

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Lagtext	15
1.1 Förslag till lag om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.....	15
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	18
1.3 Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100).....	19
1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön	21
1.5 Förslag till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980).....	22
2 Uppdraget	23
2.1 Uppdraget enligt budgetpropositionen för 2002.....	23
2.2 Budgetpropositionen för 2003	24
2.3 Arbetets inriktning	25
2.4 Rapportens disposition.....	26

3	Sjukfrånvaron.....	29
3.1	Sjukfrånvarons utveckling under senare år.....	29
3.2	En internationell jämförelse	33
3.3	Varför har sjukfrånvaron ökat?.....	36
3.4	Regeringens fortsatta strategi för ökad hälsa i arbetslivet.....	41
4	Kostnadsansvar och drivkrafter för arbetsgivare i samband med anställdas sjukfrånvaro	43
4.1	Arbetsgivarnas ansvar	44
4.2	Arbetsgivarperspektivet.....	45
4.3	Skillnad mellan privat och offentlig verksamhet.....	48
4.4	Samhällsperspektivet.....	49
4.5	Vad kan arbetsgivarna göra?.....	51
4.5.1	Värö Bruk	52
4.5.2	Stora Enso	53
5	Behov av förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare	55
5.1	Riktlinjer för ett förändrat kostnadsansvar	55
5.2	Ett förändrat kostnadsansvar för offentliga arbetsgivare.....	57
6	Utformningen av ett ändrat kostnadsansvar för arbetsgivare	61
6.1	Förlängning av sjuklöneperioden.....	61
6.1.1	Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen).....	62
6.1.2	Förlängning av sjuklöneperioden till 365 dagar	64

6.2	Medfinansiering	65
6.3	Direkt differentiering av arbetsgivaravgifterna	67
6.4	Indirekt differentiering av arbetsgivaravgifterna	69
6.4.1	Avgiftsväxling – kontomodell.....	73
6.5	Förslag till en inledande reform för den offentliga sektorn.....	74
6.5.1	Medfinansiering	74
6.5.2	Storleken på medfinansieringsansvaret	76
6.5.3	Den tekniska utformningen av medfinansiering för offentlig sektor	79
6.5.4	Medfinansieringsperiodens längd	81
6.5.5	Minskat medfinansieringsansvar vid deltidarbete	82
7	Närmare bestämmelser om offentliga arbetsgivares betalningsansvar	84
7.1	Nuvarande regler.....	84
7.2	Överväganden och förslag	85
7.2.1	Beräkning av arbetsgivarens andel av sjukpenningen.....	85
7.2.2	Arbetsgivarens uppgiftsskyldighet	87
7.2.3	Sekretess.....	88
7.2.4	Uppgiftsskyldighet för Riksförsäkringsverket	89
7.2.5	Överklagande och anstånd	91
7.2.6	Ränta.....	92
7.2.7	Ikraftträdande	92
8	Sänkning av arbetsgivaravgifter och tillfälligt stöd	93
8.1	Inledning.....	93
8.2	Förslag till sänkning av arbetsgivaravgiften för offentliga arbetsgivare.....	96

8.3	Tillfälligt stöd till kommuner och landsting.....	96
8.4	Konsekvenser för sjukförsäkringsadministrationen	100
9	Problemområden och frågor inför ett fortsatt reformarbete	103
9.1	Riktlinjer för ett fortsatt reformarbete.....	103
9.2	De mindre företagens situation.....	104
9.2.1	Drivkrafter i mindre företag.....	105
9.2.2	Ökat ansvar, ökad risk.....	106
9.3	Riskgrupper på arbetsmarknaden.....	107
9.3.1	Dagens arbetsmarknad	108
9.3.2	Den framtida arbetsmarknaden.....	111
9.3.3	Riskbedömning vid förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare.....	112
9.4	Förberedelser inför ett förändrat ansvar för hela arbetsmarknaden	114
10	Uppföljning och utvärdering	117
10.1	Inledning.....	117
10.2	Regeringens behov av uppföljning och utvärdering.....	118
10.3	Hur skall uppföljningen och utvärderingen organiseras?	120
10.4	Arbetsgivarnas behov av uppföljning och utvärdering	122
11	Författningskommentarer	125
11.1	Förslaget till lag om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning	125
11.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	128

11.3 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100).....	128
11.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön	129
11.5 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980).....	129
Bilaga 1 11-punktsprogrammet.....	130
Bilaga 2 Regeringens fortsatta strategi för ökad hälsa i arbetslivet	136
Bilaga 3 Illustration av 50-procentsalternativet.....	150
Bilaga 4 Illustration av 15-procentsalternativet.....	151

Sammanfattning

Arbetet med att vända de senaste årens kraftigt ökade sjukfrånvaro måste bedrivas genom åtgärder av olika karaktär på ett stort antal områden. Det finns ingen enskild åtgärd som i ett slag löser problemen med den ökande sjukfrånvaron. Insatser kommer sannolikt att krävas såväl vad gäller sjukvård, läkare, administration, de enskilda försäkringstagarna som arbetsgivare. En av dessa åtgärder bör vara tydligare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare i syfte att minska sjukfrånvaron. Frågan har studerats av en arbetsgrupp med företrädare från Finansdepartementet, Socialdepartementet och Näringsdepartementet (delprojekt 3 inom regeringens s.k. 11-punktsprogram för ökad hälsa i arbetslivet). Utgångspunkten för förslagen är inte att arbetsgivarna bär skuld för den ökande sjukfrånvaron, men däremot är arbetsplatsen central för att minska de långa sjukskrivningarna. Syftet med gruppens arbete har varit att ta fram förslag om ett förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare som kan bidra till att minska sjukfrånvaron i samhället. Ett antal olika modeller presenteras i avsnitt 6.

Arbetsgruppens förslag för offentlig sektor

Som ett första steg i en reform som omfattar hela arbetsmarknaden, skall statliga och kommunala myndigheter samt allmänna försäkringskassor (offentliga arbetsgivare) svara för en del av den sjukpenning som utbetalas till anställda som är sjukskrivna. I promemorian föreslås att denna del skall ligga någonstans i intervallet 15–50 procent av arbetstagarens

sjukpenning. Ansvaret omfattar samtliga sjukskrivna som är anställda den 1 juli 2003. Försäkringskassan betalar ut arbetsgivarens del i förskott, dvs. arbetstagaren får som i dag hela sin sjukpenning direkt från försäkringskassan. Riksförsäkringsverket kräver sedan in beloppet från arbetsgivaren. Kommunala och statliga bolag omfattas inte av förslaget. Till följd av det förändrade kostnadsansvaret föreslås vidare dels att arbetsgivaravgiften skall sänkas för offentliga arbetsgivare, dels att ett särskilt stöd skall betalas ut till kommuner och landsting under en övergångstid. Syftet med det tillfälliga stödet, som är speciellt viktigt om arbetsgivarnas kostnadsandel av sjukförsäkringar är hög, är att minska de problem som kan uppstå till följd av ökade kostnader i samband med omläggningen av kostnadsansvaret och påskynda en minskning av sjukfrånvaron.

De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 juli 2003.

Bakgrund

Den kraftigt ökande sjukfrånvaron, framför allt långtidssjukskrivningen, leder inte bara till negativa effekter för den enskilde utan innebär också en stor påfrestning på samhällsekonomin. Utgifterna på statsbudgeten för sjukpenning har ökat från 13,9 miljarder kronor 1997 till 41,3 miljarder kronor 2002. Det är en ökning med 197 procent eller en genomsnittlig ökning med cirka 40 procent per år. För att möta utvecklingen presenterade regeringen i budgetpropositionen för 2002 det s.k. 11-punktsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet. En av punkterna i detta program avser ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare.

I budgetpropositionen för 2003 konstaterade regeringen att det är angeläget att det i ökad utsträckning blir lönsamt för enskilda arbetsgivare att såväl förhindra att långvariga sjukfall uppkommer som att försöka få tillbaka personer som är sjukskrivna i arbete även om arbetsförmågan är nedsatt. Avsikten är att ett förslag skall kunna presenteras för riksdagen våren 2003 och träda i kraft den 1 juli samma år.

Problembeskrivning

För närvarande svarar arbetsgivarna för sjuklön från och med dag 2 till och med dag 14 i sjukperioden. Från dag 15 får den enskilde sin ersättning i form av sjukpenning från försäkringskassan. Genom uttaget av arbetsgivaravgifter (sjukförsäkringsavgiften) svarar arbetsgivarna som kollektiv för sjukförsäkringens finansiering.

Arbetsgruppen har studerat vilka ekonomiska drivkrafter som arbetsgivare har i dag och hur dessa påverkas av reglerna för sjukförsäkringen. Det visar sig att arbetsgivare ofta har betydande kostnader i samband med kort och medellång sjukfrånvaro. Exempel på sådana kostnader är sjuklön, kostnader för övertid och vikarier samt, inte minst, kostnader i form av produktionsstörningar. Allteftersom en sjukskrivning pågår upphör i stort sett kostnaderna för den enskilde arbetsgivaren. Den sjukskrivne har ersatts med en vikarie som efter en viss tids inskolning svarar för att produktiviteten är återställd. Arbetsgivaren får således ingen ekonomisk vinning av att den sjukskrivne kommer tillbaka till arbetet, särskilt inte om denne har nedsatt arbetsförmåga, om det inte föreligger stora rekryteringsproblem. Ur den enskilda arbetsgivarens synpunkt kan det således röra sig om en kostnad. Samhället har dock mycket att vinna på att den sjukskrivne kommer tillbaka. Samhällets kostnader för sjukskrivningar avspeglas dock inte på något tydligt sätt på den enskilda arbetsplatsen. Långtids-sjukskrivningar innebär att den potentiella produktionen i samhället begränsas. Därmed minskar även samhällets långsiktiga möjligheter till investeringar, reformer och omfördelning.

Arbetsgruppens riktlinjer för förslag om ekonomiska drivkrafter – en reform i två steg

Arbetsgruppen anser att det krävs förändringar av kostnadsansvaret för arbetsgivare i samband med anställdas

sjukfrånvaro. Följande riktlinjer bör enligt arbetsgruppen utgöra utgångspunkter för en reform:

1. Förändringarna bör leda till ett ökat rörligt kostnadsansvar så att kostnaderna för arbetsgivaren påverkas direkt vid en förändring av sjukfrånvaron bland de anställda.
2. Förändringarna bör möjliggöra fortsatt riskspridning och solidarisk finansiering eftersom all sjukfrånvaro inte går att koppla till den aktuella arbetsplatsen.
3. Förändringarna bör inriktas mot den långvariga sjukfrånvaron eftersom det är denna som utgör det stora problemet både för individerna och för samhället och det är vid denna frånvaro som det saknas en tydlig avspiegling av samhällets kostnader.

Eftersom sjukfrånvaron är ett generellt problem och finns inom alla samhällssektorer bör förändringarna i kostnadsansvar i princip omfatta alla samhällets sektorer. Målet bör vara att hela arbetsmarknaden skall omfattas av ett generellt system. Ett alternativ är att reformen inleds i staten, kommuner och landsting för att senare omfatta hela arbetsmarknaden. Självfallet finns alternativet att genomföra förändringen för hela arbetsmarknaden samtidigt. Detta skulle dock ta längre tid att genomföra. Ett av skälen till detta är de små företagens situation.

Möjligheterna att införa ett förändrat kostnadsansvar skiljer sig åt beroende på hur stora de berörda verksamheterna är. Inom en större organisation finns det helt andra möjligheter att hantera den risk som ett ökat rörligt kostnadsansvar innebär än i ett litet företag. Detta medför problem som kräver ytterligare analys och konkreta lösningar innan förslag om förändrat kostnadsansvar som berör privata arbetsgivare kan presenteras. De mindre företag måste skyddas, så att inte helt orimliga effekter uppstår.

I avvaktan på resultatet från en sådan fördjupad analys om hur starkare ekonomiska drivkrafter kan införas för privata

arbetsgivare, anser arbetsgruppen att en större reform bör inledas med ett förändrat kostnadsansvar inom den offentliga sektorn. Därigenom inleds reformen inom den sektor där sjukfrånvaron är som störst och där det torde så att hantera utan administrativa problem.

Val av modell för ett förändrat kostnadsansvar – medfinansiering

Arbetsgruppen har analyserat flera modeller för ett förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare vid anställdas sjukfrånvaro och funnit att den modell som bäst uppfyller de uppställda riktlinjerna är att arbetsgivarna och staten delar på kostnaderna för ersättning till anställda som är sjukskrivna (medfinansiering).

Medfinansiering innebär att kostnaderna för en arbetsgivare påverkas direkt vid en förändring av sjukfrånvaron (rörligt kostnadsansvar). Ett delat ansvar kan motiveras utifrån det förhållandet att inte all sjukfrånvaro kan kopplas till den aktuella arbetsplatsen. Ett delat ansvar innebär också att ansvaret kan utkrävas under förhållandevis lång tid, vilket är en fördel då det är den långvariga sjukfrånvaron som utgör det stora problemet såväl för enskilda som för samhället. I jämförelse med fullt sjuklöneansvar torde medfinansiering även underlätta att i ett senare skede låta även privata arbetsgivare omfattas av ett förändrat ansvar och innebär även minskade risker för ökad selektering.

En reform för hela arbetsmarknaden

Inför en utvidgning av ansvaret som omfattar hela arbetsmarknaden bör ytterligare krav ställas upp som syftar till att tillgodose att systemet inte är tillväxthämmande utan tar hänsyn till arbetsgivares olika förmåga att hantera den ekonomiska risk som ett ökat rörligt kostnadsansvar innebär. De mindre företagen måste skyddas.

Arbetsgruppen har följande förslag till ytterligare kriterier:

- Ansvaret bör i princip utformas som ett generellt system som omfattar alla arbetsgivare. Syftet är att undvika tröskeeffekter och gränsdragningsproblem. Ett generellt system blir också enklare att administrera, både för arbetsgivare och myndigheter.
- Den ekonomiska risk som företag exponeras för bör relateras till verksamhetens storlek och ekonomiska förmåga att bära oväntade kostnader.
- De risker för ökad selektering som kan uppkomma bör beaktas och kompletterande insatser i syfte att underlätta för svaga grupper på arbetsmarknaden undersökas närmare.

I en reform för hela arbetsmarknaden bör även övervägas att arbetsgivarna i början av en sjukskrivning ansvarar för en relativt begränsad del av kostnadsansvaret. För en sjukskrivning som fortsätter utan avbrott skall sedan arbetsgivarna efter en viss tid avkrävas större delen av kostnadsansvaret, samtidigt som statens ansvar reduceras i motsvarande omfattning. På så sätt förstärks arbetsgivarnas ansvar för i första hand de längre sjukfallen.

Arbetsgruppen föreslår att det skall tillsättas en särskild utredare med uppdrag att ta fram förslag om arbetsgivares kostnadsansvar i samband med anställdas sjukfrånvaro som skall gälla inom hela arbetsmarknaden. Förslagen skall tillgodose de kriterier som redovisats här.

1 Lagtext

1.1 Förslag till lag om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning

Härigenom föreskrivs följande.

Ansvarets omfattning

1 § En offentlig arbetsgivare skall betala en viss del av sin arbetstagares sjukpenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Den offentliga arbetsgivarens del av sjukpenningen enligt första stycket utgörs av x procent av arbetstagarens sjukpenning multiplicerat med den andel som inkomsten från den offentliga arbetsgivaren utgör av arbetstagarens totala sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. 2 § första stycket lagen om allmän försäkring.

2 § Med offentliga arbetsgivare avses i denna lag statliga och kommunala myndigheter och de allmänna försäkringskassorna.

Med arbetstagare i 1 § avses en person till vilken en arbetsgivare är skyldig att betala sjuklön enligt sjuklönelagen (1991:1047).

Förskottsbetalning

3 § Arbetsgivarens del av sjukpenningen betalas ut i förskott av den allmänna försäkringskassa som enligt 5 kap. socialförsäkringslagen (1999:799) skall avgöra arbetstagarens sjukpenningärende.

Fastställande av betalningsskyldighet

4 § Riksförsäkringsverket fastställer det belopp som utgör arbetsgivarens del av sjukpenningen.

5 § Det fastställda beloppet enligt 4 § skall betalas in till Riksförsäkringsverket inom den tid som anges i beslutet.

6 § Beslut enligt denna lag gäller omedelbart.

Anstånd

7 § Riksförsäkringsverket får på ansökan av arbetsgivaren besluta om anstånd med att betala arbetsgivarens del av sjukpenningen.

Anstånd får medges om arbetsgivaren har begärt omprövning av eller överklagat Riksförsäkringsverkets beslut och det är tveksamt om arbetsgivaren kommer att bli skyldig att betala det belopp som har fastställts.

Anståndstiden får bestämmas till längst tre månader efter den dag då beslut fattades med anledning av begäran om omprövning eller med anledning av överklagandet.

Ränta

8 § Om arbetsgivaren inte betalar fastställt belopp inom angiven tid eller har beviljats anstånd med betalningen, skall ränta utgå på beloppet efter en räntesats som vid varje tidpunkt överstiger statens utlåningsränta med två procentenheter.

Verkställighet

9 § Beslut om betalning av arbetsgivarens del av sjukpenningen och ränta får verkställas enligt utsökningsbalken.

Bestämmelser om indrivning finns i lagen (1993:891) om indrivning av statliga fordringar m.m.

Uppgiftsskyldighet

10 § Den offentliga arbetsgivaren skall på begäran lämna domstol, Riksförsäkringsverket eller allmän försäkringskassa de uppgifter som har betydelse för tillämpningen av denna lag.

11 § Riksförsäkringsverket skall på begäran lämna en offentlig arbetsgivare de uppgifter som har legat till grund för beslut enligt 4 § under förutsättning att uppgiften behövs för att kontrollera att det fastställda beloppet är riktigt.

Överklagande m.m.

12 § Riksförsäkringsverkets beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

13 § Närmare föreskrifter för tillämpningen av denna lag får meddelas av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003 och tillämpas på sjukpenning som avser tid från och med ikraftträdandet.

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

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 1 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

1 §²

En försäkrad har enligt vad nedan sägs rätt till sjukpenning, om hans sjukpenninggrundande inkomst uppgår till minst 24 procent av prisbasbeloppet.

Rätt till sjukpenning enligt detta kapitel föreligger inte på grundval av anställningsförmåner för tid som ingår i en sjuklöneperiod, under vilken den försäkrades arbetsgivare har att svara för sjuklön enligt lagen (1991:1047) om sjuklön.

Bestämmelser om ansvar för betalning av sjukpenning för offentliga arbetsgivare finns i lagen (2003:000) om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

² Senaste lydelse 1999:800.

1.3 Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

7 §²

Sekretess gäller hos allmän försäkringskassa, Premiepensionsmyndigheten, Riksförsäkringsverket och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, arbetsskadeförsäkring eller handikappersättning och vårdbidrag eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om läkarvårdsersättning eller ersättning för sjukgymnastik, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där.

Sekretess gäller hos allmän försäkringskassa, Premiepensionsmyndigheten, Riksförsäkringsverket och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring, *offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning*, allmän pension, arbetsskadeförsäkring eller handikappersättning och vårdbidrag eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om läkarvårdsersättning eller ersättning för sjukgymnastik, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där.

¹ Lagen omtryckt 2002:194.

² Senaste lydelse 1998:709.

Sekretess enligt första stycket gäller också i förhållande till en vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom.

Sekretess gäller hos myndighet som avses i första stycket för anmälan eller annan utsaga av enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har gjort anmälan eller avgivit utsagan eller någon honom närstående utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagstiftningen om allmän försäkring, lagstiftningen om allmän ålderspension, lagstiftningen om handikappersättning och vårdbidrag och lagstiftningen om sjuklön. I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år eller, i fall som avses i tredje stycket, i högst femtio år.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

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

Härigenom föreskrivs att 12 § lagen (1991:1047) om sjuklön skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

12 §¹

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.

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 anmälan skall arbetstagarens lön och arbetsgivarens organisationsnummer anges.*

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

¹ Senaste lydelse 1994:46.

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

Härigenom föreskrivs att det i socialavgiftslagen (2000:980) skall införas en ny paragraf, 2 kap. 26 a § samt närmast före 2 kap. 26 a § en ny rubrik, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse
2 kap.

Offentliga arbetsgivares avgifter

26 a §

För arbetsgivare som omfattas av lagen (2003:000) om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning är arbetsgivaravgifterna xx,xx procent av avgiftsunderlaget och utgörs av
sjukförsäkringsavgift x,xx %
föräldraförsäkringsavgift 2,20 %
ålderspensionsavgift 10,21 %
efterlevandepensionsavgift 1,70 %
arbetsmarknadsavgift 3,70 %
arbetsskadeavgift 0,68 %

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003 och tillämpas på ersättning som betalas ut från och med ikraftträdandet.

2 Uppdraget

I detta avsnitt presenteras uppdraget till Arbetsgruppen om ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare i syfte att minska sjukfrånvaron (punkt 3 i det s.k. 11-punktsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet, se bilaga 1). Vidare redovisas regeringens ytterligare överväganden på området som angavs i budgetpropositionen för 2003. Därefter redogörs för arbetets inriktning. Slutligen redovisas hur rapporten disponeras.

2.1 Uppdraget enligt budgetpropositionen för 2002

Enligt regeringens bedömning i budgetpropositionen för 2002 är ett förtydligt och i vissa fall ökat finansieringsansvar för arbetsgivarna en av de grundläggande förutsättningarna för att den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron skall kunna brytas. Regeringens avsikt var 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.

Som förutsättning för förslag till förändrat ansvar angavs i budgetpropositionen att ökade kostnader för arbetsgivarna vid förändrat finansieringsansvar skall balanseras av minskade avgifter till sjukförsäkringen. Dessutom angavs att det sammanlagda ekonomiska utfallet för den försäkrade skall vara oförändrat eller förbättrat jämfört med nuvarande förhållanden.

I budgetpropositionen angavs vidare att det vad gällde följande tänkbara alternativ krävdes ytterligare analys och underlag:

1. Förlängning av sjuklöneperioden.
2. Medfinansieringsansvar efter sjuklöneperioden.
3. Differentierade arbetsgivaravgifter.
4. Indirekta metoder för differentiering av arbetsgivaravgifter, t.ex. nedsättning av avgifter för arbetsgivare som vidtar extra arbetsmiljöåtgärder.
5. Särskilda ekonomiska drivkrafter i styrsystemen för offentliga arbetsgivare.

För att komplettera underlaget på området tillsattes i december 2001 en arbetsgrupp inom Regeringskansliet.

2.2 Budgetpropositionen för 2003

Efter förslag av regeringen i budgetpropositionen för 2003 har riksdagen beslutat ett övergripande mål för ohälsan som innebär att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall i förhållande till 2002 halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden.

Vad gällde frågan om ekonomiska drivkrafter konstaterade regeringen i propositionen att det är angeläget att det i ökad utsträckning blir lönsamt för enskilda arbetsgivare att såväl förhindra att långvariga sjukfall uppkommer som att försöka få tillbaka personer som är sjukskrivna i arbete även om arbetsförmågan är nedsatt. Regeringen uppgav att det bedrivs ett arbete kring olika tänkbara modeller för detta inom Regeringskansliet.

Regeringens bedömning var att det krävs en omläggning av nuvarande finansieringsansvar så att enskilda arbetsgivare i ökad utsträckning får ett större direkt ansvar för finansiering av ersättning till anställda som är sjukskrivna. Sjukförsäkringsavgiften skall samtidigt sänkas så att arbetsgivarna som kollektivt inte betalar mer för sjukpenningen än i nuvarande system.

Regeringen konstaterade vidare att en förändring av ansvaret kan utformas med olika inriktning. Ett sätt kan vara att införa en

avsevärt förlängd sjuklöneperiod inom enbart den offentliga sektorn. Anställda inom kommuner, landsting och staten har visat sig överrepresenterade när det gäller långvarig sjukfrånvaro.

Ett annat tänkbart alternativ är att genomföra en omläggning för samtliga arbetsgivare. Utgångspunkten för en generell omläggning bör vara medfinansiering, dvs. att staten och arbetsgivarna delar på kostnaderna för anställdas försörjning under en sjukskrivningsperiod. För att särskilt komma till rätta med långtidssjukskrivning skall arbetsgivarna i början av en sjukskrivningsperiod ansvara för en relativt begränsad del, vilket betyder att staten då tar det största ansvaret. För en sjukskrivning som fortsätter skall arbetsgivarna efter en viss tid ta över större delen av finansieringsansvaret och statens ansvar reduceras i motsvarande omfattning. Medfinansiering generellt förutsätter att det för mindre företag införs skydd mot höga rörliga kostnader till följd av anställdas sjukfrånvaro.

Regeringen angav slutligen att avsikten är att det inom Regeringskansliet skall tas fram förslag som kan remitteras. Regeringens avsikt är sedan att kunna lägga fram förslag till riksdagen under våren 2003 för ikraftträdande den 1 juli samma år.

2.3 Arbetets inriktning

En allmän utgångspunkt för alla förslag om ekonomiska drivkrafter är att de aktörer som har möjligheter att påverka den utveckling som finns inom ett område skall ha ett betalningsansvar. Arbetsgruppens uppdrag har varit att ta fram förslag till tydligare kostnadsansvar för arbetsgivare som kan bidra till att minska sjukfrånvaron och därigenom de enskildas och samhällets kostnader. Arbetsgruppen har genomfört en fördjupad analys av de tänkbara alternativ som redogjordes översiktligt för i budgetpropositionen för 2002.

Arbetsgruppen har formulerat ett antal kriterier som ett förslag till ändrat kostnadsansvar bör uppfylla. En viktig utgångspunkt har varit att kostnadsansvaret skall göras tydligare

och påverkbart för den enskilde arbetsgivaren. Behovet är särskilt stort vad gäller kostnader för långtidssjukskrivning. Syftet med en omläggning av kostnadsansvaret är att öka intresset i arbetslivet för en god arbetsmiljö och goda arbetsvillkor och därigenom förebygga uppkomsten av sjukfrånvaro. Vidare bör omläggningen leda till att förekomsten av effektiva och tidiga insatser riktade till enskilda ökar så att de anställda i större utsträckning kan bli kvar i eller återgå till arbete. I diskussionen kring olika möjligheter att förtydliga arbetsgivarnas kostnadsansvar i samband med anställdas sjukfrånvaro har ingått att särskilt beakta förslagets konsekvenser ur två viktiga aspekter. Den första gäller hur de mindre företagens möjligheter att bedriva och utveckla sin verksamhet påverkas av olika förslag. Den andra rör förslagets effekter för svaga grupper på arbetsmarknaden, dvs. när det gäller deras möjligheter att erhålla eller återgå i arbete.

2.4 Rapportens disposition

I avsnitt 3 lämnas en redogörelse av sjukfrånvarons utveckling under senare år och möjliga orsaker till denna utveckling. Vidare görs en internationell jämförelse beträffande sjukfrånvaron. Regeringens fortsatta strategi för ökad hälsa i arbetslivet presenteras översiktligt.

I avsnitt 4 behandlas vissa frågor om kostnadsansvar och drivkrafter för arbetsgivare i samband med anställdas sjukfrånvaro. Viktiga frågor för analysen är vilka kostnader i samband med sjukfrånvaro som arbetsgivare har i dag till följd av sjukfrånvaro, hur dessa påverkas av nuvarande regler för sjukförsäkringen och hur arbetsgivarnas intresse för att minska sjukfrånvaron påverkas till följd av detta. En särskild fråga är hur arbetsgivarnas intresse för insatser som kan motverka sjukfrånvaro ter sig på kort respektive lång sikt. En annan fråga är hur arbetsgivarnas kostnader förhåller sig till kostnaderna för samhället som helhet. En annan viktig fråga är hur arbetsgivarna kan reducera sjukfrånvaron.

I avsnitt 5 redovisas arbetsgruppens slutsatser om behovet av ett förändrat kostnadsansvar och vilka riktlinjer som bör finnas för reformeringen av kostnadsansvaret. En övergripande strategi redovisas som innebär att reformen inleds med att kostnadsansvaret ändras inom den offentliga sektorn redan den 1 juli 2003. Riktlinjer och frågeställningar inför det fortsatta reformarbetet, som bör inriktas mot ett generellt system för alla arbetsgivare, redovisas i avsnitt 9.

I avsnitt 6 presenteras och motiveras arbetsgruppens principiella förslag till utformning av ett ändrat kostnadsansvar för arbetsgivare. Som en bakgrund till arbetsgruppens förslag redovisas och diskuteras tänkbara modeller för ett förändrat ansvar som arbetsgruppen har haft att analysera.

Avsnitt 7 innehåller närmare bestämmelser om offentliga arbetsgivares betalningsansvar.

Ett ökat direkt kostnadsansvar för offentliga arbetsgivare skall kombineras med sänkta sjukförsäkringsavgifter, och därmed sänkta arbetsgivaravgifter, för dessa arbetsgivare. I avsnitt 8 lämnas förslag på hur mycket arbetsgivaravgiften bör sänkas i samband med den föreslagna omläggningen den 1 juli 2003. Vidare lämnas förslag om en tillfällig resursförstärkning till kommuner och landsting. I avsnittet redovisas även förslagets konsekvenser för sjukförsäkringsadministrationen.

I avsnitt 9 redovisas viktiga problemområden och frågeställningar inför ett fortsatt arbete i syfte att införa ett förändrat kostnadsansvar för hela arbetsmarknaden. De problemområden som behandlas översiktligt är dels mindre företags situation och förutsättningar vad gäller förslag som innebär ökat rörligt kostnadsansvar vid anställdas sjukfrånvaro, dels vilka risker för ökad selektering på arbetsmarknaden som finns till följd av sådana förslag. I avsnittet redovisas riktlinjer inför arbetet med ett utvidgat kostnadsansvar som omfattar hela arbetsmarknaden och några centrala frågeställningar för ett fortsatt utredningsarbete med syfte att utforma ett generellt system för arbetsmarknaden som helhet.

I avsnitt 10 redovisas arbetsgruppens förslag till uppföljning och utvärdering av den föreslagna förändringen av kostnadsansvaret.

3 Sjukfrånvaron

I detta avsnitt lämnas en redogörelse för sjukfrånvarons utveckling under senare år och en genomgång av dess möjliga orsaker. Dessutom görs en internationell jämförelse beträffande sjukfrånvaron. Slutligen lämnas en redogörelse för regeringens fortsatta strategi för ökad hälsa i arbetslivet .

3.1 Sjukfrånvarons utveckling under senare år

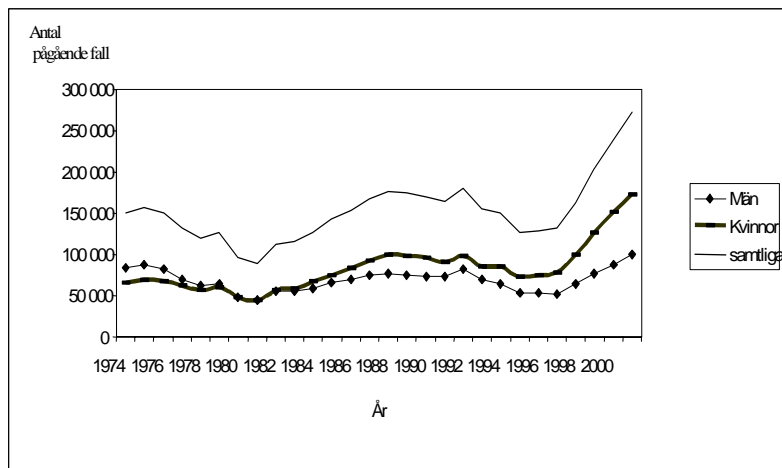
Sedan 1997 är Sverige inne i en period med en hög och hela tiden ökande sjukfrånvaro. I augusti 2002 uppgick antalet sjukskrivna till 282 448 personer, vilket kan jämföras med 118 530 personer i augusti 1997.

Jämförelserna över tiden försvåras av att den officiella statistiken endast omfattar sjukskrivna som erhållit ersättning från sjukförsäkringen. Under 1970- och 80-talen utbetalades sjukpenning redan från första sjukdagen och statistiken för dessa år omfattar således all sjukfrånvaro. Sedan 1992 gäller att den första dagen är en karensdag och att de påföljande 14 dagarna betalas av arbetsgivaren i form av sjuklön. Eftersom uppgifter om frånvaro under karensdag och sjuklöneperiod inte ingår i sjukförsäkringsstatistiken har förändringarna i ersättningssystemen inneburit en nivåsänkning i sjukfrånvaron enligt den officiella statistiken.

För att möjliggöra jämförelser över tiden redovisas nedan endast sjukfall överstigande 30 dagar. Det framgår att sjukfrånvaron mätt på detta sätt 2001 var den högsta sedan

införandet av dagens sjukförsäkringssystem 1974. Detta gäller både för kvinnor och män.

Figur 3.1 Antal pågående sjukfall som varat 30 dagar eller längre i december resp. år för män och kvinnor, 1974–2001.



Källa: RFV

Påfallande för de senaste årens utveckling är den kraftiga ökningen av antalet personer som är långtidssjuka. I december 1997 uppgick antalet sjukfall som varat mer än ett år till 44 800. I augusti 2002 registrerades 120 000 sjukfall längre än ett år, således nästan en tredubbling. Uppgången i antalet långa sjukfall är anmärkningsvärd även sett över en längre tidsperiod. Under tidigare år har antalet personer som har varit sjukskrivna längre tid än ett år varierat mellan 14 800 (dec 1981) och 70 600 (dec 1992).

Vad som också kan konstateras är att sjukskrivningarna har ökat i alla åldersgrupper, även bland yngre människor. Av tabellerna nedan framgår att sjukalet för de allra yngsta kvinnorna har ökat från 3,1 dagar per försäkrad 1998 till 7,5

dagar 2001. För motsvarande grupp män har sjuktalet under samma period ökat från 2,2 dagar till 3,7 dagar per försäkrad.

Tabell 3.1 Sjuktal¹ för kvinnor efter ålder 1998 och 2001.

	16-29 år	30-49 år	50-59 år	60-64 år
1998	4,1	14,4	24,3	20,1
2001	7,5	26,5	40,8	39,9

Källa: RFV

Tabell 3.2 Sjuktal³ för män efter ålder 1998 och 2001.

	16-29 år	30-49 år	50-59 år	60-64 år
1998	2,2	8,3	16,3	17,7
2001	3,7	13,4	24,7	30,4

Källa: RFV

Sjukskrivningarna har ökat kraftigt inom alla sektorer på arbetsmarknaden. Mest markant har dock uppgången varit bland statligt anställda samt inom landsting och primärkommuner. År 1997 uppgick frånvaro på grund av sjukdom inom landsting och kommunsektorn till 3,4 resp. 4,2 procent av arbetad tid. År 2001 hade frånvaron på grund av sjukdom ökat till 6,0 resp. 7,2 procent av arbetad tid.

Tabell 3.3 Andel frånvarande på grund av sjukdom i procent av vanligen arbetad tid efter sektor 1997–2001.

	1997	1998	1999	2000	2001
Statlig tjänst	2,2	2,9	3,4	4,2	4,0
Primärkommunal tjänst	4,2	4,6	5,4	6,3	7,2

³ Sjuktalet mäts som antal utbetalda dagar med sjukpenning per inskriven försäkrad 16–64 år minus försäkrade med hel förtidspension eller helt sjukbidrag. Alla dagar med sjukpenning, oavsett omfattning hel, halv o.s.v. räknas som en dag.

Landstingskommunal tjänst	3,4	4,1	4,8	5,6	6,0
Privat tjänst	2,9	3,3	3,9	4,3	4,5
Samtliga	3,0	3,5	4,0	4,6	4,8

Källa: SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU)

Av tabellen nedan framgår att anställda inom den offentliga sektorn är kraftigt överrepresenterade bland de sjukskrivna. Anställda inom den offentliga sektorn stod för 45 procent av sjukfrånvaron år 2001, mätt som sektorns andel av antalet från sjukförsäkringen ersatta dagar. Detta trots att sektorns andel av personer med anställning endast uppgick till ca 31 procent. Ju längre sjukskrivningarna varar desto mer överrepresenterad tycks den offentliga sektorn vara. Av de personer som år 2001 hade varit sjukskrivna kortare än en månad hade ca 40 procent sysselsättning inom den offentliga sektorn. Av personer vars sjukskrivning hade varat längre än ett år hade 50 procent anställning där.

Den enskilt största yrkesgruppen bland de personer som har varit sjukskrivna längre än 60 dagar är anställda inom vård och omsorg som står för 16 procent av långtidssjukskrivningarna. Men även mansdominerande yrken inom gruv-, process- och tillverkningsindustrin samt inom transportsektorn är överrepresenterade bland de långvarigt sjukskrivna.

Tabell 3.4. Fördelning av från sjukförsäkringen ersatta dagar mellan anställningssektor och sjukskrivningens längd 2001.

Procentandelar.

Sektor	Ärendets längd i dagar					Andelen anställda
	15 – 29	30 – 59	60 – 365–	366 –	Samtliga	
Statlig tjänst	4,8	4,9	5,2	5,6	5,2	5,4
Primärkommunal tjänst	27,3	27,8	29,9	34,5	30,8	19,4
Landstingskommunal tjänst	7,6	7,7	8,4	10,0	8,7	5,8

<i>Offentlig sektor</i>						
<i>totalt</i>	39,7	40,5	43,5	50,0	44,8	30,6
Privat tjänst	60,3	59,5	56,5	50,0	55,2	69,4
<i>Samtliga med</i>						
<i>anställning</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Källa: SCB:s register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS, november 2000 samt RFV:s register för officiell statistik, datalagret STORE.

Sjukdomar i rörelseorganen är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro. Cirka 34 procent av långtidssjukskrivningarna beror på sjukdomar i rörelseorganen. De psykiska diagnoserna har dock ökat kraftigt under de senaste åren. Särskilt dramatisk har denna utveckling varit bland kvinnor där andelen långvarigt sjukskrivna för psykisk ohälsa har ökat från 16 procent i början av 1990-talet till 30 procent 2001.

Den totala sjukfrånvaron, inklusive sjuklönedagar och sjukpenningdagar för 2001 motsvarade cirka 400 000 årsarbeten. Frånvaron på grund av förtidspension och sjukbidrag motsvarade ytterligare 400 000 årsarbeten. Sammantaget innebär detta att frånvaron från arbetslivet på grund av ohälsa uppgick till 800 000 årsarbeten. Detta utgjorde 14 procent av befolkningen i arbetsför ålder, sett i förhållande till totala antalet heltids- och helårsarbetande där deltiden summeras till jämna antal heltider.

Försäkringskostnaderna för hela ohälsområdet, dvs. sjukpenning, förtidspension, arbetsskadeförsäkring m.m. för 2001 uppgick till 101 miljarder kronor. Motsvarande utgifter för 2002 beräknas till 109 miljarder kronor. Detta är nästan en fördubbling jämfört med 1997 då försäkringskostnaderna uppgick till 60 miljarder kronor.

3.2 En internationell jämförelse

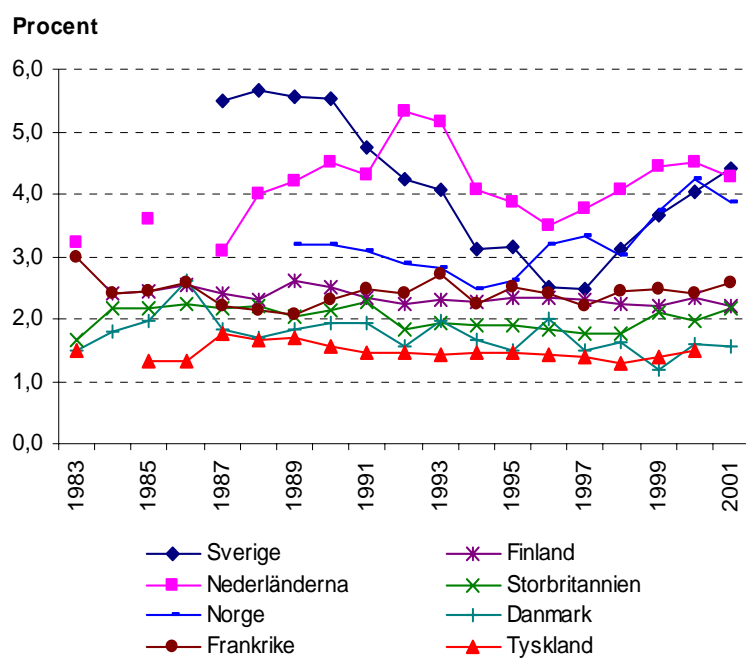
Sjukfrånvaron i Sverige är hög även i ett internationellt perspektiv, vilket framgår bl.a. av RFV:s studie Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv som gjordes i samarbete med Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). I

studien har sjukfrånvaron i Sverige jämförts med sjukfrånvaron i Danmark, Finland, Norge, Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Storbritannien. Endast två andra länder, Nederländerna och Norge, har lika hög sjukfrånvaro som i Sverige. Studien baseras på data från de nationella arbetskraftsundersökningarna.

I Sverige, Norge och Nederländerna har sjukfrånvaron dessutom varierat betydligt mer under de senaste 15 åren jämfört med såväl övriga länder som ingått i undersökningen som för hela EU-regionen (EU12). I dessa tre länder finns en tydlig samvariation mellan utvecklingen av sjukfrånvaro och av arbetslöshet över tiden. I perioder med hög arbetslöshet är sjukfrånvaron låg och vice versa. Sambandet visade sig dock inte vara statistiskt signifikant för Nederländernas del.

Enligt studien kan skillnaderna i sjukfrånvaron till viss del förklaras av demografiska faktorer som ålder, kön och sysselsättningsgrad. Den höga sjukfrånvaron i Sverige förstärks till viss del av att sysselsättningsgraden hos kvinnor i åldern 50–64 år är mycket hög jämfört med de övriga länderna. Huvuddelen av skillnaderna i sjukfrånvaron mellan länderna beror dock troligen på helt andra faktorer som inte gått att fånga med de data som använts.

Figur 3.2 Andelen sjukfrånvarande i Europa 1983 – 2001 i procent av det totala antalet anställda.



Källa: RFV

Ersättningssystemen i de tre länderna med hög sjukfrånvaro är relativt olika. I Norge tillämpas en sjuklöneperiod på 16 dagar. Därefter kan sjukpenning från deras motsvarighet till försäkringskassa betalas under maximalt ett år, sjuklöneperioden inräknad. Sjukpenningen och sjuklönen kompenserar 100 procent av inkomstbortfallet från första frånvarodagen (utan karensdag).

I Nederländerna betalar arbetsgivarna sedan 1997 lön vid sjukdom under maximalt ett år. Inte heller i Nederländerna drabbas enskilda av inkomstbortfall vid arbetsoförmåga. Sjukförsäkringen är i praktiken privatiserad. Arbetsgivarna kan dock försäkra sig mot höga sjukfrånvarokostnader hos försäkringsbolag. Cirka 80 procent av arbetsgivare med upp till 10 anställda tecknar sådana försäkringar. Premien uppgår till 6–7 procent av lönekostnaderna.

3.3 Varför har sjukfrånvaron ökat?

Ett omfattande utredningsarbete har bedrivits inom Regeringskansliet under de senaste åren med anledning av den ökade sjukfrånvaron och ohälsan i arbetslivet. Resultaten visar att ökningen av antalet sjukskrivna har flera förklaringar och att orsakssambanden är komplexa. Det finns således ingen enskild faktor som kan förklara ökningen av sjukfrånvaron utan flera förklaringsfaktorer måste kombineras. Arbetsförhållanden, demografi, attityder, den enskildes sociala och socioekonomiska situation, läkarnas hantering av sjukskrivningar samt brister i socialförsäkringens administration är viktiga faktorer i sammanhanget. Det har också framgått att det finns svårförklarliga geografiska skillnader samt att konjunkturen och sysselsättningsgraden bland kvinnor har betydelse.

Arbetsrelaterad ohälsa

Den arbetsgrupp inom Näringsdepartementet som i maj 2001 lämnade en handlingsplan om förnyat arbetsmiljöarbetet (Ds 2001:28) redovisade som sin uppfattning att minst hälften av sjukskrivningar som har varat längre än 28 dagar är arbetsrelaterade och att minst en tredjedel av dessa är orsakade av stress. Grunden för denna uppfattning var bl.a. en intervjuundersökning från SCB som genomfördes under 2000.

Arbetsgruppen hänvisade även till statistik från Alecta⁴ och till preliminära resultat från en studie från Karolinska Institutet enligt vilken arbetet bedömdes som den utlösande faktorn till sjukskrivning i hälften av den grupp långtidssjukskrivna som undersökts.

Att de sjukskrivna själva anser att arbetsförhållandena har stor betydelse för hälsan och återgången till arbete efter en sjukskrivningsperiod framgår även av de studier som den s.k. HpH-utredningen har initierat och som presenterats i slutbetänkandet Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5). Bland annat framgår det av en av studierna⁵ att en tredjedel av de långtidssjukskrivna (sjukskrivna längre än ett år) uppfattar att sjukskrivningen helt är orsakad av arbetet. Ytterligare 30 procent anser att sjukskrivningen delvis hör samman med arbetet. Dessa samband gäller i ökad utsträckning äldre och de med låg utbildning. Hög arbetsanknytning finns bland de som lider av utbrändhet, psykiska problem i kombination med värk samt människor med ont i nacke, axlar, skuldror och armar. Av samma studie framgår att ett relativt ovanligt men kraftfullt medel för återgång till arbete är att byta yrke och/eller arbetsplats. Även stöd från arbetsgivaren har betydelse för tillfrisknandet.

En annan studie⁶ följde upp 9 000 personer i åldern 25–59 år med hjälp av uppgifter från det s.k. LOUISE - registret för åren 1996 – 1999. Av studien framgår att kvinnor som utsätts för en kombination av kroppsligt ansträngande arbete och påfrestande arbetsställningar i större utsträckning har ökad benägenhet för sjukskrivning och förtidspension. Studien visar också att både kvinnor och män som arbetar under hög anspänning (hög arbetskrav och låg egenkontroll) har ökad frånvaro på grund av ohälsa. Detta är statistiskt säkerställt. De som 1995 hade ont i

⁴ Alecta förvaltar tjänstepensionen ITP som grundas på kollektivavtal mellan Föreningen svenskt Näringsliv och PTK.

⁵ Vilja och villkor för återgång i arbete – en studie av långtidssjukskrivnas situation, Sara Göransson, Gunnar Aronsson och Bo Meling, Programmet Hälsa och utveckling i det nya arbetslivet, Arbetslivsinstitutet.

⁶ Arbetsmiljöbelastning som orsak till förtidspensionering och sjukersättning – en pseudoperspektiv studie, Vikenmark och Alf Andersson, Statistiska Centralbyrån.

kroppen efter arbetets slut uppvisar de följande åren en förhöjd benägenhet till sjukskrivningar och förtidspensioneringar.

En tredje studie⁷ syftade till att undersöka hur arbetstagare själva ser på sitt framtida arbetslivsdeltagande samt vilka faktorer som stimulerar respektive motverkar fortsatt yrkesarbete. Resultaten är baserade på svaren från 2 509 slumpmässigt utvalda personer. Det framgår att bristande stöd från arbetskamrater och chefer ökar kvinnors vilja att sluta arbeta före 65 års ålder. När det gäller männen är det i stället effekterna av belastningar i den fysiska arbetsmiljön som ökar viljan att sluta arbeta före 65 års ålder. Betydelsefulla faktorer för att inte tro sig orka arbeta kvar i sitt yrke är alltför höga krav i arbetet, brist på möjligheter till utveckling och möjligheter att använda sin yrkeskompetens samt bristande förutsättningar för att utföra ett arbete.

Den psykosociala arbetsmiljön har försämrats

Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökningar indikerar att hälsoriskerna i den fysiska arbetsmiljön inte genomgått några markanta förändringar mellan åren 1995 och 2001. Däremot indikerar undersökningarna att den psykosociala arbetsmiljön försämrats i flera avseenden, även om en viss förbättring kan skönjas mellan 1999 och 2001. Exempelvis har andelen arbeten med hög anspänning ökat både bland kvinnor och bland män. Anspänning är en av de faktorer som påverkar hälsan i negativ riktning. Vidare har andelen personer med ont i kroppen ökat. Även andra mått på tillståndet i den psykosociala arbetsmiljön visar försämring. Således har andelen personer som känner olust när man går till jobbet och som har sömnsvärigheter på grund av jobbet ökat bland den arbetsföra befolkningen.

En försämrad psykosocial arbetsmiljö kan således ha bidragit till ökningen i sjukfrånvaron. Utifrån de studier som har genomförts går det dock inte att bilda sig någon uppfattning om hur stor denna del kan vara.

⁷ Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder till pensionering. Gunnel Ahlberg, Staffan Marklund, Karin Stenlund och Margareta Torgén.

Tabell 3.5 Vissa arbetsmiljövariabler på den psykosociala arbetsmiljön 1995, 1999 och 2001, kvinnor och män, 16-64 år.

Andel av arbetskraften i procent.

	Kvinnor			Män		
	1995	1999	2001	1995	1999	2001
<i>Exponeringar</i>						
Låg anspänning	31	28	32	27	23	25
Aktiva jobb	33	31	29	23	23	22
Passiva jobb	18	18	18	21	19	21
Hög anspänning	19	23	20	29	35	32
<i>Ont, olust, sömn-</i> <i>problem varje vecka</i>						
Ont kroppen	43	45	46	55	60	58
Olust när man går till jobbet	13	18	18	14	18	17
Sömnsvårigheter	15	19	19	16	22	22

Källa: Arbetsmiljöundersökningar

Vissa andra förklaringsfaktorer

De studier som gjorts visar att det finns ett samband mellan arbetsförhållanden och sjukfrånvaro. Det är dock uppenbart att delar av sjukskrivningarna beror på andra faktorer som inte alls är relaterade till arbetsplatsen.

Arbetsmarknadsläget har betydelse för sjukfrånvaron. Antalet sysselsatta har ökat och fler människor har därigenom fått direkt tillträde till sjukförsäkringen, vilket har bidragit till att öka sjukfrånvaron både för kvinnor och män. En av de faktorer som traditionellt antas påverka sjukskrivningarna är

sjukförsäkringens utformning⁸. Den senaste reformen i sjukförsäkringen genomfördes 1998, då ersättningsnivån höjdes från 70 till 80 procent. Detta kan ha medfört en ökning av antalet sjukskrivna. Vissa kvardröjande effekter av förändringen kan ha påverkat antalet sjukskrivna även under 2000 och 2001.

En annan förklaring är att andelen äldre på arbetsmarknaden har ökat, som en följd av den demografiska utvecklingen. Ohälsan ökar med åldern, och människor i högre åldrar har utsatts för arbetslivets påfrestningar under längre tid än yngre människor. I ESO-rapporten Den svenska sjukan: sjukfrånvaron i åtta länder beräknas demografin svara för ca 5 procentenheter av de senaste årens uppgång i sjukfrånvaron.

Ytterligare orsaker kan vara neddragningar i välfärdssamhället. Dessa har försämrat arbetsmiljön i den offentliga sektorn. Vidare torde de ha påverkat kvinnors obetalda arbete i form av omsorg av äldre anhöriga och inneburit försämringar för ensamstående föräldrar, varav merparten är kvinnor.

Kvinnors högre sjukfrånvaro kan delvis förklaras med att kunskapen om diagnostisering, behandling, rehabilitering respektive prevention av kvinnors besvär är mindre än motsvarande kunskaper om mäns besvär och att kvinnor oftare har arbeten som är ergonomiskt eller psykosocialt krävande.

Även väntetiderna inom hälso- och sjukvården påverkar sjukskrivningarna. Om personer i yrkesverksam ålder är sjukskrivna i väntan på behandling är det rimligt att anta att sjukskrivningarna blir både fler och längre om väntetiderna ökar.

Det finns även brister i socialförsäkringens administration som har påverkat försäkringskassans möjligheter att samordna rehabiliteringsinsatser eller att bevilja sjukbidrag eller förtidspension för de människor som saknar rehabiliteringsmöjligheter.

I vilken utsträckning den ökade sjukfrånvaron beror på förändringar i faktisk eller upplevd ohälsa bland de yrkesverksamma går i dag inte att avgöra. Det kan inte uteslutas

⁸ Henrekson och Persson The effects on sick leave of changes in the Sickness Insurance System (2000) Forthcoming in Journal of Labour Economics.

att en förändrad nivå på sjukfrånvaron på lång sikt kan förklaras av förändrade attityder och värderingar till sjukskrivning.

Den s.k. AHA-utredningen lyfter i delbetänkandet Kunskapsläge sjukförsäkringen (SOU 2002:62) fram hypotesen att något hänt i samspelet mellan individ, arbetsplats och läkare. Detta samspel tycks enligt utredningen ha lett till en förändrad syn på vilka påfrestningar på kroppen eller själen som skall tas hänsyn till och skall uthärdas på arbetsplatsen. Sjukskrivning har blivit ett allt mer accepterat sätt att hantera press och påfrestningar som drabbar människor i deras liv enligt utredningen.

3.4 Regeringens fortsatta strategi för ökad hälsa i arbetslivet

De undersökningar som genomförts tyder på att olika faktorer som har med arbetsmiljön att göra är viktiga för sjukfrånvaron. Det är därför av stor betydelse att arbetsgivarnas drivkrafter att förbättra arbetsmiljön förstärks. För att målet för ohälsarbetet att halvera sjukfrånvaron till 2008 skall uppnås måste emellertid även övriga aktörer – i första hand de försäkrade, sjukvård/läkare och socialförsäkringsadministrationen – ges starkare drivkrafter och bättre verktyg för att hantera situationen. Det är viktigt att åtgärder som riktar sig mot olika aktörer stödjer varandra. Om en arbetsgivare anpassar arbetsplatsen för att en sjukskriven skall kunna återgå i arbete, beror resultatet av åtgärden också bl.a. på reglerna för hur en fortsatt sjukskrivning prövas. Om övriga aktörer inte har tillräckliga incitament att bryta sjukskrivningen, riskerar arbetsgivarnas åtgärder att få mindre effekt än vad som annars kunde vara fallet.

Regeringen har därför i budgetpropositionen för 2003 aviserat, och i vissa fall föreslagit, ett antal åtgärder som riktar sig mot andra aktörer än arbetsgivarna. Några åtgärder som är särskilt intressanta i perspektivet att de skall stödja arbetsgivarnas egna åtgärder för att minska sjukfrånvaron anges nedan.

- Partiell sjukskrivning skall vara utgångspunkten vid intyg om sjukskrivning.
- Förstärkt utbildning för läkare i försäkringsmedicin.
- I vissa fall skall läkarintyg från läkare med särskild kunskap om försäkringsmedicin inhämtas efter åtta veckors sjukskrivning.
- Utbildningsinsatserna inom företagshälsovården förstärks.
- Tydligare skyldighet för försäkrade att medverka vid rehabilitering, acceptera återgång till arbete när arbetsgivaren anpassat arbetsplatsen och att omskola sig när återgång till tidigare yrke inte är möjlig.
- Rätt till egen kontaktperson vid försäkringskassan för långtidssjukskrivna.

I budgetpropositionen finns även förslag beträffande personer med sjukersättning (tidigare förtidspensionärer) och sjukskrivna utan arbetsgivare. Därutöver finns andra förslag som riktar sig mot arbetsgivare men som inte avser ekonomiska drivkrafter. Regeringens strategi återges i sin helhet i bilaga 2.

Regeringen har dessutom för avsikt att under våren 2003 överlämna en proposition med ett antal förslag för att minska ohälsan. Inför denna har utarbetats bl.a. en promemoria med förslag på åtgärder som syftar till att förbättra precisionen på sjukskrivningarna, vilken remitteras samtidigt med förevarande promemoria.

4 Kostnadsansvar och drivkrafter för arbetsgivare i samband med anställdas sjukfrånvaro

En naturlig utgångspunkt vid överväganden om hur arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter bör vara utformade är att studera vilka drivkrafter som finns i dagens sjukförsäkringssystem. Det är dock viktigt att inledningsvis konstatera att arbetsgivarna inte är de enda aktörerna i sjukförsäkringssystemet. Den enskilde individen och den offentliga sektorn, genom administrativa myndigheter och hälso- och sjukvården, är också viktiga aktörer. Deras beteende och reella möjligheter att påverka utvecklingen av sjukfrånvaron är av stor betydelse eftersom detta i förlängningen kan förväntas ha effekter på såväl arbetsutbud, produktivitet utveckling och reallöneutveckling som den ekonomiska tillväxten. För att kunna vända den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron är det således viktigt med ett sjukförsäkringssystem där samtliga aktörer har goda incitament att verka för en minskad sjukfrånvaro. I detta avsnitt behandlas dock endast arbetsgivarnas incitament och drivkrafter. Frågeställningen är koncentrerad kring vilka kostnader en arbetsgivare har vid sjukfrånvaro, hur dessa påverkas av reglerna för sjukförsäkringen och vilka behov som finns att påverka dessa kostnader genom ändrade regler i sjukförsäkringssystemet.

Inledningsvis ges en översiktlig beskrivning av det ansvar för rehabilitering och arbetsanpassning som arbetsgivarna har i dag. Därefter beskrivs den enskilda organisationens kostnader vid sjukfrånvaro. I detta sammanhang skiljer vi på kort- och långsiktiga kostnader. Vidare diskuteras skillnader i drivkrafter mellan privat och offentlig verksamhet. I avsnittet förs också en

diskussion om i vilken utsträckning som samhällets totala kostnader för sjukfrånvaron avspeglas hos den enskilde arbetsgivaren. Avslutningsvis lyfter vi fram ett par exempel på organisationer där man framgångsrikt har bedrivit ett målmedvetet arbete med att förbättra arbetsmiljön och därmed lyckats få ner sjukfrånvaron.

4.1 Arbetsgivarnas ansvar

Arbetsgivarens ansvar för sjukskrivningsprocessen omfattar, utöver sjuklön och sjukförsäkringsavgift, även att klarlägga behovet av rehabilitering och att vid behov påbörja rehabiliteringen så snart som möjligt. Vid sjukfall som varar längre än fyra veckor, när den anställda varit sjuk mer än sex gånger under ett år eller när den sjuke själv begär detta, skall arbetsgivaren i samråd med den anställda påbörja en rehabiliteringsutredning. Arbetsgivaren är också skyldig att svara för de rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna arbetsplatsen. Exempel på sådana åtgärder är anpassning av arbetsplatsen, ändrade arbetsuppgifter, omplacering, ändrade arbetstider, arbetsträning, arbetsprövning eller utbildning.

Arbetsgivaren har således redan i dag ett omfattande ansvar för de anställdas rehabilitering. Ansvaret har dock i praktiken visat sig vara otydligt och i många avseenden svårtolkat. Detta visar inte minst de svårigheter som försäkringskassan har att överhuvudtaget få in rehabiliteringsunderlag från arbetsgivarna.⁹ Resultatet har blivit att aktiva rehabiliteringsinsatser generellt sett har kommit igång allt senare i sjukskrivningsprocessen eller inte alls.¹⁰

⁹ Slutsatserna i detta avsnitt bygger på Rehabiliteringsutredningen, SOU 2000:78.

¹⁰ Av SOU 2000:78 framgår att endast 13 procent av de som är sjukskrivna mer än ett år har påbörjat någon form av rehabilitering.

4.2 Arbetsgivarperspektivet

De totala kostnaderna för sjukfrånvaron avgörs dels av hur omfattande kostnadsbegrepp som används vid kostnadsberäkningen, dels av i vilken utsträckning som verksamheten har hunnit anpassa sig till frånvaron. Det är således viktigt att skilja på kostnaderna för kort- respektive långtidssjukfrånvaro. Kostnaderna varierar naturligtvis även mellan olika typer av företag och speciellt viktigt är det att skilja på verksamheter som bedrivs i privat respektive offentlig regi.¹¹

Korttidssjukfrånvaro

Ett sätt att betrakta kostnader till följd av korttidsfrånvaro är att beräkna hur stor del av kostnaderna för en person som kvarstår för organisationen vid en sjukskrivning. Exemplet i tabell 4.1 utgår från en månadslön till den sjukskrivne på 20 000 kronor. Av tabellen framgår att vid kortare sjukfrånvaro (dag 2–14) kvarstår 80 procent av lönekostnaden för arbetsgivaren. Semesterkostnaden påverkas inte av om medarbetaren arbetar eller är sjukskriven och arbetsgivaravgiften utgår på den sjuklönen som betalas, dvs. på 80 procent av lönen. De gemensamma kostnaderna kvarstår även vid frånvaro, eftersom lokalkostnad och administration knappast blir lägre för att någon är sjukskriven.

Tabell 4.1 Arbetsgivarnas kostnad vid korttidssjukfrånvaro

	Kostnad per arbetad timme	Kvarvarande kostnad vid korttidsfrånvaro
Lön	121	97
Semester+	16	16

¹¹ Redogörelsen som följer i avsnitt 4.2 är baserad på Personalekonomi idag av Ulf Johanson och Anders Johrén (2001).

Arbetsgivaravgifter* +	55	45
Gemensamma kostnader +	96	96
Självkostnad =	288	254

Anm. * Arbetsgivaravgifterna är här 40 procent då de inkluderar vissa pensionskostnader utöver vad som är lagstadgat. Källa: Personalekonomi idag av Ulf Johanson och Anders Johrén (2001)

Av exemplet framgår att arbetsgivarens kostnad för en arbetad timme uppgår till 288 kronor. Motsvarande kostnad för en person som är sjukskriven är 254 kronor. Skillnaden mellan de två fallen är 34 kronor. Detta resultat kan tolkas på två sätt:

- Organisationen sparar 34 kronor per korttidssjuktimme.
- Organisationen betalar 254 kronor per korttidssjuktimme utan att få något tillbaka.

En tolkning enligt det första alternativet innebär i praktiken att det antingen finns övertalighet inom organisationen eller också har det ingen betydelse hur mycket som produceras eller med vilken kvalitet. Ett alternativ är också att den enskilda personens insatser inte bedöms skapa något positivt mervärde för organisationen. I samtliga dessa fall betraktas värdet av den sjukskrivnes arbetstid som obefintligt eller negativt.

Ett för de flesta situationer mer rimligt synsätt är att betrakta sjukfrånvaron som en kostnad på minst 254 kronor per timme. Därmed erhålls också ett mått på hur mycket insatser för att minska korttidssjukfrånvaron borde få kosta. Det är med andra ord värt minst 2 000 kronor (254*8 timmar) för varje dag som organisationen minskar sin korttidsfrånvaro.

Ett mer fullständigt sätt att beskriva de kostnader som uppkommer vid kortare sjukskrivningar är att även ta hänsyn till de "kringkostnader" som sjukfrånvaron skapar. Här bör man försöka beskriva alla förändringar i verksamheten och de kostnadskonsekvenser som sjukfrånvaron medför. Till denna beskrivning hör produktionsstörningar, rekrytering av ersättare

och administration av frånvaron, liksom faktisk inbesparad lön för den frånvarande. Många gånger är dock dessa kringkostnader svåra att kostnadsbestämma. Man kan dock utgå ifrån att kostnaderna för att ersätta arbetskraften tillsammans med övriga kringkostnader i ett kortsiktigt perspektiv ofta överstiger den besparing som görs till följd av sjukskrivningen.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att kostnaden för den korta sjukfrånvaron blir betydande för organisationen, såvida inte verksamheten har bestående övertalighet. Så länge som arbetsgivaren betalar sjuklön till den sjukskrivne är besparingen i form av minskad lönekostnad marginell. Kvar finns en stor del av de ordinarie kostnader som arbetsgivaren har. Därtill kommer kostnader i form av produktionsbortfall, kvalitetsförsämringar och övriga kringkostnader.

Långtidssjukfrånvaro

Vid en längre tids sammanhängande frånvaro är möjligheterna för en enskild arbetsgivare att anpassa sig givetvis större. Arbetsgivarnas ansvar för sjuklön upphör dag 15 och övriga kostnader (avtalsmässig ersättning och kostnader för semester) upphör normalt efter 3-12 månader. Arbetsgivaren betalar inte heller någon arbetsgivaravgift för sjukskrivna medarbetare för vilka det inte utbetalas lön. Arbetsgivaren har dessutom kostnader för att rekrytera och skola in en ersättare men när denne väl är på plats och tagit över arbetsuppgifterna är arbetsgivarens merkostnader till följd av sjukfrånvaron förhållandevis blygsamma. Det kan t.o.m. vara så att verksamheten fungerar och producerar bättre än tidigare. I sådana situationer är arbetsgivarna incitament att verka för en aktiv rehabilitering av den långtidssjukskrivne små.

En slutsats som kan dras utifrån detta är att det är viktigt att skilja på lång och kort sikt då ekonomiska drivkrafter diskuteras. De ekonomiska drivkrafterna för en organisation att minska den korta sjukfrånvaron kan vara stora, medan de ekonomiska drivkrafterna att minska långvarig sjukfrånvaro är mindre. När

sjukfrånvaron har pågått en längre tid och organisationen hunnit anpassa sig är arbetsgivarens ekonomiska drivkrafter att verka för en snabb rehabilitering till arbetslivet små eller rent av obefintliga. Särskilt gäller detta sådana åtgärder som kräver kostsamma rehabiliteringsinsatser.

4.3 Skillnad mellan privat och offentlig verksamhet

Det är i detta sammanhang också viktigt att skilja på hur offentlig verksamhet som kostnadsbudgeteras och privat intäktsfinansierad verksamhet drabbas av sjukfrånvaron. I teorin uppstår i princip samma typ av kostnader för såväl offentliga som privata aktörer. Den kortsiktiga frånvaron är kostsam i båda sektorerna eftersom lönekostnaderna kvarstår samtidigt som kringkostnader i form av produktionstörningar och annat uppstår. För den längre sjukfrånvaron kan man dock konstatera att incitamenten att vidta åtgärder torde vara större hos privata arbetsgivare än hos offentliga. Hos privata arbetsgivare kan kostnaderna av att inte vidta någon som helst åtgärd bli stora. Privata företag är ofta uppbundna av kontrakt som reglerar när den producerade produkten/tjänsten skall levereras. Att bryta sådana kontrakt kan ofta vara dyrbart. När en anställd blir långvarigt sjuk är det därför rimligt att anta att arbetet med att finna någon som kan utföra den sjukskrivnes arbetsuppgifter har högsta prioritet. Därmed säkerställs produktionen och företagets kostnader för sjukfrånvaron minimeras. Det finns därför i en intäktsfinansierad verksamhet klara ekonomiska incitament att vidta åtgärder som gör att produktionen snabbt återställs. När väl detta är gjort har dock arbetsgivaren förhållandevis små kostnader på grund av den sjukfrånvarande eftersom försäkringskassan svarar för ersättningen från och med den 15:e dagen i sjukfallet.¹²

¹² Arbetsgivaren täcker dock upp den enskildes inkomstbortfall upp till 90 procent genom avtalsförsäkringar.

I en offentlig kostnadsbudgeterad organisation kan dock drivkrafterna för att snabbt ersätta en sjukskriven medarbetare vara mindre. Förklaringen till detta är att produktionsbortfallet inte leder till samma direkta kostnadskonsekvenser i offentlig verksamhet som i privat. Många gånger tas sjukfrånvaron istället ut som en kvalitetsförsämring, vilken inte återspeglas i verksamhetens direkta kostnader. De direkta kostnaderna av den längre sjukfrånvaron blir därför i normalfallet relativt små i offentlig verksamhet. Det innebär att om ingen ersättare anställs minskar organisationens kostnader med en stigande sjukfrånvaro. Det är därför lätt att sjukfrånvaron i offentlig sektor i praktiken blir en besparing för verksamheten, vilket ytterst kan drabba medborgarna i form av sämre kvalitet på välfärdstjänster.

Slutsatsen av detta är att om organisationerna handlar i enlighet med nuvarande incitament blir den långsiktiga kostnadskonsekvensen av sjukfrånvaro i en intäktsfinansierad verksamhet relativt begränsad. Företagets kostnader utgörs av arbetet med att finna en ersättare till den sjukskrivne och övriga kringkostnader. Företagets totala kostnader för sjukfrånvaron blir därmed något högre än om sjukfallet inte inträffat. I en kostnadsbudgeterad verksamhet finns däremot en uppenbar risk att ingen åtgärd vidtas. Det innebär i princip att en stigande sjukfrånvaro medför en besparing för organisationen.

4.4 Samhällsperspektivet

De samhällsekonomiska kostnaderna till följd av sjukfrånvaron utgörs av det totala produktionsbortfallet i ekonomin. Individernas inkomster minskar och därmed minskar också statens, kommunernas och landstingens skatteinkomster. I ett längre perspektiv innebär också produktionsbortfallet att samhällets möjligheter till investeringar, förbättringar av den offentliga servicen och omfördelning minskar, vilket i slutändan påverkar den ekonomiska tillväxten.

En viktig fråga i detta sammanhang är i vilken utsträckning som arbetsgivarna har anledning att beakta dessa samhällsekonomiska kostnader och genom aktiva insatser försöka begränsa dem. Detta beror till stor del på i vilken utsträckning samhällets kostnader för sjukskrivning också avspeglas i den enskilda arbetsgivarens kostnader. Som vi konstaterat i avsnitt 4.2 finns det anledning att tro att detta till viss del är fallet vad gäller korttidssjukfrånvaron. För arbetsgivarna är korttidssjukfrånvaron förknippad med kostnader i form av sjuklön och produktionsbortfall. För den längre sjukfrånvaron finns naturligtvis anpassningskostnader för organisationen. Men när väl anpassning har skett (då ersättningsrekryteringar, avtalsmässiga ersättningar mm är avklarade) är merkostnaderna av ett sjukfall relativt begränsade. Efter 3–12 månader och givet att man lyckats skaffa en ersättare för den sjukskrivne finns således ingen tydlig avspiegling hos den enskilda arbetsgivaren av de kostnader som belastar samhället till följd av en pågående långtidssjukskrivning. Samhället kan dock aldrig, till skillnad mot vad som gäller för en enskild arbetsgivare, anpassa sig bort från det problem som uppstått. En långtidssjukskriven innebär att samhället som helhet går miste om en möjlig arbetsinsats samtidigt som den sjukskrivne måste försörjas.

Mycket talar därför för att det krävs en tydligare avspiegling av samhällets kostnader, för i första hand den långa sjukskrivningen, hos de enskilda arbetsgivarna. Genom att synliggöra samhällets kostnader och göra det möjligt för arbetsgivarna att påverka dessa kostnader, skapas incitament för såväl förebyggande som rehabiliterande åtgärder. Det blir således lönsamt för arbetsgivarna att både förhindra uppkomsten av sjukfrånvaro och att verka för en snabb återgång till arbetslivet för organisationens medarbetare.

4.5 Vad kan arbetsgivarna göra?

Vi har ovan konstaterat att arbetsgivarna i ett långsiktigt perspektiv har bristande incitament att arbeta med såväl förebyggande åtgärder som aktivt rehabiliteringsarbete. Om sådana incitament skapas blir en naturlig fråga vad den enskilde arbetsgivaren kan göra för att motverka sjukfrånvaron i den egna organisationen. En förutsättning för att ekonomiska drivkrafter skall vara verkningsfulla är ju att arbetsgivaren faktiskt kan anpassa sig, och därmed minska sjukfrånvaron.

Enligt vad projektgruppen har erfarit, pågår det på flera håll olika aktiviteter där företag och organisationer samverkar för att minska sjukfrånvaron i samhället. Ett exempel på detta är de insatser som görs med anledning av det initiativ som tagits av parterna genom beslutet att låta det partsägda försäkringsbolaget AFA satsa 350 miljoner kronor för att få ner sjuktalen, varav 150 miljoner kronor avser det privata näringslivet och 200 miljoner kronor den offentliga sektorn.

AFA har med hjälp av Karolinska Institutet tagit fram en modell som utgår från en undersökning av de anställdas hälsotillstånd, livsstil och företagets arbetsmiljö. Modellen innebär att man på basis av vetenskapligt säkerställd analys av resultatet skräddarsyr åtgärdsprogram för de anställda och för arbetsorganisationen.

Det intressanta är att man med denna metodik, med stor sannolikhet, kan identifiera personer som befinner sig i riskgruppen för att drabbas av långvarig sjukskrivning. Insatser kan därefter riktas mot dessa individer och/eller deras arbetsställen. Nedan presenteras ett par exempel på organisationer där man framgångsrikt och under en följd av år arbetat med att bl.a. begränsa sjukfrånvaron bland de anställda. Exempelen utgörs av Värö Bruk och Stora Enso.

4.5.1 Värö Bruk

Arbetet med arbetsmiljöfrågor intensifierades i början av 1990-talet. Sedan dess har man inom företaget arbetat för att få en friskare personal som trivs på sin arbetsplats. Aktiviteterna har varit inriktade på personalrelaterade åtgärder som kommunikation, förändringsvilja, planeringssamtal, chefsutveckling och grupputvecklingsprojekt för olika arbetsgrupper. Dessutom har man inlett ett produktivetsprojekt som bl.a. har till syfte att hitta nya arbetsmetoder och påverka förändringsviljan.

Hälsa och friskvård ingår också som en viktig del i satsningen. Bruket har anmärkningsvärt stor andel s.k. långtidsfriska (35%), dvs. personer som varit anställda minst tre år och som inte haft någon sjukdag under de senaste två åren.

Ett sätt att läsa av resultaten av satsningarna är att studera hur sjukfrånvaron utvecklas. Ett annat är att fråga hur personalen mår. Värö Bruks klimatundersökning ingår som en del i det ovan nämnda forskningsprojektet bedrivit av Karolinska Institutet.

Resultaten från undersökningen som genomfördes under hösten 2001 visar på förbättringar inom flera olika områden. Andelen som inte varit sjukskrivna det senaste året har ökat från 44 till 50 procent. Dessutom konstateras förbättringar i organisationsklimatet, särskilt vad gäller engagemang i företaget samt kontroll och inflytande i arbetet. Resultatet från undersökningen redovisas i alla arbetsgrupper och ligger till grund för fortsatta diskussioner om fortsatt förbättringsarbete.

Sjukfrånvaron i procent av total arbetstid uppgick 2001 till drygt 4 procent, vilket innebar en minskning med ca en halv procentenhet jämfört med föregående år. I förhållande till den genomsnittliga sjukfrånvaron i branschen låg bruket nästan två procentenheter lägre 2001. För branschen som helhet kan även noteras att sjukfrånvaron fortsatt att öka under åren 2000 och 2001. Den minskade sjukfrånvaron har uppskattats motsvara en besparing på 2,2 miljoner kronor per år för bruket. Kostnaden

för förebyggande åtgärder och rehabilitering beräknas till 630 000 kronor, vilket innebär att kostnaderna har betalat sig på 3 månader eller en vinst motsvarande 5 700 kronor per anställd och år.

4.5.2 Stora Enso

Inom Stora Enso har det sedan 1991 pågått ett program som omfattar hela organisationen med syfte att höja andelen långtidsfriska, minska ohälsotal samt öka utvecklingsvilja och trivsel. Programmet omfattar organisationsutveckling, industriutveckling, utveckling av arbetsmiljö, inklusive förebyggande, underhållande och rehabiliterande metoder samt friskvård. En viktig del i programmet har utgjorts av omfattande utbildningsinsatser med tonvikt på chefer. I utbildningen ingår kunskap om människans villkor i arbetslivet, balansen mellan uppbyggande och nedbrytande faktorer, kris- och stresshantering och kommunikation, men även utvecklingsprogram syftande till bättre självkänedom hos samtliga chefer. Till detta har kopplats ett omfattande friskvårdsprogram som omfattar såväl motion och kost som kultur och inspirerande upplevelser.

Projektet har utvärderats med ett flertal metoder, bl.a. genom att undersöka arbetsklimatet utifrån dels hur man upplever att det förhåller sig, dels hur man skulle önska att det förhöll sig.

Antalet långtidsfriska har ökat på ett markant sätt. År 1990–1991 var det endast 3 procent av de kollektivanställda som var långtidsfriska. År 1999–2000 hade denna andel ökat till 25 procent. För tjänstemän var motsvarande siffror 12 procent 1990–1991 respektive 45 procent 1990–2000. Detta innebär ca 35 fler årsarbeten, vilket motsvarar en företagsekonomisk besparing på drygt 30 miljoner kronor. Projektet uppges ha kostat drygt 6 miljoner kronor. Annorlunda uttryckt kan man säga att det har förräntat sig 5 gånger.

Vad gäller rehabilitering av sjukskrivna kommer ca 70 procent tillbaka till arbetet och antalet rehabiliteringsärenden uppges ha

sjunkit över tiden. Antalet långtids- och korttidssjukskrivningar har minskat och ligger på en låg nivå jämfört med andra företag. Långtidssjukskrivningarna under projekttiden uppges ha sjunkit från i medeltal 52,3 dagar per sjukfall 1996 till 38,5 dagar 1998.

Studier har även påvisat ett starkt samband mellan å ena sidan ledarskap och arbetsklimat och å andra sidan grad av långtidsfriskhet. Där dialogen mellan chef och medarbetare är som bäst är 45 procent långtidsfriska och där denna brister är endast 15 procent långtidsfriska. Det tycks också som om det finns ett mervärde i att ha många långtidsfriska i en arbetsgrupp, eftersom kreativitet och utvecklingsvilja ökar.

5 Behov av förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare

I föregående avsnitt redogjordes för nuvarande ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron samt hur dessa påverkas av regler som rör sjukförsäkringen. Nedan presenteras arbetsgruppens slutsatser vad gäller behov av ett förändrat kostnadsansvar. Dessutom lämnas ett förslag till strategi för en reform i två steg i syfte att stärka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter att minska sjukfrånvaron.

5.1 Riktlinjer för ett förändrat kostnadsansvar

Arbetsgruppens förslag: Ett förändrat kostnadsansvar skall införas inom hela arbetsmarknaden som innebär att arbetsgivare får starkare ekonomiska drivkrafter att minska sjukfrånvaron. Riktlinjen skall vara att kostnaderna tydliggörs och blir påverkbara för den enskilde arbetsgivaren. Förändringarna skall möjliggöra ett fortsatt inslag av solidarisk finansiering och riskspridning och vara inriktade mot den långvariga sjukfrånvaron.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Den analys som arbetsgruppen genomfört visar att dagens ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron inte är tillräckliga. För sjukfrånvaro som pågått under en längre tid har de ekonomiska drivkrafterna ofta upphört helt eller innebär att återgång till arbete motverkas. Detta bidrar till att öka långtidssjukskrivningarna och därmed samhällets kostnader.

Arbetsgruppen menar att det krävs kraftfulla åtgärder inom området som bidrar till att förhindra mänskligt lidande och bryta kostnadsutvecklingen. För att detta skall vara möjligt krävs det förändringar av arbetsgivarnas kostnadsansvar. Särskilt gäller detta för långvarig sjukfrånvaro. Det är motiverat att se över hur nuvarande regler som rör sjukförsäkringen kan förändras för att på ett bättre sätt än vad som gäller för närvarande stärka de ekonomiska drivkrafterna.

En central utgångspunkt för ett sådant arbete är att arbetsgivarna i ökad utsträckning får möjlighet att minska sina kostnader i samband med anställdas sjukfrånvaro genom aktiva insatser i förebyggande eller rehabiliterande syfte. Vad gäller det senare krävs vidare att arbetsgivarna i ökad utsträckning måste finna det lönsamt att medarbetare kommer tillbaka i arbete efter en sjukskrivning och detta även om arbetsförmågan är nedsatt.

Arbetsgruppen anser att samhällets kostnader vid framför allt långvarig sjukfrånvaro bör synliggöras och göras påverkbara för den enskilde arbetsgivaren.

Följande riktlinjer bör enligt arbetsgruppen utgöra utgångspunkter för ett förändrat kostnadsansvar:

1. Förändringarna bör leda till ett ökat rörligt kostnadsansvar så att kostnaderna för arbetsgivaren påverkas direkt vid en förändring av sjukfrånvaron bland de anställda.
2. Förändringarna bör möjliggöra fortsatt riskspridning och solidarisk finansiering eftersom all sjukfrånvaro inte går att koppla till den aktuella arbetsplatsen.
3. Förändringarna bör inriktas mot den långvariga sjukfrånvaron eftersom det är denna som utgör det stora problemet både för individerna och för samhället och det är vid denna frånvaro som det saknas en tydlig avspiegling av samhällets kostnader.

Eftersom sjukfrånvaron är ett generellt problem och finns inom alla samhällssektorer bör förändringarna i kostnadsansvar i princip omfatta hela arbetsmarknaden.

Förutsättningarna att kunna bära ett ökat rörligt kostnadsansvar skiljer sig emellertid åt, främst beroende på hur stora de berörda verksamheterna är. Inom en större organisation finns det helt andra möjligheter att hantera den risk som ett ökat rörligt kostnadsansvar innebär än i en liten organisation.

Det är arbetsgruppens uppfattning att ett förändrat kostnadsansvar för hela arbetsmarknaden måste utformas med beaktande av de risker för verksamheten som ett ökat rörligt kostnadsansvar innebär för mindre privata företag. Det är också viktigt att det system som införs inte leder till stora tröskeleffekter som försvårar tillväxt och nyrekrytering. Detta är frågor som diskuteras översiktligt i avsnitt 9 och som kräver ytterligare analys och konkreta lösningar innan förslag om förändrat kostnadsansvar som även gäller för privata arbetsgivare kan läggas fram. Detta har inte varit möjligt inom ramen för den tid som stått till arbetsgruppens förfogande. Förslag till fortsatt beredning av frågan lämnas därför i avsnitt 9.

I avvaktan på resultatet från en sådan fördjupad analys om hur starkare ekonomiska drivkrafter kan införas för privata arbetsgivare, anser arbetsgruppen att en större reform bör inledas med ett förändrat kostnadsansvar inom offentlig sektor. Motiven för detta utvecklas närmare nedan.

5.2 Ett förändrat kostnadsansvar för offentliga arbetsgivare

Arbetsgruppens förslag: I ett inledningsskede skall endast offentliga arbetsgivare omfattas av ett förändrat kostnadsansvar.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Ett viktigt skäl för att inleda arbetet med att införa ett förändrat kostnadsansvar för offentliga arbetsgivare är att det är inom den offentliga sektorn som problemen med sjukfrånvaron är som störst. Det gäller framför

allt primärkommunerna, men även i viss mån statliga myndigheter och landsting såvitt avser längre sjukskrivningar. Vidare tycks det vara så att ju längre sjukskrivningen varar desto mer överrepresenterad är den offentliga sektorn.

Den s.k. HpH-utredningen betonade i sitt slutbetänkande Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) att den offentliga sektorn i huvudsak styrs genom kostnadsbudgetering. Den offentliga sektorn drabbas därför inte på samma sätt som den privata av intäktsbortfall när produktion uteblir. Nuvarande system innebär att längre sjukfall efter sjuklöneperioden i den offentliga sektorn kan komma att främst uppfattas som en kostnadsbesparing. Från dessa utgångspunkter ter det sig särskilt angeläget att tydligare än i dag synliggöra kostnaderna för sjukfrånvaron inom just den offentliga sektorn.

Ytterligare skäl för att inleda förändringsarbetet inom offentlig sektor är enligt arbetsgruppen att det finns stora skillnader mellan kommunerna när det gäller sjukfrånvaro. Detta tyder på att det finns möjligheter att begränsa sjukfrånvaron som inte utnyttjas fullt ut. Med starkare ekonomiska drivkrafter blir det mer angeläget att sådana möjligheter utnyttjas.

Det är vidare av stor betydelse för den offentliga sektorn att genom god arbetsmiljö och låg sjukfrånvaro kunna konkurrera om arbetskraft i en framtid då detta kommer att bli svårare.

Arbetsgruppen har även bedömt riskerna för s.k. selektering på arbetsmarknaden som mindre inom den offentliga sektorn (se avsnitt 9). Detta beror främst på att offentliga arbetsgivare som regel är stora och att kostnaderna vid en längre sjukskrivning därigenom blir lättare att bära. Inom små offentliga organisationer kan dock selektering visa sig bli ett problem. Selektionsriskerna, liksom eventuella åtgärder i syfte att motverka selektion, bör analyseras vidare inom ramen för det fortsatta utredningsarbetet (se vidare avsnitt 9).

Slutligen torde det vara förhållandevis enkelt från administrativa utgångspunkter att införa ett förändrat kostnadsansvar inom den offentliga sektorn, främst beroende på det relativt begränsade antalet arbetsgivare som berörs. Samtidigt

innebär förekomsten av hög sjukfrånvaro, särskilt långvarig sådan, att en reform kan bli tämligen kraftfull och träffsäker.

En nackdel med ett förändrat kostnadsansvar inom enbart offentlig sektor är att det innebär ett avsteg från principen om kostnadsneutralitet mellan offentliga och privata arbetsgivare med likartad verksamhet. Ett resultat av detta är att det kan bli intressant för offentliga arbetsgivare att lägga ut verksamheter på entreprenad, vilket leder till en överströmning av verksamhet från offentlig till privat sektor. Av betydelse i sammanhanget är om de sociala avgifterna som ett resultat av det förändrade kostnadsansvaret är lägre för offentliga arbetsgivare. Om bolag som är helägda av kommun eller landsting undantas vid införande av ett förändrat kostnadsansvar för offentliga arbetsgivare kan en drivkraft att bolagisera verksamhet uppstå.

Olika system när det gäller kostnadsansvaret kan även medföra hinder för rörligheten på arbetsmarknaden. Om samma system tillämpas på hela arbetsmarknaden undviker man att skapa nya hinder för framtida rekryteringar av kompetent personal och rörligheten på arbetsmarknaden underlättas. Vidare kan man ha invändningar från arbetsgivarpolitiska utgångspunkter mot att särbehandla offentliga arbetsgivare. Utvecklingen under senare år har varit att likställa privata och offentliga arbetsgivare i dessa avseenden. Huvudprincipen för reglering av det statliga arbetsgivarområdet är att statliga arbetsgivare följer samma regler som övriga arbetsgivare. En ytterligare nackdel med ett förändrat kostnadsansvar för offentliga arbetsgivare är att kostnadsansvaret i slutändan kan hamna på skattebetalarkollektivet.

En förutsättning för förslag om starkare ekonomiska drivkrafter inom stora organisationer och arbetsplatser, inom såväl den privata som den offentliga sektorn, är att drivkrafterna förs ut i organisationen till en nivå som har förutsättningar att genomföra åtgärder och genom anpassning således medverka till en lägre sjukfrånvaro. Detta kräver att det finns (eller utvecklas) väl fungerande ekonomiska styrsystem. Ett alltför decentraliserat ansvar kan leda till att anpassning försvåras, eftersom det saknas

förutsättningar att på denna nivå hantera de problem som föreligger. Å andra sidan är det på den enskilda arbetsplatsen som problemen finns och lösningarna måste sökas. Offentliga arbetsgivare skiljer sig åt beträffande bl.a. storlek och ekonomisk styrning. Hur arbetsgivarna agerar i detta avseende, och hur de ekonomiska styrsystemen utvecklas mot bakgrund av bl.a. ett förändrat kostnadsansvar i samband med anställdas sjukfrånvaro, bör följas upp.

Arbetsgruppen menar att enhetliga generella ekonomiska drivkrafter i princip bör införas för hela arbetsmarknaden. Det återstår dock ett flertal frågor som behöver utredas närmare innan ett ansvar kan införas även för privata arbetsgivare. Det angelägna i att skyndsamt komma igång med åtgärder som kan minska sjukfrånvaron inom den sektor där problemen är som störst talar för att inleda en reform med att ge offentliga arbetsgivare starkare ekonomiska drivkrafter.

De problem som lyfts fram ovan till följd av olika kostnadsansvar för olika delar av arbetsmarknaden bör enligt arbetsgruppens mening inte behöva bli alltför stora eftersom det är fråga om en övergångslösning i avvaktan på en större reform som gäller hela arbetsmarknaden. Därmed har man t.ex. inte att räkna med en ökad bolagisering till följd av våra förslag.

I avsnitt 6.5.3 och 7.2 återkommer vi till de närmare förslagen vad gäller en inledande reform för den offentliga sektorn.

Särskilda kostnadsproblem kan uppstå inom vissa delar av den offentliga sektorn under en inledande övergångsperiod. Vi återkommer till dessa frågor i avsnitt 8:3.

6 Utformningen av ett ändrat kostnadsansvar för arbetsgivare

I budgetpropositionen för 2002 angavs ett antal möjliga ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare vilka krävde ytterligare analys (se avsnitt 2.1). I detta avsnitt lämnas en översiktlig redogörelse för vad dessa innebär, vilka förutsättningar som gäller för de olika alternativen samt något om hur dessa frågor har behandlats i andra sammanhang.

Syftet med genomgången är att redogöra för de olika möjligheter som arbetsgruppen övervägt och presentera de motiv som ligger bakom den modell som i avsnitt 6.5 föreslås som utgångspunkt för det förslag för offentlig sektor som lämnas.

I kapitlet redovisas följande tre huvudalternativ, förlängning av sjuklöneperioden, medfinansiering och differentiering, av arbetsgivaravgifterna. De olika alternativen skiljer sig åt i väsentliga avseenden men de kan också helt eller delvis kombineras med varandra, antingen direkt eller genomföras i olika tidsperspektiv.

6.1 Förlängning av sjuklöneperioden

En möjlig väg att förstärka de ekonomiska incitamenten är att förlänga sjuklöneperioden. Kostnaderna för den enskilde arbetsgivaren kommer vid en förlängd sjuklöneperiod att variera med den omfattning som sjukfrånvaron har. En förlängd sjuklöneperiod kan därigenom förväntas leda till effektivare och snabbare insatser, vilket kan ge utslag i lägre sjukfrånvaro och därmed

lägre kostnader såväl för arbetsgivaren som för samhället och de enskilda.

6.1.1 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen)

Den s.k. HpH-utredningen föreslog i sitt slutbetänkande Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) att den generella sjuklöneperioden skall förlängas till sextio dagar och att sjuklönen fr.o.m. den femtonde dagen i en sjukperiod skall vara 90 procent av anställningsförmånerna till den del de är sjukpenninggrundande. Vidare föreslogs att de sammanlagda arbetsgivaravgifterna skall sänkas i motsvarande mån som arbetsgivarnas kostnader ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden. Förslaget skulle inte innebära någon kostnadsökning för arbetsgivarkollektivet och skulle ur statsfinansiell synpunkt vara neutralt.

Den förlängda sjuklöneperioden skulle med en generell kostnadsneutral omläggning av finansieringsansvaret innebära en omfördelning av kostnaderna till förmån för de arbetsgivare som har låg sjukfrånvaro och på det sättet utgöra en ekonomisk drivkraft att minska sjukfrånvaron. Förslaget motiverades även utifrån andra syften, bl. a. att avlasta försäkringskassorna hanteringen av det växande antalet utbetalningar av ersättning till de försäkrade. Cirka 70 procent av alla sjukfall avslutas inom den föreslagna förlängningsperioden. Utredningsförslaget förutsatte att högkostnadsskydd införs för små företag. Motivet för detta var att de mindre företagen har begränsade möjligheter att hantera den risk som sjuklöneansvaret innebär. Utredningen föreslog därför ett högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader för arbetsgivare som har en årlig lönekostnad som högst uppgår till 160 prisbasbelopp (motsvarar cirka 30 anställda).

Slutbetänkandet har remissbehandlats och förslaget har avstyrkts av flertalet remissinstanser. Ett flertal remissinstanser framförde invändningar bl.a. med motiveringen att den föreslagna förlängningen endast innebär ökade kostnader för

arbetsgivare utan att ge tillräckliga incitament till förebyggande arbete. Risken finns således att förslaget främst leder till en omläggning av finansieringsansvaret inom arbetsgivarkollektivet utan att tillräckliga drivkrafter skapas, dvs. att arbetsgivare med stor andel kortvarig frånvaro gynnas på bekostnad av arbetsgivare med stor andel medellång frånvaro.

En förlängning av sjuklöneperioden till t.ex. 30 eller 60 dagar skulle dock tjäna det syftet att sjukfrånvaros kostnader i allmänhet uppmärksammas mer på verksamhetsnivå, vilket i sig kan göra att många redan i dag lönsamma åtgärder identifieras. Detta beror på att det ofta finns så många andra kostnader till följd av sjukfrånvaro än sjuklön som kan begränsas om tidiga och effektiva insatser sätts in. I den bemärkelsen skulle förslaget kunna tjäna som "väckarklocka" och på så sätt främja ett gott syfte.

Om syftet är att i första hand förstärka intresset för åtgärder och insatser inom arbetsmiljö och rehabilitering som effektivt kan begränsa de långa sjukskrivningsperioderna är det dock enligt vår mening tveksamt om en sjuklöneperiod som är begränsad till t.ex. 30 eller 60 dagar är tillräcklig. Visserligen skulle en del av de längre sjukfallen sannolikt komma att begränsas till följdinsatser som sker under sjuklöneperioden, men risken är uppenbar att arbetsgivarna inte hinner eller vill initiera de insatser som krävs. Särskilt gäller detta rehabilitering av personer som varit sjukskrivna en längre tid. Mot bakgrund av utvecklingen på området är det därför enligt arbetsgruppen nödvändigt att överväga en längre sjuklöneperiod än 60 dagar.

Arbetsgruppen anser sammanfattningsvis att en förlängning av sjuklöneperioden till 30 eller 60 dagar utgör en alltför begränsad ekonomisk drivkraft för arbetsgivare att vidta åtgärder mot långtidssjukskrivningen. För närvarande finns det redan ca en kvarts miljon människor som har varit sjukskrivna mer än 60 dagar. För dessa är det, som framgått av avsnitt 4.2, sällan lönsamt för arbetsgivarna att satsa på rehabilitering såvida inte man har svårt att finna en lämplig ersättare.

6.1.2 Förlängning av sjuklöneperioden till 365 dagar

Den s.k. Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt betänkande Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121) att en sjuklöneperiod omfattande 14 dagar i sig inte utgör något kraftfullt incitament för arbetsgivare att vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Skall sjuklöneperioden fungera som incitament måste den enligt utredningen göras betydligt längre. Frågan är då vad som skall räknas som betydligt längre i detta sammanhang.

En viktig faktor att ta hänsyn till i diskussionen om förlängd sjuklöneperiod (eller annat rörligt ansvar) är att arbetsgivarens krav på produktivitet hos den som varit sjukskriven och kommer tillbaka till arbete sjunker kraftigt om arbetsgivaren har att beakta en "alternativkostnad" i form av en längre period med kostnadsansvar för sjuklön. Detta framgår av följande exempel.

För en arbetsgivare finns en merkostnad om en person som är sjukskriven kommer tillbaka till arbetet i stället för att vara fortsatt sjukskriven som uppgår till skillnaden mellan personens lön och arbetsgivarens sjuklöneansvar vid fortsatt sjukskrivning. För en person som är sjukskriven och tjänar 18 000 kronor per månad utgör denna merkostnad ca 120 kronor per dag. Om man då antar att individen normalt producerar för ca 300 kronor per timme, dvs. 2 400 kronor per dag, innebär detta att en sjukskriven som kommer tillbaka och har en arbetsförmåga som uppgår till 5 procent eller mer av sin normala arbetsförmåga skapar ett mervärde för sin arbetsgivare. Detta innebär således att det finns starka incitament att försöka få tillbaka en sjukskriven i produktionen även om arbetsprestationerna är långt ifrån fullgoda. Detta kan dock vara förenat med vissa kostnader för arbetsgivaren. Om målet är att förhindra långtids-sjukskrivningar och få tillbaka personer som redan är sjukskrivna i arbete är det därför viktigt att arbetsgivaren har att beakta ett ekonomiskt ansvar under en längre tid. Först då blir det intressant för arbetsgivaren att göra insatser för att fler skall kunna vara kvar på eller återgå till arbetsplatsen.

En ettårig generell sjuklöneperiod aktualiserar ett antal frågor som rör sjukförsäkringssystemet och hur processen kring sjukskrivning i stort går till. Vidare påverkas givetvis försäkringskassans roll och uppgift. Arbetsgruppen har inom ramen för sitt uppdrag övervägt en förlängning av sjuklöneperioden till ett år.

Fördelarna med en förlängd sjuklöneperiod är bl.a. att det innebär en stark ekonomisk drivkraft för arbetsgivarna eftersom kostnaderna i samband med anställdas sjukfrånvaro blir påverkbara. Vidare finns det administrativa fördelar för försäkringskassorna eftersom det är arbetsgivaren som betalar ut ersättning till den enskilde under sjuklöneperioden.

Å andra sidan skulle det betydande rörliga kostnadsansvaret medföra stora problem för mindre företag som kräver någon form av särlösning. Det innebär också att arbetsgivarna ges förhållandevis starka drivkrafter att försöka undandra sig ansvar genom att t.ex. försvara för personer som man uppfattar löper en ökad risk för långtidssjukskrivning att få anställning. Vidare skulle en förlängning av sjuklöneperioden till ett år innebära stora förändringar vad gäller karaktären hos den allmänna sjukförsäkringen. Denna skulle ju i fortsättningen endast omfatta personer utan arbetsgivare och personer med längre sjukskrivning än ett år.

Detta är faktorer som gör det svårt att införa en så lång sjuklöneperiod som ett år. Eftersom det är betydelsefullt att de ekonomiska drivkrafterna ges möjlighet att verka under en längre tid om långtidssjukskrivningarna skall kunna motverkas har arbetsgruppen sökt alternativa utformningar av kostnadsansvaret.

6.2 Medfinansiering

Ett sätt att förtydliga arbetsgivarens finansieringsansvar är att ställa krav på medfinansieringsansvar i form av visst sjuklöneansvar eller på något annat sätt som hänger samman med hur sjukförsäkringen belastas till följd av sjukfrånvaron hos en

viss arbetsgivare. Medfinansiering innebär att staten och arbetsgivarna delar på de rörliga kostnaderna för ersättningen till de sjukskrivna. Medfinansiering kan således användas för att förlänga den period under vilken arbetsgivaren skall svara för viss del av försörjningen till den sjukskrivne, samtidigt som arbetsgivarens kostnadsansvar under den perioden begränsas. Möjligheten att förlänga kostnadsansvaret över en längre period är särskilt angelägen på grund av behovet att synliggöra de sjukfrånvarokostnader som förorsakas av långtidssjukskrivningarna. Att många sjukfall inte orsakas av arbetsförhållanden är också något som motiverar ett delat ansvar.

Medfinansiering förutsätter att det går att hitta fungerande administrativa rutiner för betalningsförfarandet från arbetsgivarens respektive statens sida. En möjlighet är att låta försäkringskassorna utkräva arbetsgivarens del av medfinansieringsansvaret under sjukpenningperioden. Ett annat alternativ som har diskuterats är att låta arbetsgivaren fortsätta att svara för utbetalning av viss sjuklön även under perioder där den enskilde samtidigt får ersättning i form av sjukpenningen från försäkringskassan.

I Sjukförsäkringsutredningens första betänkande Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72) framhöll utredningen som sin avsikt att i sitt slutbetänkande närmare studera möjligheten att förutom en förlängning av sjuklöneperioden till 60 dagar också för sjukskrivningstider mellan 60 och 360 dagar införa en självrisk för arbetsgivare. Den skulle kunna utformas så att arbetsgivare också för denna tid betalar en sjuklön på 10 – 40 procent.

I sitt slutbetänkande Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121) anges att utredningen kan se stora fördelar med en modell där arbetsgivaren åläggs ett ansvar för en längre tidsperiod. Vid utvärderingen av de olika modellerna kunde utredningen dock inte bortse från de administrativa och andra problem som modeller med delat ansvar för ersättning och/eller utbetalning av ersättning skulle innebära. Mot bakgrund av detta fann utredningen att nuvarande metod, där

arbetsgivaren svarar för sjuklönen under en viss angiven sjuklöneperiod, var den för närvarande mest lämpade.

Arbetsgruppen återkommer med förslag om medfinansiering och motiven för detta i avsnitt 6.5.

6.3 Direkt differentiering av arbetsgivaravgifterna

Förslag om olika former av differentiering av arbetsgivaravgifterna för att motverka ohälsa i arbetslivet har tidigare diskuterats bland annat av Arbetsmiljökommissionen 1990, och inom ramen för en arbetsgrupp inom Näringsdepartementet som redovisade sin slutrapport i maj 2001. Alternativen ger incitament för åtgärder mot ohälsa och innebär inte några större förändringar i de bakomliggande principerna för sjukförsäkringen. I detta avsnitt redovisas dessa alternativ vilka omfattar hela arbetsmarknaden.

Kommissionen konstaterade att nuvarande generella avgifter har två väsentliga svagheter. För det första fungerar inte avgifterna som ekonomiskt incitament för bättre arbetsmiljö och effektiv rehabilitering. För det andra innebär detta att arbetsgivare som har anställda med låg sjukfrånvaro subventionerar arbetsgivare med hög sjukfrånvaro.

Ett alternativ vore att låta avgifterna variera med den ohälsa i form av sjukfrånvaro som verksamheten ger upphov till och de kostnader som samhället förorsakas till följd av detta. Man har även diskuterat att differentiera avgiften beroende på bransch eller sektor. Detta försvåras dock av det faktum att sjukfrånvaron tycks variera kraftigt inom alla sektorer och att en differentiering således skulle kunna upplevas som orättvis och godtycklig.

Arbetsmiljökommissionen föreslog att delar av de nuvarande arbetsgivaravgifterna skulle föras samman till en arbetslivsavgift. Avgiften som föreslogs vara differentierad skulle i princip täcka kostnaderna för brister i arbetsmiljön. Kommissionen föreslog att varje försäkringskassa skulle bestämma den föreslagna arbetslivsavgiften utifrån kassaområdets totala kostnader för bl.a.

sjukfrånvaro och arbetsskador. Även avgiftsreduceringar skulle kunna göras för arbetsgivare som tog särskilda initiativ för att förbättra arbetsmiljö. Kommissionens förslag var av skissartad karaktär och de administrativa frågorna skulle vid ett införande kräva ingående utredning för att avgifter som uppfattas som rättvisa skulle kunna bestämmas. Något förslag om differentiering lades aldrig fram av regeringen.

Differentiering av sjukförsäkringsavgiften skulle kunna aktualiseras för den period som ligger efter sjuklöneperioden. På detta sätt skulle differentiering av avgifterna, på samma sätt som medfinansiering, kunna användas för att förlänga den period under vilken arbetsgivaren kan påverka kostnaderna och därmed sjukfrånvaron. En förutsättning för ett system med direkt differentiering av sjukförsäkringsavgifterna utifrån vilken sjukfrånvaro som finns, är dock att sjukfrånvaron redovisas på verksamhetsnivå och att detta sker på ett enhetligt och kontrollerbart sätt.

Arbetsgruppen har övervägt ett utkast till modell i två delar. Den första delen av modellen avser att ge incitament över tiden för en enskild arbetsgivare till att förbättra, eller åtminstone inte försämra, sin relativa position vad gäller sjukfrånvaro och kan på så sätt ses som en form av "benchmarking" med belöning/bestrafning i form av avgiftsrabatt respektive extraavgift. Differentiering av avgifterna införs på basis av information på verksamhetsnivå om sjukfrånvaron året innan. Arbetsplatserna/arbetsgivarna delas in i kvartiler efter genomsnittligt antal utnyttjade sjukpenningdagar per anställd. Denna indelning ligger sedan till grund för vilken avgift som skall betalas och gäller fram till nästa ändringstillfälle, dvs. inga korrigeringar görs av avgiftsuttaget i efterhand. Arbetsplatser med relativt låg sjukfrånvaro betalar en lägre avgift än arbetsplatser med relativt hög frånvaro.

Den andra delen av modellen syftar till att ge incitament för att förbättra situationen vad gäller långtidssjukskrivna inom en verksamhet jämfört med det egna utgångsläget året innan vad gäller långtidssjukskrivna. Detta skall motverka tendenser att

arbetsgivare med sämst relativ position "ger upp" sina ansträngningar och väljer att passivt betala en högre avgift. Här finns antagligen många verksamheter inom den offentliga sektorn. För att skapa incitament till snabba förbättringar när det gäller långtidssjukskrivning kan därför även en "avgiftsrabatt" införas. Rabatten ges för en minskning av sjukfrånvaron på den enskilda verksamhetens nivå när det gäller långtidssjukskrivna jämfört med föregående år och utgår även då förändringen sker från en genomsnittligt hög nivå. Detta kräver bl. a. att det på verksamhetsnivå även redovisas andel av de anställda som varit sjukskrivna mer än t. ex. 60 dagar.

Det har dock visat sig att en direkt differentiering av sjukförsäkringsavgifterna som varierar med hänsyn till hur sjukfrånvaron varierar kan vara svår att införa bl.a. därför att det saknas uppgifter om sjukfrånvaron på verksamhetsnivå som kan utgöra grund för en differentiering. Förenklingar av systemet av administrativa och andra skäl kan vidare leda till att effekterna uppfattas som orättvisa och godtyckliga.

6.4 Indirekt differentiering av arbetsgivaravgifterna

Ett annat sätt att differentiera avgifterna skulle kunna vara att i stället låta avgifterna variera med någon viss åtgärd utöver de som ändå måste göras och som arbetsgivaren väljer att vidta, s.k. indirekt differentiering. Arbetsgruppen har analyserat möjligheten att införa någon form av nedsättning av avgifterna för arbetsgivare som kan visa att de genomfört en på förhand definierad åtgärd för att förbättra arbetsmiljön. Detta förväntas i sin tur medverka till en lägre sjukfrånvaro. Exempel på sådana åtgärder skulle kunna vara arbetsmiljöcertifiering och arbete med styrsystemrelaterade hälsobokslut. Problemet blir här att välja ut en åtgärd som verkligen medför en lägre sjukfrånvaro i förlängningen. Ju mer specifikt detta görs desto lägre är sannolikheten för träffsäkerhet generellt, eftersom förutsättningar och problembild skiljer sig åt mellan olika verksamheter.

Problemen kan dock lösas och sådana alternativ har också diskuterats av en arbetsgrupp inom Näringsdepartementet och arbetsgruppens övervägande finns redovisade i Ds 2000:54 och Ds 2001:28. Arbetsgruppen konstaterade att flera länder bl.a. Frankrike, Tyskland och Finland utvecklat olika system som ger arbetsgivare som har låga ohälsotal m.m. vissa ekonomiska fördelar.

Ett exempel på indirekt differentierade avgifter infördes i Danmark i oktober 2001. Systemet ingick i ett särskilt incitamentspaket på arbetsmiljöområdet och infördes under stark politisk oenighet. Den nya danska regeringen aviserade i sin regeringsförklaring att den avsåg att finna ett, enligt deras uppfattning, mer ändamålsenligt sätt att främja en god arbetsmiljö. Detta skulle ske i samarbete med arbetsmarknadens parter.

Utvärdering av det tillfälliga danska systemet är svårt då det endast var i drift till och med 2002. Bakgrunden till att systemet avvecklats är bl.a. den kritik som har framförts från arbetsgivarhåll om att systemet är tungrovt och komplicerat. Systemet innebar att en verksamhet som hade fått ett arbetsmiljöcertifikat kunde ansöka om ett bidrag som till fullo skulle kompensera de belopp som verksamheten hade betalat i s.k. arbetsmiljöavgift på cirka 200 danska kronor per år och heltidsanställd. Statsstöd skulle dessutom ges i form av ett bidrag som helt eller delvis skulle täcka utgifterna för att få certifikatet. Detta engångsbidrag uppgick till maximalt 4 500 danska kronor. Arbetsmiljöcertifikatet ställdes ut av privata, av staten, godkända organ som kontrollerade verksamhetens materiella arbetsmiljö och de åtgärder som företaget hade genomfört. Det ingick även att kontrollera att arbetsmiljöarbetet var integrerat i ledningsfunktionen hos verksamheten.

En arbetsgivare kunde ansöka om arbetsmiljöcertifikat utifrån två olika modeller:

1. Akkrediteret inspektion. Riktade sig till små och medelstora företag, som inte hade någon formaliserad ledningsfunktion. Certifieringsorganet kontrollerade verksam-

hetens materiella arbetsmiljö och de åtgärder som företaget hade genomfört.

2. Akkrediteret certifiering. Certifieringsorganet kontrollerade att arbetsmiljöarbetet var integrerat i ledningsfunktionen och att det fanns en kontinuitet i systemet så att arbetsmiljön ständigt förbättrades. Verksamheten kontrollerades en gång per år.

De materiella kraven var desamma för båda modellerna. Verksamhet som hade fått ett arbetsmiljöcertifikat mottog ett bidrag som motsvarade arbetsmiljöavgiften efter att ha skickat in en ansökan. Ansökan skedde varje år, men bidraget godkändes för tre år i taget. Det danska systemet godkänns mot bakgrund av Europeiska Gemenskapens regler om statligt stöd.

Även andra incitament för att framhålla det s.k. humankapitalets betydelse har diskuterats i Arbetsmiljökommissionen och senare. Frågan om personalekonomisk redovisning har aktualiserats i Rehabiliteringsutredningens slutbetänkande (SOU 2000:78).

Möjligheterna till en arbetsmiljöcertifiering i Sverige är föremål för en särskild utredning på Arbetsmiljöverket som redovisas under våren 2003. I uppdraget har särskilt ingått att med förtur studera frågan om att koppla ett certifieringssystem till någon form av ekonomiskt styrmedel. En delrapport om detta lämnades till regeringen i juni 2002. Enligt rapporten Uppdrag att utreda utveckling och användning av arbetsmiljöcertifiering ligger de befintliga certifieringsorganens kompetens nästan uteslutande på teknikområdet. För att certifiering skall bidra till minskad ohälsa fordras att tyngdpunkten vid verifiering förskjuts mot psykosociala frågor såsom arbetsorganisation, stress och överbelastning.

Ett annat alternativ som skulle kunna prövas vore att införa någon form av nedsättning av sociala avgifter eller införande av bidrag för verksamheter som arbetar med styrsystemrelaterade hälsobokslut.

En modell som kombinerar flera olika alternativ skulle kunna konstrueras enligt följande. Modellen har det danska systemet

som förebild och förutsätter ett utvecklat svenskt system för arbetsmiljöcertifiering. Viktiga delar i certifieringskravet skall då vara det förebyggande arbetsmiljöarbetet och s.k. rymliga arbetsplatser. Med rymliga arbetsplatser avses sådana som kan ta emot arbetshandikappade och andra med utsatt ställning på arbetsmarknaden.

Modellen förutsätter att det införs en arbetsmiljöavgift och att arbetsgivarna kompenseras genom en motsvarande nedjustering av den allmänna löneavgiften. Arbetsmiljöavgiften bör sedan reduceras vid erhållet certifikat. I denna modell kan det antingen vara Arbetsmiljöverket som direkt utfärdar certifikat eller godkänner de organ som skall utfärda certifikaten.

Vilka exakta krav som skall gälla för att erhålla certifikat måste utredas. I och med att arbetsmiljöproblemen numera allt oftare är relaterad till arbetsorganisationen, stress och överbelastning bör certifieringen inriktas på de system för systematiskt arbetsmiljöarbete som olika verksamheter har. Några utgångspunkter bör således vara krav på godkänt systematiskt arbetsmiljöarbete (enligt AFS 2001:1) och s.k. rymlig arbetsplats. Ett annat tänkbart kriterium skulle kunna vara tillgång till kvalitetssäkrad företagshälsovård. Denna sistnämnda fråga är föremål för behandling inom Regeringskansliet. I årsredovisning och i årsbokslut bör det även framgå om arbetsplatsen är certifierad. I årsredovisningar från företag och kommunal förvaltning skall det från den 1 juli 2003 finnas en redovisning av sjuktal, uppdelad på kön och vissa åldersgrupper. Dessa bestämmelser skulle kunna kompletteras med krav på uppgift i årsredovisningen om arbetsplatsen är certifierad eller ej.

Avgiftsnedsättning skulle också kunna övervägas för en kombination av certifiering och påvisad lägre sjukfrånvaro, t.ex. inom en specifik bransch.

Vidare kan avgifter för de arbetsgivare som ej inkommer med rehabiliteringsunderlag och anpassningsåtgärder inom den föreskrivna tiden om 60 dagar införas. Underlaget bör i så fall vara framtaget tillsammans med företagshälsovård och godkännas av försäkringskassan.

En annan modell finns även i förslaget till program från ordföranden för de s.k. trepartssamtalen. I dennes slutrapport finns förslag om ett system där medfinansiering kompletteras med ett system med en s.k. kontrollstation som påverkar arbetsgivarens kostnader från en viss dag. Arbetsgivare som gjort ett fullständigt rehabiliteringsunderlag betalar från den dagen inget extra utöver den allmänna sjukförsäkringsavgiften. Arbetsgivare som inte lämnat in ett rehabiliteringsunderlag från denna dag skall finansiera 50 procent av sjukpenningen. Avgiften betalas tills ett underlag inkommit eller sjukpenningen upphör. Detta förslag är ute på remiss till utgången av januari 2003 bland arbetsmarknadens parter och har inte behandlats av arbetsgruppen.

En förutsättning för såväl direkta som indirekta styrmedel är att de utformas så att de uppfyller EU:s krav vad gäller statsstöd. Detta mot bakgrund av att de innebär nedsättning av arbetsgivaravgift eller stöd endast till vissa arbetsgivare.

6.4.1 Avgiftsväxling – kontomodell

Ett system för att öka utrymmet för ekonomiska satsningar för åtgärder mot ohälsa i arbetslivet skulle kunna vara att införa en särskild arbetsmiljöavgift och i motsvarande grad sänka den allmänna löneavgiften. Genom denna växling skulle arbetsgivarnas kostnader vara oförändrade. Enligt denna s.k. kontomodell sänks arbetsgivaravgiften med t.ex. 0,5 till 1 procent och en arbetsmiljöavgift på 1 procent införs. Intäkterna från arbetsmiljöavgiften sätts in på ett konto och disponeras sedan lokalt för satsningar mot ohälsa.

För att medlen skall kunna disponeras krävs ett avtal mellan arbetsgivare och fackliga organisationer om en plan för hur medlen skall disponeras för satsningar mot ohälsa. Det kan gälla förändringar i arbetsorganisationen, köp av rehabiliteringsinsatser eller andra lokalt anpassade åtgärder. Alternativet ligger till sin konstruktion nära det system som tidigare prövats med s.k. arbetsmiljöfonder.

Fördelen med alternativet är att man genom denna metod kan frigöra och styra medel för satsningar mot ohälsa. Samtidigt kommer åtgärderna genom samverkan mellan arbetsgivare och fackföreningar att bli lokalt anpassade och därmed kan man förutsätta att verkningssgraden blir tämligen hög.

Sådana satsningar kommer indirekt att leda till minskade kostnader inte bara för arbetsgivaren utan även för staten genom minskade kostnader för sjukförsäkring och rehabilitering. En nackdel med metoden är att det initialt och möjligen under längre tid kan leda till en relativt kraftig försämring av statens budgetsaldo. En ytterligare nackdel med metoden är att den kan komma att finansiera åtgärder som skulle ha genomförts även utan detta stöd. Alternativet skulle även leda till ett direkt och påtagligt inkomstbortfall för staten, medan de positiva effekterna kommer med viss fördröjning.

6.5 Förslag till en inledande reform för den offentliga sektorn

6.5.1 Medfinansiering

<p>Arbetsgruppens förslag: Ett förändrat kostnadsansvar skall grundas på ett delat kostnadsansvar mellan staten och de offentliga arbetsgivarna.</p>

Skälen för arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen har övervägt de olika möjligheterna till ett förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare i syfte att minska främst den långvariga sjukfrånvaron som redovisats i avsnitten 6.1–6.4. Mot bakgrund av de riktlinjer som redovisades i avsnitt 5.1, anser arbetsgruppen att den modell som bör väljas bör utgå från ett medfinansieringsansvar för arbetsgivare för rörliga kostnader för ersättning till anställda som är sjukskrivna. Reformen bör som

redan framhållits inledas med att de offentliga arbetsgivarna får ett sådant ansvar redan den 1 juli 2003.

Det förslag som lämnas för offentlig sektor i avsnitt 6.5.3 är framtaget utifrån kravet att det skall kunna träda i kraft redan den 1 juli 2003. Arbetsgruppen har eftersträvat att utarbeta ett förslag som ur administrativ synpunkt är möjligt att införa till denna tidpunkt.

Medfinansiering möjliggör starkare ekonomiska drivkrafter genom ett delat ansvar mellan staten och arbetsgivarna för rörliga kostnader för ersättning till anställda som är sjukskrivna. Samtidigt sker en fortsatt riskspridning inom arbetsgivarkollektivet genom de sjukförsäkringsavgifter som tas ut för att finansiera de kostnader som fortsätter att belasta sjukförsäkringen.

All sjukfrånvaro beror självfallet inte på arbetsmiljön och sjukfrånvaro kan även uppkomma som ett resultat av förhållanden på tidigare arbetsplatser. Ett system med medfinansiering beaktar dessa förhållanden och kan därför uppfattas som mer rimligt än ett fullt kostnadsansvar. Det finns ett flertal undersökningar som tyder på att ca hälften av den längre sjukfrånvaron kan kopplas till arbetslivet (se avsnitt 3.3). Dessutom har det framgått att förhållanden på arbetsplatsen har betydelse för tillfrisknandet.

En fördel med ett delat ansvar är även att det kan utkrävas under förhållandevis lång tid. Detta är viktigt då de insatser som krävs i samband med t.ex. rehabilitering och anpassning av arbetsmiljö kan vara både tids- och kostnadskrävande.

Medfinansieringsansvar innebär i likhet med fullt sjuklöneansvar att arbetsgivarnas kostnader påverkas direkt av en förändring av sjukfrånvaron, dvs. kostnadsansvaret är rörligt. Detta skiljer medfinansieringsmodellen från modeller som innebär att förändringar i sjukfrånvaron under ett år påverkar sjukförsäkringsavgiften först året efter.

Medfinansiering som modell underlättar även att samtliga arbetsgivare på sikt omfattas av ett förändrat kostnadsansvar. Delat ansvar minskar riskerna för tröskeleffekter för mindre

företag (i jämförelse med fullt sjuklöneansvar). Medfinansiering innebär vidare att riskerna för ökad selektering på arbetsmarknaden blir mindre än om arbetsgivaren bär hela kostnadsrisken i samband med sjukfrånvaro.

Incitamenten vid medfinansiering bör slutligen jämföras med vad som uppnås vid en begränsad förlängning av sjuklöneperioden. Den incitamentförstärkning som uppstår vid en sjuklöneförlängning till t.ex. 60 dagar förstärker främst de kostnader för sjukfrånvaro som arbetsgivarna ofta ändå har relativt starka drivkrafter att beakta, främst kostnader för produktionsbortfall på kort och medellång sikt, medan samhällets kostnader på längre sikt fortfarande inte tydliggjorts.

Detta talar alltså för att den period för vilken arbetsgivarna skall ha ett tydligare ansvar snarare bör ligga senare än nuvarande sjuklöneperiod, eftersom incitamenten för att begränsa den korta eller medellånga sjukfrånvaron ändå är relativt starka på verksamhetsnivå. Detta motiverar en förändring av arbetsgivarnas kostnadsansvar, från korta till långa perioder. Detta skulle i sig också förtydliga vilket ökat ansvarstagande som är önskvärt från samhällets utgångspunkt.

Det är således en fördel om man kan förändra kostnadsansvaret så att arbetsgivarens "självrisk" snarare infaller för de långa sjukskrivningsfallen, där möjligheterna till anpassning bör vara större, än för de korta.

6.5.2 Storleken på medfinansieringsansvaret

<p>Arbetsgruppens förslag: Andelen för de offentliga arbetsgivarnas kostnadsansvar skall ligga någonstans i intervallet 15–50 procent av arbetstagarnas sjukpenning.</p>

Skälen för arbetsgruppens förslag: Frågan om vilken nivå som bör föreligga för arbetsgivarnas ansvar kan ses från olika utgångspunkter. Å ena sidan finns det skäl som talar för att arbetsgivarnas kostnadsandel i ett system med medfinansiering bör vara förhållandevis högt, å andra sidan finns det skäl som

talat för att det i stället bör vara ganska lågt. En fråga i sammanhanget är även hur lång ansvarsperiod som föreligger.

Det främsta skälet till att arbetsgivarnas andel bör vara förhållandevis hög är givetvis att den incitamentseffekt som eftersträvas därigenom blir tillräckligt stor. Åtgärder som arbetsgivaren kan komma att överväga för att hjälpa den anställde åter i arbete kan medföra kostnader för arbetsgivaren. Dessa säkra kostnader kan arbetsgivaren komma att väga mot det osäkra resultatet att den anställde åter kommer tillbaka i arbete och att arbetsgivaren därmed slipper sitt medfinansieringsansvar. Om arbetsgivarens kostnadsandel är alltför låg eller varar under alltför kort tid kan den kalkylerade vinsten av att den anställde eventuellt kommer tillbaka i arbete bli alltför låg i förhållande till åtgärds-kostnaderna. Arbetsgivaren kan i det läget välja att hellre ta kostnaden för medfinansieringen och underlåta att vidta några åtgärder. Detta gäller särskilt för de fall arbetsgivaren bedömer att det finns risk för bestående nedsatt arbetsförmåga och det inte föreligger stora rekryteringsproblem. Det finns en uppenbar risk för att en för låg kostnadsandel endast blir en ökad börda för arbetsgivare utan att de drivkrafter som eftersträvas uppstår. I så fall erhålls ingen effekt på beteende och därmed på sjukfrånvaron.

Ett argument som redan anförts (se avsnitt 6.5.1) för en andel på 50 procent är att ca hälften av den längre sjukskrivningen uppges ha en koppling till arbetsplatser.

Ett annat skäl till en högre kostnadsandel för arbetsgivarna är att införandet av ett system för medfinansiering oundvikligen medför vissa administrativa kostnader för såväl arbetsgivaren som för samhället. Det är då ur samhällsekonomisk effektivitetssynpunkt angeläget att systemet också ger tillräcklig effekt för att verkligen få ner sjukskrivningskostnaderna.

Mot dessa skäl att hålla arbetsgivarnas kostnadsandel relativt hög måste dock skäl vägas för till att andelen tvärtom bör vara förhållandevis låg.

Ett skäl för en relativt låg kostnadsandel för arbetsgivaren är att risken för s.k. selektion minskar vid anställningar jämfört

med det fall där arbetsgivarens kostnadsandel är hög. Selektion innebär att arbetsgivaren undviker att anställa personer som kan ha en förhöjd risk att så småningom bli sjukskriven. Det kan gälla personer med medicinska, sociala eller andra problem.

I ett medfinansieringssystem där arbetsgivaren skall ta ett långsiktigt kostnadsansvar ökar sannolikt risken för att en alltför hög kostnadsandel för arbetsgivaren kan leda till ökad selektion vid anställningar. Detta talar för att arbetsgivarens andel hålls relativt låg så att arbetsgivaren kan kalkylera med en begränsad risk om farhågorna om den anställda skulle besannas. Ett alternativ skulle eventuellt kunna vara någon form av undantagsregler för personer med en förhöjd sjukdomsrisk, på samma sätt som i dag ges under sjuklöneperioden för personer med vissa medicinska diagnoser genom det s.k. högriskskyddet. Detta kan speciellt komma att erfordras vid en hög kostnadsandel för arbetsgivarna. Detta är en fråga som bör bli föremål för ytterligare analys och eventuella åtgärder (se avsnitt 9.4). Frågan om riskerna för ökad selektion måste till syvende och sist vägas mot vilken nivå man tror är nödvändig för att uppnå det önskade positiva beteendet. Med en för låg andel finns ju även den risken att det positiva beteendet uteblir, men att det ändå skapar ökad selektion. Då är inte något vunnet.

Ett ytterligare skäl för en låg kostnadsandel är att detta minskar behovet av tillfällig kompensation till arbetsgivare i samband med övergången till det nya systemet. Eftersom sjukfrånvaron varierar kraftigt, inte minst inom offentlig sektor, innebär detta att vissa arbetsgivare med hög frånvaro i ett inledningsskede kan möta kraftigt ökade kostnader. Detta lär föranleda någon form av tidsbegränsat stöd.

Om kompensationen till arbetsgivarna sker i en generell form, t.ex. genom sänkta arbetsgivaravgifter baserat på lönesumman, kommer arbetsgivare med hög sjuklighet hos de anställda att få betydande merkostnader till följd av medfinansieringen medan de med låg sjuklighet kommer att göra ekonomiska vinster. Om arbetsgivarnas kostnadsandel är relativt låg blir skillnaderna absolut sett mindre och kan eventuellt vara rimliga att acceptera

utan ytterligare kompensationsystem. En hög kostnadsandel kan å andra sidan leda till att kostnadskonsekvenserna för vissa arbetsgivare blir så stora att de inte är acceptabla. Det kan i sin tur framkalla krav på ytterligare selektiv kompensation till vissa arbetsgivare, som kan bli både omständligt och dyrt för staten. Mot detta argument kan dock hävdas att de arbetsgivare som får stora merkostnader har hög sjukfrånvaro och att detta påvisar behovet av starka ekonomiska drivkrafter för att snabbt få ner sjukfrånvaron. Dessa ges av en högre procentsats.

Sammanfattningsvis finns alltså skäl som talar för både en låg och en relativt hög kostnadsandel för arbetsgivarna. Arbetsgruppen har i sitt arbete övervägt kostnadsandelar i intervallet från 15 procent till 50 procent. Men givetvis är det också möjligt att stanna vid andra kostnadsandelar inom det intervall vi övervägt.

6.5.3 Den tekniska utformningen av medfinansiering för offentlig sektor

Arbetsgruppens förslag: Staten och de offentliga arbetsgivarna skall dela på kostnaden för sjukpenningen efter sjuklöneperioden. Med offentliga arbetsgivare avses statliga och kommunala myndigheter och de allmänna försäkringskassorna. Försäkringskassorna skall även i fortsättningen betala ut all ersättning till de sjukskrivna. Riksförsäkringsverket skall sedan kräva de offentliga arbetsgivarna på deras del av sjukpenningbeloppet.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Arbetsgruppen har övervägt några olika tekniska utformningar av ett medfinansieringsansvar. Gemensamt för dessa alternativ är att de har samma effekt utifrån syftet att förstärka de ekonomiska drivkrafterna. Det första alternativet innebär att ansvaret för all utbetalning av ersättning till den sjukskrivne läggs på arbetsgivaren (sjuklön), men att arbetsgivaren delvis kompenseras för detta i efterhand av staten (återbetalningsmodell). I det andra alternativet svarar

arbetsgivarna och staten var för sig för viss ersättning till den sjukskrivne i form av sjuklön respektive sjukpenning (dubbla ersättningssystem). Det tredje alternativet innebär ett förändrat avgiftsuttag för finansiering av sjukförsäkringen, så att arbetsgivarna förutom en sjukförsäkringsavgift som relateras till total lönesumma (som i dag) även betalar en avgift som relateras till i vilken omfattning som de anställda erhåller sjukpenning. I och med detta avkrävs arbetsgivarna ett rörligt medfinansieringsansvar för sjukpenningen till de anställda så att säga indirekt genom skattesystemet (tvådelad sjukförsäkringsavgift).

Arbetsgruppens uppdrag är att ta fram förslag till förändrat kostnadsansvar för offentliga arbetsgivare som kan träda i kraft den 1 juli 2003 (se avsnitt 2.2). Detta kräver en teknisk utformning av förslaget som innebär en så liten förändring av sjukförsäkringssystemet som möjligt och som dessutom är lagtekniskt av enkel beskaffenhet. Vidare krävs att utformningen är sådan att det är möjligt för försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket att efter mycket kort förberedelse tid administrera systemet. De alternativ som presenterats ovan uppfyller inte dessa krav.

Den utformning av förslaget som arbetsgruppen anser vara genomförbar till den 1 juli 2003 innebär att försäkringskassorna fortsätter att betala ut sjukpenning till den sjukskrivne men att arbetsgivarna sedan krävs i efterhand. Detta innebär att såväl reglerna om sjukpenning som sjuklön behålls oförändrade. Den försäkrade berörs inte alls av det förändrade betalningsansvaret.

Med offentliga arbetsgivare avses, utöver statliga och kommunala myndigheter, även försäkringskassorna. Det innebär att t.ex. kommunala och statliga bolag och stiftelser inte omfattas av förslaget.

För att kunna beräkna det belopp som utgör arbetsgivarens del av den anställdes sjukpenning fordras ett stort antal uppgifter. Det gäller bl.a. uppgifter om den försäkrade, fastställd sjukpenninggrundande inkomst (SGI), sjukpenningbeloppet per dag, utbetalningsperioden och vilken eller vilka arbetsgivare den

enskilde har. I Riksförsäkringsverkets sjukförsäkringsregister kommer det att finnas de uppgifter som behövs för att fastställa det belopp som arbetsgivaren skall betala. Därför bör Riksförsäkringsverket fastställa det belopp som arbetsgivaren skall betala.

6.5.4 Medfinansieringsperiodens längd

Arbetsgruppens bedömning: Arbetsgivarens medfinansieringsansvar bör gälla under minst ett och ett halvt år av en sjukskrivning.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: Förutom storleken på arbetsgivarnas kostnadsandel har också medfinansieringsperiodens längd stor betydelse för hur höga arbetsgivarnas totala kostnader och incitament blir. Som tidigare framhållits avser en medfinansieringsreform att skapa incitament för att framför allt vidta åtgärder mot långvariga sjukskrivningar. Det är då naturligt att medfinansieringen verkar under en lång tid så att arbetsgivarens åtgärder hinner få effekt och kan ge ekonomiskt utbyte för honom.

En möjlighet är naturligtvis att inte alls sätta någon sluttid för arbetsgivarnas ansvar. Detta kommer då, om den anställda inte kan återgå i arbete, att gälla intill dess den anställda övergår till att i stället för sjukpenning uppbära sjuk- eller aktivitetsersättning (f.d. förtidspension).

Fördelen med att låta medfinansieringen fortgå ända till en övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning är att incitamentet att vidta åtgärder kvarstår så länge det finns något hopp om att den anställda skall kunna återgå till arbete. En möjlig nackdel med att inte sätta någon borte tidsgräns kan dock vara att arbetsgivarens maximala kostnad är svår att förutse och i vissa fall kan bli mycket hög. En annan tänkbar nackdel skulle kunna vara att arbetsgivaren, i den mån han kan påverka detta, skulle kunna få incitament att verka för att den anställda så fort som möjligt övergår till sjuk- eller aktivitetsersättning. Det senare gäller även

för en lång ansvarsperiod, även om den är begränsad. Sjuk- eller aktivitetsersättning kan dock enligt nuvarande regler inte initieras av arbetsgivaren och inte heller aktualiseras utan att andra möjligheter är uttömda.

Ett sätt att undvika dessa nackdelar kunde vara att sätta en borte tidsgräns för arbetsgivarnas medfinansieringsansvar. Om en sådan skall sättas, bör den enligt arbetsgruppens mening, inte vara kortare än ett och ett halvt år, men även längre tidsgränser kan övervägas. Lämplig längd för en eventuell tidsgräns kan också vara beroende av storleken på arbetsgivarens kostnadsandel. En låg kostnadsandel i kombination med en lång tid kan ge samma totala kostnader för arbetsgivaren som en hög kostnadsandel under en mer begränsad tid.

Eftersom de förslag vi lämnar är en inledande del av en större reform, bör denna fråga utredas särskilt (se avsnitt 9.4).

I avvaktan på en sådan utredning föreslås inte någon sluttid för arbetsgivares ansvar.

6.5.5 Minskat medfinansieringsansvar vid deltidarbete

Arbetsgruppens bedömning: För att stimulera till deltidssjukskrivning i stället för heltidssjukskrivning bör ett medfinansieringsansvar vid deltidssjukskrivning övervägas.

Skälen för arbetsgruppens bedömning: För långtidssjukskrivna personer kan det i många fall vara orealistiskt att, åtminstone på kort sikt, återgå i arbete på heltid. Många erfarenheter visar samtidigt att långvarig sjukskrivning på heltid gör att personer snabbt hamnar utanför arbetslivet och att chansen till återgång i arbetslivet efter en tid drastiskt minskar. Det är därför mycket angeläget att den anställde kan behålla en viss kontakt med arbetsplatsen åtminstone på en kort deltid, t.ex. 25 procent, eventuellt med särskilt anpassade arbetsuppgifter.

Ett förslag enligt ovan om medfinansiering av sjukpenning innebär i sig en stimulans för arbetsgivaren att begränsa sjukskrivningens omfattning och medverka till att en sjukskriven

kommer tillbaka på deltid. För att ytterligare stimulera till sådana lösningar har arbetsgruppen övervägt möjligheterna att som ett alternativ konstruera systemet för medfinansiering så att det ger en extra stimulans till arbetsgivarna att vidta åtgärder så att den anställda kan återgå i arbetet på deltid.

En sådan lösning kunde vara att arbetsgivarens medfinansieringsansvar upphör om den anställda återgår till arbetet på t.ex. minst 25 procent. En nackdel med en sådan lösning är dock att det därefter inte finns något kvarstående incitament för arbetsgivaren att vidta åtgärder för att den anställda så småningom skall öka sin arbetstid ytterligare. Ett sådant incitament skulle kunna erhållas om avtrappningen av arbetsgivarens kostnadsandel i stället skedde stegvis. Om arbetsgivarens kostnadsandel exempelvis är 20 procent, skulle denna till exempel kunna minska till 10 procent om den anställda återgår till arbete med minst 25 procent och till noll om den anställda deltidsarbetar minst 50 eller 75 procent. En annan effekt av förslaget är att fokus förskjuts från längre sjukskrivningar generellt, oavsett om dessa är på hel- eller deltid, till heltidssjukskrivningar. En arbetsgivare med dålig arbetsmiljö som innebär att arbetstagarna blir sjukskrivna på deltid premieras således framför arbetsgivare som drabbas av att arbetstagare under en begränsad tid måste sjukskrivas på heltid.

Sammantaget anser arbetsgruppen att nedtrappade andelar för arbetsgivarna vid deltidsarbete bör övervägas i det fortsatta utvecklingsarbetet (se avsnitt 9.4).

7 Närmare bestämmelser om offentliga arbetsgivares betalningsansvar

7.1 Nuvarande regler

I sjuklönelagen (1991:1047; SjlL) anges att en arbetstagare har rätt att vid sjukdom som sätter ner arbetsförmågan helt eller delvis behålla lön och andra anställningsförmåner (*sjuklön*) under sjukperiodens 2–14 dag. Första dagen i perioden är en s.k. karensdag då arbetstagaren inte har rätt till sjuklön. Sjuklörens storlek är 80 procent av anställningsförmånerna. Om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång, skall arbetsgivaren anmäla sjukdomsfallet till försäkringskassan inom sju kalenderdagar från denna tidpunkt. Därefter handläggs sjukfallet av försäkringskassan.

Sjukpenning utbetalas av försäkringskassan med 80 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Enligt 3 kap. 2 § första stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) är SGI den årliga inkomst i pengar som en försäkrad antas komma att tills vidare få för eget arbete här i landet, antingen såsom arbetstagare (*inkomst av anställning*) eller på annan grund, den försäkrade är t.ex. egen företagare (*inkomst av annat förvärvsarbete*). Vid beräkning av SGI bortses från sådan inkomst som överstiger 7,5 prisbasbelopp, det s.k. taket som 2003 är 289 500 kronor (3 kap. 2 §, andra stycket AFL). När en försäkrad gör ett förvärvsavbrott, t.ex. är arbetslös eller studerar, kan han eller hon under vissa villkor få behålla sin SGI eller den förklaras vilande, s.k. SGI-skyddad tid. En fastställd SGI får, om villkoren för SGI-skydd är uppfyllda, bl.a. anpassas till löneutvecklingen inom den försäkrades yrkesområde (3 § första stycket [RFFS 1998:12]).

Enligt AFL (20 kap. 9 §) skall bl.a. arbetsgivare på begäran lämna uppgifter för en namngiven person som rör förhållanden som har betydelse för Riksförsäkringsverkets eller försäkringskassans tillämpningen av lagen.

7.2 Överväganden och förslag

7.2.1 Beräkning av arbetsgivarens andel av sjukpenningen

Arbetsgruppens förslag: Den offentliga arbetsgivaren skall betala 15–50 procent av arbetstagarens sjukpenning multiplicerat med den andel som inkomsten från den offentliga arbetsgivaren utgör av arbetstagarens totala sjukpenninggrundande inkomst.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I avsnitt 6.5.3 föreslår vi att den offentliga arbetsgivaren skall betala 15–50 procent av arbetstagarens sjukpenning. En sådan princip vållar inga problem när den försäkrade endast har inkomst från en arbetsgivare. Enligt vår uppfattning bör dock principen gälla även när den försäkrade har flera arbetsgivare eller när han eller hon, förutom lön hos den offentliga arbetsgivaren, även har andra inkomster som enligt 3 kap. 2 § första stycket AFL ingår i SGI. Vi föreslår därför att den offentliga arbetsgivaren skall betala 15–50 procent av arbetstagarens sjukpenning multiplicerat med den andel som inkomsten från den offentliga arbetsgivaren utgör av arbetstagarens totala sjukpenninggrundande inkomst, dvs. även den inkomst som ligger över det s.k. taket på 7,5 prisbasbelopp (pbb) som 2003 är 289 500 kronor.

Med en sådan beräkningsformel blir betalningsansvaret proportionerligt fördelat mellan arbetsgivarna i förhållande till respektive arbetsgivares ansvar. Även i det fall den försäkrade endast har en offentlig arbetsgivare men en inkomst över taket, blir resultatet att arbetsgivaren endast betalar sin del av

sjukpenningen. Av förslaget följer också att till den del sjukpenningen grundas på inkomst av arbete hos en privat arbetsgivare, på inkomst av annat förvärvsarbete (den försäkrade är egenföretagare), på s.k. vilande SGI (den försäkrade är t.ex. arbetslös på deltid) eller på någon annan inkomst som ingår i SGI, finansieras den delen av sjukpenningen enbart via sjukförsäkringsavgiften. I de följande beräkningsexemplen har vi utgått från en skyldighet för arbetsgivaren att betala 50 procent av sjukpenningen.

Ex. 1 En försäkrad har en årslön på 480 000 kr hos landstinget. Den inkomsten beräknas han även få tills vidare. SGI fastställs till 289 500 kr, dvs. upp till taket 7,5 pbb. Sjukpenningen utgör 80 procent av SGI:n = 634 kr/dag brutto. Arbetsgivarens del av betalningsansvaret är $50 \% \times 634 \text{ kr} = 317 \text{ kr}$.

Ex. 2 En försäkrad har en årslön på 120 000 kr hos landstinget A och 120 000 kr hos kommunen B. Dessa inkomster beräknas han även få tills vidare. SGI fastställs till 240 000 kr. Sjukpenning utgör 80 procent av SGI:n = 526 kr/dag brutto. Arbetsgivare A:s del av betalningsansvaret är $50 \% \times 526 \text{ kr} \times 120\,000/240\,000 = 131,50 \text{ kr}$. Arbetsgivare B:s betalningsansvar är detsamma, dvs. 131,50 kr. Tillsammans betalar arbetsgivarna 263 kr vilket utgör 50 % av den utbetalda sjukpenningen.

Ex. 3 En försäkrad har en årslön på 240 000 kr hos landstinget A och 120 000 kr hos kommunen B. Hos A arbetar den försäkrade regelbundet övertid och har ersättning för det med ca 6 000 kr per år. Den årsinkomst som den försäkrade beräknas få tills vidare är 366 000 kr. SGI fastställs till 289 500 kr, dvs. upp till taket. Sjukpenning utgör 80 procent av SGI:n = 643 kr/dag brutto. Arbetsgivare A:s del av betalningsansvaret är $50 \% \times 643 \text{ kr} \times 246\,000/366\,000 = 216 \text{ kr}$. Arbetsgivare B:s betalningsansvar är $50 \% \times 643 \text{ kr} \times 120\,000/366\,000 = 105 \text{ kr}$. Tillsammans betalar arbetsgivarna 321 kr vilket utgör 50 % av den utbetalda sjukpenningen.

Ex. 4 En försäkrad har en årslön på 200 000 kr hos landstinget och 40 000 kr hos en privat arbetsgivare. Dessa inkomster beräknas han även få tills vidare. SGI fastställs till 240 000 kr. Sjukpenning utgör 80 procent av SGI:n = 526 kr/dag brutto. Landstingets del av betalningsansvaret är $50 \% \times 526 \text{ kr} \times 200\,000/240\,000 = 219 \text{ kr}$.

I de allra flesta fall torde beräkning av den offentliga arbetsgivarens återbetalningsbelopp kunna ske helt maskinellt eftersom de flesta försäkrade endast har inkomst från en arbetsgivare och den inkomsten utgör den försäkrades SGI. När så inte är fallet blir det med största sannolikhet nödvändigt att beräkna återbetalningsbeloppet manuellt. Den uppgiften torde lämpligast utföras av försäkringskassan.

7.2.2 Arbetsgivarens uppgiftsskyldighet

Arbetsgruppens förslag: Den offentliga arbetsgivaren skall i samband med att den anställda sjukanmäls till den allmänna försäkringskassan lämna uppgift om hans eller hennes lön samt om sitt eget organisationsnummer.

Dessutom skall arbetsgivaren på begäran lämna Riksförsäkringsverket och försäkringskassan de övriga uppgifter som har betydelse för tillämpningen av lagstiftningen om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.

Skälen för arbetsgruppens förslag: För att Riksförsäkringsverket skall kunna fastställa det belopp som utgör arbetsgivarens del av den anställdes sjukpenning fordras att vissa uppgifter, utöver de som rör själva sjukfallet, finns tillgängliga i Riksförsäkringsverkets sjukförsäkringsregister. I de fall den försäkrade/anställda har en SGI som även grundas på andra inkomster än den från den aktuella arbetsgivaren, blir det nödvändigt att manuellt utreda arbetsgivarens del av den anställdes sjukpenning. För att underlätta administrationen bör

därför arbetsgivaren äläggas att lämna uppgift om arbetstagarens aktuella lön per månad eller annan tidsperiod. Vidare måste det finnas uppgift om arbetsgivarens organisationsnummer så att verket kan identifiera den arbetsgivare som har betalningsansvar för sjukpenning till en viss försäkrad. Vi föreslår därför att arbetsgivaren skall lämna dessa uppgifter i samband med att arbetstagaren sjukanmäls hos försäkringskassan (se förslaget till lag om ändring i lagen [1991:1047] om sjuklön).

Utöver ovan nämnda uppgifter kan såväl försäkringskassan som Riksförsäkringsverket komma att behöva ytterligare uppgifter från arbetsgivaren för att kunna handlägga ärenden enligt den föreslagna lagen. Därför bör det i lagen om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning införas en bestämmelse där arbetsgivaren ges en generell uppgiftsskyldighet liknande den som finns i 20 kap. 9 § AFL. Därutöver kan det finnas behov av närmare preciseringen av vilka uppgifter som skall lämnas och hur de skall lämnas m.m. Att meddela föreskrifter om detta bör överlåtas till regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer.

7.2.3 Sekretess

Arbetsgruppens förslag: Sekretess skall gälla i ärenden enligt lagen om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Sekretessen i socialförsäkringsärenden regleras i 7 kap. 7 § sekretesslagen. Enligt bestämmelsen gäller sekretess hos bl.a. allmän försäkringskassa och Riksförsäkringsverket för uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring, inkomstgrundad ålderspension eller arbetsskadeförsäkring eller annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild m.m. Skaderekvisitet är rakt, vilket innebär att sekretess föreligger endast om det kan antas att

den försäkrade eller honom närstående lider men om uppgiften röjs, dvs. en presumtion för offentlighet.

Allmänhetens intresse av insyn i olika myndigheters tillsynsverksamhet får normalt anses vara stort. Vad gäller de ärenden som nu är aktuella kan det förekomma känsliga uppgifter om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Enligt arbetsgruppens mening väger intresset av att skydda sådana uppgifter tyngre än intresset av insyn. Mot denna bakgrund bör 7 kap. 7 § sekretesslagen ändras så att sekretess gäller hos allmän försäkringskassa, Premiepensionsmyndigheten, Riksförsäkringsverket och domstol även i ärende enligt lagstiftningen om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.

7.2.4 Uppgiftsskyldighet för Riksförsäkringsverket

Arbetsgruppens förslag: Riksförsäkringsverket skall på begäran av en offentlig arbetsgivare lämna ut uppgifter som legat till grund för beslut om belopp som utgör arbetsgivarens del av sjukpenning om uppgift behövs för att kontrollera att det fastställda beloppet är riktigt.

Skälen för arbetsgruppens förslag: För att en arbetsgivare skall kunna ta ställning till om ett beslut från Riksförsäkringsverket om skyldighet att betala en del av den anställdes sjukpenning är riktigt, måste arbetsgivaren ha möjlighet att få del av de uppgifter på vilket verket grundat sitt beslut. Behovet för arbetsgivaren begränsas till uppgifter om den anställdes ekonomiska förhållanden, under vilken period sjukpenning utbetalats och liknande.

Mot denna bakgrund bör det i lagen om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning tas in en bestämmelse om uppgiftsskyldighet för Riksförsäkringsverket i nu nämnt hänseende. Där bör således anges att verket på begäran av offentlig arbetsgivare skall lämna ut uppgifter som legat till

grund för beslut om belopp som utgör arbetsgivarens del av sjukpenning under förutsättning att uppgiften behövs för att kontrollera att det fastställda beloppet är riktigt.

7.2.5 Överklagande och anstånd

Arbetsgruppens förslag: Riksförsäkringsverkets beslut skall gälla omedelbart.

På ansökan av arbetsgivaren får Riksförsäkringsverket besluta om anstånd med betalningen. Anståndstiden får bestämmas till längst tre månader efter den dag då beslut fattades med anledning av begäran om omprövning eller med anledning av överklagandet.

Riksförsäkringsverkets beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävas vid överklagande till kammarrätten.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I likhet med andra förvaltningsbeslut bör Riksförsäkringsverkets beslut enligt den föreslagna lagen kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd bör krävas vid överklagande till kammarrätten. Beträffande rättelse av skrivfel och liknade samt omprövning av beslut m.m. gäller förvaltningslagens bestämmelser.

Riksförsäkringsverkets beslut bör gälla omedelbart. För att arbetsgivaren skall kunna tillvarata sina intressen bör det även införas en regel som ger denne möjlighet att ansöka om att få anstånd med betalningen. Anstånd bör få medges om arbetsgivaren har begärt omprövning av eller överklagar beslutet och det är tveksamt om arbetsgivaren kommer att bli tvungen att betala det belopp som fastställts. Anståndstiden bör dock begränsas till längst tre månader efter den dag då omprövningsbeslutet fattades eller efter den dag då domstolen fattade sitt beslut. Motsvarande anståndstid gäller enligt skattebetalningslagen (1997:483).

Beslutet om anstånd bör kunna överklagas på samma sätt som beslutet om återbetalningsskyldighet.

7.2.6 Ränta

Arbetsgruppens förslag: Om arbetsgivaren inte betalar fastställt belopp inom angiven tid eller har beviljats anstånd med betalningen, skall ränta utgå på beloppet efter en räntesats som vid varje tidpunkt överstiger statens utlåningsränta med två procentenheter.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I likhet med vad som gäller i andra sammanhang för statliga fordringar, bör den offentliga arbetsgivaren ha skyldighet att betala ränta på belopp som förfallit till betalning eller när anstånd har beviljats. Räntesatsen bör knytas till statens utlåningsränta. Vi föreslår en räntesats som vid varje tidpunkt överstiger denna utlåningsränta med två procentenheter.

7.2.7 Ikraftträdande

Arbetsgruppens förslag: Bestämmelserna skall träda i kraft den 1 juli 2003 och tillämpas på sjukfall som avser tid från och med ikraftträdandet.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Vi har tidigare redovisat det av riksdagen antagna målet för ökad hälsa i arbetslivet (se avsnitt 3.3). Mot bakgrund av målet bedömer vi att det är nödvändigt att ett förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare träder i kraft så snabbt som möjligt och att det omfattar alla offentligt anställda som uppbär sjukpenning den 1 juli 2003 och senare, dvs. även de pågående sjukfallen.

Vi föreslår därför att bestämmelserna skall träda i kraft den 1 juli 2003 och att de skall avse sjukpenning som avser tid från och med ikraftträdandet. Det innebär att arbetsgivarens betalningsansvar gäller både de sjukfall som anmäls efter att lagen trätt i kraft och de sjukfall som pågår vid ikraftträdandetidpunkten.

8 Sänkning av arbetsgivaravgifter och tillfälligt stöd

I avsnitt 8.2 lämnas förslag till sänkning av arbetsgivaravgiften för offentliga arbetsgivare. Därefter lämnas i avsnitt 8.3 förslag till utformning av ett tillfälligt stöd riktat till kommuner och landsting i syfte att underlätta anpassningen i samband med omläggningen av kostnadsansvaret. Slutligen redovisas i avsnitt 8.4 förslagets konsekvenser för sjukförsäkringsadministrationen.

8.1 Inledning

Genom förslag om medfinansieringsansvar för arbetsgivare i samband med anställdas sjukfrånvaro, bör denna på sikt kunna minska. Detta beror på de ökade drivkrafterna att dels förebygga sjukfrånvaro och därmed minska inflödet i sjukförsäkringen, dels på ökade rehabiliteringsinsatser och därigenom ökat utflöde till arbetsmarknaden. Det centrala för att bedöma förslaget effekter på sikt är således dess påverkan i dessa båda avseenden. Effekterna är dock svåra att kvantifiera över tid, bl.a. eftersom de är beroende av flera andra faktorer som styr beteendet. Arbetsgruppens bedömning är emellertid att dessa effekter kan bli betydande på sikt.

I de beräkningar som följer är utgångspunkten de omedelbara budgeteffekter som uppstår i samband med själva omläggningen av kostnadsansvaret. I takt med ett förändrat beteende minskar sjukfrånvaron och således även belastningen på sjukförsäkringen. Enligt utgångspunkterna för vårt arbete skall ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivare kompenseras genom en

reducering av sjukförsäkringsavgiften som kommer att resultera i en sänkt arbetsgivaravgift.

En verksamhet med relativt låg sjukfrånvaro kommer att gynnas direkt vid den föreslagna omläggningen av kostnadsansvaret då förtjänsten av lägre arbetsgivaravgifter kommer att vara större än de ökade kostnaderna för del av sjukpenning i samband med de anställdas sjukfrånvaro. För en verksamhet med hög frånvaro gäller däremot att det inledningsvis uppstår ökade kostnader till följd av omläggningen. Allteftersom sjukfrånvaron minskar sjunker dock dessa omställningskostnader.

Arbetsgruppens förslag ger de offentliga arbetsgivarna ekonomiska drivkrafter att försöka begränsa de anställdas sjukfrånvaro. En hög andel sjuka ger en omedelbar effekt på arbetsgivares kostnader, eftersom arbetsgivaren får betala en del av sjukpenningen, och därmed får arbetsgivaren starka drivkrafter att verka för minskad sjukfrånvaro och försöka minska kostnaderna för denna. Även för de arbetsgivare som i dag har en låg sjukfrånvaro finns det incitament att hålla sjukfrånvaron nere. Även dessa kan ju påverka den rörliga kostnad som sjukfrånvaron utgör och därmed ytterligare sänka sina kostnader.

Arbetsgruppens förslag om ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna med 50 procent av sjukpenningen innebär att statens utgifter för sjukpenning minskar med 7 miljarder kronor. De offentliga arbetsgivarna kompenseras för detta genom en arbetsgivaravgiftssänkning som medför att statens intäkter minskar med motsvarande belopp. Detta innebär att de offentliga arbetsgivarna som kollektiv betraktat kommer att kompenseras fullt ut för kostnadsökningen som följer av förslaget. Utöver detta kommer ett tillfälligt stöd om 400 miljoner kronor att ges, vilket innebär att det offentliga arbetsgivarkollektivet erhåller avgiftssänkningar och stöd som överstiger de ökade kostnaderna.

Vad gäller förslaget om ett ökat kostnadsansvar med 15 procent av sjukpenningen innebär det att statens utgifter minskar med 2 miljarder kronor. Samtidigt minskar statens

intäkter med lika mycket till följd av arbetsgivaravgiftssänkningen. Detta innebär att de offentliga arbetsgivarna som kollektiv betraktat kompenseras fullt ut för kostnadsökningen som följer av förslaget.

Arbetsgruppens förhoppning är att de ekonomiska drivkrafterna kommer att börja verka redan vid offentliggörandet av förevarande promemoria. Även om sjukfrånvaron skulle ligga kvar på dagens höga nivå kommer förslagen initialt att innebära att statliga myndigheter, med några få undantag, och 70 procent av landstingen kommer att erhålla avgiftslättnader som överstiger de ökade kostnaderna. För majoriteten av kommunerna är förhållandet det motsatta. Avgiftssänkningen kommer för dessa inte att täcka de ökade kostnaderna för sjukpenning. För den kommun som behöver störst avgiftssänkning för att full kompensation för de ökade kostnaderna skall ges innebär reformen en nettokostnadsökning med 8 miljoner kronor efter att hänsyn tagits till föreslaget tillfälligt stöd. Antalet anställda hos kommunen uppgår till drygt 8 500 personer. Om arbetsgruppens förslag skulle kunna leda till att 41 av de sjukskrivna, vilket motsvarar 0,48 procent av de anställda, återgår i tjänst kommer kommunen att möta oförändrade kostnader till följd av reformen. Det är arbetsgruppens fasta övertygelse att reformen kommer att innebära att samtliga parter kommer att gynnas av förslaget, såväl staten, som offentliga arbetsgivare inom staten, sjukförsäkringsadministrationen, kommuner och landsting samt inte minst enskilda individer som i dag och i framtiden är sjukskrivna.

Förslagen om en sänkning av arbetsgivaravgiften och ett tillfälligt stöd till offentliga arbetsgivare aktualiserar frågor om dess hantering mot bakgrund av Europeiska Gemenskapens regler om statligt stöd. Dessa frågor avses behandlas vidare inom ramen för den fortsatta beredningen av förslagen inom Regeringskansliet.

8.2 Förslag till sänkning av arbetsgivaravgiften för offentliga arbetsgivare

Arbetsgruppens förslag: Arbetsgivaravgifterna för offentliga arbetsgivare skall sänkas någonstans i intervallet 0,75–2,49 procentenheter från och med den 1 juli 2003.

Skälen för arbetsgruppens förslag: Sjukförsäkringsavgiften i arbetsgivaravgiften beräknas utifrån kvoten mellan prognoserade sjukförsäkringsutgifter och avgiftsunderlaget för arbetsgivaravgifter, dvs. lönesumman. Om utgifterna eller underlaget förändras justeras normalt även avgiften med hänsyn till förändringarna.

Vårt förslag är att sänka avgiften med 2,49 procentenheter vid ett ansvar för arbetsgivaren att betala 50 procent av arbetstagarens sjukpenning. Vid ett 15-procentigt ansvar skall sänkningen vara 0,75 procentenheter. Det offentliga arbetsgivar-kollektivet, dvs. stat, kommun, landsting och de allmänna försäkringskassorna, är då, som kollektiv betraktat, fullt kompenserade för den inledande kostnadsökningen. En sådan sänkning innebär att statens minskade utgifter för sjukpenning fullt ut motsvaras av lägre intäkter i form av arbetsgivaravgifter.

I nästa avsnitt redogörs för hur ett tillfälligt stöd kan utformas.

8.3 Tillfälligt stöd till kommuner och landsting

Arbetsgruppens förslag: För det fall att de offentliga arbetsgivarna skall betala 50 procent av arbetstagarnas sjukpenning, föreslås att det från och med den 1 juli 2003 och till och med utgången av 2005 inrättas ett tillfälligt stöd riktat till den kommunala sektorn i syfte att underlätta anpassningen i samband med omläggningen av kostnadsansvaret och möjliggöra en snabb minskning av sjukfrånvaron.

Skälen för arbetsgruppens förslag: I och med genomförandet av vårt förslag kommer offentliga arbetsgivare att få ett ökat kostnadsansvar för en del av sjukpenningen för de anställda. Vi har tidigare konstaterat att det för arbetsgivare med låg sjukfrånvaro hos sina anställda innebär att förtjänsten av de lägre arbetsgivaravgifterna överstiger de ökade kostnaderna för ansvaret för sjukpenningen. För andra, med hög sjukfrånvaro, kommer det omvända att gälla, dvs. att de ökade kostnaderna för medfinansieringen kommer inledningsvis att överstiga förtjänsten av lägre arbetsgivaravgifter. Då sjukfrånvaron i dag är hög bland offentliga arbetsgivare, framför allt hos vissa kommuner, kommer flertalet av dessa att möta ökade kostnader i samband med genomförandet av vårt förslag.

Även om själva utgångspunkten för förslaget är att arbetsgivarna inom den offentliga sektorn genom ett större ansvar för kostnader i samband med anställdas sjukfrånvaro skall få drivkrafter som leder till en minskning av sjukfrånvaron, kan det finnas arbetsgivare som i ett inledande skede får mycket stora problem. Detta gäller särskilt vissa kommuner och det är därför viktigt att genomförandet av reformen sker på ett sådant sätt att arbetsgivarna ges tid och möjlighet att planera och agera i enlighet med de nya ekonomiska förutsättningarna. Därför föreslår vi, för det fall att de offentliga arbetsgivarna skall betala en hög andel av arbetstagarnas sjukpenning, att det införs en tillfällig resursförstärkning, utöver de sänkta arbetsgivaravgifterna, som syftar till att snabbt få ner sjukfrånvaron och bidra till att underlätta den kommunala sektorns anpassningsproblem.

En tillfällig resursförstärkning kan utformas på olika sätt. En möjlighet som arbetsgruppen övervägt är att stödet utgår till kommunerna såsom arbetsgivare och består av två delar; dels ett stöd beräknat utifrån antalet anställda oavsett tidigare sjukfrånvaro, dels ett stöd som enbart grundas på antalet långtidssjukskrivna. Syftet med den första delen av stödet är att uppmärksamma arbetsgivarna på behovet av förebyggande åtgärder och att ge dem ekonomiska möjligheter att vidta sådana

åtgärder för att undvika höga sjukskrivningskostnader i framtiden. Syftet med den andra delen av stödet är att ge resurser och incitament till att prioritera arbetet med att rehabilitera de som redan är långtidssjukskrivna och snabbt få ner sjukfrånvaron. Målet bör vara att så många som möjligt skall kunna återgå till någon form av arbete, antingen genom återgång till tidigare arbetsplats eller till någon annan arbetsplats hos sin arbetsgivare. Det bör även kunna bli aktuellt att byta arbetsgivare, t.ex. erbjudas rehabilitering och anställning hos annan offentlig arbetsgivare.

En nackdel med att utforma ett stöd på detta sätt är att det även riktar sig till sådana offentliga arbetsgivare som redan är mer än väl kompenserade genom sänkta arbetsgivaravgifter. Mot denna bakgrund anser arbetsgruppen att ett stöd inte bör utformas på detta sätt. Ett stöd enligt ovanstående kriterier kan dessutom komma att kräva ytterligare överväganden mot bakgrund av gällande statsstödsregler.

Ett annat förslag är att resursförstärkningen ges som ett generellt stöd som kompenserar sektorn som helhet och fördelas till kommunerna via det generella statsbidraget. Kommunerna kan då använda medlen så som det passar dem bäst för att klara övergången till ett ändrat kostnadsansvar. Svagheter med detta stöd är att utbetalningen inte sker till kommunen som arbetsgivare med beräkning per anställd, utan till kommunen som region med beräkning per invånare. Stödet blir då inte tydligt kopplat till arbetsgivarens ansvar för sjukpenningen. Risken finns också att det i vissa fall kan bli negativa fördelningseffekter, dvs. kommuner med många invånare och begränsad egen verksamhet får ett större stöd än kommuner med få invånare och omfattande egen verksamhet.

Den modell för stöd som arbetsgruppen har valt att föreslå är att införa ett tak för de offentliga arbetsgivarnas ökade kostnader med anledning av det förändrade kostnadsansvaret. I det följande utgår arbetsgruppen från ett förslag som innebär att arbetsgivaren skall svara för 50 procent av arbetstagarnas sjukpenning. Arbetsgruppen föreslår, som tidigare har angivits,

att sjukförsäkringsavgiften i arbetsgivaravgifterna då sänks med 2,49 procentenheter. Detta innebär att majoriteten av landstingen inte möter några ökade kostnader. Detta gäller dock inte för kommunsektorn. Medan vissa kommuner behöver en sänkning av arbetsgivaravgifterna med endast 1,4 procentenheter för att reformen inte skall medföra ökade kostnader, kräver andra kommuner en sänkning av arbetsgivaravgifterna med närmare 5 procentenheter för att ytterligare kostnader inte skall uppstå. Därför är arbetsgruppens förslag att ett tak för ökade kostnader införs i systemet. Detta bör, enligt arbetsgruppens mening, införas för kostnader som ligger över en nivå som motsvarar en sänkning av arbetsgivaravgiften med tre procentenheter. Denna storlek på sänkningen har valts på grund av att det är den sänkning som krävs för att kommunsektorn som helhet inte skall möta ökade kostnader till följd av reformen.

Med ett sådant system, som ovan har beskrivits, riktas stödet till de kommuner och landsting där behovet av stöd, med anledning av reformen, är som störst, samtidigt som stöd inte lämnas till kommuner och landsting som kompenseras fullt ut eller mer genom sänkta arbetsgivaravgifter. I bilaga 3 ges en grafisk illustration av denna modell för stöd.

För det fall det införs ett stöd såsom nu föreslagits kan detta finansieras genom en mindre sänkning av arbetsgivaravgiften.

Det föreslagna stödet bör vara tillfälligt och arbetsgruppens förslag är att det inrättas från och med den 1 juli 2003 och att det gäller till och med 2005. Om en fullständig och permanent kompensation skulle utgå, skulle den ekonomiska drivkraften att minska sjukskrivningarna komma att urholkas. Dagens problem skulle då kunna permanentas i ett nytt system. Målet med reformen är att arbetsgivarna i och med det förändrade kostnadsansvaret skall ges starkare incitament att hålla sjukskrivningstalen bland sina anställda på en så låg nivå som möjligt.

Eftersom stödet är tillfälligt, ser vi inte något behov av att förena det med någon form av prestationskrav. När stödet

upphör är det arbetsgivaren som har det fulla ansvaret för sin del av sjukpenningen. För de arbetsgivare som inte har lyckats få ner sjukskrivningarna bland sina anställda kvarstår de höga kostnaderna.

8.4 Konsekvenser för sjukförsäkringsadministrationen

Arbetsgruppens bedömning: Försäkringskassan bör tillföras 9,5 miljoner kronor för att täcka de ökade handläggningskostnaderna 2003. Riksförsäkringsverket bör tillföras 1 miljon kronor för utveckling av datasystem för fakturering.

Arbetsgruppens förslag innebär att ansvaret för sjukpenningen flyttas delvis från statsbudgeten till de offentliga arbetsgivarna. Den praktiska utformningen av förslaget innebär att försäkringskassorna även i fortsättningen skall betala ut all sjukpenning till de sjukskrivna, dvs. även arbetsgivarens del. Riksförsäkringsverket skall sedan i efterskott fakturera de offentliga arbetsgivarna deras del av sjukpenningen. Även de som vid ikraftträdandet är sjukskrivna omfattas av förslaget.

Sannolikt har förslaget administrativa konsekvenser i högre grad för försäkringskassorna än för Riksförsäkringsverket. Riksförsäkringsverket kommer, förutom faktureringen, att ha ansvaret för att fastställa det belopp som arbetsgivaren skall betala för anställdas sjukfrånvaro. Den praktiska hanteringen kommer emellertid att ske hos de enskilda försäkringskassorna.

Konsekvenser för försäkringskassorna

För att kunna fasa in de personer som redan är sjukskrivna när de nya reglerna träder i kraft krävs det en del manuell hantering. Samtliga ärenden måste gås igenom för att se om personen är anställd av stat, kommuner eller landsting. Vi ser att kontakt

med arbetsgivaren måste tas i majoriteten av ärendena för att få uppgift om organisationsnummer. Uppgifter som måste registreras i systemen är organisationsnummer, sjukperiodens första dag och sysselsättningsgrad. Denna manuella hantering beräknas ta 15 minuter per ärende.

Den 26 november fanns 431 197 pågående sjukfall.¹³ Uppskattningsvis saknade 29 procent arbetsgivare¹⁴, dvs. var arbetslösa, egenföretagare m.m. Ungefär 45 procent av de återstående sjukskrivna beräknas ha haft anställning inom den offentliga sektorn. Detta innebär att cirka 32 procent av alla sjukskrivna har anställning inom statliga myndigheter, kommuner och landsting, totalt 137 227 personer. För att de som vid ikraftträdandet redan är sjukskrivna skall kunna fasa in i det nya systemet krävs det således ett tillfälligt resurstillskott motsvarande 24 årsarbetare¹⁵ hos försäkringskassorna.

Det bör understrykas att försäkringskassorna redan i dag är belastade av hanteringen av de många långa sjukfallen. Således är det rimligt att förutsätta att det tillfälliga resurstillskottet sker i form av nyanställningar och inte genom omprioriteringar av befintliga resurser.

Behovet av resurser kan begränsas om de offentliga arbetsgivarna självmant inkommer med erforderliga uppgifter. Då behövs det uppgift om organisationsnummer och den anställdes personnummer, uppgift om första sjukdag, uppgift om årslön och anställningsgrad (heltid/deltid i procent). Om detta är möjligt kan tidsåtgången för den manuella hanteringen halveras. Detta skulle innebära totalt 12 årsarbetare.

Förslaget har även inslag som permanent ökar arbetsbelastningen hos försäkringskassorna. Försäkringskassan skall nämligen även utreda de fall där det uppstår behov av korrigeringar. Handläggningen kan avse bland annat att den

¹³ Uppgift hämtad från Riksförsäkringsverkets system.

¹⁴ 29 procent av sjukdagarna 2001 avsåg sjukfall där sjukpenning har betalats ut från första dagen.

¹⁵ En årsarbetare beräknas arbeta totalt 42 veckor varav 35,6 v. (= 1424 tim) är "faktisk" arbetstid och övriga tid är ex. enhetsmöten, kompetensutveckling etc.

sjukskrivne har fler än en arbetsgivare eller att felaktig sjukpenning har utbetalats.

En uppskattning av i hur många ärenden ovanstående blir aktuellt är svår att göra. Arbetsgruppens bedömningar baseras på diskussioner med Riksförsäkringsverket. Således räknar vi med att det i 2 procent av ärendena blir aktuellt med någon form av manuell hantering. Den genomsnittliga tidsåtgången per ärende beräknas till 1 timme och 30 minuter. Detta innebär att det totalt krävs 3 årsarbetare för att hantera dessa frågor. Sammanlagt beräknas förslaget inledningsvis motsvara ett resursbehov på 27 årsarbetskrafter. Detta innebär ökade utgifter för försäkringskassan med cirka 9,5 miljoner kronor år 2003.

Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket kommer att ansvara för själva faktureringen. Av de underhandsdiskussioner som har förts med verket har framgått att faktureringsystemet sannolikt kan implementeras i de befintliga återkravssystem som redan finns hos verket. De systemförändringar som måste ske går naturligtvis inte exakt att beräkna. En uppskattning från verkets sida har varit att det kan komma att kosta cirka en miljon kronor.

9 Problemområden och frågor inför ett fortsatt reformarbete

I detta avsnitt redovisas inledningsvis förslag till riktlinjer för ett fortsatt reformarbete. Därefter presenteras ett par av de viktigare problemområdena inför ett fortsatt arbete med ett utvidgat kostnadsansvar för alla arbetsgivare. Det gäller dels mindre företags speciella situation, dels riskgrupperna på arbetsmarknaden. Avslutningsvis redovisas arbetsgruppens förslag om att en särskild utredare bör tillsättas och förslag på uppgifter för denne.

9.1 Riktlinjer för ett fortsatt reformarbete

Utgångspunkterna för det fortsatta arbetet med att införa starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsmarknaden i sin helhet bör vara de riktlinjer som redovisats under avsnittet 5.1. Till dessa bör föras ytterligare krav som syftar till att tillgodose att systemet inte blir tillväxthämmande utan tar hänsyn till arbetsgivares olika förmåga att hantera den ekonomiska risk som ett ökat rörligt kostnadsansvar vid anställdas sjukfrånvaro innebär. Vidare bör situationen för svaga grupper på arbetsmarknaden utredas ytterligare och förslag till tänkbara åtgärder som kan motverka selektionsrisker tas fram. Enligt arbetsgruppen bör utöver de tre riktlinjer som redovisades under avsnittet 5.1 följande riktlinjer gälla för ett fortsatt reformarbete med syfte att omfatta hela arbetsmarknaden:

1. Ansvaret bör i princip utformas som ett generellt system som omfattar alla arbetsgivare. Syftet är att undvika tröskeeffekter och gränsdragningsproblem. Ett generellt system blir också enklare att administrera, både för arbetsgivare och myndigheter.
2. Den ekonomiska risk som företag exponeras för bör relateras till verksamhetens storlek och ekonomiska förmåga att bära oväntade kostnader.
3. De risker för ökad selektering som kan uppkomma bör beaktas och kompletterande insatser i syfte att underlätta för svaga grupper på arbetsmarknaden undersökas närmare.

9.2 De mindre företagens situation

Sjukfrånvaron är generellt sett mindre i små företag än i stora. I tabell 9.1 redovisas den totala sjukfrånvaron (kvartal 4 år 2000 och 2001) i privat sektor fördelat efter företagsstorlek. Det visar sig att sjukfrånvaron växer med företagets storlek. I företag med 1–4 anställda var sjukfrånvaron i genomsnitt 2,3 procent av det totala antalet anställda under fjärde kvartalet 2000. Motsvarande period 2001 hade sjukfrånvaron sjunkit till 1,8 procent. I företag med över 100 anställda uppgick sjukfrånvaron under kvartal 4 till drygt 5 procent för såväl 2000 som 2001.

Tabell 9.1 Sjukfrånvaro i procent av antal anställda i privat sektor (kvartal 4 år 2000 och 2001)

Företagsstorlek (anställda)	Sjuk- frånvaro (%)	Antal anställda	Antal sjukfrån- varande	Sjuk- frånvaro		
				(%)	Antal anställda	Antal sjukfrån- varande
				2000	2001	
1-4	2,3	370 965	8 532	1,8	351 628	6 329
5-9	3,1	266 231	8 253	2,9	284 782	8 259
10-19	2,9	323 812	9 390	3,4	351 291	11 944
20-49	4,3	397 349	17 086	4,1	407 864	16 722

50-99	5,2	292 126	15 190	5,7	299 148	17 051
100-200	5,3	263 011	13 940	5,6	879 423*	49 248*
>200	5,5	579 323	31 863	5,7		
Totalt	4,2	2 492 817	104 254	4,3	2 574 139	109 553

* Avser antalet anställda i företag med mer än 100 anställda.

Källa: SCB, Kortperiodisk sysselsättningsstatistik 2000 och 2001

En relevant fråga utifrån den ovan presenterade statistiken är varför den genomsnittliga sjukfrånvaron är lägre i små företag än i stora. Förklaringarna är rimligtvis många och består med all säkerhet av flera samverkande faktorer. Vi skall i detta avsnitt behandla några tänkbara förklaringar, men är samtidigt medvetna om att dessa inte utgör hela sanningen bakom den lägre sjukfrånvaron hos de mindre företagen.

9.2.1 Drivkrafter i mindre företag

En betydande faktor är drivkrafterna hos både de mindre företagen och deras anställda att begränsa sjukfrånvaron. I ett litet företag är ofta möjligheterna att omorganisera arbetet under sjukfrånvaro begränsade. En förklaring till detta är att många gånger utgör en enskild person den huvudsakliga kompetensen i företaget inom ett specifikt område. Den egna personens betydelse för organisationen ger på så sätt ett stort personligt engagemang och litenheten i företaget gör att närheten till och sympatin för de övriga anställda många gånger blir stor. Därmed blir också insikten hos den anställda om sjukfrånvarons konsekvenser för såväl företaget som de övriga anställda större. En effekt av detta kan vara att tröskeln för de anställda att sjukskriva sig blir högre i små företag än i stora.

I ett litet företag finns det således omständigheter som talar för att de anställda har större incitament att undvika sjukskrivning. För företaget i sig finns det också mycket som talar för att incitamenten att arbeta förebyggande med de anställdas hälsa är större än i stora företag. I små och medelstora företag är det inte bara sjukfrånvaron i sig som utgör en stor kostnad. Till det kommer produktionsbortfallet och uteblivna

intäkter som är stora kostnader med en hög sjukfrånvaro bland de anställda. Detta ger generellt sett en tydligare kostnadsbild i små företag än i stora. Konsekvenserna av sjukfrånvaron blir ofta mer direkta och förutsätter inga avancerade styrsystem i den interna administrationen för att de skall uppmärksammas. Signalerna kommer i stället direkt genom en minskning av antalet order och förlorade intäkter.

9.2.2 Ökat ansvar, ökad risk

Ett utökat arbetsgivaransvar innebär att företagen utsätts för en större riskexponering. För mindre företag kan det vara svårare att hantera en ökad risk än vad det är för stora. Mindre företag har vanligtvis mer begränsade möjligheter att omfördela arbetsuppgifter inom företaget och kan därför antas vara mer känsliga för de produktionsavbrott som sjukfrånvaron kan innebära. Det kan också inträffa att ett litet företag inte har de ekonomiska marginaler som krävs för att kunna hantera stora rörliga kostnader av oförutsedd karaktär. I extrema fall skulle dessa faktorer riskera ett litet företags existens. En mer allmän konsekvens är att detta verkar styrande på företagets expensionsplaner och framtida rekrytering av arbetskraft.

Det är således denna risk och de mindre företagens begränsade möjligheter att hantera dessa risker inom företaget som man bör beakta när ett system med ökat rörligt kostnadsansvar för sjukfrånvaro för arbetsgivare generellt skall utformas. Det är inte rimligt att t.ex. många och långa sjukfall under en begränsad tid skall kunna äventyra ett livskraftigt företags långsiktiga utveckling. Å andra sidan får inte en småföretagarlösning vara alltför generös så att incitamenten att arbeta med såväl förebyggande åtgärder som aktiv rehabilitering försvinner helt och hållet.

En särskild lösning för småföretagare kan, utöver att det begränsar de mindre företagens utsatthet vid sjukfrånvaro, även ha andra positiva effekter. Som tidigare nämndes kan den osäkerhet som sjukfrånvaron skapar kring de mindre företagens

kostnadsbild verka hämmande på dessa företags expensionsplaner och rekrytering av arbetskraft. Om ansvaret för de anställdas sjukfrånvaro upplevs som allt för betungande är det naturligt att arbetsgivaren vid anställning i större utsträckning än i dag överväger den tilltänkta medarbetarens förväntade sjukdomsbild och väger in detta i sitt beslutsunderlag tillsammans med andra viktiga faktorer. En lösning som begränsar de mindre företagens risk i samband med anställdas sjukfrånvaro skulle kunna minska selekteringen. En rimlig bedömning är nämligen att risken för selektering är större i mindre företag än i stora. Förklaringen är att kostnaderna av en felrekrytering sannolikt är större i och med att möjligheterna till omplacering och omfördelning av resurser är mindre. En särskild lösning för småföretagare kan därför även ses som ett visst skydd mot selektering och en bättre fungerade arbetsmarknad för utsatta individer.

Vår bedömning är att ett förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare generellt kräver en lösning som begränsar de rörliga kostnaderna i samband med anställdas sjukfrånvaro för de mindre företagen.

9.3 Riskgrupper på arbetsmarknaden

Ett problem som ofta lyfts fram i diskussionen om ett utökat kostnadsansvar för arbetsgivarna för sjukfrånvaro är att möjligheterna på arbetsmarknaden kan försämrats för personer som varit sjukskrivna en längre tid eller som på annat sätt bedöms ha en ökad risk för långa sjukskrivningsperioder i framtiden. Denna försämring kan ske genom att arbetsgivare i samband med rekrytering väljer bort dessa personer till förmån för någon som de bedömer har större sannolikhet att hålla sig frisk, eller att de erbjuder sämre anställningsvillkor, t.ex. någon form av tidsbegränsad anställning. Hur möjligheterna på arbetsmarknaden påverkas beror ytterst på hur arbetsgivarna reagerar i en situation där kostnaderna för sjukfrånvaro i ökad

utsträckning blir påverkbara eller rörliga, och om de intar en försiktigare attityd med anledning av detta.

Hur stor denna risk skulle vara på den framtida svenska arbetsmarknaden är dock svårt att bedöma och redan i dagsläget är det säkert så att arbetsgivare påverkas av vilket hälsotillstånd de uppfattar att den arbetssökande har.

Vi bedömer att de grupper som framför allt omfattas av risken för selektering till stor del består av personer som har kända sjukdomar eller handikapp eller de som tidigare varit långtidssjukskrivna. Särskilt torde detta gälla för personer som dessutom är arbetslösa. Även andra grupper, som också har en svagare ställning på arbetsmarknaden redan i dag, kan få en försämrad situation om de dessutom har en högre risk för sjukfrånvaro. Det gäller till exempel personer med utländsk bakgrund eller med låg utbildning samt äldre personer.

Selekteringsproblematiken kan uppstå i flera olika situationer. De situationer med risk för selektering som vi avser här är dels arbetslösas möjligheter att få arbete och under vilka villkor, dels anställdas möjligheter att byta arbete och hur dessa möjligheter påverkas om arbetsgivarna får ett utökat kostandsansvar jämfört med i dag.

För att kunna bedöma riskerna för en ökad selektering måste vi dock först försöka klargöra hur arbetsmarknaden för personer med sämre hälsa eller arbetsförmåga ser ut idag.

9.3.1 Dagens arbetsmarknad

SCB gör regelbundet undersökningar om arbetsmarknadssituationen för funktionshindrade personer.¹⁶ Dessa ger att funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga har både lägre sysselsättning och högre arbetslöshet än icke funktionshindrade, vilket delvis beror på att de i genomsnitt har kortare utbildning.

¹⁶ SCB (2001), Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning: 4:e kvartalet 2000.

Undersökningarna gör ingen skillnad mellan privat och offentlig sektor, mer än att det konstateras att funktionshindrade i något större utsträckning arbetar i kommunal sektor jämfört med övriga sysselsatta. Det finns inga större skillnader i andelen fast anställda jämfört med icke funktionshindrade. Även om de tidsbegränsade anställningarna har ökat på arbetsmarknaden i stort på senare tid, verkar detta alltså inte ha drabbat denna grupp i större utsträckning än andra.

I en rapport från Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) redovisas resultat från en enkät till arbetsgivare om deras inställning till funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga.¹⁷

Drygt 86 procent av dem som anställt en funktionshindrad anser att erfarenheten av den genomförda anställningen är som förväntat eller bättre än förväntat när personen ifråga anställdes, vilket beror på att arbetsgivarna till att börja med ofta underskattar personens arbetsförmåga och överskattar sjukfrånvaron. Rapporten visar också att majoriteten av de arbetsgivare som har anställt en arbetshandikappad har fått någon form av statligt stöd, t.ex. lönebidrag.

Ett ytterligare resultat är att offentliga arbetsgivare i större utsträckning anställer arbetshandikappade än vad privata arbetsgivare gör, en skillnad som dock kan förklaras med att offentliga arbetsställen i genomsnitt är större. Det innebär att det egentligen inte är sektorn som är avgörande, utan arbetsställets storlek.

AMS har studerat personer som både varit inskrivna hos arbetsförmedlingen och varit sjukskrivna under ett och samma år.¹⁸ Rapporten visar att totalt var 1,2 miljoner personer någon gång inskrivna vid arbetsförmedlingen under 2000. Av dessa återfanns 160 000 även i RFV:s register över sjukskrivna. Av dessa hade 79 000 varit sjukskrivna mer än 60 dagar och 29 000 mer än ett år. Denna grupp av personer har vi tidigare lyft fram

¹⁷Knutsson, H. & Persson, K. (2001), Funktionshindrade personer med nedsatt arbetsförmåga – ett arbetsgivarperspektiv, Forskningsrapport 2001:5, IFAU.

¹⁸Henriksson, M. & Maroufkhani, S. (2001), 'Arbetsförmedlingens och försäkringskassans 'gemensamma kunder' under år 2000, Utredningsenheten, AMS.

som en av de grupper som kan komma att drabbas av (ökad) selektering vid ett större arbetsgivaransvar för sjukfrånvaro.

På liknande sätt, dock ej helt jämförbart, har vi använt oss av ett inkomstregister, Hushållens ekonomi (SCB), för att studera de personer som under ett givet år fått både sjukpenning och någon form av arbetslöshetsersättning.¹⁹ Resultatet visas i tabell 9.2. Som sjukskrivna räknas såväl personer med avslutade fall på minst 180 dagar som personer med pågående fall. Tre olika indelningar har gjorts efter hur länge de pågående fallen har varat (i alla tre kategorierna ingår dock även personerna med avslutade sjukskrivningsfall).

Tabell 9.2. Antalet personer som varit både arbetslösa och sjukskrivna (avslutade fall eller pågående fall). Verkliga siffror för 2000, prognos för 2001-2003

År	Antal sjukdagar pågående fall >0	Antal sjukdagar pågående fall ≥ 100	Antal sjukdagar pågående fall ≥ 180
2000	34 500	25 700	23 000
2001	35 300	27 200	24 300
2002	39 800	30 900	27 800
2003	40 900	32 300	29 100

Källa: Hushållens ekonomi, SCB.

Detta ska ses som ytterligare ett försök att uppskatta antalet personer som tillhör en av de riskgrupper vi lyft fram tidigare, nämligen de individer som både har en sjukskrivnings- och arbetslöshetshistorik.

När det gäller tidigare långtidssjukskrivnas möjligheter att få nytt arbete, saknar vi information om arbetsgivarnas inställning till tidigare långtidssjukskrivna. Det förefaller dock rimligt att anta att ju större kostnadsansvar arbetsgivarna får, desto mer tveksamma blir de till att anställa personer som tidigare varit

¹⁹Här avses arbetslöshetsersättning och aktivitetsstöd.

långtidssjukskrivna om de uppfattar att det finns risk för en ny långvarig sjukskrivning.

9.3.2 Den framtida arbetsmarknaden

Redan i dag råder det brist på arbetskraft inom vissa yrken i den offentliga sektorn, t.ex. inom vård och omsorg. Framtida pensionsavgångar kommer troligtvis att ytterligare förvärra denna brist.²⁰ Även i en del branscher inom den privata sektorn har företagen svårt att rekrytera personal.

Dessa förändringar kan innebära att arbetsmarknaden blir mer tillgänglig för riskgrupperna, då arbetskraftsbristen gör att arbetsgivarna får svårare att selektera bort t.ex. arbetshandikappade som har de rätta kvalifikationerna. Risken att de erbjuds sämre anställningsvillkor, t.ex. i större utsträckning än i dag erbjuds tidsbegränsade anställningar, kvarstår dock.

Utbildningskraven förväntas generellt sett att bli högre i framtiden. Om en brist på utbildad arbetskraft skall leda till att det blir lättare för de utsatta grupperna att få anställning, krävs att de har den utbildning som efterfrågas. Vi har tidigare t.ex. konstaterat att de funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga har lägre utbildning i genomsnitt än befolkningen i övrigt, se avsnitt 9.3.1. Detta talar mot att det skulle bli lättare för denna grupp i framtiden.

Ett annat argument mot att svårigheterna för riskgrupperna skulle bli mindre i framtiden är att då efterfrågan på arbetskraft ökar stiger lönerna. Högre lönenivåer leder till högre krav på produktivitet hos arbetstagarna. Om vissa individer inte anses vara lika produktiva som andra, kommer deras ställning knappast att förbättras i en situation där bristen på arbetskraft har drivit upp lönerna. I den offentliga sektorn har omfattande

²⁰ Enligt SCB:s prognoser kommer den framtida arbetskraftsbristen framför allt att finnas i värdyrkena samt bland naturvetare och tekniker i alla branscher. Se SCB (2002), *Trender och prognoser 2002*.

rationaliseringar och effektiviseringar skett under 1990-talet och därmed har också kraven på arbetstagarnas arbetskapacitet ökat.

9.3.3 Riskbedömning vid förändrat kostnadsansvar för arbetsgivare

Diskussionen ovan visar att det både finns argument som talar för respektive emot en (ökad) selektering av arbetskraften i framtiden och att det är svårt att avgöra om problemen kommer att bli större eller mindre eller vara oförändrade jämfört med dagens situation.

Vi har tidigare identifierat några utsatta grupper som på ett negativt sätt skulle kunna påverkas av ett utökat ansvar för sjukfrånvaro för arbetsgivare (se avsnitt 9.3). För dessa grupper kvarstår alltså dagens selektionsrisk och det är inte omöjligt att den ökar om arbetsgivarna, i ett första steg i den offentliga sektorn, får ett större kostnadsansvar vid anställdas sjukfrånvaro. Det är dock av betydelse att arbetstagarna har rätt kvalifikationer för att kunna ersätta den kompetens som försvinner i pensionsavgångarna och de nya krav som strukturomvandlingen ställer. Här har utbildningssystemet och arbetsmarknadspolitikerna en minst lika viktig roll som i dag när det gäller att matcha utbudet och efterfrågan på arbetskraft.

Vi bedömer det vidare som troligt att företagets storlek har betydelse för om risken för selektering är stor eller inte. Små företag eller arbetsställen har färre möjligheter att anpassa sig till sjukskrivningar då de har begränsade möjligheter att omorganisera sig då en medarbetare är borta. Detta leder sannolikt till att de blir mer försiktiga när det gäller att anställa någon som förefaller ha en hög risk för sjukfrånvaro.

I den offentliga sektorn, som i genomsnitt innehåller arbetsställen med fler anställda jämfört med den privata sektorn, bör denna problematik inte vara lika stor, särskilt som delar av den offentliga sektorn lider brist på arbetskraft. Det är likafullt viktigt att följa utvecklingen och ge akt på eventuella signaler om att selekteringen ökar. Inför ett införande av en generell modell

som ska omfatta även den privata sektorn, är det ur selektionssynpunkt angeläget att utforma systemet så att de mindre företagen inte får bära för stora risker. Kostnaderna för sjukfrånvaro är synligare och mer kännbara i ett litet företag än i ett stort och följaktligen kan vi förvänta oss att riskerna för (ökad) selektering är större bland de mindre företagen än bland de större.

Ett annat problem är att arbetsgivarna med ökat kostnadsansvar kan bli mer benägna att kontrollera hälsostatusen i samband med anställning. I Nederländerna, där man på senare år har infört starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare, är medicinska tester vid anställning numera förbjudna.²¹ Hur stora risker det finns för ökad användning av t.ex. hälsotester i Sverige är dock svårt att avgöra på förhand.

Sammanfattningsvis beror sannolikheten för att få nytt arbete efter en sjukskrivning, oavsett om man är arbetslös eller byter arbete, på en rad faktorer, som orsaken till sjukskrivningen, sjukskrivningens längd samt tidsperioden som förflutit sedan sjukskrivningen. Det förefaller dock rimligt att anta att arbetsgivarna blir mer restriktiva till att anställa personer som tidigare varit långtidssjukskrivna när de får ett delat ansvar för sjukpenning för hela sjukskrivningsperioden och att riskerna för selektering är större inom privat sektor än inom offentlig.

Med ett ökat arbetsgivaransvar finns en risk att rörligheten på arbetsmarknaden hämmas om individer får svårare att byta arbete, men det är också möjligt att det ökade ansvaret ger vissa positiva effekter på rörligheten. En åtgärd som arbetsgivare kan vidta är ju att försöka "byta" långtidssjukskrivna medarbetare med andra arbetsgivare och på så sätt få tillbaka dessa i arbete. Detta kan ske genom s.k. arbetsgivararrang, vilka är tänkta att utgöra ett samarbete mellan flera arbetsgivare i rehabiliteringsfrågor där även försäkringskassan ingår som en aktiv part. Också arbetsförmedlingen och företagshälsovården kan delta i samarbetet. De försök med arbetsgivararrang som

²¹ Social trygghet vid arbetsförmåga. En jämförelse mellan tio länder, Rapport till Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08).

utvärderats visar på positiva effekter i det avseendet att nätverket utsätter medlemmarna för ett visst tryck att agera.

Ett flertal stora svenska företag, verksamma inom olika branscher, ingår redan i dag i en arbetsgivarring där de anställda får hjälp med rehabilitering och får möjlighet att byta till något av de andra företagen om omplacering inom det egna företaget inte kan erbjudas.²² Förslag om ökat kostnadsansvar för arbetsgivare vid anställdas sjukfrånvaro innebär att drivkrafterna för denna typ av samarbete ökar.

9.4 Förberedelser inför ett förändrat ansvar för hela arbetsmarknaden

Arbetsgruppens förslag: Det skall tillsättas en särskild utredare med uppdrag att ta fram förslag beträffande arbetsgivarnas kostnadsansvar i samband med anställdas sjukfrånvaro för hela arbetsmarknaden. Förslagen skall tillgodose de riktlinjer som angavs i inledningen av detta avsnitt samt de övergripande riktlinjerna för reformen i sin helhet som angivits i avsnittet 5.1.

Skälen för arbetsgruppens förslag: En huvudfråga för utredningen bör bli att utifrån här redovisade riktlinjer överväga två alternativa utformningar av ett medfinansieringsansvar. I det ena föreslås en risk- och kostnadsdelning över tiden som är oförändrad. Det andra alternativet syftar till att arbetsgivarna skall bära en större del av kostnaderna för långtidssjukskrivningarna samtidigt som ansvaret och därmed kostnaderna för kortare sjukskrivningar, då arbetsgivarna ofta har starka egna drivkrafter att få tillbaka en sjukskriven medarbetare, begränsas. Arbetsgivarnas ansvar skulle då förslagsvis kunna uppgå till en lägre andel av ersättningen för sjukperioder kortare än exempelvis 60 dagar (dag 15-60) och en högre andel för sjukdagar som infaller efter dag 60. Ett sådant förslag är inriktat

²² Se artikel i Svenska Dagbladet 25 september 2002.

mot de ca 30 procent av sjukfallen som överstiger 60 dagar. Sistnämnda alternativ är särskilt inriktat mot att öka de ekonomiska drivkrafterna att förebygga och motverka långvarig sjukfrånvaro. Samtidigt begränsas arbetsgivarnas risktagande för sjukperioder som anställda ofta återkommer från utan särskilda insatser från arbetsgivarens sida och där många för arbetsgivarens opåverkbara faktorer styr frånvaron. Frågan om hur en eventuell "trappa" skall kunna realiserats bör utredas vidare inför en utvidgning till hela arbetsmarknaden.

Ett problem i detta sammanhang är hur de rörliga kostnaderna för de mindre företagen skall kunna begränsas och hur risken för tröskeeffekter skall kunna minimeras. Ett sätt att göra detta kan vara att utforma systemet så att reglerna tar hänsyn till verksamhetens skilda förutsättningar att hantera risk. Detta kan dock visa sig medföra administrativa och andra nackdelar, bl.a. problem i förhållande till gällande statsstödsregler. Ett annat sätt som därför bör utredas är hur en obligatorisk försäkring eller ett högkostnadsskydd givet ett generellt system kan utformas för mindre företag som tar hänsyn till dessas förutsättningar att bära risk och oväntade kostnader.

Det bör även undersökas om det är möjligt och lämpligt, bl.a. mot bakgrund av gällande statsstödsregler, att företag upp till en viss storlek skall kunna välja mellan ett system med begränsat rörligt ansvar och ett generellt system där det rörliga ansvaret är större och avgiften ligger på en lägre nivå.

En fråga i sammanhanget som också bör utredas är om ansvarsperioden bör begränsas tidsmässigt för arbetsgivarna och vilka krav detta i så fall ställer (se avsnitt 6.5.4).

Utredningen bör även ta sig an frågan om det vid en utvidgning av ansvaret till privat sektor krävs några särskilda åtgärder med anledning av ökade risker för selektering. Vi har tidigare i detta avsnitt lyft fram några grupper som vi bedömer löpa en viss risk att drabbas av selektering, se avsnitt 9.3.

Utredningen bör vidare pröva frågan om en lämplig nivå för sänkning av arbetsgivaravgiften och eventuellt behov av kompletterande kompensationsåtgärder.

Dessutom bör utredningen även se över om den tekniska utformning som föreslås för offentliga arbetsgivare är lämplig att införa även för privata arbetsgivare eller om ansvaret tekniskt och administrativt bör utformas på något annat sätt.

Utredningen bör vidare överväga frågan om medfinansieringsansvar vid deltidssjukskrivning (se avsnitt 6.5.6).

Även andra frågor kan givetvis visa sig kräva ytterligare överväganden.

10 Uppföljning och utvärdering

10.1 Inledning

Stora reformer bör alltid följas upp och utvärderas. Det är sällan som förändringar redan från första början blir perfekta i alla avseenden. Nya system måste därför utformas så att underlag för successiva korrigeringar och förbättringar kan tas fram. Att införa ekonomiska drivkrafter i sjukförsäkringen – i ett första steg för de offentliga arbetsgivarna och i ett andra steg även för de privata – innebär stora omställningar i sjukförsäkringen både principiellt och praktiskt. Arbetsgivaren får i det nya systemet större möjligheter att minska sina kostnader för sjukfrånvaro genom förebyggande och rehabiliterande arbete. Det administrativa systemet kring sjukförsäkringen förändras.

Det är viktigt att regeringen noggrant kan följa utvecklingen av sjukfrånvaron och effekterna av de ekonomiska drivkrafterna i sjukförsäkringen.

Nedan tar vi i avsnitt 10.2 upp regeringens behov av uppföljning och utvärdering. I avsnitt 10.3 diskuteras hur dessa behov kan tillgodoses. Slutligen kommenteras i avsnitt 10.4 hur arbetsgivarna själva skulle kunna lägga upp sitt eget arbete med uppföljning och utvärdering.

10.2 Regeringens behov av uppföljning och utvärdering

Regeringens behov av uppföljning och utvärdering av de aktuella förändringarna i sjukförsäkringen måste ses i ett vidare perspektiv än de förslag som läggs fram i denna promemoria. Behovet av uppföljning och utvärdering begränsar sig inte endast till att följa förändringar till följd av införandet av ekonomiska drivkrafter utan föreligger även såvitt avser alla de åtgärder beträffande sjukförsäkringen och arbetslivet som regeringen vidtar inom ramen för 11-punktprogrammet och i övrigt.

Det behövs både kortsiktiga uppföljningar och långsiktiga utvärderingar av alla dessa åtgärder. Vid uppföljning riktas intresset i huvudsak mot beskrivningar av utvecklingen medan det vid utvärdering är orsakssambanden man är intresserad av. En fråga man har anledning att ställa sig är i vilken utsträckning den observerade utvecklingen beror på de olika insatta styrmedlen respektive andra faktorer. Det kan dock ta relativt lång tid innan effekter av en reform, såsom den som här föreslås, fullt ut realiseras. Arbetsgivarna kan vidta vissa åtgärder på kort sikt som redan har varit mer eller mindre påtänkta. Andra åtgärder kräver kartläggningar, planering och investeringar varför det kan ta lång tid innan de genomförs och får effekter.

Mot denna bakgrund bör ett förslag om uppföljning och utvärdering av ekonomiska drivkrafter i den offentliga sektorn utgå ifrån en ram för uppföljning och utvärdering som berör hela arbetsmarknaden och alla de åtgärder som regeringen vidtar för att minska sjukfrånvaron och dessutom inriktas på effekter både på kort och på lång sikt.

Det finns flera syften med ett uppföljnings- och utvärderingsprogram. Om inte den negativa utvecklingen av sjukfrånvaron bryts måste regeringen snabbt få signaler om det så att ytterligare eller förändrade åtgärder kan vidtas. Successivt när effekterna av olika åtgärder klarnar bör utvärderingssystemet också kunna förse regeringen med beslutsunderlag så att de olika styrmedlen kan ges allt större precision eller avvecklas om de visar sig ineffektiva.

Exempel på faktorer som bör följas upp och utvärderas efter ett införande av ekonomiska drivkrafter i den offentliga sektorn är utvecklingen av

- återgång till arbete (generellt)
- förekomst av återgång till annan arbetsplats/ arbetsgivare
- sjukfrånvaron i kommuner, landsting och i statliga myndigheter,
- de förebyggande åtgärder mot ohälsan som vidtas,
- de rehabiliteringsinsatser som kommer till stånd,
- de förändringar i arbetsmiljön som införs,
- förändringar av informations-, styr- och budgetsystem internt inom kommuner, landsting och statliga myndigheter med mer komplicerad myndighetsstruktur inklusive samspelet mellan den centrala nivån och verksamhetsnivån,
- kostnader och intäkter som uppstår vid arbetsgivarnas anpassning till det utökade ansvaret för sjukfrånvaron, åtgärdernas privat- och samhällsekonomiska lönsamhet.

Till detta kommer förekomsten av icke önskvärda anpassningar till det ökade arbetsgivaransvaret som också bör följas upp. Exempel kan vara ökad selektering vid rekrytering, som bland annat tar sig uttryck i utsortering av svaga grupper och mer frekvent användning av hälsotest. Ett annat sätt att kringgå arbetsgivaransvaret är att öka antalet tidsbegränsade anställningar. En effekt av att ett förändrat kostnadsansvar enbart införs i den offentliga sektorn och inte i den privata kan bli utflyttning av verksamheter från den offentliga sektorn till den privata genom att lägga ut kommunal verksamhet på entreprenad, mer frekvent anlita bemanningsföretag och bolagisera kommunal verksamhet. Denna tendens kan bli särskilt märkbar hos offentliga arbetsgivare med hög sjukfrånvaro och för de verksamheter hos dem där medarbetarna har särskilt hög sjukfrånvaro.

Andra anpassningsmekanismer som man i uppföljningen och utvärderingen bör vara observant på är uppkomsten av

marknader för återförsäkring och vad dessa i så fall får för effekter för arbetsmiljö och rehabilitering.

På det praktiska planet bör den administrativa belastningen hos RFV och försäkringskassorna undersökas. Särskilt intressant är att följa hur en successiv rationalisering av hanteringen med hjälp av datorstöd kan komma att fortskrida. En dylik utveckling är förmodligen en förutsättning för ett andra steg med förändrat kostnadsansvar för hela arbetsmarknaden. En annan fråga är i vilken mån rationaliseringarna frigör resurser som kan användas för andra än administrativa ändamål.

Indikatorer kan utvecklas för att beskriva utvecklingen och för att följa olika aspekter av anpassningar och effekter.

10.3 Hur skall uppföljningen och utvärderingen organiseras?

Ett första steg i ett tillförlitligt uppföljnings- och utvärderings-system är tillgång till statistik. RFV bör tillsammans med SCB ha stora möjligheter att tillgodose högt ställda krav på statistiskt underlag.

På sikt kommer RFV att på elektronisk väg förutom uppgifter om utbetald sjukpenning även ha uppgifter om individernas aktuella arbetsgivare. När systemet utvecklats kan RFV förse dessa arbetsgivare med kontinuerlig information om sjukfrånvaron – månads-, kvartals- och årsvis. Inledningsvis måste dock RFV och försäkringskassorna, som framgår av avsnitt 8.4, delvis arbeta med manuella metoder för att ta fram uppgifter om sjukfrånvaron och dess koppling till olika arbetsgivare. Det gäller framför allt tidigare sjukfall i kommuner, landsting och i statliga myndigheter. Här kan det inledningsvis bli vissa tidseftersläpningar i uppföljningssystemet.

Utifrån de uppgifter om sjukfrånvaro efter arbetsgivare som på sikt kommer att finnas elektroniskt tillgängliga hos RFV kan antingen SCB eller RFV i samarbete med SCB i sin tur samköra uppgifter om sjukpenning med olika registerbaserade data om såväl individen som arbetsgivaren. De databaser som på detta sätt

skapas kan användas för forsknings- och utvärderingsändamål och ge upphov till intressanta jämförelser mellan sektorer, branscher, regioner och olika typer av arbetsplatser. Utvärderingar av effekter av ekonomiska drivkrafter blir då också möjliga.

De uppgifter som nu nämnts kan behöva kompletteras med enkätundersökningar riktade till ett urval av arbetsgivare och individer. Det kan handla om mer processorienterade variabler – t.ex. hur arbetet med förebyggande och rehabiliterande arbete läggs upp och mottas – men även ekonomiska data om kostnader och intäkter i samband med arbetsgivarnas åtgärder.

I uppföljnings- och utvärderingsarbetet bör man också undersöka i vad mån den obligatoriska redovisningen av sjukfrånvaron som införs på hela arbetsmarknaden från 1 juli 2003 (prop. 2002/03:6, bet. 2002/03:LU1, rskr 2002/03:46) kan komma till nytta förutom att även denna åtgärd naturligtvis i sig bör följas upp och utvärderas.

Försöksverksamheten i offentlig sektor beträffande hälsobokslut kan vara en annan källa till mer kvalitativ information. I den nu pågående försöksverksamheten inom ramen för 11-punktsprogrammet ingår uppföljning och utvärdering men detta arbete bör även avspegla vad som inträffar när ytterligare moment förs in i försöksverksamheterna såsom obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro och ekonomiska drivkrafter.

De olika typer av utvärderingar som bör göras kräver var och en sin metodologiska och datamässiga lösning. Olika kompetenser inom forskar- och utredningsvärlden kommer att behöva anlitas. Även randomiserade experiment kan krävas för att man skall kunna fastställa orsakssambandens styrka. Arbetsgruppen anser att det är önskvärt att regeringen får hjälp med samordning av uppföljnings- och utvärderingsarbetet av någon lämplig central instans. Det finns flera kandidater, t.ex. den s.k. analysfunktion som Utredningen om Analys av Hälsa och Arbete (dir. 2002:4) har i uppdrag att utreda och föreslå, Arbetslivsinstitutet eller RFV. Även på flera universitet och

högskolor finns organisationer och centrumbildningar som specialiserat sig på uppföljning och utvärdering. En nackdel med RFV är att, även om det bara handlar om ett bidrag till samordningen av uppföljningen och utvärderingen, är verket en aktör i sjukförsäkringssystemet.

Institutet för tillväxtpolitiska studier (ITPS) och Institutet för arbetsmarknadspolitiska utvärderingar (IFAU) skulle kunna bistå med metodutveckling.

Att det finns en samordnande instans för uppföljnings- och utvärderingsuppdraget innebär inte att allt utredningsarbete skall utföras av denna. Tvärtom bör den i lämpliga delar upphandla uppföljnings- och utvärderingstjänster. Det är viktigt att olika perspektiv kan komma till uttryck i uppföljningen och utvärderingen och komplettera varandra.

En uppgift för den samordnande instansen bör dock vara att halvårsvis rapportera resultaten från uppföljningen och utvärderingen till regeringen.

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att en samordnande instans får i uppdrag att utarbeta och genomföra ett uppföljnings- och utvärderingsprogram.

10.4 Arbetsgivarnas behov av uppföljning och utvärdering

Arbetsgivarna har naturligtvis själva ett intresse av att följa upp den egna sjukfrånvaron. Det gäller både de offentliga och privata arbetsgivarna även om de offentliga arbetsgivarna får ett särskilt incitament att göra det på grund av våra förslag om att ekonomiska drivkrafter införs i den offentliga sektorn redan den 1 juli 2003.

Det tidigare föreslagna uppföljnings- och utvärderingsprogrammet för regeringens del kan bli ett verksamt instrument även för arbetsgivarna att arbeta med sin sjukfrånvaro.

RFV och den samordnande instansen bör ha kontakter med arbetsgivarna – inledningsvis främst Kommun- och Landstingsförbunden – så att deras eventuella önskemål om att utnyttja

regeringens uppföljnings- och utvärderingssystem beaktas på ett så tidigt stadium och ett så rationellt sätt som möjligt.

De uppgifter som kommer att finnas hos RFV om respektive arbetsgivares sjukfrånvaro kan sedan återrapporteras till dem.

11 Författningskommentarer

11.1 Förslaget till lag om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning

1 §

Enligt *första stycket* skall en offentlig arbetsgivare ansvara för en viss del av arbetstagarens sjukpenning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Vad som avses med offentlig arbetsgivare definieras i 2 §. Där anges även vilka arbetstagare som omfattas av arbetsgivarens skyldighet.

I *andra stycket* anges att den andel som arbetsgivaren skall betala utgör x procent av arbetstagarens sjukpenning multiplicerat med den andel som inkomsten från den offentliga arbetsgivaren utgör av arbetstagarens totala sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. 2 § första stycket AFL. Hänvisningen till nämnda bestämmelse medför att även inkomster över 7,5 prisbasbelopp skall ingå vid andelsberäkningen (se exempel i avsnitt 7.2.1).

2 §

I *första stycket* definieras vem som är offentlig arbetsgivare enligt lagen. Med kommunala myndigheter avses såväl primärkommuner som landstingskommuner. Lagen omfattar

således inte t.ex. statliga och kommunala bolag eller stiftelser. Vidare inbegrips de allmänna försäkringskassorna i definitionen.

I *andra stycket* anges för vilka arbetstagare som arbetsgivaren har betalningsansvar för sjukpenning.

3 §

Enligt bestämmelsen skall arbetsgivarens del av sjukpenningen betalas ut i förskott av den försäkringskassa som enligt 5 kap. socialförsäkringslagen (1999:799) skall avgöra den anställdes sjukpenningärendet. När arbetsgivaren i enlighet med bestämmelserna i sjuklönelagen har sjukanmält sin anställda till försäkringskassan efter att sjuklöneperioden är till ända, övertar kassan handläggningen av sjukfallet och utbetalningen av sjukpenning enligt samma regler som gäller för övriga försäkrade.

4 §

I paragrafen anges att det är Riksförsäkringsverket som fastställer det belopp som utgör arbetsgivarens del av sjukpenningen. Det är således inte den handläggande försäkringskassan som fattar ett sådant beslut.

5 §

I paragrafen anges dels att det fastställda beloppet skall betalas in till Riksförsäkringsverket, dels att inbetalningen skall ske inom den tid som anges i beslutet.

Utöver detta behöver vissa andra uppgifter lämnas i beslutet, t.ex. vilken tid som skall gälla. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om detta (se kommentaren till 13 §).

6 §

I paragrafen anges att Riksförsäkringsverkets beslut skall gälla omedelbart. Det innebär att beslutet kan verkställas omedelbart även om arbetsgivaren har begärt omprövning av beslutet eller överklagat det. Se dock möjligheten att medge anstånd enligt 7 §.

7 §

I *första stycket* anges att arbetsgivaren får medges anstånd med betalningen av sin del av arbetstagarens sjukpenning.

I *andra stycket* anges under vilka förutsättningar som anstånd får medges. Det förutsätter dels att arbetsgivaren har begärt omprövning av eller överklagat Riksförsäkringsverkets beslut om det belopp som arbetsgivaren skall betala, dels att det är tveksamt om arbetsgivaren kommer att bli skyldig att betala det belopp som har fastställts. Även om Riksförsäkringsverket finner att övervägande skäl finns för att besluta om en betalningsskyldighet för arbetsgivaren, kan det föreligga andra omständigheter som gör att en annan utgång inte kan uteslutas. I sådana gränsfall finns det ett behov av att kunna medge anstånd.

I *tredje stycket* anges hur lång tid anstånd får beviljas.

8 §

I paragrafen anges att om arbetsgivaren inte betalar fastställt belopp inom angiven tid eller har beviljats anstånd med betalningen, skall ränta utgå på beloppet efter en räntesats som vid varje tidpunkt överstiger statens utlåningsränta med två procentenheter.

9 §

I paragrafen anges hur Riksförsäkringsverkets beslut får verkställas. Bestämmelsen överensstämmer med vad som gäller för andra statliga fordringar.

10 §

Bestämmelsen reglerar den offentliga arbetsgivarens uppgiftsskyldighet till domstol, Riksförsäkringsverket och allmän försäkringskassa. Paragrafen motsvarar i huvudsak bestämmelsen om arbetsgivares uppgiftsskyldighet i 20 kap. 9 § AFL.

11 §

Bestämmelsen reglerar Riksförsäkringsverkets skyldighet att lämna uppgifter till den offentliga arbetsgivaren. Skyldigheten gäller inte uppgifter om den anställdes hälsotillstånd utan endast sådana ekonomiska uppgifter och uppgifter om tidsperioder och liknande som arbetsgivaren behöver för att kunna kontrollera att Riksförsäkringsverkets beslut är riktigt.

12 §

I paragrafen anges hur Riksförsäkringsverkets beslut får överklagas. Motsvarande regler gäller för socialförsäkringsbeslut och andra förvaltningsbeslut.

13 §

I bestämmelsen anges att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela de kompletterande föreskrifter som kan komma att behövas för tillämpningen av lagen (se kommentaren till 5 §).

11.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring**3 kap. 1 §**

Ett nytt *tredje stycke* införs där det hänvisas till lagen (2003:000) om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.

11.3 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)**7 kap. 7 §**

Bestämmelsen reglerar vilken sekretess som gäller hos allmän försäkringskassa, Premiepensionsmyndigheten, Riksförsäkringsverket och domstol. I *första stycket* anges att sekretess skall gälla hos dessa myndigheter även i ärende enligt

lagstiftningen om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.

11.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

12 §

I *första stycket* görs ett tillägg att den offentliga arbetsgivaren i sjukanmälan till försäkringskassan även skall ange vilken lön den sjukanmälde arbetstagaren har samt sitt eget organisationsnummer. Uppgifterna behövs för att underlätta Riksförsäkringsverket handläggning av ärenden enligt lagen (2003:000) om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning.

11.5 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980)

2 kap. 26 a §

I den nya paragrafen 2 kap. 26 a § anges vilka arbetsgivaravgifter som offentliga arbetsgivare skall betala. Dessa avgifter, som skiljer sig från övriga arbetsgivares genom en lägre sjukförsäkringsavgift, skall bara kunna tillämpas av sådana arbetsgivare som får ett medfinansieringsansvar genom lagen om offentliga arbetsgivares ansvar för sjukpenning. För att fastställa tillämpningsområdet för den nya paragrafen hänvisas därför till den lagen.

Bilaga 1 11-punktsprogrammet

Utdrag ur budgetpropositionen för 2003, volym 6, utgiftsområde 10

11-punktsprogrammet

Sammanfattningsvis gäller att arbetet med 11-punktsprogrammet pågår på alla punkter och att tidsplanen för arbetet i de flesta fall har följts.

1 Nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet

Målstrukturen har, efter omfattande internt arbete inom regeringskansliet, diskuterats vid trepartssamtalen. Med ledning härav har regeringen, som redovisats i avsnitt 2.3, presenterat ett nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet.

2 Trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter

Trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter inleddes i november 2001. Ytterligare fyra möten har hållits. En avstämning och redovisning av arbetet har gjorts i slutet av juni 2002 och arbetet beräknas pågå under större delen av 2002. Inriktningen är att komma fram till ett åtagande från samtliga parter i en förnyad och utvidgad handlingsplan samt att genomföra gemensamma informationsinsatser.

3 Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa

Åtgärden innebär en översyn av de ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivare att arbeta med både förebyggande arbetsmiljöarbete och rehabilitering av anställda som är sjukskrivna. Arbetsgivarnas samlade kostnader avses bli balanserade av minskade avgifter till sjukförsäkringen. Åtgärderna innebär en ändrad kostnadsfördelning mellan olika arbetsgivare. De arbetsgivare som är framgångsrika i det förebyggande arbetet kommer att få lägre kostnader än för närvarande. Möjligheten att införa särskilda drivkrafter i styrsystemen för offentliga arbetsgivare skall prövas.

4 Utveckling av arbetsmiljöarbetet

Metodutveckling av företagshälsovården

Arbetsmiljöverket skall i samverkan med Arbetslivsinstitutet använda 10 miljoner kronor för att stärka metodutvecklingen inom företagshälsovården. Detta skall i första hand ske genom utbildningsinsatser.

I december 2001 avlämnade Statskontoret – med anledning av regeringens uppdrag i mars 2001 – rapporten *Utnyttja företagshälsovården bättre* (2001:29). Den har remissbehandlats och bereds inom Näringsdepartementet.

Utbildning av regionala skyddsombud

En förstärkt utbildning för regionala skyddsombud har genomförts under 2001 och 2002. För detta ändamål har avsatts sammanlagt 20 miljoner kronor.

Certifiering av arbetsmiljön

Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag att utreda hur arbetsmiljöcertifiering kan utnyttjas för att stärka arbetsmiljöarbetet. En jämförelse med andra europeiska arbetsmiljöcertifieringssystem skall göras. En delrapport lämnades i början av juni vilken koncentrerades på möjligheten att skapa ett certifieringssystem i

Sverige som kan knytas till ett ekonomiskt styrmedel och som har tillräcklig tillförlitlighet för att kunna ligga till grund för ett sådant styrsystem. Uppdraget skall slutredovisas till regeringen senast i december 2002.

5 Hälsobokslut

En utvecklingsverksamhet skall bedrivas inom den offentliga sektorn för att systematiskt kunna identifiera dåliga arbetsmiljöer och följa hälsans utveckling. Utvecklingsverksamheten skall 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. Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) föreslår bl.a. att det i årsredovisningslagen införs krav på redovisning av sjukfrånvaro (genomsnittlig sjukfrånvaro fördelat på kvinnor och män) i årsredovisningen för företag. Utredningen har ansett att motsvarande krav skall ställas på myndigheter och andra organisationer som inte omfattas av årsredovisningslagen.

Vidare har en särskild arbetsgrupp utarbetat en promemoria med förslag om att i årsredovisningslagen, lagen om kommunal redovisning m.fl. ta in krav på redovisning av sjukfrånvaro. Förslaget har remissbehandlats och efter granskning av Lagrådet har regeringen i anslutning till denna proposition till riksdagen lämnat förslag om Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron (prop. 2002/03:6).

Försöksverksamhet avseende hälsoredovisning prövas inom ramen för punkten om försöksverksamhet inom offentlig sektor. Beslut om medel till sådana verksamheter avseende hälsobokslut fattades i maj och juni 2002.

6 Försök för att minska ohälsan inom den offentliga sektorn

För att bedriva särskilda försök hos några av de stora offentliga arbetsgivarna i syfte att förebygga och minska sjukfrånvaron har 50 miljoner kronor avsatts för 2001 och 20 miljoner kronor för 2002. Projekten skall ha karaktären av metodutveckling. I december 2001 beslutade regeringen att fördela medlen för 2001 till nio projekt inom landsting och kommuner. I maj i år beslutades om projektmedel till ytterligare sex försöksverksamheter. Tre projekt avser mer omfattande försöksverksamhet med hälsobokslut. I juni i år beslutade regeringen att fördela de återstående medlen på knappt 10 miljoner kronor till ytterligare fem projekt.

7 Förnyelse av rehabilitering – individen i centrum

I december 2001 gav regeringen RFV och AMS i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen enligt följande.

- RFV skall utveckla en metod för tidig fördjupad bedömning av den enskildes arbetsförmåga och behov av rehabilitering.
- RFV skall utveckla metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden samt förtydliga rehabiliteringssamordnarnas yrkesroll. Verket skall dessutom redovisa hur man avser att tillse att metodiken i kassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden fortsätter att utvecklas kontinuerligt och hur man avser att tillse att metodiken sprids bland kassorna.
- AMS och RFV skall genomföra en pilotverksamhet avseende en samordnad organisation mellan försäkringskassan och arbetsförmedlingen för arbetslivsinriktad rehabilitering när det gäller sjukskrivna arbetslösa.

Arbetet med förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall bedrivas under åren 2002, 2003 och 2004. De metoder, arbetssätt m.m. som utvecklas inom ramen för förnyelsearbetet skall spridas successivt. De skall senast vid utgången av 2004 tillämpas fullt ut i hela landet. För 2002 har 70 miljoner kronor avsatts för att driva förnyelsearbetet och ytterligare medel kommer

att avsättas för de kommande åren. En första delrapport lämnades den 30 juli i år.

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att följa och utvärdera förnyelsen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

8 Justeringar av gällande lagstiftning för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet

I anslutning till budgetpropositionen för 2002 föreslog regeringen att bestämmelserna om försäkringskassornas fördjupade bedömningar av sjukpenningrätten efter 28 dagar skall upphöra att gälla. Avsikten med detta är inte att minska bedömningarna utan att koncentrera arbetet på mer komplicerade ärenden. Riksdagen har numera beslutat enligt förslaget.

I åtgärdsprogrammet anges att regeringen avser att skärpa reglerna för arbetsgivares skyldighet att medverka i rehabiliteringsarbetet. HpH-utredningen har bl.a. föreslagit att arbetsgivare alltid skall lämna underlag och yttrande från företagshälsovården senast den 60:e dagen i en sjukperiod.

9 Former för sjukskrivningsprocessen

Mönstret för sjukskrivningar visar betydande variation. Kunskapen om detta behöver förbättras. RFV har fått i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen närmare klargöra omfattningen i det varierande mönster för sjukskrivning som finns i sjukskrivningsprocessen samt följderna för försäkringskostnaderna. RFV skall beskriva formerna för sjukskrivningsprocessen samt fördjupa sig i denna för ett antal utvalda kommuner. Uppdraget skall slutredovisas den 15 februari 2003. En första delredovisning kommer inom kort att lämnas till regeringen.

I maj 2002 anordnades en hearing om försäkringsmedicin med bl.a. företrädare för läkarutbildningen vid universiteten.

10 Förbättrad statistik och forskning på ohälsområdet

Kunskaperna om sjukskrivningsprocessen behöver förbättras. Det finns därför ett behov av mer utvecklad forskning och bättre statistik. Inriktningen är att utvecklingen av den arbetsrelaterade ohälsan skall följas upp och utvärderas, t.ex. av en utvärderingsgrupp. Formerna för en sådan uppföljning skall utredas närmare och regeringen beslutade i januari i år om direktiv till en särskild utredare (dir. 2002:4). Arbetet skall redovisas i sin helhet den 31 mars 2003. I början av augusti lämnades delbetänkandet Kunskapsläge sjukförsäkringen (SOU 2002:62). I detta redovisas dels utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet, dels förslag om hur det framtida systemet för produktion av sjukförsäkringsstatistik bör utformas. RFV har påbörjat ett arbete att förbättra sjukskrivningsstatistiken i enlighet med utredningens förslag. Nuvarande statistik kommer att kompletteras med diagnoser och arbetsställen.

I februari 2002 hölls en hearing om Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskaps (FAS) förslag till forskningsprogram om belastningsskador. Dessutom diskuterades forskning om stress och ohälsa. Vidare diskuterades möjligheterna att finansiera ett forskningsprogram vad gäller interventionsforskning i fråga om belastningsskador enligt FAS förslag.

Regeringen förutsätter att olika forskningsfinansiärer ägnat ökat intresse åt detta område. Vid FAS pågår arbete med att tillsätta en professur inom socialförsäkringsområdet.

11 Förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården

Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården innebär att 9 miljarder kronor tillförs vården under 2001–2004. Dessutom tillförs under den perioden totalt 3,75 miljarder kronor för att öka tillgängligheten till behandlingar i vården.

Bilaga 2 Regeringens fortsatta strategi för ökad hälsa i arbetslivet

Utdrag ur budgetpropositionen för 2003, volym 6, utgiftsområde 10

Den fortsatta strategin för ökad hälsa i arbetslivet

Sammanlagt satsas ca 750 miljoner kronor per år på olika insatser under 2003 och 2004 enligt följande:

– Ett nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet införs fr.o.m. 2003 fram till 2008

Förstärkta ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare skall införas under 2003

– Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron införs under 2003

– Socialförsäkringsadministrationen tillförs ökade resurser för arbetet mot ohälsan för 2003 och 2004 och organisationen ses över

– Rätt till egen kontaktperson för långtidssjukskrivna införs

– Fler försäkringsläkare anställs på försäkringskassorna under 2003, samtidigt som regeringen ser över tillsynsfrågan

– Förstärkt utbildning för läkare i försäkringsmedicin påbörjas under 2003

– Partiell sjukskrivning skall vara utgångspunkten vid intyg om sjukskrivning och införas under 2003

– Rehabiliteringsutredningen görs obligatorisk. Denna skall bl.a. innehålla ett utlåtande från arbetsgivaren om att arbetsmiljölagens krav på anpassning av arbetsuppgifterna är uppfyllda.

- I vissa fall skall läkarintyg med fördjupad bedömning från annan läkare inhämtas efter åtta veckors sjukskrivning
- En teknisk översyn av reglerna om karensdag skall genomföras
- Sjukersättning (ersätter förtidspension/ sjukbidrag fr.o.m. 2003) skall beviljas för högst tre år i taget
- Reglerna för försäkringskassornas användning av medlen för köp av aktiva rehabiliteringsinsatser förtydligas under 2003
- Flexiblare användning av rehabiliteringspenning vid arbetsträning och studier ska övervägas
- Ytterligare medel avsätts för köp av försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar fr.o.m. 2003
- Nuvarande möjlighet till vilande sjukersättning/aktivitetsersättning för att pröva att arbeta utan att rätten till förmånen går förlorad förlängs till två år under 2003
- Möjlighet att ha sjukersättning/aktivitetsersättning vilande vid studier införs under 2003
- Utbildningsinsatserna inom företagshälsovården förstärks och frågan om arbetsmiljöcertifiering skall utredas under 2003
- Stödet till den regionala skyddsombudsverksamheten skall ökas med 30 miljoner kronor 2003
- I anslutning till att trepartssamtalen avslutas och resultaten av samtalen presenteras avses en informationsinsats genomföras med medverkan av samtliga parter som deltagit i samtalen

Regeringen föreslår att ett mål sätts upp som innebär att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivningar – exklusive sjuklöneperioden – skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden. För att nå detta mål är det enligt regeringen nödvändigt med ett brett stöd från arbetsmarknadens parter. Det nationella målet för ökad hälsa skall uppnås genom insatser inom ett flertal politikområden.

Regeringens förslag innebär kraftfulla insatser för att detta mål skall kunna nås. Regeringen är därutöver beredd att vidta ytterligare åtgärder. Att bryta ohälsoutvecklingen är en av

regeringens största utmaningar under mandatperioden. En naturlig utgångspunkt för detta arbete är det breda åtgärdsprogram i 11 punkter som regeringen presenterade i förra årets budgetproposition. Vad som hittills gjorts för att genomföra de åtgärder som programmet innehåller har redovisats under avsnitt 2.5.2. Det är enligt regeringens uppfattning nödvändigt att förstärka, vidareutveckla och konkretisera åtgärderna under de närmaste åren med kraftsamling på följande områden: ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare, sjukskrivningsprocessen, rehabilitering sjukersättning/aktivitetsersättning och förstärkt förebyggande arbete m.m.

Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare

Regeringen har tidigare redogjort för sin avsikt att lämna förslag om ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron hos de anställda. Det är angeläget att det i ökad utsträckning blir lönsamt för enskilda arbetsgivare att såväl förhindra att långvariga sjukfall uppkommer som att försöka få tillbaka personer som är sjukskrivna i arbete även om arbetsförmågan är nedsatt.

Ett arbete kring olika tänkbara modeller för ett förtydligt finansieringsansvar för arbetsgivare bedrivs inom Regeringskansliet. Resultat av detta arbete har diskuterats inom ramen för de pågående samtalen med arbetsmarknadens parter kring ohälsan i arbetslivet.

Regeringens bedömning är att det finns starka skäl att genom ett förändrat finansieringsansvar förtydliga de kostnader som samhället åsamkas till följd av sjukfrånvaro och göra det möjligt för arbetsgivare att genom aktiva insatser minska sjukfrånvaron och därigenom sina och samhällets kostnader. Regeringens bedömning är att detta kräver att en omläggning av nuvarande finansieringsansvar sker så att enskilda arbetsgivare i ökad utsträckning får ett större direkt ansvar för finansiering av försörjning till anställda som är sjukskrivna. Uttaget av

sjukförsäkringsavgifter skall samtidigt minskas så att arbetsgivarna som kollektiv sammantaget inte betalar mer för sjukersättningän i nuvarande system. Vid utformningen av förslag skall vidare situationen för personer som bedöms ha högre risk för längre sjukskrivningsperioder beaktas.

En förändring av finansieringsansvaret utifrån dessa utgångspunkter kan utformas med olika inriktning. En fråga i sammanhanget är inom vilka delar av ekonomin som ett tydligt och påverkbart finansieringsansvar bör införas. Inom alla sektorer finns i dag arbetsplatser med såväl hög som låg sjukfrånvaro. Det har visat sig svårt att förklara dessa skillnader med faktorer som inte kopplar till förhållanden hos enskilda arbetsgivare. Anställda inom kommuner och landsting svarar sammantaget för en betydligt större del av sjukfrånvaron än vad som motiveras av antalet anställda. Särskilt gäller detta för de långvariga sjukfallen. Även statlig sektor är överrepresenterad vad gäller långvariga sjukfall. Regeringen anser mot denna bakgrund att det är angeläget att i vart fall den offentliga sektorn snarast möjligt kan ges ökade motiv för att komma till rätta med förhållanden av betydelse för förekomst av långvarig sjukfrånvaro. Arbetsförhållanden och arbetsmiljö kommer att bli en allt viktigare faktor i konkurrensen om arbetskraften framöver.

Mot denna bakgrund övervägs att införa en avsevärt förlängd sjuklöneperiod inom enbart den offentliga sektorn. En fördjupad analys av vilka förutsättningar som finns för detta pågår inom Regeringskansliet.

En konsekvens av en sådan ansvarsomläggning är att privata arbetsgivare får andra förutsättningar att bedriva sin verksamhet på än de offentliga, samtidigt som det även inom den privata sektorn finns många arbetsplatser där sjukfrånvaron är hög. Gränsdragnings- och andra problem i förhållande till offentlig sektor föranleder ytterligare överväganden.

Ett annat tänkbart alternativ är att genomföra en omläggning för samtliga arbetsgivare.

Utgångspunkten för en generell omläggning av ansvaret bör vara medfinansiering, dvs. att staten och arbetsgivarna delar på kostnaderna för anställdas försörjning under en sjukskrivningsperiod.

För att särskilt komma till rätta med långtidssjukskrivning skulle arbetsgivarna i början av en sjukskrivning ansvara för en relativt begränsad del, vilket betyder att staten tar den största delen av ansvaret. För en sjukskrivning som fortsätter utan avbrott skulle arbetsgivarna sedan, t.ex. efter dag 60, under en längre tid avkrävas större delen av finansieringsansvaret, samtidigt som statens ansvar reduceras i motsvarande omfattning. Finansieringsansvaret skulle antingen kunna utgöras av sjuklön av viss omfattning eller av en särskild sjukförsäkringsavgift som relateras till hur belastningen på sjukförsäkringen påverkas av sjukfrånvaron hos en enskild arbetsgivare.

Nuvarande arbetsgivarperiod missgynnar inte mindre företagare som grupp då sjuktalen i genomsnitt är lägre i mindre företag än i större företag och offentlig sektor. Enskilda mindre företag kan dock drabbas hårt. Det är dessutom angeläget att generellt förbättra situationen för de mindre företagen. I samband med regeringens övervägande om ekonomiska incitament för arbetsgivarna i arbetet mot ohälsa kommer regeringen därför att utforma nya system med särskilt beaktande av de mindre företagens situation. Medfinansiering generellt förutsätter att det för mindre företag införs skydd mot höga rörliga kostnader till följd av anställdas sjukfrånvaro. Därför skulle särskilda regler behöva införas. Utgångspunkten för dessa är att undvika orimligt risktagande och tröskeleffekter vid nyrekrytering. Ett sätt att åstadkomma detta skulle kunna vara att införa en möjlighet för företag upp till en viss storlek att välja mellan att fortsätta i nuvarande sjuklönesystem eller att ingå i ett generellt system, vilket skulle innebära ett lägre avgiftsuttag. Regeringen överväger om det i en medfinansieringsmodell även bör ingå ett generellt högkostnadsskydd för orimliga kostnader

till följd av anställdas sjukfrånvaro för företag med upp till 50 – 100 anställda.

De tänkbara alternativen behöver utredas vidare. Ett sådant arbete har redan inletts och kommer att fortsätta inom Regeringskansliet under hösten 2002. Avsikten är att kunna remittera ett förslag före årsskiftet. Regeringens avsikt är sedan att lägga fram förslag till riksdagen under våren 2003 för ikraftträdande den 1 juli samma år.

Sjukskrivningsprocessen

I flera utredningar har konstaterats att den intygsskrivande läkarens kunskaper om sambandet mellan hälsa och arbetsförmåga många gånger inte är tillräckliga, att läkarens intyg om sjukskrivning i mycket liten utsträckning ifrågasätts och att det i många fall är patienten själv som i praktiken bestämmer om han eller hon skall sjukskrivas. Det har även konstaterats att sjukfrånvaron uppvisar anmärkningsvärt stora regionala variationer. I olika sammanhang har framförts att denna process resursmässigt måste förstärkas och förändras.

Regeringen anser att sjukskrivningsinstrumentet är utomordentligt kraftfullt och att det därför ur såväl ett individ- som ett samhällsperspektiv är ytterst angeläget att vidta åtgärder i syfte att begränsa den negativa utvecklingen vad gäller framförallt antalet långa sjukskrivningar. Regeringens uppfattning är att dessa åtgärder bör ske i sådana former som i grunden förstärker individens berättigade krav på arbete och stöd vid ohälsa.

För att öka kvaliteten vid den medicinska bedömningen av det stora antalet långtidssjukskrivningar behöver fler försäkringsläkare anställas på försäkringskassorna. Regeringen bedömer att behovet uppgår till ca 100 läkare med halvtidsanställning till en beräknad årlig kostnad om ca 40 miljoner kronor. Det är också nödvändigt att försäkringsläkarnas roll ändras så att de i fortsättningen arbetar mer aktivt med de intygsskrivande läkarna, bl.a. genom en mer utvecklad dialog i samband med

längre sjukskrivningsfall. Det är nödvändigt att RFV ges en övergripande och samordnande roll för att stödja försäkringsläkarna. RFV skall även ges ansvaret för att försäkringsläkarna kontinuerligt ges möjlighet att delta i relevanta utbildningar. I samband med att RFV ges en övergripande och samordnande roll för att stödja försäkringsläkarna kommer regeringen även att överväga frågan om och på vilket sätt försäkringsläkarnas bedömningar vad avser enskilda försäkrades läkarintyg skall kunna ställas under en liknande tillsyn som gäller för övriga läkare.

De intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin behöver förbättras. Den nuvarande utbildningen är inte obligatorisk och till omfattningen mycket begränsad. För att förbättra situationen behövs ett resurstillskott på 20 miljoner kronor per år. Dessa insatser bör kunna påbörjas redan under våren 2003. Det handlar dels om en kortare allmänt utformad utbildning avsedd för flertalet läkare som utfärdar intyg, dels en påbyggnadsutbildning riktad till läkare som behöver fördjupa sina kunskaper inom området. Denna utbildning bör vända sig till de läkare som försäkringskassan avser använda för att inhämta fördjupade underlag efter åtta veckor i en sjukskrivningsperiod (se nedan). Regeringen anser vidare att det är viktigt att utbildningen i försäkringsmedicin stärks under läkarutbildningens alla delar.

Regeringen avser att föreslå en ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring så att det framgår att ersättning i form av partiell sjukpenning skall vara utgångspunkten i samband med intyg om sjukskrivning. Syftet är att en eventuellt återstående arbetsförmåga som finns skall tas till vara i ökad utsträckning, vilket samtidigt motverkar att patienten förlorar kontakten med arbetslivet. Vid hel nedsättning av arbetsförmågan skall läkarintyget utförligt motivera vari den hela arbetsförmågan består. Regeringen anser vidare att ett särskilt bedömningsinstrument bör utvecklas för sjukskrivning, vilket skall fungera som ett beslutsstöd för behandlande läkare.

Det är i samspelet mellan individen, arbetskamraterna och arbetsledningen som det avgörs om individen många gånger känner sig behövd och efterfrågad trots tillfälliga eller mer långvariga nedsättningar av den fysiska eller psykiska arbetsförmågan. Det är i sådana sammanhang viktigt att den eventuella arbetsförmåga som finns kan tas tillvara genom att arbetsuppgifterna anpassas eller att andra lämpliga arbetsuppgifter går att ordna. Regeringen anser därför att den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren skall lämna till försäkringskassan skall innehålla information om varför det inte varit möjligt att anpassa arbetsuppgifterna till den anställdes arbetsförmåga eller att andra lämpliga arbetsuppgifter saknas.

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH-utredningen) föreslog att försäkringskassan vid längre sjukskrivningar regelmässigt skall inhämta underlag från företagshälsovården avseende den försäkrades arbetsförmåga m.m. samt att dessa underlag skall bekostas av försäkringen. Regeringen anser att det är av största vikt att de intyg som ligger till grund för bedömning av rätten till ersättning från socialförsäkringen och därmed möjligheterna till rehabilitering är av hög kvalitet. För att kunna uppnå detta bör dessa intyg finansieras genom försäkringen. Den enskildes möjligheter att återgå i arbete och därmed undvika det utanförskap som en längre sjukskrivning som regel innebär får inte bero på otillräckliga beslutsunderlag.

Regeringen gör därför den bedömningen att om sjukperioden pågår längre tid än 8 veckor och om den medicinska utredning som behandlande läkare ansvarar för samt den rehabiliteringsutredning som skall lämnas av arbetsgivaren, inte ger det underlag som krävs för att försäkringskassan skall kunna utreda rätten till sjukpenning och behovet av rehabiliteringsinsatser, skall försäkringskassan inhämta ett fördjupat underlag avseende den försäkrades arbetsförmåga från en annan läkare. Denna läkare bör ha genomgått den ovan nämnda fördjupade utbildningen i försäkringsmedicin.

Regeringen avser att göra en teknisk översyn av reglerna om karensdag. Utgångspunkten för utformningen av reglerna var att effekterna för de försäkrade i förhållande till inkomsten i möjligaste mån skulle vara lika för alla och att reglerna skulle vara lätta att administrera. I olika sammanhang har dock framförts kritik över att de nuvarande reglerna kan få orättvisa konsekvenser för personer med koncentrerad arbetstid och för personer som har flera arbetsgivare. Kritik har även framförts över att en karensdag kan avse endast en del av dag. Med anledning av detta anser regeringen att det finns anledning att göra en teknisk översyn av dessa regler.

Regeringen avser att senare återkomma i propositioner till riksdagen med mer detaljerade förslag inom ovanstående områden.

Rehabilitering

Regeringen anser att det är angeläget att försäkringskassornas arbete inom ohälsområdet professionaliseras. Det är också viktigt att kontakterna mellan försäkringskassan och den försäkrade förbättras när det gäller kontinuitet och tillgänglighet. För de personer som varit sjukskrivna en längre tid är det av avgörande betydelse att de får ett förbättrat stöd för att inte sjukskrivningarna skall leda till att arbetsförmågan helt eller delvis går förlorad med sjukersättning eller aktivitetsersättning som följd. Erfarenheterna visar tydligt att ju tidigare aktiva rehabiliteringsinsatser sätts in, desto större är möjligheterna för en återgång till arbetslivet. Sjukförsäkringssystemet måste därför underlätta en snabb återgång till arbete, dvs. arbetslinjen måste hävdas. Aktivitet i stället för passivitet under sjukskrivning är således viktig och regeringen anser att det krävs ett antal åtgärder inom rehabiliteringsområdet för att detta skall vara möjligt.

De nya metoder, arbetssätt m.m. som utvecklas inom ramen för regeringens uppdrag till RFV och AMS att förnya rehabiliteringsarbetet skall successivt spridas och tillämpas fullt ut i hela landet senast vid utgången av 2004. För att skapa

förutsättningar för att detta förnyelsearbete skall bli lyckosamt och att det leder till att fler sjukskrivna återgår i arbete föreslår regeringen dels att socialförsäkringsadministrationen tillförs ytterligare resurser, dels att ytterligare medel avsätts för köp av försäkringsmedicinska utredningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsutredningar.

I detta sammanhang vill regeringen understryka det angelägna i att den som är långtidssjukskriven får rätt till en egen kontaktperson på försäkringskassan som stödjer denne och koordinerar insatser av arbetsgivare, läkare och andra samt regelbundet håller kontakt med den försäkrade.

Reglerna för försäkringskassornas användning av medlen för köp av aktiva rehabiliteringsåtgärder behöver förtydligas. Dessa medel bör endast få användas för köp av aktiva åtgärder till personer som inte antas kunna återgå till sin ordinarie arbetsgivare och till personer som arbetar i små företag. På detta sätt vill regeringen markera att arbetsgivarna i ökad utsträckning måste ta sitt ansvar för att vidta rehabiliteringsåtgärder. Regeringen kommer även att överväga möjligheterna att upprätta kvalitetskriterier för vilka åtgärder försäkringskassorna får köpa. Enligt regeringens uppfattning är det motiverat att närmare överväga att vidga möjligheterna att uppbära rehabiliteringspenning vid arbetsträning och studier.

Enligt gällande bestämmelser skall en försäkrads arbetsgivare i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivare påbörja en rehabiliteringsutredning när en försäkrad till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd. Utredningen skall lämnas till försäkringskassan efter åtta veckor. Regeringen anser, i likhet med bl.a. HpH-utredningen, att det är nödvändigt att skärpa kraven på arbetsgivaren. Reglerna skall ändras så det i nämnda situationer blir obligatoriskt för arbetsgivarna att komma in med en rehabiliteringsutredning. Frågan om att införa sanktioner för

arbetsgivare som inte uppfyller denna skyldighet kommer att övervägas. Vid utformningen av förslaget skall även övervägas om det i underlaget skall ingå yttrande från företagshälsovård eller motsvarande.

Under senare tid har frågan om att införa en särskild rehabiliteringsförsäkring förts fram från olika håll. Regeringen avser därför att förutsättningslöst studera möjligheterna att införa en sådan försäkring.

Regeringen avser att senare återkomma i propositioner till riksdagen med mer detaljerade förslag inom ovanstående områden.

Åtgärder inom området aktivitetsersättning/sjukersättning

Det reformerade förtidspensionssystemet, som träder i kraft den 1 januari 2003, innebär bl.a. att personer mellan 30–64 år blir beviljade sjukersättning tills vidare eller med tidsbegränsning, beroende på hur varaktig arbetsförmågans nedsättning är. För personer i åldrarna 19–29 skall motsvarande ersättning, aktivitetsersättning, alltid tidsbegränsas till längst tre år i taget. Regeringen anser att tidsbegränsning i princip skall gälla även för försäkrade som beviljas sjukersättning och att en ny prövning av arbetsförmågan då sker, eftersom det finns försäkrade som återfått en del av sin arbetsförmåga eller genom förnyade rehabiliteringsinsatser kan återgå i arbete. Regeringen är dock medveten om att det i en hel del fall saknas anledning att ompröva arbetsförmågan. Reglerna skall därför utformas så att undantag skall kunna göras från huvudregeln om tidsbegränsning och omprövning med beaktande av i första hand sjukdom eller funktionshinder.

Enligt regler som gäller fr.o.m. 2000 kan en person med förtidspension eller sjukbidrag pröva att förvärvsarbeta och ha sin förmån vilande under högst 12 månader utan att rätten till förmånen går förlorad. Efter de första 12 månaderna av förvärvsarbete kan den försäkrade få ha förmånen vilande under ytterligare 24 månader, men om den försäkrade under denna tid

önskar få tillbaka sin förmån är det möjligt för försäkringskassan att efter prövning minska eller dra in förmånen om utredning visar att arbetsförmågan har förbättrats väsentligt. Enligt RFV har färre personer med förtidspension och sjukbidrag än väntat utnyttjat denna möjlighet och verket har fått i uppdrag att genomföra särskilda insatser för att de försäkrade skall få god kännedom om dessa reglers innebörd och i större utsträckning motiveras att pröva möjligheterna att arbeta. Enligt RFV:s redovisning finns ett ökande intresse för denna möjlighet, men att många efter en kort tid med förvärvsarbete återgår till sin förmån. Vidare framgår att ju längre tid en försäkrad provat att arbeta, desto mindre troligt är det att denne återtar sin förmån. För att ytterligare stimulera försäkrade med sjukersättning och aktivitetsersättning att pröva att förvärvsarbete utan att rätten till förmånen går förlorad, avser regeringen att återkomma med ett förslag som innebär att den vilandetid under vilken rätten till förmånen kvarstår utan prövning kan utsträckas till längst 2 år. Detta knyter an till förslaget ovan om att i princip alla sjukersättningar som kommer att beviljas skall tidsbegränsas till längst tre år i taget.

Frågan om att kunna ha förtidspensionen eller sjukbidraget vilande vid studier behandlades i promemorian Vilande förtidspension – stimulans till återgång i arbetslivet. I denna föreslogs inte någon omedelbar ändring. I stället framhölls att eventuella förändringar av rätten till ersättning under tiden med studier borde ske i samband med att ställning tas till hur reglerna skall utformas för unga försäkrade med sjukdom och arbetsoförmåga som enligt de nuvarande reglerna uppbär förtidspension. Remissinstanserna förordade dock att det skulle införas en rätt att ha förtidspensionen eller sjukbidraget vilande vid studier. Problemet angående vilka ersättningsregler som skall gälla vid gymnasiestudier för vissa unga försäkrade med funktionshinder är numera löst. Allmänt sett anser regeringen att studier är ett av flera sätt att stimulera till och möjliggöra såväl återgång till arbetslivet som ett mera aktivt liv i övrigt. Studier kan således i många fall vara det mest effektiva medlet

för att förbättra möjligheterna att helt eller delvis försörja sig själv. För att det skall gå att behålla det välfärdssystem som byggts upp är det nödvändigt att varje persons arbetsförmåga kan tas tillvara så långt det är möjligt. Detta gäller inte minst dem som beviljats aktivitetsersättning och sjukersättning – men som efter studier kan komma ut på eller återvända till arbetsmarknaden helt eller i begränsad omfattning. Mot denna bakgrund avser regeringen att senare återkomma till riksdagen med ett förslag om vilande aktivitetsersättning och sjukersättning vid studier.

Förstärkt förebyggande arbete m.m

En viktig utgångspunkt för arbetet med hälsan i arbetslivet är att stärka och utveckla de åtgärder som förhindrar att människor får sin arbetsförmåga nedsatt och blir sjuka. Trepårtssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter beräknas komma att avslutas före årsskiftet. I anslutning till att trepartssamtalen avslutas och resultatet av samtalen presenteras bör det genomföras en informationsinsats med medverkan av samtliga parter som har deltagit i samtalen. Under förutsättning av att parterna medverkar i både genomförandet och finansieringen av dessa kommer regeringen att avsätta 20 miljoner kronor för detta ändamål.

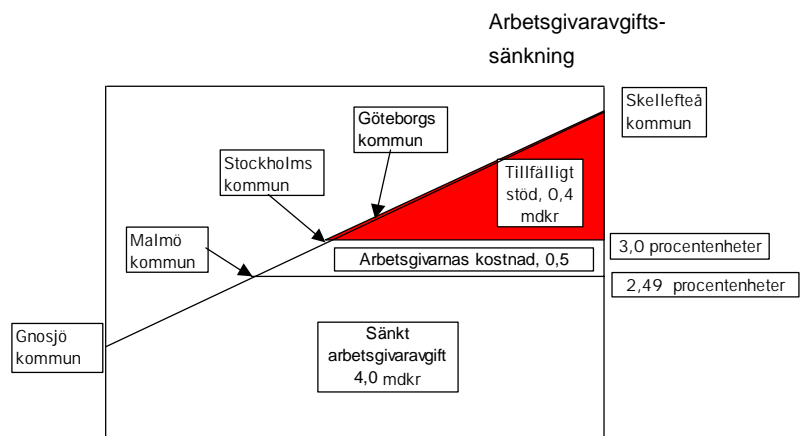
Företagshälsovården måste också stärkas under de kommande åren för att möta en ökad efterfrågan från arbetsgivarna. Utbildningsinsatserna inom företagshälsovård behöver därför öka och nivån på utbildningen, och därmed kvaliteten, höjas. Detta skall ske genom att medel tillförs under 2003 med 15 miljoner kronor för förstärkt utbildning av personalen samt metodutveckling. Regeringen kommer att tillsätta en utredning som prövar möjligheterna till certifiering av företagshälsovård, samt även huvudmannaskapet för utbildningen inom företagshälsovård. Syftet är att förbättra kvaliteten och öka rekryteringen av yngre personal.

På den enskilda arbetsplatsen spelar skyddsombuden en viktig roll. En förstärkt utbildning för regionala skyddsombud inom ramen för utvecklingen av arbetsmiljöarbetet genomförs under 2001 och 2002. Regeringen föreslår att denna verksamhet förstärks med 30 miljoner kronor 2003.

För att stimulera företag, kommuner och myndigheter att undvika hög sjukfrånvaro har regeringen, som aviserades i den ekonomiska vårpropositionen, i anslutning till denna budgetproposition förelagt riksdagen en proposition om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron (prop.2002/2003:6). I korthet innebär förslaget att uppgifter om sjukfrånvaron skall lämnas i årsredovisningen samt att redovisningen skall vara jämförbar för privata verksamheter, kommuner och för statliga myndigheter. Vissa mindre företag föreslås inte bli omfattade av denna skyldighet. Med sjukfrånvaro avses i detta sammanhang total sjukfrånvaro under året i relation till de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid. För att få en heltäckande bild krävs dessutom att sjukfrånvaron redovisas köns- och åldersindelat. Dessutom föreslås att även den andel av sjukfrånvaron som avser sjukfall som varat i 60 dagar eller mer skall anges. Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 juli 2003. Åtgärderna inom arbetslivsområdet redovisas närmare under utgiftsområde 14 Arbetsliv.

Bilaga 3 Illustration av 50-procentsalternativet

Illustration av höjt kostnadsansvar för sjukpenning, sänkt arbetsgivaravgift och tillfälligt stöd



Bilaga 4 Illustration av 15-procentsalternativet

Illustration av höjt kostnadsansvar för sjukpenning till 15 procent och sänkt arbetsgivaravgift för kommunerna som arbetsgivare

