därför efter en utbyggnadsperiod komma att fördubblas från idag cirka 3 miljarder till 6 miljarder. Denna investering skall värderas i förhållande till vad som händer om ingenting görs. HpH vill erinra om att sjukförsäkringskostnadernas ökningstakt för närvarande (2001) i genomsnitt är 25 miljoner kronor per dag. För arbetsgivare tillkommer naturligtvis även ökande kostnader för sjuklön. HpH anser att en systematisk insats av en förstärkt företagshälsovård är en förutsättning för att nuvarande kostnadsökning skall brytas. Exempel från insatser i olika företag som använt sig av företagshälsovård som en strategisk resurs visar mycket goda resultat.

4.6 Sjukvården

HpH föreslår att

- landstingens ansvar för medicinsk rehabilitering tydliggörs.
- sjukvården säkerställer att berörd personal erhåller erforderlig kompetens i försäkringsmedicin.

Regeringen kommer, enligt 11-punktsprogrammet, att under perioden 2002-2004 tillföra landstingen sammanlagt 3,75 miljarder kronor för att öka tillgängligheten till behandlingar i hälso- och sjukvården. Avsikten är således att korta köer och minska väntetider till bl.a. operationer.

HpH vill också peka på de för både individ och försäkring så kostsamma väntetider som uppstår i avvaktan på viktiga medicinska underlag som inom sjukvården är lägprioriterade arbetsuppgifter.

HpH vill i detta sammanhang också peka på det förslag, som redovisas i avsnitt 4.5.2, angående en mera omfattande etablering av vårdavtal mellan landsting och företagshälsovård. Enligt HpH:s uppfattning skulle sådana avtal avsevärt kunna minska belastningen på den allmänna sjukvården, till gagn för såväl individ som sjukförsäkringskostnad.

HpH föreslår att landstingens ansvar förtydligas när det gäller medicinsk rehabilitering. Särskilt viktigt är det att klargöra gränserna för vad som betraktas som ren medicinsk rehabilitering. HpH har funnit att vissa typer av insatser/åtgärder på grund av oklara ansvarsgränser fördröjs eller uteblir.

HpH vill också understryka landstingens ansvar för att berörd personal erhåller och upprätthåller erforderlig kompetens i försäkringsmedicin. Det måste kunna garanteras att alla läkare har kunskap om vilken uppgift de medicinska underlagen skall fylla och vilka sociala och ekonomiska konsekvenser för den enskilde som följer av sjukskrivning. Sjukskrivningarna har vidare naturligtvis även stora samhällsekonomiska konsekvenser.

4.7 En kompletterande arbetsmarknad

4.7.1 En vidgad arbetsmarknadspolitik

HpH föreslår att

- o regeringen vidgar arbetsmarknadspolitikens ansvarsområde i syfte att skapa en kompletterande arbetsmarknad för människor med begränsad arbetsförmåga på grund av sjukdom.
- o regeringen i avvaktan på en sådan reform uppdrar åt Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsverket att utveckla det lokala samarbetet mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen i syfte att påskynda sjukskrivnas återinträde på arbetsmarknaden. En sådan samverkan kan och bör genomföras i hela landet och kan ske inom ramen för nuvarande resurstilldelning.
- o regeringen via trepartssamtalen med arbetsmarknadens parter försöker få till stånd överenskommelser som innebär att större arbetsgivare tar ett ökat ansvar för att bereda arbete åt personer med begränsad arbetsförmåga.

HpH konstaterar att många av dagens långtidssjukskrivna sannolikt har rehabiliterats så långt det är möjligt utan att helt återfå tidigare arbetsförmågenivå. Dessa personer riskerar att bli förtidspensionärer om inte anpassade arbeten finns att tillgå. Denna grupp, som kan befaras utgöra större delen av de nu mer än 120 000 individer som varit sjukskrivna längre än ett år, har således ett stort behov av en kompletterande arbetsmarknad.

Dessa förhållanden har uppmärksammats av bl.a. Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, som i slutbetänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) också diskuterade ansvarsfördelningen mellan försäkringsgivaren och arbetsförmedlingen avseende inklussningen på en kompletterande arbetsmarknad. Utredningen anförde bl.a. följande:

För försäkringsgivaren talar att alternativet lätt blir en förtidspension (vilket också finansieras av den nya rehabiliteringsförsäkringen och ekonomiskt därmed bärs av försäkringsgivaren). Vidare talar för försäkringsgivaren att bedömningen av det individuella behovet uppkommer under rehabiliteringen och blir kanske ett av målen i rehabiliteringsplanen. Försäkringsgivarens koordinator bör också ha lärt känna den sjukskrivne och förhoppningsvis byggt upp ett förtroende under rehabiliteringstiden. Å andra sidan finns tydliga skäl för att arbetsförmedlingen blir huvudaktör för en komplette-

rande arbetsmarknad. Uppdraget ligger nära arbetsförmedlingens ansvar att finna arbete till arbetslösa. Vidare disponerar förmedlingen i dag de olika arbetsmarknadspolitiska medlen. Den nya aktivitetsgarantin, som börjar gälla från och med hösten 2000, blir också ett nytt intressant inslag i de arbetsmarknadspolitiska medlen. Arbetsförmedlingen disponerar också arbetsplatserna vid Samhallbolagen.

Mot denna bakgrund föreslår jag att arbetsmarknadspolitiken vidgar sin målgrupp och att arbetsförmedlingen aktivt börjar arbeta med att finna ett anpassat arbete till en alltjämnt långtidssjukskriven individ så snart det i den rullande rehabiliteringsutredningen gjorts troligt att individen inte orkar arbeta i samma utsträckning som tidigare. Härigenom kan ett sådant mål sättas upp tillsammans med individen under pågående rehabilitering vilket jag tror stärker motivationen i rehabiliteringsprocessen. Det bör leda till kortare sammanlagd kontantersättningstid från rehabiliteringsförsäkringen och ett eventuellt senare utnyttjande av arbetslöshetsförsäkringen.

Idag har försäkringskassan stödansvar till individen fram till kassan bedömer att denne uppnått arbetsförmågan. Det faller sedan på arbetsförmedlingen att finansiera och stödja att den färdigrehabiliterade individen blir så kallat anställningsbar. Försörjningsansvaret lämnar då också försäkringen. Under utredningstiden har jag förstätt att denna övergång inte alltid är så smidig. Ibland går samtalen och åtgärderna om varandra. Bl.a. av dessa skäl har utredningen valt att i den nya försäkringen tala om "rehabilitering till arbete" och därmed lämna begrepp som arbetsförmåga, anställningsbar och arbetsför.

Praktiskt betyder detta att det generellt blir en skyldighet för försäkringsgivarens koordinator och arbetsförmedlingen att samråda när koordinatören och individen tillsammans konstaterat att individen kan klara ett mindre krävande arbete än vad den reguljära arbetsmarknaden kan erbjuda. Arbetsförmedlaren kommer därvid in i rehabiliteringsplanen och lämpligen vidtas fortsatta rehabiliterande insatser i kombination med sådan jobb-sökarförberedelse som förmedlaren föreslår. Successivt går härvid rollen som huvudaktör över till arbetsförmedlingen. För den som varit borta från arbetslivet länge på grund av sjukdom kan det härvid bli aktuellt att tillämpa den nya ordningen som "aktivitetsgarantin" anger och denna således får en tredje målgrupp (jfr ovan). Rehabiliteringsplanen blir då ett lämpligt underlag och kan integreras med "jobbsökarplanen". För andra kanske ett anpassat arbete kan förberedas under rehabiliteringen direkt till lönebidragsanställning eller vid ett Samhallbolag.

I väntan på ett anpassat arbete föreslås att rehabiliteringsersättning från försäkringen kan utgå under maximalt 100 dagar även om de rehabiliterande insatserna i övrigt är avslutade. Detta under förutsättning att individen inte erhåller ersättning från annat håll.

HpH ansluter sig till principerna bakom Rehabiliteringsutredningens synpunkter beträffande ansvarsfördelningen mellan försäkringsgivaren och arbetsmarknadsmyndigheterna avseende inkluderingen på en kompletterande arbetsmarknad. Arbetsmarknadsmyndigheterna är den organisation som har bäst kompetens när det gäller att hjälpa personer ut på arbetsmarknaden. Deras kompetens skall tas till vara även för personer som inte är arbetslösa men som behöver byta arbete på grund av att deras arbetsförmåga är nedsatt. HpH anser därför att arbetsmarknadspolitiken borde utvidgas på så sätt att det i arbetsmarknadsmyndigheternas uppdrag skall ingå att anpassa arbetsmarknaden till människor med begränsad arbetsförmåga.

Detta innebär utvidgade arbetsuppgifter för arbetsmarknadsmyndigheterna, som motsvaras av en lättad belastning på sjukförsäkringen i den mån personer som annars skulle vara långtidssjukskrivna kan överföras till åtgärder inom arbetsmarknadspolitiken. Viktigast är dock att långtidssjukskrivna därigenom kommer att ges möjligheter till en mer aktiv livsföring, vilket i sig är ägnat att befrämja hälsotillståndet. Sjukpenning kommer i mindre utsträckning att utges till personer som är långtidssjukskrivna, eftersom dessa framdeles i större utsträckning skall aktiveras inom ramen för arbetsmarknadspolitiken. Detta öppnar möjligheter att överföra resurser från sjukförsäkringen till arbetsmarknadsmyndigheterna.

Stora mänskliga och samhällsekonomiska vinster är att vänta, om den kategori personer som i dag är långtidssjukskrivna men som har begränsad arbetsförmåga kan beredas anpassat arbete för vilket arbetsgivaren får ett bidrag som täcker bristen i arbetsförmåga. Därigenom kommer den enskilde att själv bidra till sin försörjning. Detta kommer att stärka individens självkänsla samt bidra till att han eller hon ingår i ett större sammanhang och bidrar till sin försörjning genom eget arbete.

Ett alternativ vore att ge försäkringskassorna i uppdrag att åstadkomma en kompletterande arbetsmarknad för långtidssjukskrivna personer. Det får dock antas att arbetsmarknadsmyndigheterna är bättre lämpade att handha frågor rörande arbetsmarknaden, oavsett om detta gäller utslussning av fullt eller begränsat arbetsföra. Om försäkringskassan skulle svara för att denna personkategori kan beredas någon form av sysselsättning på olika arbetsplatser, uppkommer enligt HpH:s uppfattning en allvarlig risk för konkurrens mellan olika persongrupper.

Sammanfattningsvis anser HpH att det är ytterst angeläget att regeringen vidtar åtgärder för att skapa en arbetsmarknadspolitik som i ökad utsträckning inriktas på att stödja personer med begränsad arbetsförmåga att ta del av arbetslivet. Antalet långtids-sjukskrivna uppgår snart (december 2001) till 120 000 personer. Härtill kommer att 450 000 personer uppbär sjukbidrag eller förtidspension. Med ett mer aktivt stöd till dessa grupper skulle ett stort antal av dessa personer nu ha varit i arbete. Detta är enligt HpH:s uppfattning inte möjligt utan en förändrad arbetsmarknadspolitik.

Regeringen har under punkten 7 *Förnyelse av rehabiliteringen - individen i centrum* i det s.k. 11-punktsprogrammet i budgetpropositionen (prop. 2001/02:1, volym 6, utgiftsområde 10, s. 24) uttalat följande.

Enligt de utvärderingar av verksamheten som gjorts på området saknar socialförsäkringsadministrationen en enhetlig metodik i handläggningen av långa sjukfall. Dessutom är yrkesrollen för rehabiliteringssamordnare otydlig. För den sjukskrivne har detta inneburit bl.a. långa handläggningstider och att ansvaret för rehabiliteringen upplevs vara otydligt. Sjukskrivningstiden i sig är en faktor som påverkar sannolikheten att kunna återgå till arbete.

För att förhindra passivisering och för att underlätta för den sjukskrivne att komma tillbaka till arbete är det nödvändigt dels att välfungerande individanpassade rehabiliteringsåtgärder sätts in i tid, dels att en tydlig ansvarsuppdelning görs. För att åstadkomma detta krävs en förnyelse av den administrativa hanteringen av sjukfall som bedöms ligga i riskzonen för långtids-sjukskrivning samt av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Regeringen avser att i början av 2002 inleda ett sådant förnyelsearbete. Syftet med verksamheten skall således vara att genom nya metoder och förändrade regler finna nya och effektivare former för hanteringen av sjukskrivningsprocessen och den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Ett annat syfte är att finna en effektivare organisation för denna verksamhet.

Förnyelsearbetet innebär i huvudsak att försäkringskassans arbetsmetoder skall utvecklas och kompetensen förstärkas för att möjliggöra en tidig bedömning av den enskildes arbetsförmåga och eventuella rehabiliteringsbehov. Underlaget från arbetsgivaren utgör en viktig förutsättning för denna bedömning. Försäkringskassan bör följa upp varje sjukfall. Vidare skall arbetsgivarens roll tydliggöras, bland annat genom att denne alltid skall lämna förslag till åtgärder på arbetsplatsen samt ange förväntad tidpunkt då den försäkrade kan återgå i arbete. Sanktionsmöjligheter bör införas för passiva arbetsgivare. I de fall där arbetsgivaren inte kan bidra till den arbets-

livsinriktade rehabiliteringen har den lokala arbetsmarknadsmyndigheten en viktig roll. Förnyelsearbetet inleds på några orter för att sedan skyndsamt utvidgas till att omfatta hela landet. Det finansieras genom att man under 2002 utnyttjar 70 miljoner kronor av de medel som är avsedda för att motverka långtidssjukskrivningar.

HpH konstaterar att för en lyckad rehabilitering krävs ett nära samarbete mellan försäkringskassorna och arbetsmarknadsmyndigheterna. Vidare föreslår HpH (se avsnitten 4.8.3 och 4.8.4) att en rehabiliteringsplan skall upprättas och en koordinator utses i alla sjukfall till stöd för de försäkrade.

Tidigare har HpH i delrapporten 2001-06-26 *Punkter i en handlingsplan* (bilaga 1:3) föreslagit en utveckling av samarbetet mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Ett sådant förnyelsearbete kommer enligt det ovannämnda 11-punktsprogrammet att inledas under år 2002. HpH menar dock att en sådan samverkan kan och bör genomföras i hela landet och att det kan ske inom ramen för nuvarande resurstilldelning. I anslutning till detta projekt bör det också klargöras att arbetsförmedlingen har det fulla ansvaret för personer som av försäkringskassan bedöms vara arbetsföra.

Vidare anser HpH att trepartssamtalen med arbetsmarknadens parter bl.a. bör inriktas på att försöka få till stånd överenskommelser med större arbetsgivare som innebär att dessa i större utsträckning är beredda att anställa personer med begränsad arbetsförmåga. Arbetsmarknaden måste agera med hänsyn till att arbetskraftsutbudet kommer att vara begränsat i framtiden av demografiska skäl. Arbetsplatserna måste därför anpassas till människors faktiska arbetsförmåga, om man vill motverka allvarliga problem med arbetskraftsbrist. Som ett moment i trepartssamtalen kan det nedan beskrivna systemet med rehabiliteringsbidrag användas.

4.7.2 Rehabiliteringsbidrag

HpH föreslår att

regeringen i anslutning till arbetet med en vidgad arbetsmarknads- politik överväger en ny form av bidrag, rehabiliteringsbidrag, enligt följande.

Rehabiliteringsbidrag skall kunna lämnas för en person som har fått sjukpenning i 365 dagar eller under så lång tid att det för fortsatt utbetalning av sjukpenning krävs särskilda skäl, om han eller hon har viss begränsad förmåga att utföra ett särskilt anpassat arbete. Rehabiliteringsbidraget skall betalas till den arbetsgivare som anställer en person för vilken bidraget lämnas. Bidraget skall beräknas och utbetalas på motsvarande sätt som lönebidrag enligt förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med arbetshandikapp.

I de fall försäkringskassan, senast vid den prövning som skall ske innan en person har fått sjukpenning i 365 dagar, bedömer att en försäkrad kan klara ett särskilt anpassat arbete skall den försäkrades koordinator kontakta länsarbetsnämnden för åtgärder i syfte att den försäkrade, med rehabiliteringsbidrag, skall kunna överföras till en kompletterande arbetsmarknad. Länsarbetsnämnden övertar därmed ansvaret för individens övergång till arbete och skall besluta om rehabiliteringsbidrag inför övergången till arbete. Rehabiliteringsersättning från sjukförsäkringen skall därefter kunna utgå under högst 100 dagar i väntan på anpassat arbete.

HpH har tidigare konstaterat att det finns behov av olika åtgärder i syfte att få till stånd en effektivare rehabilitering och att underlätta en övergång till arbete för personer som är långtidssjukskrivna. Åtgärder måste enligt HpH:s uppfattning vidtas för att motverka att försäkrade hamnar i situationer med passiv sjukskrivning, som innebär att den enskilde uppbär sjukpenning utan att vare sig egentlig medicinsk behandling, medicinskt rehabilitering eller arbetslivsinriktad rehabilitering pågår. För att undvika sådan passivering bör det tillskapas en kompletterande arbetsmarknad för de personer som i och för sig saknar förmåga att klara sitt ordinarie arbete eller ett normalt förekommande arbete. Det förhållandet att personer är aktiva genom något anpassat arbete underlättar en senare övergång till reguljärt arbete. En allmän utgångspunkt bör också vara att alla i möjligaste mån skall kunna bidra till sin försörjning genom någon form av arbete.

Ytterligare ett skäl för att utveckla en kompletterande arbetsmarknad är den arbetskraftsbrist som av demografiska skäl kan förutses. Det är mot den bakgrunden angeläget att tillvarata arbetsförmågan hos de personer som kan klara ett mindre krävande arbete än vad den reguljära arbetsmarknaden kan erbjuda.

Mot bakgrund av det anförda anser HpH att försäkringssystemet skall stimulera arbetsgivarna till anpassning av arbetsplatser så att även personer med nedsatt arbetsförmåga får möjlighet att arbeta och på så sätt bidra till samhällsutvecklingen. Det bör därför införas möjligheter att lämna bidrag (rehabiliteringsbidrag) till arbetsgivare, som anställer personer med begränsad arbetsförmåga. Rehabiliteringsbidraget skall i likhet med dagens lönebidrag, som lämnas för arbetshandikappade, vara en kompensation till arbetsgivare för att den anställde inte har full arbetsförmåga.

HpH föreslår att i de fall försäkringskassan, senast vid ettårsprövningen av sjukpenningrätten, bedömer att en försäkrad kan klara ett mindre krävande arbete än vad den reguljära arbetsmarknaden kan erbjuda skall koordinatören kontakta länsarbetsnämnden för åtgärder i syfte att den försäkrade skall kunna slussas in på den kompletterande arbetsmarknaden. För denna grupp skall länsarbetsnämnden kunna besluta att rehabiliteringsbidrag skall lämnas till arbetsgivaren. Länsarbetsnämnden skall också svara för att personer som av hälsoskäl inte kan återvända till sitt ordinarie arbete kan erhålla mer lämpliga arbeten.

Länsarbetsnämnden övertar därmed ansvaret för individens återgång till arbete och ersättningen från sjukförsäkringen upphör. HpH föreslår dock att rehabiliteringsersättning från sjukförsäkringen skall kunna utgå under högst 100 dagar i väntan på ett anpassat arbete för vilket rehabiliteringsbidrag kan lämnas. I de fall arbetsförmedlingen inte lyckas få fram ett arbete inom 100 dagar bör arbetslöshetsersättning eller motsvarande belopp (för icke arbetslöshetskasseanslutna) utgå.

Rehabiliteringsbidraget skall beräknas på samma sätt och kunna lämnas för lika lång tid som gäller för lönebidrag. Bestämmelserna om lönebidrag i 25 §, 27-31 §§ och 38-44 §§ förordningen (2000:630) om särskilda insatser för personer med arbetshandikapp skall tillämpas även på rehabiliteringsbidraget. Rehabiliteringsbidraget är således ett tidsbegränsat bidrag, som med förlängning kan lämnas under högst fyra år.

Till skillnad från vad som gäller för bl.a. lönebidrag kommer det däremot inte att uppställas något krav på att ett beslut om rehabi-

litereringsbidrag skall vara arbetsmarknadspolitiskt motiverat (9 § andra stycket förordningen).

EG-rättsliga aspekter på ett system med rehabiliteringsbidrag

Det bör i sammanhanget nämnas att ett införande av rehabiliteringsbidrag kan föranleda förhandlingar inom ramen för EU.

I Romfördraget finns begränsningar mot att använda statligt stöd som snedvrider eller hotar snedvrیدا konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion. Sådant stöd är enligt art. 87 i Romfördraget oförenligt med den gemensamma marknaden i den utsträckning det påverkar handel mellan medlemsstaterna, om inte annat anges i fördraget. I punkter 2 och 3 anges stöd som kan vara förenligt med den gemensamma marknaden. Dessa är emellertid knappast av betydelse i förvarande sammanhang.

Vidare skall enligt art. 88 kommissionen fortlöpande granska alla stödprogram som förekommer i medlemsstaterna. Finner kommissionen att stöd som lämnas av en stat eller med statliga medel inte är förenligt med den gemensamma marknaden enligt art. 87, skall den besluta om att staten i fråga skall upphäva eller ändra dessa stödåtgärder. Enligt punkten 3 nämnda artikel skall kommissionen underrättas i så god tid att den kan yttra sig om alla planer på att vidta eller ändra stödåtgärder.

4.7.3 Kvotering

HpH föreslår följande

Om det visar sig att trepartssamtal med arbetsmarknadens parter och förslaget om rehabiliteringsbidrag inte ger tillräckliga resultat, bör det övervägas ett kvoteringssystem för dem som uppfyller villkoren för rehabiliteringsbidrag.

En arbetsgivare skall vara skyldig att anställa personer för vilka det lämnas rehabiliteringsbidrag, om personalstyrkan uppgår till minst 100 årsarbetskrafter. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer skall årligen fastställa det antal personer med rehabiliteringsbidrag arbetsgivare skall anställa i förhållande till påbörjat hundratal årsarbetskrafter (rehabiliteringskvoten). Anställningstiden är begränsad till den tid under vilken rehabiliteringsbidrag lämnas.

En arbetsgivare vars personalstyrka uppgår till minst 100 årsarbetare skall årligen till länsarbetsnämnden göra en anmälan, som skall ligga till grund för nämndens arbete med och uppföljning av kvotering. I anmälan skall lämnas uppgifter om antalet årsarbetare, antalet redan anställda med rehabiliteringsbidrag eller lönebidrag samt om vilken sysselsättning som kan erbjudas personer för vilka det lämnas rehabiliteringsbidrag.

Länsarbetsnämnden skall påföra en arbetsgivare avgift, om denne inte gör anmälan till länsarbetsnämnden eller utan godtagbart skäl underlåter att uppfylla kravet på viss kvot anställda med rehabiliteringsbidrag. Vid bedömning av om en arbetsgivare har uppfyllt denna kvot skall arbetsgivaren tillgodoräknas även anställda med lönebidrag. Sanktionsavgiften skall uppgå till 80 procent av högsta belopp för rehabiliteringsbidrag för varje månad och anställning för vilken denna skyldighet inte har iakttagits. Vid utebliven anmälan skall avgiften uppgå till 5 000 kr.

Beslut om sanktionsavgift skall kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Avgiften skall inte påföras, om det föreligger ursäktlighet för arbetsgivaren.

För att säkerställa tillkomsten av en kompletterande arbetsmarknad kan det finnas behov av kraftigare styrinstrument, om trepartssamtalen inte ger önskat resultat. HpH anser att arbetsgivare med många anställda generellt måste anses ha möjlighet att bereda personer med nedsatt arbetsförmåga lämpligt arbete för vilket det lämnas rehabiliteringsbidrag. I andra länder, t.ex. Tyskland och

Frankrike, förekommer system med kvotering på så sätt att arbetsgivare som har ett visst minsta antal anställda skall anställa handikappade personer till en viss kvot av antalet anställda.

En ordning med rehabiliteringsbidrag i kombination med kvotering skapar goda förutsättningar att ge människor med begränsad arbetsförmåga en meningsfull sysselsättning, som bryter en annars passiviserande sjukskrivning.

Mot ett kvoteringsystem kan riktas den invändningen att det är en i sammanhanget väl kraftig åtgärd med för stort tvång mot arbetsgivarna. Det kan också anföras etiska invändningar mot ett sådant system. De som ingår i den grupp som skall stödjas genom kvotering kan känna sig utpekade på ett negativt sätt. HpH anser att i ett väl fungerande samhälle skall människor kunna anställas på egna meriter utan stöd av kvoteringsystem. I sammanhanget kan nämnas att arbete behandlas under regel 7 i FN:s standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Där sägs bl.a. att staterna bör aktivt stödja att människor med funktionsnedsättning integreras i den öppna arbetsmarknaden. Enligt dessa regler kan stöd ges på olika sätt, t.ex. genom yrkesutbildning, stimulansskapande kvoteringsystem, befattning som reserveras för dessa människor, lån eller bidrag till småföretag, ensamrätt eller förmånsrätt till viss tillverkning, skattelättnader, kontroll av kontraktsuppfyllelse eller annat tekniskt eller ekonomiskt bistånd till företag som anställer personer med funktionsnedsättning. Staterna bör också uppmuntra arbetsgivare att göra tillräckliga anpassningar för att människor med funktionsnedsättning lättare skall kunna komma in i arbetslivet.

Enligt HpH:s uppfattning låter sig ett kvoteringsystem väl förenas med ovannämnda regel 7. Emellertid anser HpH att det vore att föredra ett system utan kvotering. I första hand bör man klara av dessa problem vid trepartssamtalen genom frivilliga överenskommelser, varvid det skulle bli onödigt med ett kvoteringsystem. I den mån frivilliga överenskommelser inte visar sig vara en framkomlig väg kan man införa ett beredskapssystem för kvotering enligt vad som redovisas i det följande. Ett sådant system kan då vid behov snabbt sättas i kraft genom att ett kvottal fastställs.

HpH anser att det för arbetsgivare skall införas en skyldighet att anställa personer för vilka det lämnas rehabiliteringsbidrag. Detta skall gälla arbetsgivare vars personalstyrka uppgår till minst 100 årsarbetskrafter. Dessa skall vara skyldiga att anställa ett visst antal personer med rehabiliteringsbidrag i förhållande till antalet års-

arbetskrafter. Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, skall för varje år fastställa det antal personer med rehabiliteringsbidrag arbetsgivarna skall vara skyldiga att anställa. Detta mått skall anges till en viss andel av arbetsgivarnas personalstyrka uttryckt i påbörjat hundratal årsarbetskrafter (rehabiliteringskvoten). Denna kvot skall fastställas senast tolv månader före det år för vilket den skall tillämpas.

Om ett system med kvotering skall kunna fungera, måste arbetsgivarna vara skyldiga att till länsarbetsnämnden i anmälan lämna de uppgifter som nämnden behöver för att kunna medverka vid arbetsgivarnas rekrytering av personer med rehabiliteringsbidrag och för att kunna följa upp att kvoteringskyldigheten följs. En sådan anmälan skall lämnas varje år, senast den 1 juli.

Vid ändrade förhållanden som påverkar skyldigheten att anställa personer med rehabiliteringsbidrag skall arbetsgivaren lämna en särskild anmälan. Arbetsmarknadsstyrelsen meddelar närmare föreskrifter om vilka uppgifter som skall ingå i en anmälan samt när särskild anmälan skall lämnas.

Länsarbetsnämnden skall anvisa de personer som kan anställas med rehabiliteringsbidrag. Arbetsgivaren skall svara för rekrytering och att kvoten uppfylls. Är rehabiliteringskvoten inte uppfylld, skall en avgift påföras arbetsgivaren. Samma gäller om arbetsgivaren inte inom föreskriven tid lämnar anmälan till ledning för länsarbetsnämndens arbete med och uppföljning av rehabiliteringskvoteringen.

Vid bedömning av om rehabiliteringskvoten är uppfylld skall arbetsgivaren även tillgodoräknas anställda med lönebidrag. På så sätt undviks att ordningen med kvotering av anställda med rehabiliteringsbidrag skall försämra anställningsmöjligheter för personer med lönebidrag.

Avgift skall inte påföras om det kan anses ursäktligt att en arbetsgivare inte uppfyllt sin kvot eller inkommit med en anmälan. I detta ligger att avgift inte skall påföras om exempelvis en arbetsgivare inte har kunnat uppfylla rehabiliteringskvoten på grund av brist på personer för vilka det lämnas rehabiliteringsbidrag.

HpH redovisar i bilaga 1:9 ett utkast till bestämmelser om rehabiliteringsbidrag och kvotering.

4.8 Sjukförsäkringen

Sjukskrivningsinstrumentet är utomordentligt kraftfullt och påverkar både individ och samhälle. De senaste årens dramatiska ökning av sjukfrånvaron innebär att många individer långsiktigt stöts ut från arbetslivet. Utvecklingen äventyrar också tillgången på arbetskraft och innebär stora påfrestningar på samhällsekonomin. Sjukförsäkringens kostnader överstiger 100 miljarder kronor år 2001 och den genomsnittliga ökningstakten för sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förtidspension har under perioden 2000 – 2001 varit 25 miljoner kronor om dagen.

HpH anser att det såväl från individ- som samhällsperspektiv är ytterst angeläget att vidta kraftfulla åtgärder i syfte att begränsa den negativa utvecklingen. HpH menar att detta kan ske i sådana former som i grunden förstärker individens berättigade krav på arbete och stöd vid ohälsa.

Mot denna bakgrund anser HpH att sjukskrivnings/rehabiliteringsprocessen måste effektiviseras och i högre grad utgå från relationen individ/arbetsplats.

4.8.1 Sammanfattande beskrivning av föreslagen sjukskrivningsprocess

En försäkrad med arbetsgivare som drabbas av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom skall med HpH:s förslag ha rätt till sjuklön från arbetsgivaren för dag 2 t.o.m. dag 60. (första dagen är karensdag)

Sjuklön skall utgå med högst 80 procent av anställningsförmånerna dag 2 t.o.m. dag 14 och med högst 90 procent av 10 prisbasbelopp dag 15-60. En försäkrad är skyldig att liksom hittills lämna läkarintyg fr.o.m. den åttonde dagen i sjukfallet.

Läkarintyget skall innehålla uppgifter om patientens tillgång till och kontakt med företagshälsovård samt medicinskt syfte med rekommenderad sjukskrivningsperiod i syfte att säkerställa en tidig kontakt med företagshälsovården och en välgrundad sjukskrivningsrekommendation.

Arbetsgivaren skall senast efter 28 dagar påbörja ett rehabiliteringsunderlag i syfte att starta en process på arbetsplatsen som påskyndar den anställdes återgång i arbete. Underlaget skall innehålla uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vid-

tagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. Underlaget skall också innehålla ett yttrande från företagshälsovård om ovanstående uppgifter och med tillägg av de eventuella synpunkter och förslag som företagshälsovården anser vara erforderliga.

Till underlaget skall arbetsgivaren bifoga de läkarintyg som erhållits under den aktuella sjuklöneperioden. Arbetsgivaren skall lämna underlaget till försäkringskassan inom 60 dagar. Arbetsgivarens sjukanmälan skall också innehålla uppgift om den anställdes inkomst och arbetstid hos arbetsgivaren.

Den som inte har rätt till sjuklön, men har en sjukpenninggrundande inkomst, gör sjukanmälan till försäkringskassan. Försäkringskassan skickar en försäkran till den försäkrade. Försäkran och läkarintyg (med de tillkommande uppgifter som föreslagits ovan) utgör underlag för försäkringskassans bedömning av rätt till ersättning. Sjukpenning utgår med högst 80 procent av 10 prisbasbelopp från dag 2 (första dagen är karensdag). Vid sjukskrivning mer än 28 dagar skall försäkringskassan påbörja ett rehabiliteringsunderlag. Detta förutsätter en kontakt med den försäkrade. Underlaget skall vara klart inom 60 dagar räknat från sjukfallets början.

Efter dag 60 har försäkringskassan ansvaret för bedömning av rätt till sjukpenning och samordning av rehabiliteringsinsatser, vid behov, för alla sjukskrivna. Försäkringskassan skickar då ut en försäkran till den försäkrade. Denna försäkran skall bl.a. innehålla den inkomstuppgift som arbetsgivaren lämnat. Den försäkrade får därmed tillfälle att verifiera/komplettera denna uppgift.

En personlig koordinator skall utses i samtliga fall för att den försäkrade skall få kontinuitet i sin rehabiliteringsprocess. Försäkringsläkaren skall som nu bistå koordinatören med medicinsk sakkunskap.

Försäkringskassan skall vid längre sjukskrivningar regelmässigt inhämta underlag från företagshälsovården avseende den försäkrades arbetsförmåga m.m. Underlag skall inhämtas vid behov och alltid när sjukperioden uppgår till 90 dagar och inför den s.k. ettårsprövningen. Underlagen skall bekostas av försäkringen.

Försäkringskassans primära uppgift är att tillgodose den försäkrades rätt till ersättning och att samordna erforderliga rehabiliteringsinsatser. Försäkringskassan skall ansvara för att den enskildes förutsättningar för och behov av rehabiliteringsinsatser utreds, planeras, genomförs och följs upp.

Sjukförsäkringen skall ha möjlighet att köpa försäkringsmedicinska utredningar, underlag från företagshälsovård och rehabiliteringsåtgärder i de fall försäkringen träder in i arbetsgivares ställe, dvs. genom småföretagsskyddet (se avsnitt 4.4.2).

Försäkringskassan skall genom en särskild prövning av samtliga sjukpenningfall under den tolfte månaden av sjukskrivningsperioden förvissa sig om att aktiv rehabilitering planeras eller pågår i de fall där inte en medicinskt motiverad sjukskrivning är den mest adekvata och för patienten bästa behandlingsmetoden. Syftet skall vara att få underlag för prognos och beslut om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Sjukpenning skall således endast i undantagsfall och efter särskild prövning kunna lämnas för längre tid än trehundra sextiofem dagar i en sjukperiod. 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 fattas om fortsatt sjukpenning. Fortsatt sjukpenning skall utgå fram till den tidpunkt då den försäkrade kan återgå till arbete, arbetslivsinriktad rehabilitering kan ske och rehabiliteringspenning utgå, eller tills försäkringskassan fattar beslut om aktivitetsersättning/sjukersättning (förtidspension).

HpH föreslår vidare att regeringen i anslutning till arbetet med en vidgad arbetsmarknadspolitik överväger en ny form av bidrag, rehabiliteringsbidrag, som omfattar nyanställning av personer som vid ettårsprövningen bedöms kunna klara ett mindre krävande arbete än vad den reguljära arbetsmarknaden kan erbjuda.

4.8.2 Förbättrade underlag för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabilitering

HpH föreslår

förbättrade underlag för bedömning av rätt till sjukpenning genom att rehabiliteringsunderlag från arbetsgivare med yttrande från företagshälsovård införs (se avsnitt 4.3.1).

att försäkringskassan vid längre sjukskrivningar regelmässigt skall inhämta underlag från företagshälsovården avseende den försäkrades arbetsförmåga m.m. Underlag skall inhämtas vid behov och alltid när sjukperioden uppgår till 90 dagar och inför den s.k. ettårsprövningen. Beträffande försäkrad som saknar anställning får sådant underlag inhämtas från institution som har särskild kompetens att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Underlagen skall bekostas av försäkringen.

att medicinska underlag (läkarintyg) skall innehålla uppgifter om patientens tillgång till och kontakt med företagshälsovård samt medicinskt syfte med rekommenderad sjukskrivningsperiod.

Ersättning från sjukförsäkringen förutsätter att sjukdomen/skadan innebär sådan funktionsnedsättning/förändring att arbetsförmågan påverkats. Sjukdom i sig utgör således ingen grund för ersättning.

Nedsättningen av arbetsförmågan skall 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 möjligheterna att anpassa arbetsförhållandena till den aktuella funktionsnedsättningen ingå.

Ett sedvanligt läkarintyg är mot den bakgrunden egentligen inte tillräckligt som underlag för sjukskrivningsbeslut. 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. Det är inte heller rimligt eller rationellt att kräva denna djupare kunskap i enskilda fall av den behandlande läkaren. Den rent medicinska bedömningen skall därför utifrån försäkringsperspektivet alltid kompletteras med en bedömning av arbetsförmågan.

HpH anser att dessa två områden bör ses som skilda kompetensområden. HpH menar att företagshälsovården är och kan vida-

reutvecklas som den specialistresurs som skall utnyttjas för individuell arbetsförmågebedömning och arbetsplatsanpassning i samband med sjukskrivning och rehabilitering.

HpH föreslår i avsnitt 4.3.1 att rehabiliteringsutredningen skall ersättas av ett rehabiliteringsunderlag med yttrande från företagshälsovård med de synpunkter och förslag som företagshälsovården anser vara erforderliga.

HpH föreslår att försäkringskassan vid längre sjukskrivningar regelmässigt skall inhämta underlag från företagshälsovård avseende den försäkrades arbetsförmåga m.m. Underlag skall inhämtas vid behov och alltid när sjukperioden uppgår till 90 dagar och inför den s.k. ettårsprövningen (se avsnitt 4.8.5). Underlagen skall bekostas av försäkringen. Om den försäkrade inte har någon koppling till en viss företagshälsovård, får motsvarande underlag inhämtas från annan institution som har särskild kompetens att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Beträffande arbets sökande som är arbetslösa torde arbetsmarknadsmyndigheten ofta kunna erbjuda sådan kompetens.

HpH föreslår vidare att medicinska underlag (läkarintyg) skall innehålla uppgifter om patientens tillgång till och kontakt med företagshälsovård samt medicinskt syfte med rekommenderad sjukskrivningsperiod. Syftet med förslaget är att säkerställa en tidig kontakt med företagshälsovården och en välgrundad sjukskrivningsrekommendation.

4.8.3 Rehabiliteringsplan

HpH föreslår följande

Försäkringskassan skall snarast efter det att ett rehabiliteringsunderlag har inkommit från den försäkrades arbetsgivare fastställa en rehabiliteringsplan. I planen skall anges tidplaner och beräknade kostnader för alla de rehabiliteringsåtgärder som är aktuella i det enskilda fallet.

Arbetsgivaren skall vara skyldig att genomföra och finansiera de åtgärder som enligt rehabiliteringsplanen arbetsgivaren skall svara för.

Underlåter en arbetsgivare att vidta de rehabiliteringsåtgärder som enligt rehabiliteringsplanen ankommer på honom, skall försäkringskassan svara för att åtgärderna genomförs. Arbetsgivaren skall i sådant fall vara skyldig att ersätta försäkringskassans kostnader för de rehabiliteringsåtgärder som enligt rehabiliteringsplanen ankommer på honom.

Ett beslut om rehabiliteringsplan får överklagas av den arbetsgivare och den försäkrade som planen avser. Sådant överklagande görs till allmän förvaltningsdomstol.

Överväganden

Enligt nuvarande regler skall försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan om den försäkrade behöver en *arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd*. Planen skall innehålla uppgifter om vilka åtgärder som skall vidtas, vem som bär ansvaret, tidsplan och kostnader för rehabiliteringen. Därefter kan den försäkrade ansöka om rehabiliteringspenning.

HpH föreslår att försäkringskassan i *alla* sjukfall skall upprätta en målinriktad rehabiliteringsplan för att säkerställa en mer aktiv sjukskrivningsperiod. Ett sådant krav på obligatorisk rehabiliteringsplan i samtliga fall bör kunna genomföras inom ramen för nuvarande resurser eftersom försäkringskassan får en väsentligt minskad arbetsbörda genom att sjuklöneperioden förlängs. Dessa förändrade arbetsuppgifter kräver givetvis en kompetensutveckling av försäkringskassans personal. Rehabiliteringsplanen skall upprättas snarast efter att ett rehabiliteringsunderlag har kommit in från den försäkrades arbetsgivare. HpH har övervägt om det skall sättas en tidsgräns när försäkringskassan senast skall vara klar med sin rehabiliteringsplan, men funnit att en sådan gräns kan anstå tills

vidare erfarenheter vunnits. Planen skall fastställas i samråd med den försäkrade. I planen skall ansvar, kända uppkomna och beräknade kostnader samt tidsplaner redovisas för alla de rehabiliteringsåtgärder – medicinska, sociala och arbetslivsinriktade – som är aktuella. Försäkringskassan har ansvaret för att planerade åtgärder samordnas och följs upp. Rehabiliteringsplanen skall fortlöpande följas upp och vid behov revideras.

I rehabiliteringsplanen skall i förekommande fall anges de åtgärder som en arbetsgivare skall svara för. I syfte att göra rehabiliteringsplanen till ett mer kraftfullt styrinstrument och att göra arbetsgivarens ansvar för rehabiliteringsåtgärder mer effektivt föreslår HpH att försäkringskassan skall svara för att rehabiliteringsåtgärder genomförs, om arbetsgivaren underlåter att vidta de åtgärder som ankommer på honom. Detta skall kombineras med en möjlighet för försäkringskassan att besluta att arbetsgivaren skall ersätta försäkringskassan för dess kostnader för rehabiliteringsåtgärder med anledning av att arbetsgivaren inte genomfört rehabiliteringsåtgärder. Ett sådant ersättningsbeslut skall, efter att det har vunnit laga kraft, kunna läggas till grund för indrivning, om betalning inte sker frivilligt.

Med hänsyn till den ovan föreslagna ersättningskyldigheten får rehabiliteringsplanen i praktiken en bindande verkan för en arbetsgivare. Det är därför viktigt att de åtgärder som anges i planen uttrycks på ett klart sätt. Vidare får genom planen en arbetsgivare inte åläggas ett mer omfattande rehabiliteringsansvar än som följer av nuvarande lagstiftning. Liksom hittills är det främst fråga om åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Vidare skall inriktningen, liksom i dag, vara att den anställde skall beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren och att andra alternativ skall prövas först när denna möjlighet är uttömd.

I planen skall anges beräknade kostnader för åtgärderna. Detta är viktigt bl.a. för att arbetsgivaren skall få en uppfattning om hur omfattande åtgärderna är. Däremot ankommer det på arbetsgivaren att själv ombesörja upphandling av åtgärderna och således avtala om kostnaderna för dessa.

Såväl arbetsgivare som den försäkrade skall ha möjlighet att överklaga beslut om rehabiliteringsplan till allmän förvaltningsdomstol.

4.8.4 Försäkringskassans ansvar för rehabilitering

HpH vill markera följande

Försäkringskassans primära uppgift inom sjukförsäkringen är att

- tillgodose den försäkrades rätt till ersättning och att samordna erforderliga rehabiliteringsinsatser och
- ansvara för att den enskildes förutsättningar för och behov av rehabiliteringsinsatser utreds, planeras, genomförs och följs upp.

HpH föreslår följande

En personlig koordinator skall utses i samtliga sjukfall. Koordinatören skall ansvara för beslut och samordning av åtgärder under hela sjukfallsperioden.

Sjukförsäkringens möjlighet att köpa tjänster skall begränsas till

- försäkringsmedicinska utredningar
- underlag från företagshälsovård
- rehabiliteringsåtgärder i de fall försäkringen träder in i arbetsgivares ställe.

Försäkringskassans primära uppgift är att tillgodose den försäkrades rätt till ersättning och att samordna erforderliga rehabiliteringsinsatser. Försäkringskassan skall ansvara för att den enskildes förutsättningar för och behov av rehabiliteringsinsatser utreds, planeras, genomförs och följs upp.

Försäkringskassans köp av tjänster

Inom ramen för sjukförsäkringen kan den försäkrade idag erbjudas stöd i form av utredning av rehabiliteringsbehov och arbetslivsinriktade åtgärder som t.ex. arbetsträning eller omskolning.

För att underlätta att rehabiliterande åtgärder kommer till stånd har försäkringskassan möjlighet att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder för en begränsad summa varje budgetår. Åtgärden skall syfta till att underlätta återgång i arbete.

Vad som ryms inom definitionen arbetslivsinriktad rehabilitering och var gränsen går mellan medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering behöver klargöras. Nuvarande ordning innebär att nödvändiga insatser riskerar att fördröjas eller helt utebli. Åtgärdernas

finansiering blir också föremål för förhandling vilket innebär stora risker för godtycke och olika behandling beroende på arbetsgivarens vilja och ekonomiska möjligheter, kassans tillgång på medel och enskilde handläggaren. Gränsdragningen bör därför förtydligas. Antingen bör utrymmet för köp av tjänster omfatta alla de åtgärder, medicinska eller arbetslivsinriktade, som bedöms erforderliga för en snabb återgång till arbetet eller begränsas till enbart köp av utredningar. I det senare fallet tydliggörs och utkrävs andra aktörers ansvar för rehabiliteringsåtgärdens finansiering, (arbetsgivarens, sjukvårdens och arbetsförmedlingens).

HpH vill understryka att ansvaret för genomförande och finansiering av medicinska och arbetslivsinriktade åtgärder åligger sjukvården, arbetsgivaren och arbetsförmedlingen enligt nu gällande lagstiftning. I de fall oklarheter förekommer bör lagstiftningen förtydligas.

HpH föreslår att sjukförsäkringens möjlighet att köpa tjänster skall begränsas till

- försäkringsmedicinska utredningar
- underlag från företagshälsovård
- rehabiliteringsåtgärder i de fall försäkringen träder in i arbetsgivares ställe. Se förslaget avseende särskilda åtgärder för mindre företag, avsnitt 4.4.2.

Personlig koordinator

Utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen lämnade i betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) förslag om att det inom försäkringsadministrationen skall inrättas nya tjänster i form av koordinatörer som skall samordna och driva på rehabiliteringsprocessen i det enskilda fallet.

Enligt Rehabiliteringsutredningens förslag skall den regionala organisationen förstärkas med nära 800 koordinatörer utöver befintlig personal vid försäkringskassorna. Rehabiliteringsprocessen skall enligt förslaget samordnas och drivas på, om så behövs, av en kompetent person hos försäkringsgivaren. Denna person – koordinatören - skall vara utbildad för sin roll.

Rehabiliteringsutredningen anförde vidare:

Försäkringsgivaren har i sin organisation personer som blir koordinator i varje enskilt ärende där så krävs. Denne bör ha god förmåga att självständigt

driva rehabiliteringsprocessen med respekt för individens rättigheter och integritet, gärna med erfarenhet från olika delar av arbetslivet. Kunskaper om den lokala arbetsmarknaden och samhällets olika sektorer är en bra grund. Vidare förutsätts kunskaper i såväl rehabiliterings- som försäkringsmedicin, allmän kännedom om socialrätt, arbetsrätt, och försäkringsjuridik.

--- Koordinatorn blir en viktig nyckelperson för att driva på och samordna rehabilitering till arbete. ---

--- Koordinatorn skall också följa upp och säkra de uppnådda rehabiliteringseffekterna i varje enskilt fall.

HpH kan också genom egna intervjuundersökningar konstatera att bristande kontinuitet i de personliga kontakterna med försäkringsgivare och andra aktörer hos många berörda skapar förvirring, irritation och desperation, vilket självfallet inverkar menligt på motivation och möjligheterna till rehabilitering.

Mot denna bakgrund föreslår HpH att en *personlig koordinator* skall utses i samtliga sjukfall. Koordinatorn skall ha ansvar för samordning av alla de åtgärder som krävs under sjukfallsperioden.

4.8.5 Begränsning av sjukpenningperioden

HpH föreslår följande

Sjukpenning skall lämnas för högst 365 dagar.

Har den försäkrade inom en ramtid av 450 dagar fått sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuklön för sammanlagt 365 dagar, får sjukpenning inte längre lämnas. Detta gäller till dess 60 dagar har förflutit från det att sådan ersättning senast har betalats ut. Vid beräkning av det antal dagar för vilken ersättning har betalats ut under en 450-dagarsperiod skall inte beaktas dagar som infaller före ett uppehåll på mer än 60 dagar för vilka ersättning inte har betalats ut.

Om det finns särskilda skäl för det, skall sjukpenning kunna lämnas för längre tid.

Försäkringskassan skall genom en särskild prövning av samtliga sjukpenningfall under den tolfte månaden av sjukskrivningsperioden förvissa sig om att aktiv rehabilitering planeras eller pågår i de fall där inte en medicinskt motiverad sjukskrivning är uttryckligen den mest adekvata och för patienten bästa behandlingsmetoden. Syftet skall vara att få underlag för prognos och beslut om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Sjukpenning skall endast i undantagsfall och efter särskild prövning kunna lämnas för mer än 365 dagar inom en ramtid på 450 dagar.

Förslaget syftar inte till att tvinga icke färdigrehabiliterade åter till arbetet. Inte heller innebär det att ersättning upphör. Syftet är att bryta en passiv sjukskrivningsperiod till förmån för andra aktiva stöd och ersättningssystem. I de fall en fortsatt medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering är möjlig och meningsfull skall ett program/plan fastställas och fortsatt ersättning utgå. För dem som behöver fortsatt medicinsk rehabilitering skall sjukpenning kunna lämnas om det finns särskilda skäl för det. Särskilda skäl för att lämna sjukpenning för mer än 365 dagar kan föreligga

- om den försäkrade snart kan återgå till arbete,
- om arbetslivsinriktad rehabilitering snart kan ske och rehabiliteringspenning utgå, eller
- om försäkringskassan snart skall fatta beslut om aktivitetsersättning/sjukersättning (förtidspension).

Bakgrund

Sjukförsäkringsutredningen har föreslagit en tidsbegränsning av "sjukskrivningsperioden" till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av långsiktiga rehabiliteringsbehov.

Vid remissbehandlingen av förslaget har anförts bl.a. följande: Det behöver preciseras vad som skall hända efter ett år. Förslaget kan medföra att långtidssjuka får en kraftigt försämrad ersättning. Det kan leda till onödigt snabba förtidspensioneringar, vilket kan minska sannolikheten för återgång till arbetslivet.

Överväganden

Såsom Sjukförsäkringsutredningen har konstaterat har den svenska sjukförsäkringen till skillnad från vad som gäller i många andra länder (t.ex. Norge, Finland och Nederländerna) ingen tidsbegränsning av sjukpenningförmånen.

Vid årsskiftet 2001/2002 beräknas närmare 120 000 personer ha varit sjukskrivna längre tid än ett år, vilket utgör ett allvarligt problem såväl för de sjukskrivna personerna som för samhället. HpH anser att denna situation måste förändras. Motivation och faktiska förutsättningar för den sjukskrivne att återvända till arbetslivet minskar drastiskt med sjukskrivningens längd.

HpH anser det också angeläget att personer som redan är sjukskrivna får ett bättre, aktivt stöd för sin återgång till arbete. Vidare finns det från samhällsekonomisk synpunkt starka skäl att förmå fler personer att åter komma i arbete. Kraftfulla åtgärder måste därför vidtas för att motverka att sjukpenning utvecklas till en långvarig och passiviserande försörjningskälla.

Enligt Sjukförsäkringsutredningen finns det anledning att anta att den stora ökningen av långa sjukskrivningar till stor del är en konsekvens av att försäkringskassorna och övriga aktörer inte haft resurser och i vissa fall också saknat stöd och kompetens för ordentliga målinriktade insatser. HpH delar denna bedömning.

Den medicinska behandlingen och bedömningen torde i de allra flesta fall vara klar långt före 12 månader. Antingen har den försäkrade återfått tidigare arbetsförmåga eller permanent uppnått en annan, men begränsad arbetsförmåga. I de senare fallen är det självklart mycket viktigt att rehabiliteringsåtgärder snarast sätts in. I dessa fall är inte sjukpenning den rätta ersättningsformen. I stället bör en till en specifik aktivitet kopplad rehabiliteringspenning utgå. Denna ersättning skall motsvara tidigare sjukpenningnivå.

Mot bakgrund av ovanstående anser HpH att det endast i undantagsfall kan anses motiverat att utge sjukpenning för mer än 365 dagar. Andra samhälliga stödsystem är oftast bättre ägnade att stödja den enskilde individens möjligheter att återgå till arbete.

Vidare bör nämnas att huvuddelen av kostnaderna för sjukförsäkringen avser just sjukpenning som utges under lång tid. HpH anser därför att det måste vidtas åtgärder som direkt riktar sig mot att sjukpenning utges under långa tider utan att det gjorts en ordentlig prövning av om sjukpenning är den mest adekvata stödåtgärden. För att säkerställa att en sådan prövning kommer till stånd föreslår HpH att sjukpenning som huvudregel inte skall utges för längre tid än ett år. Om det finns särskilda skäl för det, skall försäkringskassan kunna besluta att sjukpenning skall utges även för tid efter ett år. Utgångspunkten är dock att sjukpenning inte skall utges för mer än 365 dagar. Den omständigheten att den försäkrade under delar av denna tid har uppburet någon annan förmån, t.ex. rehabiliteringspenning, saknar därvid betydelse för tidsbegränsningen.

Tidigare har HpH i delrapporten 2001-06-26 *Punkter i en handlingsplan* föreslagit att denna tidsbegränsning skulle knytas till sjukperiodens längd och inte till den tid under vilken sjukpenning har betalats ut. Vad som utgör en sjukperiod anges i 3 kap. 4§ andra stycket AFL.

Av administrativa skäl bör emellertid begränsningen knytas till antalet ersättningsdagar. I annat fall kan det uppkomma ett betydande merarbete för försäkringskassan, om man måste utreda i vad mån en person har haft sjukfrånvaro även under tid för vilken sjukpenning inte har lämnats. HpH föreslår därför nu att sjukpenningförmånen skall vara tidsbegränsad på så sätt att sjukpenning utges för högst 365 dagar. Dagar under vilka den försäkrade har fått sjuklön eller rehabiliteringspenning skall vid bedömning av om tidsgränsen för sjukpenning har uppnåtts anses som dagar för vilka sjukpenning har betalats ut.

Syftet med att tidsbegränsa sjukpenningförmånen är att uppnå att den försäkrade åter kommer i arbete. Genom tidsbegränsning får försäkringskassan en tydlig signal att undvika passiv utbetalning av sjukpenning under längre tid och aktivt undersöka om den försäkrade kan återgå i arbete, anmäla sig som arbetssökande eller om ytterligare rehabiliteringsinsatser behövs.

Innan tidsbegränsningen av sjukpenningförmånen har uppnåtts skall enligt HpH:s mening normalt rehabiliteringsåtgärder redan ha vidtagits. Meningen är inte att sådana åtgärder skall vänta tills sjuk-

perioden pågått i ett år. HpH:s förslag i avsnitt 4.8.3 om att försäkringskassan skall upprätta en rehabiliteringsplan snarast efter det att ett rehabiliteringsunderlag har inkommit kommer att bidra till att rehabiliteringsåtgärder sätts in långt innan det har betalats sjukpenning för 365 dagar. Tidsbegränsningen av sjukpenningförmånen skall, som nämnts, främst uppfattas som instrument för att säkerställa att den försäkrade blir föremål för aktiva åtgärder. Dessutom införs på detta sätt en kontroll av att passiv utbetalning av sjukpenning inte förekommer under längre perioder.

En tidsbegränsning av sjukpenningförmånen kommer således att vara en drivkraft för försäkringskassan att i sin strävan att finna adekvata rehabiliteringsinsatser samverka med andra aktörer för att få till stånd verksamma rehabiliteringsinsatser.

Det kan emellertid inte uteslutas att en försäkrad vill undgå en prövning av om det finns särskilda skäl för fortsatt sjukpenning efter 365 dagar genom att friskskriva sig en kort tid i syfte att en ny sjukperiod skall påbörjas. HpH föreslår att det därför skall införas en spärregel som motverkar sådant kringgående.

Det måste enligt HpH:s mening finnas ett visst utrymme för att bevilja sjukpenning för fler än 365 dagar. Om det finns särskilda skäl för det, skall försäkringskassan kunna besluta att sjukpenning skall betalas för fler dagar. Detta innebär att försäkringskassan inte kan bevilja sjukpenning för fler än 365 dagar utan att verkligen pröva om det finns särskilda skäl för ytterligare sjukpenning. Därvid måste kassan i sitt beslut ange vad som i det enskilda fallet är att hänföra till särskilda skäl för förlängd sjukpenning.

Särskilda skäl för att lämna sjukpenning även efter ett år kan föreligga i t.ex. följande situationer:

- Den försäkrade har en allvarlig sjukdom som för närvarande inte kan antas bli långvarig men som nedsätter arbetsförmågan.
- Rehabiliteringsåtgärder pågår eller skall inledas inom kort.
- Det finns anledning att anta att återgång till arbetet kommer att ske inom kort utan att ytterligare åtgärder behöver vidtas.
- Prövning av rätt till förtidspension (aktivitetsersättning/sjukersättning) skall snart ske.

Det är inte möjligt att på förhand ange alla de situationer i vilka det kan finnas särskilda skäl för att bevilja förlängd sjukpenning. Prövning får i sådana fall ske mot den bakgrunden att det på grund av omständigheterna i övrigt framstår som uppenbart oskäligt att inte lämna sjukpenning under ytterligare en tid.

I god tid innan sjukpenning har betalats ut för 365 dagar skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om 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 färdig-rehabiliterade åter till arbetsmarknaden. I de fall en fortsatt medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering är möjlig och meningsfull skall ett program/plan fastställas och det torde då ofta föreligga särskilda skäl för fortsatt ersättning. Motsvarande kan också gälla för dem som behöver fortsatt medicinsk rehabilitering. Fortsatt sjukpenning skall kunna utgå fram till den tidpunkt då

- den försäkrade kan återgå till arbete,
- arbetslivsinriktad rehabilitering kan ske och rehabiliteringspenning utgå, eller
- försäkringskassan fattar beslut om aktivitetsersättning/sjukersättning (förtidspension).

4.9 Sjukförsäkringens administration

HpH föreslår att

- o de allmänna försäkringskassorna organiseras inom ramen för den normala statliga myndighetsstrukturen.
- o regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att lämna närmare förslag till utformning och genomförande av den nya organisationen.
- o regeringen överväger utformningen av en fast organisatorisk samverkan mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan.

Bakgrund

I bilagan 1:5 finns en redogörelse för hur administrationen inom socialförsäkringen är organiserad. Där konstateras att försäkringskassornas rättsliga ställning är något särpräglad. Kassorna är nämligen självständiga offentligrättsliga juridiska personer, som formellt sett inte är statliga myndigheter och följaktligen heller inte inordnade i den statliga myndighetshierarkin. Försäkringskassorna räknas dock som förvaltningsmyndigheter i viktiga hänseenden. Såväl förvaltningslagen (1986:223) som tryckfrihetsförordningen (1949:105) och sekretesslagen (1980:100) gäller för kassornas ärendehandläggning.

Riksförsäkringsverkets roll som central förvaltningsmyndighet skiljer sig alltså från jämförbara myndigheters med en regional organisation. Verket är central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och anslutande bidragssystem samt svarar för viss normgivning, har tillsyn över försäkringskassorna, ansvarar för ekonomistyrning av försäkringskassorna och är ansvarig systemägare för de gemensamma IT-systemen. Däremot är verket inte chefsmyndighet för de allmänna försäkringskassorna.

Frågan om att överföra försäkringskassorna till den statliga myndighetsorganisationen har under årens lopp diskuterats i olika sammanhang. I bilagan 1:5 lämnas en redogörelse för några tidigare förslag angående socialförsäkringens administration. Nämnas kan att Utredningen om översyn av socialförsäkringens administration i betänkandet Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration (SOU 1996:64) föreslog att det formella huvudmannskapet för försäkringskassorna skulle ändras. Förslaget innebar sammanfattningsvis följande.

- Försäkringskassorna inordnas i den statliga myndighetsstrukturen.
- Försäkringskassornas styrelse får rätt att besluta om lokalkontorsnätet.
- Försäkringskassornas styrelse får besluta om att inrätta och utse ledamöter i socialförsäkringsnämnderna.
- Försäkringskassornas styrelse får en aktivare roll som förtroendemän för försäkrade.
- Arbetsgivar- och personalansvaret för den regionalt anställda personalen utövas av försäkringskassan.
- Budgetansvaret för driften av gemensamma ADB-system decentraliseras till försäkringskassorna. Vissa delar av budgetansvaret läggs på central nivå. Kassornas inflytande för utveckling av befintliga och nya system skall utvecklas och förstärkas. Formerna för detta bör skyndsamt utredas i särskild ordning inom organisationen.
- Nya arbetsformer införs för ett förnyat centralt verk – Socialförsäkringsverket (dvs. RFV skulle byta namn).
- Dialog och samverkan mellan central och regional nivå ges nya förutsättningar.

Vid remissbehandlingen av det ovannämnda betänkandet tillstyrkte åtskilliga remissinstanser (17 st.) att försäkringskassorna skulle inordnas i den statliga myndighetsstrukturen. Ett tiotal instanser tog inte ställning till denna fråga. Försäkringskassoförbundet och nästan samtliga försäkringskassor avstyrkte ett inordnande i den statliga myndighetsstrukturen. Som skäl för att avstyrka anfördes bl.a. att socialförsäkringsområdet var ett för medborgarna så viktigt område att det motiverade en stark medverkan av förtroendevalda på regional/lokal nivå. Vidare framhölls att självständiga kassor gav bättre förutsättningar för att utveckla det lokala och regionala samarbetet.

Överväganden

Sjukförsäkringen är statligt finansierad och kostnaderna för den utgör en allt mer väsentlig del av statens budget. Försäkringen regleras genom ett statligt normsystem. Försäkringskassornas rättsliga ställning är särpräglad. De är formellt sett inte statliga myndigheter och därför heller inte inordnade i en statlig myndighetshierarki, men räknas som förvaltningsmyndigheter vid myndighetsutövning.

Enligt förordningen (1998:739) med instruktion för Riksförsäkringsverket är verket central förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen och anslutande bidragssystem samt skall bl.a. utöva tillsyn över försäkringskassorna och ansvara för ekonomistyrningen av försäkringskassorna. Med hänsyn till att kassorna formellt är självständiga och utgör särskilda offentlighetsorgan skiljer sig Riksförsäkringsverkets roll som central förvaltningsmyndighet från jämförbara myndigheters med en regional organisation. RFV är formellt inte chefsmyndighet för försäkringskassorna utan socialförsäkringens administration består i dagsläget av formellt åtskilda organisationer. Samtidigt innebär kraven på en likformig och rättvis tillämpning av försäkringen och likvärdig behandling av de försäkrade att hela socialförsäkringens administration måste samverka och fungera som om den vore en organisation (jfr prop. 1997/98:41 s. 60).

Vid flera tillfällen har vikten av att bibehålla försäkringskassornas särskilda ställning poängterats. Särskilt har framhållits vikten av ett bibehållet regionalt inflytande (se prop. 1995/96:63 s. 89). Även vid översynen av socialförsäkringens administration år 1998 (prop. 1997/98:41) kvarstod organisationsformen oförändrad.

HpH konstaterar följande. Sjukförsäkringen är statligt finansierad och kostnaderna för den utgör en väsentlig del av statens budget. Försäkringen regleras genom ett statligt normsystem. Tidigare byggde sjukförsäkringen på enskilt medlemskap i en förening och byggde på en folkrorelsetradition. År 1955 blev sjukförsäkringen obligatorisk. Sedan socialförsäkringslagen (1999:799, SofL) trädde i kraft den 1 januari 2001 är inskrivning hos allmän försäkringskassa inte längre något försäkringsvillkor. För att en person skall omfattas av socialförsäkringen krävs att han eller hon arbetar i Sverige eller är bosatt här. Vilket av dessa båda försäkringsvillkor som är tillämpligt växlar beroende på vilken förmån det är fråga om. För att vara försäkrad för t.ex. sjukpenning krävs arbete i Sverige. Den 1 januari 2003 träder nya bestämmelser (SFS 2001:489) i AFL i kraft, som innebär att sjukersättning och aktivitetsersättning ersätter det hittillsvarande förtidspensionssystemet samt att de nya förmånerna överförs till sjukförsäkringen. För att vara försäkrad för inkomstrelaterad sjukersättning och aktivitetsersättning krävs därefter arbete i Sverige, medan det för att vara försäkrad för sjukersättning och aktivitetsersättning i form av garantiersättning kommer att krävas bosättning här i landet. Sjukförsäkringen kommer således att vara såväl arbets- som bosättningsbaserad beroende på vilken förmån som är aktuell. För att

omfattas av socialförsäkringen behöver den enskilde däremot inte vara knuten till en viss försäkringskassa. En annan sak är att forumbestämmelserna i 5 kap. SofL, som anger vilken försäkringskassa som skall besluta i olika ärenden, i praktiken ofta innebär att det är en och samma försäkringskassa som skall fatta beslut avseende en försäkrad.

Mot denna bakgrund anser HpH att det utifrån rent principiella grunder inte finns några skäl för att sjukförsäkringen skall handläggas av en organisation utanför den statliga myndighetsstrukturen. Hade man infört en allmän och statligt finansierad sjukförsäkring idag, torde man inte ha kommit att utforma organisationen på nuvarande sätt.

Det har i olika sammanhang konstaterats brister i handläggning av ärenden rörande bl.a. sjukförsäkring och förtidspensionering. Brister föreligger bl.a. på så sätt att tillämpningen av regelsystemet inte är enhetlig. Beträffande t.ex. ärenden om förtidspension har dessutom konstaterats brister i beslutsunderlaget.

Sjukförsäkringen skall enligt HpH:s förslag få en offensiv funktion. Därvid kommer olika rehabiliteringsinsatser att spela en väsentlig roll. HpH anser att det måste finnas en samsyn inom hela sjukförsäkringsadministrationen, om ett sådant arbete med sådana insatser skall kunna bli effektivt. Dagens splittrade myndighetsstruktur motverkar en sådan ordning. En förutsättning för att en sjukförsäkring med starka inslag av rehabiliteringstänkande skall kunna bli ett effektivt instrument i arbetet med att uppnå en ökad hälsa i arbetslivet är att försäkringen handläggs av en effektiv organisation. Detta förutsätter i sin tur att det inom den organisationen som helhet finns effektiva styrningsmöjligheter. Även rättssäkerhetsaspekter talar för en förbättrad styrning i syfte att få en mer enhetlig rättstillämpning.

Socialförsäkringsadministrationen hanterar idag vitt skilda förmåner alltifrån underhållsstöd och barnbidrag till sjukpenning och förtidspension. Områden med helt olika krav på handläggning och kompetens. För att få en nödvändig fokusering på den aktivare sjukskrivningsprocess som HpH har föreslagit är det nödvändigt att särskilja administration och organisation av sjukförsäkringen från övriga socialförsäkringsområden. Ett alternativ kan vara att bryta ut sjukförsäkringen från försäkringskassorna för att låta den handläggas av en ny statlig central myndighet. Ett annat alternativ är att låta sjukförsäkringen ligga hos en särskild resultatenhet inom försäkringskassorna. I sådant fall bör försäkringskassorna inlemmas i den statliga myndighetsstrukturen på så sätt att de

kommer att utgöra statliga regionala förvaltningsmyndigheter. HpH anser att oavsett vilket av dessa alternativ man väljer, måste det på central nivå finns en chefsmyndighet för de regionala myndigheter som handlägger sjukförsäkringsärenden.

HpH anser sammanfattningsvis att sjukförsäkringen skall handläggas inom en statlig myndighetsstruktur. Därvid kan man tänka sig olika alternativ, varav ett är att en central förvaltningsmyndighet skall vara chefsmyndighet för de regionala statliga myndigheterna. En annan möjlighet är att införa en statlig myndighet som har regionala avdelningar eller enheter på liknande sätt som förekommer inom Arbetsmiljöverket och Tullverket. Genomförandet av en organisationsförändring förutsätter vidare detaljerade förslag till hur olika praktiska frågor skall lösas. Det ligger utanför HpH:s uppdrag att utarbeta sådana förslag. HpH föreslår att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att utarbeta förslag om den närmare utformningen av en statlig myndighetsorganisation och hur denna organisationsförändring skall genomföras.

Vidare anser HpH att regeringen skall överväga åtgärder för att förbättra samarbetet mellan fältorganisationerna inom sjukförsäkring och arbetsmarknadspolitik. Fråga är om att få till stånd en organiserad samverkan i fasta former mellan arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Att det finns en sådan fungerande samverkan är viktigt inte minst för den personkrets som visserligen har en anställning men som av hälsoskäl är i behov av ett nytt arbete.

4.10 En försäkringsmässig sjukförsäkring

HpH anser att

- några bestående förutsättningar för ett stabilt sjukförsäkrings-system och stabil långsiktig hälsa på arbetsplatsen inte kan skapas utan att strukturella reformer genomförs
- en försäkringsmässig sjukförsäkring måste finansieras utanför statens budget med ett självklart samband mellan premier och kostnader.

HpH föreslår

som ett första steg mot en mera fristående sjukförsäkring, att försäkringen - som nu - finansieras över statens budget, med den förändringen att endast en totalkostnad budgeteras. Riksförsäkringsverket skall som central myndighet ansvara för och administrera anslaget.

Bakgrund

Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) föreslog att sjukförsäkringen skulle ges en mer försäkringsmässig utformning och att den allmänna, obligatoriska sjukförsäkringen skulle finansieras 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 för-

hållande, 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 samhällsekonomin. 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 redovisas 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 för-

säkring 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.

Rehabiliteringsutredningen (S1999:08) föreslog att sjukförsäkringen skulle ersättas av en särskild rehabiliteringsförsäkring med en mera fristående ställning i förhållande till statsbudgeten. Utredningen föreslog vidare att försäkringen utgifter skulle fondfinansieras:

Rehabiliteringsförsäkringens liksom styrelsens verksamhet finansieras med avgifter från arbetsgivare och egna företagare samt övergångsvis med statsbidrag från staten. Rehabiliteringsförsäkringen får en försäkringsmässig konstruktion och en fond för ersättningar från försäkringen skapas.

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.

Överväganden

HpH anser att några bestående förutsättningar för ett stabilt sjukförsäkringssystem och stabil långsiktig hälsa på arbetsplatsen inte kan skapas utan att strukturella reformer genomförs.

I en försäkringsmässig sjukförsäkring finns ett direkt samband mellan premier och kostnader. Försäkringen kan också göra alla de insatser, förebyggande, medicinska och andra rehabiliterande, som erfordras för att minska skadeutfallet.

De förutsättningar/restriktioner som gäller bland annat avseende sjukvårdens prioriteringsregler kan inte förenas med behovet av ett fritt utrymme för en helt försäkringsmässig sjukförsäkrings köp av tjänster. En sådan helt självständig försäkring skulle fritt också köpa medicinska tjänster i de fall den allmänna sjukvården inte tidsmässigt och på annat sätt kan motsvara efterfrågan. HpH anser

denna restriktion välmotiverad och att det finns skäl som talar för att den bör bestå även inom ramen för en mer fristående försäkring.

HpH inser att en övergripande diskussion och nya ställningstaganden avseende en offentlig försäkrings möjligheter att vidta de försäkringsmässigt riktiga åtgärderna kommer att ta avsevärd tid. En sådan diskussion bör dock omgående påbörjas och inriktningsbeslut bör därefter tas som grund för en nödvändig reform. En utveckling mot en försäkringsmässig sjukförsäkring måste ske stegvis. Under tiden kan och måste åtgärder genomföras inom ramen för nuvarande system. HpH föreslår därför som ett första steg mot en mera fristående sjukförsäkring, att försäkringen - som nu - finansieras över statens budget, med den förändringen att endast en totalram, med sedvanlig anslagskredit, budgeteras för verksamheten. Riksförsäkringsverket som central myndighet skall inom ramen för denna totalram ansvara för och leda verksamheten. En mera flexibelt disponibel totalram för sjukförsäkringen är, enligt HpH:s uppfattning, en nödvändig förutsättning för de insatser som måste vidtas för att bryta den negativa sjukfrånvaroutvecklingen.

4.11 Tidigare lagda förslag

HpH vill utöver de nu lagda förslagen upprepa de förslag som lämnades i junirapporten och som HpH därefter inte har haft anledning att förändra. (Förslagen redovisas i sin helhet i bilaga 1:3)

HpH föreslog att taket för sjukpenninggrundande inkomst skall höjas från 7,5 till 10 prisbasbelopp. HpH anser att en allmän, offentlig sjukförsäkring måste utformas så att flertalet försäkrade kan rymmas under taket. Försäkringens legitimitet kommer annars att urholkas.

HpH föreslog vidare att regeringen skall uppdra åt Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsverket att, i nära samarbete med berörda lokala myndigheter, påbörja en utvecklad samverkan rörande en arbetslivsinriktad rehabilitering i hela landet samt att omgående och på minst tre platser i landet utforma en projektbeskrivning för en pilotverksamhet avseende effektivare rehabilitering. HpH föreslog också att en permanent fristående grupp för analys och bevakning av utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet skall etableras. Dessa förslag bereds för närvarande i regeringskansliet.

HpH föreslog också att sjukförsäkringens ersättningar till sjukvården avseende av försäkringskassa *begärda* läkarintyg och andra medicinska underlag görs prestationsbaserade och sker direkt mellan berörd kassa och sjukvårdsenhet, samt att sjukförsäkringsavgiften skall beräknas med ett högre tal på löner till anställda som inte omfattas av sjuklönelagen. Avgiftsskillnaden skall spegla den uppskattade faktiska skillnaden i sjukförsäkringens kostnader. HpH har noterat att de två sistnämnda förslagen ännu inte beaktats.

HpH vill därutöver erinra om Sjukförsäkringsutredningens förslag angående rehabilitering av nu långvarigt sjukskrivna.

”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 långtidssjukskriven 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.

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

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.

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.

5 Konsekvensanalyser

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?

HpH bedömer att förslagen inte har någon påverkan på *den kommunala självstyrelsen*. Däremot påverkas som Sjukförsäkringsutredningen S 1999:09 tidigare redovisat, kommunerna såsom arbetsgivare av förslaget om en förlängd sjuklöneperiod. Utredningen anser beträffande brottsligheten att förslagen inte har någon negativ påverkan vare sig för *brottsligheten* eller för brottsförebyggande arbete.

HpH:s förslag kommer att innebära förbättrade möjligheter för *sysselsättning* genom att framförallt rehabiliteringsarbetet effektiviseras. *Offentlig service i olika delar av landet* förbättras kraftigt genom utredningens förslag genom en minskad sjukfrånvaro inom offentlig verksamhet som ger medborgarna en bättre service. *Små företag* får förbättrade villkor med sänkt sjukförsäkringsavgift och ett tak för sjuklönekostnader. Dessa företags kostnader för rehabilitering av anställda föreslås också täckas av försäkringen. En utförlig konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor redovisas i bilagorna 1:3 och 1:10.

HpH föreslår en generell skyldighet för arbetsgivare att svara för att det finns företagshälsovård att tillgå. Redan i dag gäller emellertid att en arbetsgivare skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Den förändring HpH föreslår är av begränsad art och innebär främst ett tydligare ansvar för arbetsgivarna. Enligt förslaget gäller detta inte en arbetsgivare

om synnerliga skäl talar häremot. Som redovisas i avsnitt 4.5.1 kan detta vara fallet om en arbetsgivare visat att han inte kunnat träffa avtal om företagshälsovård utan oskäligt höga kostnader. Vid bedömning av om kostnaderna är oskäliga får ett företags storlek vägas in. Mot denna bakgrund anser HpH att det i detta hänseende inte behöver vidtas några särskilda åtgärder för små företag.

Utredningen har iakttagit stora skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. Utredningens bedömning är att förslagen leder till ökad *jämställdhet mellan kvinnor och män* genom att kvinnornas arbetsmiljö uppmärksammas och förbättras.

Utredningens bedömning är att *möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen* förbättras av utredningens förslag, eftersom människor med icke-nordiskt medborgarskap är överrepresenterade bland de långtidssjukskrivna.

Utredningens förslag att regeringen skall uppdra åt RFV att utveckla och produktionssätta ett system för uppföljning och redovisning inkluderar registrering av uppgift om diagnos och intygsskrivande läkare. Detta 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.

6 Finansieringsfrågor

Det förslag till samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet som redovisas i detta betänkande innehåller åtgärder och insatser inom en rad olika områden. Handlingsplanen syftar, i ekonomiskt hänseende, till att sänka sjukförsäkringens kostnader. Sjukförsäkringens kostnader i statens budget för år 2002 har beräknats till 108 miljarder kronor. Kostnaderna för förtidspension, sjukpenning och rehabiliteringspenning har under åren 2000 och 2001 ökat med i genomsnitt 750 miljoner kronor per månad eller 25 miljoner kronor om dagen.

HpH föreslår att regeringen initierar och ansvarar för en *flerårig informationsverksamhet* som syftar till ökad hälsa i arbetslivet och att staten via medel från sjukförsäkringsanslaget finansierar denna informationsverksamhet med 100 miljoner kronor årligen under en treårsperiod. HpH bedömer att denna kostnadsökning väl kommer att kunna kompenseras av lägre ersättningskostnader i försäkringen. Det torde i hög grad vara realistiskt att en sådan kampanj leder till minskade utbetalningar av sjukpenning. 100 miljoner kronor motsvarar fyra dagars ökning av sjukförsäkringskostnaderna.

Införandet av *en förlängd sjuklöneperiod* minskar försäkringskassans administrativa kostnader. Sjukförsäkringsutredningen beräknade besparingen till 300-500 miljoner kronor per år. HpH föreslår att försäkringskassorna får behålla det därigenom ökade utrymmet för inriktning och utveckling av resurser för den föreslagna koordinatorfunktionen och uppstramningen av sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom bl.a. ett tydligare planerings- och samordningsansvar. Därigenom uppstår inga konsekvenser för statens budget.

Högekostnadsskyddet för små företag beräknas kosta ca 800 miljoner kronor. HpH föreslår också att sjukförsäkringen skall kunna ersätta rehabiliteringskostnader för anställda i denna grupp företag.

HpH har inte underlag för att exakt kunna bedöma hur stora dessa kostnader kan beräknas bli. Mot bakgrund av att sjukfrånvaron, och därmed sannolikt också, rehabiliteringsbehoven hos de anställda i dessa företag är avsevärt lägre än i större företag bedömer HpH att kostnadskonsekvenserna för försäkringen blir begränsade. HpH anser att dessa kostnader kan finansieras genom de minskade kostnader som uppstår genom det föreslagna åtgärds-paketet. HpH vill understryka att införandet av ett högkostnads-skydd för mindre företag är en nödvändig och angelägen förtroen-deskapande åtgärd som kan ge grund för andra mer strukturella insatser.

HpH föreslår att Länsarbetsnämnden skall svara för att arbets-sökande personer som är arbetslösa har tillgång till företagshälso-vård. Med arbetssökande avses personer som är inskrivna hos arbetsförmedlingen. Med företagshälsovård jämförs i detta sammanhang annan motsvarande kompetens att bedöma arbets-förmåga och behov av rehabilitering. HpH bedömer att arbets-marknadsmyndigheten inom ramen för den egna organisationen till stor del har erforderlig kompetens. En viss komplettering av kompetens kan dock bli nödvändig, varför en begränsad ökning av kostnaderna inte kan uteslutas.

HpH bedömer att förslaget om att Arbetsmiljöverket skall göra *särskilda insatser i företag med hög sjukfrånvaro* kan genomföras inom ramen för verkets befintliga resurser.

HpH bedömer att förslaget om att regeringen skall fastställa *övergripande mål* för andelen människor arbete liksom förslagen om *förbättrad årsredovisning, ökat arbetsgivaransvar och ett förbättrat rehabiliteringsunderlag* har relativt begränsad eller ingen effekt på statens budget.

Förslagen om *förseningsavgift och särskild arbetsgivaravgift* för korttidsanställda ökar statens intäkter något.

HpH:s förslag till *förlängd sjuklöneperiod* innebär en utgifts-minskning i statens budget. Denna minskning skall kompenseras med en motsvarande sänkning av arbetsgivaravgifterna. Förslaget blir därmed ur statsbudgetsynpunkt helt neutralt.

7 Författningskommentarer

7.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

3 kap.

2 §

I andra stycket har inkomstgränsen för sjukpenninggrundande inkomst höjts till tio gånger prisbasbeloppet.

3 a §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om tidsbegränsning av sjukpenning. Ett syfte med bestämmelserna i denna paragraf är att få till stånd en prövning av att den försäkrade får ett aktivt stöd i form av rehabiliteringsåtgärder.

Huvudbestämmelsen om tidsbegränsning av sjukpenningförmånen finns i *första stycket*. Enligt denna lämnas sjukpenning för högst 365 dagar. Sjukpenning kan lämnas fortlöpande under denna tid. Därefter kan fortsatt sjukpenning utan avbrott lämnas endast om det föreligger särskilda skäl härför enligt tredje stycket. Föreligger inte särskilda skäl för fortsatt sjukpenning skall denna förmån inte längre betalas ut. Av andra stycket följer att sjukpenning därefter inte kan utbetalas för tid innan det har gått 60 dagar, om det inte finns särskilda skäl enligt tredje stycket.

I *andra stycket* finns en kompletterande bestämmelse om begränsning av sjukpenning när det har förekommit avbrott i utbetalningen. Härvid gäller att sjukpenning lämnas för högst 365 dagar inom en ramtid av 450 dagar, dvs. bestämmelsen är tillämplig när en försäkrad under de senaste 450 dagarna har fått sjukpenning för sammanlagt minst 365 dagar, s.k. ersättningsdagar. Med dagar för vilka det har lämnats sjukpenning likställs även dagar för vilka den försäkrade har fått rehabiliteringspenning enligt 22 kap. AFL

eller sjuklön enligt lagen om sjuklön. Förekommer det ett uppehåll på minst 60 dagar för vilken tid varken sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjuklön har lämnats, skall ny ramtid gälla, dvs. sjukpenning kan därefter lämnas för ytterligare 365 dagar utan att det krävs särskilda skäl härför enligt tredje stycket.

Enligt bestämmelserna i *tredje stycket* kan sjukpenning lämnas även för längre tid än som medges enligt första och andra stycket, om det föreligger särskilda skäl för det. Detta förutsätter att det förutom att grundvillkoret i 3 kap. 7 § om att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom skall finnas något ytterligare skäl för att sjukpenning skall kunna lämnas under längre tid. Vad som avses med särskilda skäl har behandlats ovan i avsnitt 4.8.5. Beträffande den bedömning som skall ske enligt bestämmelserna i förevarande paragraf, s.k. ettårsprovning, hänvisas till nämnda avsnitt.

8 b §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om att försäkringskassan vid längre sjukperioder skall inhämta underlag från företagshälsovård. Sådant underlag skall inhämtas bl.a. för kontroll av om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på sådant sätt att det föreligger rätt till sjukpenning enligt 3 kap. 7 §. Underlaget skall inhämtas när sjukperioden uppgår till 90 dagar. Vad som avses med sjukperiod anges i 3 kap. 4 § andra stycket. I en sjukperiod ingår sjukfrånvaro under vilken den försäkrade har erhållit sjukpenning, sjuklön eller rehabiliteringspenning.

Underlag skall inhämtas från företagshälsovården även inför provning enligt 3 kap. 3 a §, den s.k. ettårsprovningen. Därvid skall underlaget ligga till grund för en bedömning av hur sjukpenningperioden skall avslutas eller om det finns särskilda skäl för fortsatt sjukpenning (4.8.5).

En försäkrad som saknar anställning har ofta inte koppling till någon företagshälsovård. I sådant fall får ett underlag inhämtas från en annan institution som har särskild kompetens att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. För arbetslösa personer som är arbetssökande skall enligt 3 kap. 2 b § arbetsmiljölagen (1977:1160) länsarbetsnämnden svara för att sådan kompetens finns att tillgå. Med arbetssökande avses i detta sammanhang den som är inskriven hos en arbetsförmedling. För övriga personer utan anställning, t.ex. egenföretagare eller studerande, får underlag inhämtas från en annan institution än en företagshälsovård, om den bedöms ha erforderlig kompetens för bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

22 kap.

3 §

I *första stycket* införs ett villkor om att den försäkrades sysselsättning skall ha en viss omfattning för att arbetsgivaren i förekommande fall skall vara skyldig att klarlägga rehabiliteringsbehovet. Kravet på en viss omfattning av sysselsättningen uttrycks genom ett krav på viss lägsta nivå på den inkomst den försäkrade uppbär från den aktuella arbetsgivaren. Understiger denna inkomst på månadsbasis 10 procent av prisbasbeloppet, är arbetsgivaren inte skyldig att klarlägga ett eventuellt rehabiliteringsbehov hos den försäkrade. Arbetsgivaren är i nämnda fall heller inte skyldig att upprätta något rehabiliteringsunderlag enligt andra stycket i denna paragraf. Detta kan bl.a. gälla när en fysisk person i begränsad omfattning anlitar en person för sysslor av privat natur, t.ex. barnpassning eller trädgårdsarbete.

Bestämmelserna i *andra stycket* om en arbetsgivares skyldighet att påbörja en rehabiliteringsutredning ändras till att avse rehabiliteringsunderlag. Vad ett rehabiliteringsunderlag skall innehålla anges i 4 a §. En arbetsgivare skall påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag i samma situationer som rehabiliteringsutredning skall påbörjas enligt nuvarande bestämmelser. Till skillnad från vad som gäller beträffande den nuvarande rehabiliteringsutredningen blir det obligatoriskt för en arbetsgivare att påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag i de situationer som anges i bestämmelsen. Villkoret att det inte framstår som obehövt slopas.

Bestämmelserna i *tredje stycket* ändras delvis som en konsekvens av att rehabiliteringsutredning ersätts av rehabiliteringsunderlag. Vidare ändras de tidsfrister inom vilka rehabiliteringsunderlaget skall lämnas till försäkringskassan.

Rehabiliteringsunderlag som skall upprättas på grund av att den försäkrades sjukfrånvaro överstiger fyra veckor skall lämnas till försäkringskassan samtidigt med att arbetsgivaren gör anmälan enligt 12 § första stycket SjLL om att ett sjukfall fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. Detta innebär att i nämnda situation skall underlaget lämnas senast inom 67 dagar efter det att den försäkrade gjorde sjukanmälan. Upphör sjukfallet senast vid sjuklöneperiodens utgång, behöver rehabiliteringsunderlaget inte lämnas till försäkringskassan.

Beträffande rehabiliteringsunderlag som upprättas på grund av upprepad sjukfrånvaro eller på begäran av den försäkrade ändras tiden för att överlämna materialet från åtta veckor till 60 dagar.

I *fjärde och femte styckena* har gjorts konsekvensändringar med anledning av att rehabiliteringsutredning ersätts av ett rehabiliteringsunderlag.

Sjätte stycket har ändrats delvis som en konsekvens av att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning ersätts av ett rehabiliteringsunderlag. Som ett förtydligande anges att försäkringskassan skall svara för detta underlag för de försäkrade som inte har någon arbetsgivare, som är skyldig att upprätta sådant underlag. Försäkringskassan skall upprätta sådant underlag även i andra fall, om det finns skäl till det, vilket kan vara fallet t.ex. om en arbetsgivare underlåter eller saknar förmåga att prestera ett underlag. För det fall en arbetsgivare inte vidtar de rehabiliteringsåtgärder han är skyldig att ansvara för skall försäkringskassan överta ansvaret enligt 22 kap. 6 a §. Därvid har försäkringskassan enligt nämnda bestämmelse möjlighet att besluta att arbetsgivaren skall ersätta försäkringskassans kostnader för vidtagna rehabiliteringsåtgärder.

3 a §

I paragrafen, som är ny, har intagits bestämmelser om ersättning för kostnader för rehabiliteringsåtgärder.

Enligt *första stycket* har små företag ett skydd mot kostnader för rehabiliteringsåtgärder som riktat sig till de anställda. Kostnaderna härför täcks av sjukförsäkringen, om de vidtagna rehabiliteringsåtgärderna i förväg har godkänts av försäkringskassan genom en fastställd rehabiliteringsplan enligt 6§. Detta skydd gäller samma kategori småföretag som omfattas av högkostnadsskyddet enligt lagen (1991:1047) om sjuklön (se kommentaren till 17 och 17 a §§ den lagen).

En förutsättning för ersättning för rehabiliteringskostnader är att arbetsgivaren ansöker därom hos den försäkringskassa, som har fastställt aktuell rehabiliteringsplan.

Enligt *tredje stycket* meddelar regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket närmare föreskrifter om hur en ansökan om ersättning för rehabiliteringskostnader skall utformas. Motsvarande gäller formerna för utbetalning av ersättningen.

4 a §

Paragrafen är ny. I denna införs bestämmelser om vad ett rehabiliteringsunderlag skall innehålla. Frågan om vad som skall ingå i ett rehabiliteringsunderlag behandlas närmare i avsnitt 4.3.1.

I *första stycket* anges de omständigheter och frågeställningar som skall ingå i ett rehabiliteringsunderlag. Underlaget skall innehålla de

uppgifter som behövs för att man skall kunna bedöma om och i vilken omfattning den försäkrade är i behov av rehabiliteringsåtgärder för att kunna återgå i arbete.

Andra stycket innehåller bl.a. en föreskrift om att den anställdes uppfattning i frågan om rehabilitering skall redovisas i underlaget. Därmed avses den anställdes uppfattning om situationen som helhet, dvs. bl.a. om samspelet mellan sjukdom och arbetsförhållanden samt rehabiliteringsbehovet och möjligheterna till återgång i arbete. I den mån arbetsgivare och den anställda gör samma bedömning behöver den anställdes uppfattning inte utvecklas särskilt.

Är det med hänsyn till sjukdomstillståndet och arbetsförhållandena uppenbart att det inte behövs någon rehabiliteringsåtgärd för att den anställda skall kunna återgå i arbete, kan underlaget göras mer kortfattat. Det skall dock innehålla de uppgifter som ligger till grund för bedömningen att rehabilitering inte behövs.

I *tredje stycket* finns en föreskrift om att det i underlaget skall ingå ett yttrande från företagshälsovård, som skall uttala sig om behovet av rehabiliteringsåtgärder. För den som saknar anställning får yttrande inhämtas från en annan institution med kompetens att bedöma arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Vad som avses med företagshälsovård anges i 2 b § andra stycket arbetsmiljölagen (1977:1160). Företagshälsovården utgör enligt nämnda bestämmelsen en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering som skall arbeta särskilt för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Företagshälsovården skall uttala sig om den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till arbetsuppgifterna och rehabiliteringsbehovet samt göra en prognos för återgång till arbetet. Framför allt skall den uttala sig om behovet av och möjligheterna till att anpassa arbetsförhållandena till den försäkrades förmåga. I den mån företagshälsovården delar arbetsgivarens bedömning är det tillräckligt att detta anges. Anser företagshälsovården att det finns behov av andra åtgärder än dem som arbetsgivaren har föreslagit skall detta anges särskilt.

4 b §

Paragrafen är ny. I denna införs en bestämmelse om förseningsavgift.

Enligt *första stycket* skall en arbetsgivare betala förseningsavgift med 5 000 kr, om ett rehabiliteringsunderlag inte har lämnats inom föreskriven tid. Bestämmelser om när rehabiliteringsunderlag skall lämnas finns i 22 kap. 3 § tredje stycket.

I *andra stycket* finns bestämmelser om att förseningsavgift inte skall påföras om en arbetsgivare har gjort en anmälan om att underlaget inte kan lämnas i rätt tid och försening kan anses ursäktlig. Vilka omständigheter som kan utgöra ursäktlighet har behandlats i bilagan 1:3 s. 94.

4 c §

Paragrafen, som är ny innehåller bestämmelser om betalning av förseningsavgift enligt 4 b §.

Enligt *första stycket* skall förseningsavgiften som tillfaller staten, betalas till länsstyrelsen. Betalning skall ske inom två månader från det att beslutet vann laga kraft. Har ett överklagande inte inkommit inom klagotiden som är två månader (20 kap. 13 § AFL) har beslutet vunnit laga kraft. I sådant fall skall arbetsgivaren självant betala avgiften. Detta skall anges i beslutet.

I *andra stycket* anges att dröjsmålsränta skall tas ut om avgiften inte betalas i rätt tid.

Enligt *tredje stycket* får ett beslut om förseningsavgift efter sista betalningsdagen, dvs. två månader efter det att det har vunnit laga kraft, verkställas såsom en lagakraftvunnen dom. Försäkringskassans beslut utgör således en exekutionstitel, dvs. det kan läggas till grund för indrivning, om betalning inte har skett.

4 d §

Enligt denna nya paragraf skall, innan beslut fattas om förseningsavgift, den arbetsgivare som berörs av beslutet ges tillfälle att yttra sig. Bestämmelsen riktar sig till försäkringskassan, som enligt 5 kap. 4 § tredje stycket socialförsäkringslagen (1999:399) skall besluta om förseningsavgift.

6 §

Bestämmelsen i *första stycket* ändras på sätt att det anges att försäkringskassan *snarast* skall *fastställa* en rehabiliteringsplan och att det skall vara en *målinriktad* rehabiliteringsplan. Detta innebär att planen skall fastställas genom ett beslut som kan överklagas. Det

blir obligatoriskt att fastställa en rehabiliteringsplan i alla ärenden om rehabiliteringsersättning eller sjukpenning. Behövs ingen rehabiliteringsåtgärd får det anges i rehabiliteringsplanen. Vidare skall det i rehabiliteringsplanen anges ett konkret mål för åtgärderna. Inledningsvis kan det vara fråga om ett delmål, t.ex. att den försäkrade skall återgå i arbete till viss del inom en viss angiven tid.

Vidare införs i *andra stycket* ett tillägg om att det i rehabiliteringsplanen skall anges beräknade kostnader för de rehabiliteringsåtgärder som skall komma i fråga. Det skall anges vem som skall svara för respektive kostnadspost. I planen skall också anges att om en arbetsgivare som inte vidtar de åtgärder som han skall svara för kan bli skyldig att ersätta försäkringskassan för dess kostnader för åtgärderna. Sådant beslutas enligt bestämmelserna i 6 a §. En arbetsgivare får i en rehabiliteringsplan inte åläggas ett större rehabiliteringsansvar än som följer av lag. Ändringarna i denna bestämmelse innebär inte några förändringar i arbetsgivarens nuvarande ansvar enligt lag. Detta innebär bl.a. att man vid bedömning av vilka åtgärder man i en plan skall lägga på en arbetsgivare måste göra en rimlighetsavvägning i förhållande bl.a. till arbetsgivarens ekonomiska förhållanden. Beräknade kostnader i planen är inte bindande utan det ankommer på arbetsgivaren att själv upphandla de åtgärder han skall svara för. (Beträffande rehabiliteringsplanens innehåll och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar hänvisas till avsnitt 4.8.3)

I *tredje stycket* har gjorts konsekvensändringar med anledning av att en rehabiliteringsplan skall fastställas. Liksom tidigare skall planen kunna justeras med hänsyn bl.a. till hur rehabiliteringen utvecklas. Detta skall ske genom att en *reviderad* rehabiliteringsplan fastställs.

6 a §

I denna paragraf, som är ny, har införts en bestämmelse om att försäkringskassan skall svara för sådana rehabiliteringsåtgärder som en arbetsgivare underlåter att genomföra. Innan försäkringskassan vidtar åtgärder enligt denna bestämmelse, måste först arbetsgivaren ges skäligen tid för att vidta rehabiliteringsåtgärder.

I *andra stycket* ges försäkringskassan möjlighet att besluta att en arbetsgivare skall ersätta försäkringskassan dess kostnader för rehabiliteringsåtgärder som arbetsgivaren har underlåtit att vidta. Ersättning får tas ut endast för kassans faktiska kostnader för de vidtagna rehabiliteringsåtgärderna.

6 b §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om betalning av ersättning för rehabiliteringsåtgärder enligt 6 a §.

Enligt *första stycket* skall ersättningen tillfalla sjukförsäkringen och betalas till försäkringskassan. Betalning skall ske inom två månader från det att beslutet vann laga kraft. Har ett överklagande inte inkommit inom klagotiden som är två månader (20 kap. 13 § AFL) har beslutet vunnit laga kraft. I sådant fall skall arbetsgivaren självmant betala avgiften. Detta skall anges i beslutet.

I *andra stycket* anges att dröjsmålsränta skall tas ut om avgiften inte betalas i rätt tid.

Enligt *tredje stycket* får ett beslut om ersättning efter sista betalningsdagen, dvs. två månader efter det att det har vunnit laga kraft, verkställas såsom en lagakraftvunnen dom. Försäkringskassans beslut utgör således en exekutionstitel, dvs. det kan läggas till grund för indrivning, om betalning inte har skett.

6 c §

Enligt denna nya paragraf skall, innan beslut fattas om ersättning för rehabiliteringskostnader, den arbetsgivare som berörs av beslutet ges tillfälle att yttra sig.

7.2 Förslaget till lag om ändring i arbetsmiljölagen (1977:1160)

3 kap.**2 b §**

I *första stycket* regleras arbetsgivarens skyldighet att svara för att det finns företagshälsovård att tillgå. Det nuvarande villkoret att det skall finnas tillång *till den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver* slopas för alla arbetsgivare utom för dem som har anställt enbart närstående personer. Ändringen innebär att det i förtydligande syfte för övriga arbetsgivare införs en generell skyldighet att svara för att företagshälsovård finns att tillgå. Denna skyldighet gäller inte, om synnerliga skäl i det enskilda fallet talar emot detta. Härmed avses att det i vissa fall kan bli oskäligt betungande för arbetsgivare att upprätta kravet på företagshälsovård. Skälen bakom förslaget utvecklas närmare i avsnitt 4.5.1 Tillgång till företags-hälsovård.

I *andra stycket* införs nya bestämmelser enligt vilka Länsarbetsnämnden skall svara för att arbetssökande personer som är arbets-

lösa har tillgång till företagshälsovård. Med arbetsökande avses personer som är inskrivna hos arbetsförmedlingen. Med företagshälsovård jämföras i detta sammanhang annan motsvarande kompetens att bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Om arbetsmarknadsmyndigheten inom ramen för den egna organisationen har sådan kompetens, behöver man inte köpa in tjänster från någon institution, som enligt i 3 kap. 2 b § andra stycket är att anse som företagshälsovård.

Bestämmelserna i *tredje stycket* överensstämmer med de hittillsvarande i andra stycket.

3 c §

I denna paragraf, som är ny, införs en bestämmelse om att arbetsgivare skall anmäla till Arbetsmiljöverket, om sjukfrånvaron är hög bland deras anställda. Sådan anmälan skall lämnas, om sjukfrånvaron överstiger en viss nivå, som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer. I en sådan anmälan skall arbetsgivaren lämna uppgifter om sjukfrånvaron. Enligt förslaget till 5 kap. 18 § lag om ändring i årsredovisningslagen (1995:1554) skall många arbetsgivare i årsredovisningen lämna uppgift om genomsnittlig sjukfrånvaro. Dessa uppgifter kan i förekommande fall användas för anmälan till Arbetsmiljöverket. – Beträffande bestämmande av lämplig nivå hänvisas till avsnitt 4.3.3.

4 kap.

8 a §

I denna paragraf, som är ny, införs en bestämmelse som medger att regeringen, eller efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket får meddela föreskrifter om vid vilken tidpunkt en anmälan om sjukfrånvaro bland de anställda skall lämnas. Detta gäller även vilka uppgifter som skall ingå i en sådan anmälan.

8 kap.

5 §

I *första stycket* har gjorts tillägg om att regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket, får föreskriva att särskild avgift skall betalas även vid överträdelse enligt 4 kap. 8 a §, dvs. om anmälan om sjukfrånvaro inte har lämnats på föreskrivet sätt.

7.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

6 §

I *första stycket* införs en ny punkt (3). Ändringen innebär att nivån för sjuklön höjs till 90 procent av anställningsförmånerna från och med den femtonde dagen under sjukperioden. Som framgår av 7 § uppgår sjuklöneperioden till sextio dagar. Dock gäller fr.o.m. den femtonde dagen den begränsningen att till grund för beräkning av sjuklön skall läggas vad som utgör sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. 2 §, dvs. inkomsttaket för den sjukpenninggrundande inkomsten kommer att gälla även för sjuklön enligt denna lag.

7 §

I *första stycket* görs den ändringen att sjuklöneperioden förlängs generellt till sextio dagar, varav den första dagen liksom hittills utgör karensdag.

12 §

I *andra stycket* införs en ny bestämmelse enligt vilken en arbetsgivare i samband med att han för en anställd gör sjukanmälan till försäkringskassan även skall lämna en inkomstuppgift avseende den anställde. Denna inkomstuppgift skall avse den anställdes inkomster och arbetstid hos arbetsgivaren.

17 §

Ändringarna i denna paragraf innebär att den hittillsvarande frivilliga småföretagarförsäkringen mot sjuklönekostnader ersätts av ett för små företag generellt högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader (se avsnitt 4.4.1).

17 a §

Denna paragraf, som är ny, innehåller ytterligare bestämmelser om högkostnadsskyddet för små företag.

I *första stycket* anges huvudprinciperna för ersättning från högkostnadsskyddet. Dessa innebär att ersättning för sjuklönekostnader kan erhållas endast för sjuklön som har utbetalats på grund av bestämmelserna i denna lag. En arbetsgivare kan få ersättning för sjuklönekostnaderna till den del de relativt sett överstiger 75 procent av de genomsnittliga sjuklönekostnaderna för samtliga arbetsgivare. Detta innebär att om en arbetsgivares sjuklönekvot överstiger 75 procent av sjuklönekvoten för samtliga arbetsgivare

erhåller han ersättning för den överskjutande delen av sjuklönekostnaderna. Med sjuklönekvot avses sjuklönekostnadernas andel av den totala lönesumman.

Enligt *andra stycket* gäller den begränsningen att ersättning inte lämnas för en sjuklön till den del den överstiger 90 procent av högsta belopp för sjukpenninggrundande inkomst.

Enligt *tredje stycket* skall mer detaljerade bestämmelser om högkostnadsskyddet meddelas av regeringen, dvs. i en förordning (se avsnitt 7 i författningsförslagen).

25 §

I *andra stycket* görs en hänvisning även till 17 a § för att ange vilken försäkringskassa som är behörig att handlägga ärenden om högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader för små företag

Genom tillägget i *tredje stycket* kan en försäkringskassa överlämna till en annan försäkringskassa att handlägga ärenden om högkostnadsskydd för små företag.

26 §

Bestämmelserna i denna paragraf ändras på det sättet att vid handläggning av ärenden om högkostnadsskyddet för små företag skall tillämpas de bestämmelser i AFL som tillämpas på flertalet andra ärenden enligt sjuklönelagen.

28 §

I denna paragraf görs en konsekvensändring med anledning av att den frivilliga småföretagarförsäkringen mot sjuklönekostnader ersätts med ett högkostnadsskydd mot sådana kostnader.

7.4 Förslaget till lag om ändring i årsredovisningslagen (1995:1554)

5 kap.

18 §

I *första stycket* görs ett tillägg om att det i årsredovisningen skall lämnas uppgift om genomsnittlig sjukfrånvaro. Förslaget har behandlats i avsnitt 4.3.2.

Enligt *andra stycket* undantas från skyldigheten att lämna uppgift om sjukfrånvaro sådana företag som avses i 3 kap. 8 § andra stycket, dvs. s.k. 10/24-företag. Med 10/24-företag avses företag, i vilka antalet anställda under de senaste två räkenskapsåren i

medeltal uppgått till högst tio och tillgångarnas nettovärde enligt fastställd balansräkning för det senaste räkenskapsåret uppgår till högst 24 miljoner kronor. Genom föreskriften i detta stycke undantas från uppgiftsskyldigheten de 10/24-företag som enligt 6 kap. 1 § bokföringslagen (1995:1078, BFL) är skyldiga att avsluta bokföringen med en årsredovisning och offentliggöra den, t.ex. aktiebolag.

7 kap.

14 §

Tillägget i denna paragraf innebär att uppgift om sjukfrånvaro enligt 5 kap. 18 § inte behöver lämnas i en koncernredovisning.

**7.5 Förslaget till lag om ändring i
socialförsäkringslagen (1999:799)**

5 kap.

4 §

I *tredje stycket* införs en ny bestämmelse om vem som är behörig att fatta beslut om förseningsavgift enligt 22 kap. AFL. Sådant beslut skall fattas av den försäkringskassa som är behörig att fatta beslut avseende den försäkrade som omfattas av rehabiliteringsunderlaget. Det är samma försäkringskassa till vilken rehabiliteringsunderlaget skall lämnas.

**7.6 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen
(2000:980)**

2 kap.

26 §

Bestämmelserna i denna paragraf ändras på så sätt att avgiftssatsen för sjukförsäkringsavgiften sänks som en kompensation för den generella förlängningen av sjuklöneperioden till sextio dagar.

27 a §

Paragrafen är ny. I den införs en bestämmelse om att sjukförsäkringsavgiften skall vara högre på ersättning till arbetstagare som inte omfattas av sjuklönelagen, dvs. främst vissa korttidsanställda.