

# Särskilda yttranden

## Särskilt yttrande av Anna Santesson

Utredaren har haft till uppgift att, utifrån huvudsakligen tidigare gjorda kartläggningar och utredningar, fördjupa analysen av dessa och lägga förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet för att komma tillrätta med samhällets ökade kostnader för sjukskrivning och förtidspension.

I avsnitt 4 presenteras utredarens överväganden och förslag. Till avsnitt 4.7 – En kompletterande arbetsmarknad - vill jag göra följande kommentarer:

Under rubriken "En vidgad arbetsmarknadspolitik" föreslås att "arbetsmarknadspolitikerna borde utvidgas så att det i arbetsmarknadsmyndigheternas uppdrag skall ingå att anpassa arbetsmarknaden till människor med begränsad arbetsförmåga". Arbetsförmedlingens uppdrag föreslås vidgas till personer som inte är arbetslösa men som behöver byta arbete. Utredningen lyfter fram en angelägen fråga – att arbetslinjen borde gälla även inom socialförsäkringen – men underlåter att närmare utreda alternativa vägar för genomförande av en sådan förändring och att analysera konsekvenserna av alternativen.

Enligt förordning(2000:638) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten är verksamhetens huvuduppgifter:

- ?? att effektivt sammanföra den som söker arbete med den som söker arbetskraft
- ?? att främja sysselsättning och kompetensutveckling för arbetslösa personer på en effektiv och flexibel arbetsmarknad
- ?? att underlätta för personer med svag ställning på arbetsmarknaden att få arbete och förhindra utslagning från arbetsmarknaden

- ?? att motverka långa tider utan reguljärt arbete, samt
- ?? att motverka en könsuppdelad arbetsmarknad och på andra sätt bidra till ökad jämställdhet mellan kvinnor och män samt till ökad mångfald i arbetslivet

Arbetsförmedlingen har således redan idag till uppgift att hjälpa personer med svag ställning på arbetsmarknaden att få ett arbete.

Även personer med anställning har rätt till service från arbetsförmedlingen. Det handlar då om kortare insatser av mer informativ karaktär. Personer som önskar byta arbete kan hos arbetsförmedlingen få information om lediga platser och kan också via Arbetsförmedlingen Internet skaffa sig information om utbildningar, kartlägga sina intressen, informera sig om arbete i andra länder mm.

Arbetsförmedlingens fördjupade service och de arbetsmarknadspolitiska programmen vänder sig till arbetslösa och till personer som löper risk för arbetslöshet. Speciella program och/eller speciella uppdrag finns för arbetshandikappade, långtidsarbetslösa, invandrare/personer med utländsk bakgrund och ungdomar.

Ett minskat intresse från arbetsgivare att anställa personer som inte betraktas som fullpresterande, omvitnas från Arbetsmarknadsverket. Arbetsförmedlingen jobbar idag hårt med att få till stånd fler platser med lönebidrag för arbetshandikappade och har vissa svårigheter att hitta arbete till långtidsarbetslösa i Aktivitetsgarantin, trots de möjligheter till lönestöd för arbetsgivare som finns.

Att i ett sådant läge förvänta sig att arbetsförmedlingen skulle klara av att åstadkomma den tänkta kompletterande arbetsmarknaden för långtidssjukskrivna måste bedömas som orealistiskt. Alternativet, menar utredaren, skulle vara att tillskapa en ny organisation inom försäkringskassorna för detta ändamål.

Att skapa en kompletterande arbetsmarknad för sjukskrivna låter sig inte göras genom regeringsuppdrag åt vare sig den ena eller andra myndigheten. En sådan stor och genomgripande förändring i svenskt arbetsliv kan bara genomföras med arbetsmarknadens parter som centrala aktörer. En bred uppslutning från dessa är en nödvändig förutsättning för att bereda långtidssjukskrivna arbete. Det handlar om ett mycket stort antal människor som ska beredas arbete och inte om en mer marginell ökning av det antal arbetsökande som finns idag. Ett fullt genomfört system med rehabiliteringsbidrag och anpassat arbete för sjukskrivna kan närmast beskrivas som en systemförändring. Och något sådant kan inte

framgångsrikt genomförs genom att lägga ytterligare uppgifter på vare sig Arbetsmarknadsverket eller försäkringskassorna.

Ett lämpligt forum för överläggningar kring dessa nya krav på arbetslivet är de nyligen inledda trepartssamtalen mellan regeringen och arbetsmarknadens parter inom ramen för arbetet med regeringens 11-punktsprogram för ökad hälsa. Innan ett system med kvotering övervägs, som föreslås i utredningen, måste möjligheterna att hitta lösningar på frivillig väg undersökas.

Avstämning med parterna är också ett lämpligt första steg när det gäller frågan var administrationen av det tänkta systemet med rehabiliteringsbidrag och anpassat arbete bäst skulle kunna skötas. Det är långt ifrån självklart att det måste vara arbetsförmedlingen eller försäkringskassan som ges ansvaret.

Det finns idag inom vissa sektorer av arbetsmarknaden avtal som träffats mellan arbetsmarknadens parter för att kunna erbjuda anställda hjälp i samband med varsel, uppsägningar och omstruktureringar. Inom det privata tjänstemannaområdet finns Trygghetsrådet medan Trygghetsstiftelsen svarar för det statliga området. En särskild utredare arbetar för närvarande, på uppdrag av regeringen, med att belysa effekterna av avtalen och har också till uppgift att, tillsammans med arbetsmarknadens parter, undersöka om avtal skulle kunna ingås för hela arbetsmarknaden.

De tjänster som erbjuds hos Trygghetsrådet och Trygghetsstiftelsen liknar innehållsmässigt arbetsförmedlingens service. Utredning, vägledning, praktik, utbildning och hjälp att hitta nytt arbete är vanligt förekommande inslag. Ett liknade system borde kunna övervägas även för sjukskrivna som behöver byta arbete.

Även andra frivilliga sammanslutningar kan ha en funktion att fylla för sjukskrivna som behöver byta arbete. De arbetsgivningar i personalfrågor som finns på olika platser i landet har som syfte att samverka just i rehabiliteringsärenden.

Av ovanstående följer också att förslaget att göra Arbetsmarknadsverket ansvarigt för genomförandet av ett system med "lönebidrag" för sjukskrivna med anställning, utan arbetsmarknadspolitisk prövning, inte kan bedömas vara genomförbart. Att uppdra åt arbetsförmedlingen att parallellt hantera arbetsmarknadspolitiska program – anställningsstöd, lönebidrag, OSA – och ett lönestöd med helt andra förutsättningar skulle bli ohanterligt, inte minst i kontakterna med arbetsgivarna. Detta gäller oavsett om en efterfrågan skulle finnas på arbetsmarknaden.

Hur den praktiska hanteringen av rehabiliteringsbidraget skulle kunna skötas och i vilken form denna skulle kunna användas som lönestöd måste utredas vidare.

Även utan ett utvidgat arbetsmarknadspolitiskt uppdrag – som innebär att nya målgrupper skulle få tillgång till arbetsförmedlingens service – kommer en effektivisering av försäkringskassornas arbete med sjukskrivna att få till följd att behovet av insatser från arbetsförmedlingen för arbetslösa sjukskrivna kommer att öka. En uppskattning av vad dessa ökade krav på arbetsförmedlingen skulle innebära i termer av behov av utökade personalresurser saknas i utredningen. Kostnadsberäkningar saknas också i fråga om förslaget om ett utökat arbetsmarknadspolitiskt uppdrag.

Anna Santesson  
sakkunnig

**Särskilt yttrande av Anna Hallgren**

Utredningen en Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet har i sitt slutbetänkande framfört förslag i avsnitt 4.10 om en försäkringsmässig sjukförsäkring. Då förslaget är detsamma som framfördes i Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande *Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag* (SOU 2000:121) hänvisar jag till vad Marie Heiborn framförde i denna del av sitt särskilda yttrande i ovannämnda utredning.

Anna Hallgren  
Sakkunnig

# Kommittédirektiv

## Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet

Dir. 2000:92

---

Beslut vid regeringssammanträde den 7 december 2000.

### Sammanfattning

Regeringen har inlett en omfattande översyn av orsakerna till den ökade ohälsan i arbetslivet. Det överordnade motivet är att minska den arbetsrelaterade ohälsan. Som ett led i arbetet har olika utredningsinsatser genomförts eller påbörjats. Exempel på sådana är det arbete som sker i sjukförsäkringsutredningen (dir. 1999:54 med tilläggsdirektiv 1999:82) och utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44), samt det arbete som sker inom Regeringskansliet för att ta fram en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet (Ds 2000:54).

Arbetet har således bedrivits parallellt och ett antal förslag har lämnats eller kommer att lämnas inom en nära framtid. Behov finns nu av att sammanställa de förslag, faktaunderlag och uppslag som har framkommit på olika håll till en helhet. En särskild utredare tillsätts därför för att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredaren skall förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. Utredaren skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Vidare skall utredaren föreslå hur dessa insatser och

system kan bli enklare, effektivare och fungera bättre som en enhet. I sin handlingsplan skall utredaren redovisa åtgärder på både kort och lång sikt.

## Bakgrund

För den enskilda individen leder ohälsa till sämre livskvalitet, utslagning från arbetslivet, ekonomiskt beroende och minskad kontroll över den egna livssituationen. För samhället i stort är ett gott hälsoläge hos befolkningen en förutsättning för en positiv utveckling med ett högt arbetsutbud och en god tillväxt. Den demografiska utvecklingen kommer under de närmaste årtiondena att leda till att antalet människor i förvärsaktiv ålder minskar, samtidigt som antalet äldre ökar kraftigt. Allt fler, både kvinnor och män, står dessutom redan från omkring 55 års ålder utanför arbetsmarknaden, vilket också bidrar till att allt färre skall försörja allt fler. Detta är ett hot mot den framtida ekonomiska utvecklingen och därmed mot välfärden.

Regeringen ser mycket allvarligt på att sjukfrånvaron har ökat kraftigt de senaste åren och har därför inlett ett arbete för att bryta den negativa utvecklingen. Syftet är för det första att höja den enskildes välfärd genom att förebygga ohälsa i arbetslivet och ge möjlighet till snabb återgång till arbete. För det andra är syftet att höja arbetsutbudet och därigenom bidra till en god tillväxt så att Sverige har beredskap att möta den framtida demografiska utvecklingen. Målet är således att fler människor skall ges förutsättningar att stanna kvar i eller återgå till sitt arbete. Var och en skall kunna delta i arbetslivet efter förmåga. Det kräver förebyggande insatser, så att arbetsförhållanden och arbetsmiljö inte ger upphov till sjukdom eller arbetsskada samt en väl fungerande medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering och effektiva försäkringssystem.

Olika utredningar och interna arbetsgrupper i Regeringskansliet har nyligen lämnat eller kommer att lämna förslag som har en koppling till de ovannämnda frågorna. Detta gäller bl.a.

- Arbetsskadeutredningens betänkande Den framtida arbetsskadeförsäkringen (SOU 1998:37),
- Utredningen om översyn av socialförsäkringens administration, betänkande Försäkringskassan Sverige - Översyn av socialförsäkringens administration (SOU 1996:64),

- Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, betänkande Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78),
- Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11), delbetänkande Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72),
- Utredningen för översyn av processuella regler inom socialförsäkringen m.m. (S1998:06),
- projektet om reformerad förtidspension (Ds 2000:39, Sjukersättning istället för förtidspension och Ds 2000:40, Aktivitetsersättning) samt
- Nationella folkhälsokommitténs betänkande Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91).

## Uppdraget

Uppdraget innebär att en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet skall tas fram. Utredaren skall förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. Utredaren skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet samt hur insatserna och systemen sammantaget kan bli enklare, effektivare och fungera bättre som en helhet. I detta sammanhang bör även företagshälsovårdens liksom sjukvårdens kopplingar till de aktuella försäkringsområdena - exempelvis den medicinska rehabiliteringen - vägas in. Utredaren skall särskilt belysa villkoren för personer med långa eller återkommande sjukskrivningsperioder. Arbetet skall bedrivas med hänsyn tagen till både kvinnors och mäns förutsättningar och behov. Vid översynen skall bl.a. de förslag som redovisats i ovan nämnda utredningar behandlas. Även resultatet av det arbete som har utförts och utförs inom arbetsmiljöområdet skall beaktas. I sin handlingsplan skall utredaren redovisa åtgärder på både kort och lång sikt. Utredaren skall också analysera hur ohälsan i arbetslivet påverkar arbetsutbudet och möjligheterna att uppnå målet om att 80 procent av alla 20-64-åringar skall vara sysselsatta år 2004. Utgångspunkterna för arbetet skall bl.a. vara följande:

- Samhällets insatser skall genomsyras av arbetslinjen, dvs. arbete skall löna sig. Arbetsmiljö och arbetsförhållanden får



- inte ge upphov till sjukdom eller arbetsskada. Utredaren skall därför undersöka vilka aktiva åtgärder som kan genomföras för att undvika sjukdom och skada och för att sjukskrivna och förtidspensionerade skall kunna återgå till arbetslivet.
- Den som drabbas av ohälsa skall vara ekonomiskt tryggad under den tid han eller hon inte kan förvärvsarbeta.
  - Verksamheten och försäkringarna bör samordnas och effektiviseras. Utredaren skall därför analysera hur reglerna skall kunna förenklas samtidigt som försäkringarna om möjligt görs mer försäkringsmässiga. Förutom att ge ekonomisk trygghet under tid av arbetsoförmåga skall försäkringarna också ge incitament till en snabb återgång till arbete.
  - Det skall inte skapas nya system för ersättning vid arbetslöshet eller studier där kraven på den arbetsökande eller studerande är annorlunda än dem som ligger till grund för arbetslöshetsförsäkringen respektive studiestöden.
  - Finansieringsansvaret bör i första hand finnas hos den som kan påverka kostnaderna.
  - Systemens kostnader får inte överskrida budgeterade ramar.
  - Den negativa kostnadsutvecklingen inom ohälsförsäkringarna måste hejdas och den framtida utgiftsutvecklingen skall vara långsiktigt samhällsekonomiskt stabil.

### *Konsekvenser för företagare*

Om utredaren lämnar förslag till sådana förändringar i försäkringssystemen m.m. som innebär att företagens villkor ändras skall utredaren särskilt redovisa konsekvenserna för små företag i enlighet med 15 § kommittéförordningen (1998:1474). Därvid skall en analys göras på sätt som beskrivs i kommittéhandboken (kap. 7.6, Ds 2000:1). I fråga om utförandet av analysen har utredaren möjlighet att samråda med Simplex-enheten (Näringsdepartementet).

I prop. 1999/2000:139 konstaterade regeringen att nya anställningsformer uppstår, egenföretagandet blir allt mer ett komplement till en anställning. Reglerna för arbetslöshetsförsäkringen är i sin nuvarande utformning främst inriktade på arbetstagare. Stora förändringar sker emellertid när det

gäller nyföretagande vilket ställer nya krav på alla samhällssystem, t.ex. arbetslöshets- och socialförsäkringar. Frågan om företagares ställning i bl.a. dessa system är komplicerad och rymmer många avväganden, såsom undanträngningseffekter och konkurrensnedvridning. Regeringen har därför aviserat att dessa förändringar kommer att analyseras. Det är ett arbete som bedrivs inom Näringsdepartementet i samarbete med Socialdepartementet. Utredaren skall beakta denna uppföljning.

### Redovisning av uppdraget

Utredaren skall rapportera om handlingsplanens uppläggning och inriktning på åtgärder senast den 15 februari 2001. Vid denna tidpunkt skall också inledande förslag till åtgärder på kort sikt lämnas.

Förslag till handlingsplan med redovisning av ytterligare åtgärder på kort sikt samt åtgärder på lång sikt skall lämnas senast den 1 juni 2001. Förslagen till åtgärder på kort sikt skall då omfatta färdiga förslag till lösningar med såväl konsekvensbedömningar som kostnadsberäkningar.

Senast den 15 december 2001 skall utredaren redovisa åtgärder på längre sikt.

Förslag med budgetmässiga konsekvenser skall åtföljas av förslag till finansieringslösningar. Förslag till finansiering skall följa de gällande finansieringsprinciperna.

Utredaren skall lämna de förslag till lagändringar som översynen motiverar.

(Socialdepartementet)

**Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet**

**HpH**

**S 2000:07**



Handlingsplanens uppläggning och  
inriktning

Delrapport från Utredningen

**Handlingsplan för ökad hälsa i  
arbetslivet**

*2001-02-15*



## Till statsrådet Ingela Thalén

Vid sammanträde den 7 december 2000 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2000:92) som gav en särskild utredare i uppdrag att göra en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Direktiven till utredningen har i sin helhet bifogats rapporten (bilaga 1). Utredningen (S 2000:07) har antagit namnet Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.

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

Den 25 januari 2001 förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen kanslirådet Lena Barrbrink, departementsrådet Charlotta Gustafsson, departementssekreteraren Maria Enggren, departementssekreteraren Carl Holmberg, kanslirådet Eeva Seppälä och kanslirådet Per Tillander. Till att som experter ingå i utredningen förordnades förbundsdirektören Jan-Åke Brorsson, generaldirektören Anna Hedborg, generaldirektören Anders L. Johansson, generaldirektören Inger Ohlsson, generaldirektören Kenth Pettersson, generaldirektören Kerstin Wigzell och generaldirektören Gunnar Ågren. Den 29 januari 2001 förordnades departementsrådet Lars Dirke, kanslirådet Kent Ivarsson och departementsrådet Mats Wadman att också ingå som sakkunniga i utredningen.

Utredningen överlämnar härmed delrapporten Handlingsplanens  
uppläggning och inriktning.

Stockholm den 15 februari 2001

Jan Rydh

/Rolf Lundgren  
Birgitta Målsäter

# Innehåll

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>1</b> | <b>Uppdraget.....</b>   | <b>255</b> |
| 1.1      | Direktiven.....   | 255        |
| 1.2      | Tidpunkter för redovisning.....   | 256        |
| 1.3      | Handlingsplanens uppläggning och inriktning.....  | 256        |
| <b>2</b> | <b>Politiska mål och ställningstaganden.....</b>  | <b>259</b> |
| 2.1      | Ett fristående försäkringssystem.....   | 259        |
| 2.2      | Försäkringskassornas organisation.....  | 260        |
| 2.3      | Särskilt högkostnadsskydd för småföretag .....  | 261        |
| 2.4      | Budgettillskott.....  | 262        |
| <b>3</b> | <b>Utvecklingen - en faktabas .....</b>   | <b>265</b> |
| 3.1      | Basfakta .....  | 265        |
| 3.2      | Tidigare utredningar - pågående arbete.....   | 266        |
| 3.3      | Sjukfrånvaro, arbetskraftsutbud, sysselsättning och<br>människor i arbete .....   | 268        |
| 3.3.1    | RFV:s prognoser för åren 2000-2006 .....  | 268        |
| 3.3.2    | Utvecklingen av sjukfrånvaro, förtidspensioner,<br>arbetskraft, sysselsättning och människor i arbete<br>mellan åren 1997 och 2000..... | 270        |
| 3.3.3    | Utvecklingen fram till år 2004 .....  | 271        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>4</b> | <b>Arbetsområden/fördjupade studier.....</b>  | <b>275</b> |
| 4.1      | Mål för ökad hälsa i arbetslivet.....   | 275        |
| 4.1.1    | Övergripande mål för hälsa i arbetslivet.....   | 275        |
| 4.1.2    | Mål och uppföljning av ansvariga myndigheter inom hälsoområdet.....   | 275        |
| 4.1.3    | Mål för sjukfrånvaro.....   | 276        |
| 4.2      | Prevention och rehabilitering.....  | 276        |
| 4.2.1    | Förebyggande åtgärder.....  | 277        |
| 4.2.2    | Rehabiliteringsinsatser.....  | 280        |
| 4.3      | Sjukfallsstudier.....   | 281        |
| 4.4      | Försäkringssystemen.....  | 282        |
| 4.4.1    | Nya företags- och anställningsformer.....   | 282        |
| 4.4.2    | Arbetskadeförsäkringen.....   | 283        |
| 4.4.3    | Förtidspension.....   | 285        |
| <b>5</b> | <b>Förslag.....</b>   | <b>287</b> |
|          | <b>Bilaga 1 Kommittédirektiv .....</b>  | <b>289</b> |
|          | <b>Bilaga 2. Mål - inriktningsmål.....</b>  | <b>295</b> |
|          | <b>Bilaga 3 Regler för vilande förtidspension (Källa: RFV).....</b>   | <b>303</b> |
|          | <b>Tillägg.....</b>   | <b>305</b> |
|          | Korrigerig av uppgift i rapport 2001-02-15<br>"Handlingsplanens uppläggning och inriktning" avsnitt<br>3.3. (tabellerna 3,4 och 6)..... | 305        |
| 3.3      | Sjukfrånvaro, arbetskraftsutbud, sysselsättning och människor i arbete.....   | 305        |
| 3.3.1    | RFV:s prognoser för åren 2000-2006.....   | 306        |
| 3.3.2    | Utvecklingen av sjukfrånvaro, förtidspensioner, arbetskraft, sysselsättning och människor i arbete mellan åren 1997 och 2000 .....      | 308        |
| 3.3.3    | Utvecklingen fram till år 2004.....   | 310        |



# 1 Uppdraget

## 1.1 Direktiven

Regeringen tillsatte den 8 december 2000 en särskild utredare med uppgift att ta fram en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredningens uppdrag framgår av bifogade direktiv. (Bil. 1) Utredningen har antagit namnet "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (HpH). I denna första rapport redovisar utredningen den huvudsakliga uppläggningsplanen av det fortsatta arbetet och sammanfattar ett antal inledande och enligt utredningen nödvändiga politiska ställningstaganden för regeringens bedömning.

Utredningen skall enligt direktiven redovisa en handlingsplan som skall omfatta en översyn och förslag avseende

- ?? effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension, arbetsskadeförsäkring samt administrationen av dessa system.
- ?? åtgärder i syfte att effektivisera förebyggande åtgärder, rehabiliterande insatser och försäkringssystem. I detta sammanhang skall även företagshälsovårdens och sjukvårdens kopplingar till försäkringarna vägas in.
- ?? villkoren för personer med långa eller återkommande sjukskrivningsperioder.

Utredningen skall också analysera hur sjukfrånvaron påverkar arbetskraftsutbudet och möjligheterna att uppnå målet att 80 procent av alla 20 till 64-åringar skall vara sysselsatta år 2004.

Utredningen skall i sin översyn behandla de förslag som redovisats i nedanstående utredningar.

- ?? Arbetskadetredningens betänkande Den framtida arbetskadeförsäkringen (SOU 1998:37).
- ?? Utredningen om översyn av socialförsäkringens administration, betänkande Försäkringskassan Sverige Översyn av socialförsäkringens administration (SOU 1996:64),
- ?? Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, betänkande Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78),
- ?? Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11), delbetänkande Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72),
- ?? Utredningen för översyn av processuella regler inom socialförsäkringen m.m. (S1998:06),
- ?? Projektet om reformerad förtidspension (Ds 2000:39, Sjukersättning istället för förtidspension och Ds 2000:40, Aktivitetsersättning) samt
- ?? Nationella folkhälsokommitténs betänkande Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91).

## 1.2 Tidpunkter för redovisning

Enligt direktiven skall utredningen redovisa rapporter till regeringen enligt följande tidsplan:

*Den 15 februari 2001.*

Redovisning av handlingsplanens uppläggning och inriktning samt förslag till åtgärder på kort sikt.

*Den 1 juni 2001.*

Förslag till handlingsplan och färdiga förslag till åtgärder på kort sikt.

Redovisning av förslag till åtgärder på lång sikt.

*Den 15 december 2001.*

Slutredovisning av förslag till åtgärder.

## 1.3 Handlingsplanens uppläggning och inriktning

I detta avsnitt redovisar utredningen sin preliminära bedömning av vilka delar som bör ingå i den kommande handlingsplanen.

Handlingsplanen skall utgå från en analys av nuvarande hälsoläge i arbetslivet och en systematisk genomgång av befintliga system, processer och berörda aktörer. Denna analys kommer huvudsakligen att baseras på de resultat som presenterats i ett antal olika utredningar och rapporter under de senaste åren. De analyser som redan gjorts bör vara tillräckliga som underlag för politiska beslut. Självfallet finns ett behov av fördjupad kunskap inom vissa områden och utredningen avser också att initiera ett antal ytterligare studier. Framför allt finns dock ett stort behov av konkreta åtgärder.

Handlingsplanen skall innehålla konkreta beskrivningar av

- ?? mål på olika nivåer för hälsa och sjukfrånvaro
- ?? mål för ansvariga myndigheter
- ?? åtgärder, organisation och ansvarsfördelning inom olika insatsområden
  - Förebyggande åtgärder, från folkhälsa till arbetsmiljö
  - Företagshälsovården
  - Sjukvården
  - Sjukskrivningsprocessen
  - Rehabiliteringsprocessen
  - Förtidspensioner
  - Arbetsskador
  - Försäkringssystemen

Handlingsplanen kommer att utvecklas successivt i en öppen dialog med intresserade och berörda parter. Utredningen är medveten om att bl.a. sjukförsäkringsutredningens förslag remissbehandlas våren 2001. De synpunkter som därvid framkommer skall givetvis ingå som underlag för det fortsatta arbetet.



## 2 Politiska mål och ställningstaganden

Under de senaste åren har ett stort antal utredningar analyserat utvecklingen inom hälsoområdet. Framför allt har de senaste årens mycket snabba uppgång av antalet sjukskrivna stått i fokus. Även om det vida område som denna utredning har att hantera aldrig kan sägas vara färdigutrett föreligger nu tillräckligt underlag för att regeringen skall kunna göra ett antal principiella och i grunden politiska ställningstaganden. Inte minst de ökade sjukskrivningarna förutsätter snara åtgärder. HpH redovisar därför inledningsvis sådana i grunden politiska frågor och föreslår att regeringen, förslagsvis i anslutning till presentationen av vårpropositionen, ger tillkänna sin ambition och sina politiska slutsatser. Sådana besked skulle väsentligt underlätta och effektivisera arbetet med att utveckla en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.

### 2.1 Ett fristående försäkringssystem

|   |
|---|
| Utredningen föreslår att regeringen redovisar ett principiellt ställningstagande till frågan om ett fristående sjukförsäkringssystem. |
|---|

Flera tidigare utredningar (Sjukförsäkringsutredningen SOU 2000:121 och Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen SOU 2000:78) har föreslagit att sjukförsäkringen skall göras mer försäkringsmässig. Sjukförsäkringsutredningen föreslår att "sjukförsäkringen ges en mer försäkringsmässig utformning och att den allmänna, obligatoriska sjukförsäkringen organiseras fristående utanför den statliga budgeten". Även om en sådan förändring inte kan genomföras omgående blir naturligtvis utformningen av en handlingsplan för hälsa i arbetet starkt beroende av om det

framtida försäkringssystemet skall utformas som ett fristående system. HpH anser i likhet med tidigare utredningar att en sådan fristående försäkring är en viktig strukturell förutsättning för att åstadkomma ett effektivt och stabilt sjukförsäkringssystem. Frågan om ett mer fristående försäkringssystem fordrar naturligtvis ytterligare utredningar. Organisationslösningar, konstruktionen av försäkringssystemet, finansiering m.m. är naturligtvis starkt beroende av det långsiktiga målet. Enligt direktiven skall HpH redovisa de långsiktiga förslagen senast den 15 december 2001. Innan utredningen fördjupar sitt arbete inom detta område vore det värdefullt om regeringen redovisade sitt mer principiella och politiska ställningstagande.

## 2.2 Försäkringskassornas organisation

Utredningen föreslår att regeringen redovisar ett principiellt ställningstagande till frågan om försäkringskassornas framtida organisation.

Sjukförsäkringsutredningen föreslog att "sjukförsäkringens framtida organisation skall utformas som en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation". Frågan om försäkringskassornas organisation har utretts och diskuterats vid ett flertal tillfällen. Motiven för en sådan förändring som innebär att en mer fast statlig organisation tillskapas synes vara uppenbara. Den nuvarande på tradition uppbyggda strukturen kan inte anses svara mot de krav som ställs på en organisation som hanterar ett så stort och växande statligt utgiftsområde. HpH anser att tiden nu är mogen för att genomföra en organisationsförändring. En sådan förändring blir alldeles särskilt nödvändig om försäkringssystemen skall göras mer försäkringsmässiga. Ett "organisationsförändringsarbete" bör därför under alla omständigheter påbörjas. Den berör inte bara försäkringskassornas organisation utan också RFV:s roll som tillsynsorgan och ledningsorgan.

Ett sådant arbete påverkas i hög grad av regeringens syn på hur sjukförsäkringssystemet långsiktigt skall utvecklas. Frågan som skall utredas gäller följaktligen inte om, utan hur, en förändring skall genomföras.

## 2.3 Särskilt högkostnadsskydd för småföretag

Utredningen föreslår att regeringen tar ställning till frågan om att införa ett högkostnadsskydd för mindre företag.

Redan 1997 presenterades ett förslag om högkostnadsskydd för mindre företag i betänkandet *Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader* (SOU 1997:142). Sjukförsäkringsutredningen föreslog att ett sådant högkostnadsskydd nu införs. Redan dagens system medför en alltför hög riskexponering för små företag. En utveckling mot ett ökat arbetsgivaransvar med en förlängd sjuklöneperiod förutsätter ett fungerande högkostnadsskydd. Sjukförsäkringsutredningen har redovisat att ett sådant högkostnadsskydd innebär att mindre företag får lägre kostnader för sjuklön och sjukförsäkring. Detta är motiverat också med hänsyn till att sjukskrivningar är väsentligt lägre i mindre företag än i kommuner/landsting och större företag.

HpH vill understryka att ett införande av ett högkostnadsskydd för mindre företag är en av de väsentligaste förutsättningarna för att åstadkomma ett förtroende bland mindre företag för det fortsatta arbetet med att genomföra nödvändiga strukturella förändringar av nuvarande försäkringssystem. Ett högkostnadsskydd sammanhänger i hög grad med frågan om sjuklöneperiodens längd. HpH avser att återkomma till denna fråga i den rapport som skall lämnas den 1 juni innevarande år. Utredningen anser det dock vara ytterst angeläget att regeringen redan dessförinnan tar ställning till högkostnadsskydd för mindre företag. Ett slutligt ställningstagande till den konkreta omfattningen och utformningen av ett högkostnadsskydd bör dock göras först i samband med bedömningen av sjuklöneperiodens längd.

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade, bl.a. genom sina egna undersökningar starka samband mellan sjukfrånvaro och arbetsmiljöfrågor i vid bemärkelse. Utredningen ansåg att en vändning av den negativa utvecklingen inte kunde ske utan att starkare kopplingar mellan arbetsplats, arbetsgivare och arbetstagare skapades. Utredningen hävdade att det i första hand är på arbetsplatsen som åtgärder kan vidtas för att förebygga sjukfrånvaro. En rehabilitering åter till arbete förutsätter åtgärder på arbetsplatsen. I detta sammanhang skulle en förlängd sjuklöneperiod ge ett förstärkt incitament för arbetsgivare att vidta adekvata åtgärder. Stora administrativa vinster och andra fördelar avseende resursanvändning skulle

dessutom kunna uppnås hos försäkringskassan om de många kortare sjukfallen hanteras och regleras direkt av arbetsgivaren. HpH kommer att i sitt fortsatta arbete att utveckla sjukförsäkringsutredningens förslag avseende sjuklöneperiodens längd.

## 2.4 Budgettillskott

Ett antal strukturella frågor av stor betydelse för det fortsatta arbetet förutsätter beslut om ekonomiska resurser. HpH redovisar nedan några sådana viktiga frågor som kräver regeringens överväganden.

### *Insatser för långtidssjukskrivna*

Utredningen föreslår att regeringen tar ställning till vilka resurser som skall avdelas för att utveckla ett rehabiliteringsprogram för de som nu är långtidssjukskrivna mer än ett år.

Den negativa utvecklingen av antalet långtidssjukskrivna fortsätter. Vid årsskiftet 2000/2001 hade mer än 84 000 personer varit sjukskrivna längre än ett år. Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har föreslagit ett omfattande åtgärdsprogram med ekonomiska beräkningar som pekar mot att ett sådant program också är samhällsekonomiskt lönsamt. Sjukförsäkringsutredningen ansåg att särskilda resurser bör avsättas för att möjliggöra utredningar och bedömningar av hur långtidssjukskrivnas sjukskrivningsperiod skall avslutas. Därtill redovisades ett behov av resurstillskott för att genomföra den nödvändiga rehabiliteringen. Enligt sjukförsäkringsutredningen behövs enbart för den första genomgången ett tillskott på ca 250 miljoner kronor. Ett mer fullständigt rehabiliteringsprogram som skulle omfatta ca 40 000 långtidssjukskrivna bedöms kräva en extra insats på ca 4-6 miljarder kronor. Sjukförsäkringsutredningen föreslog att ett sådant åtgärdsprogram genomförs under en treårsperiod.

HpH anser att ett program för rehabilitering av de nu långtidssjukskrivna främst bör motiveras utifrån en bedömning av den enskilda individens "rättighet" till arbete och rehabilitering och utformas med utgångspunkten att var och en skall få möjlighet att arbeta efter sin förmåga. Också denna fråga fordrar ett politiskt ställningstagande och inte minst ett politiskt beslut om erforderliga resurser. HpH finner i likhet med tidigare utredningar att möjlig-



heten att med nuvarande resursinsatser rehabilitera ett större antal av långtidssjukskrivna är små.

### *Ersättningstaket*

Utredningen föreslår att regeringen tar ställning till frågan om en höjning och därtill hörande finansiering av ersättningstaket i sjukförsäkringen och angränsande försäkringar bör ske.

En successiv urholkning av försäkringens omfattning har skett genom att ersättningsnivån beräknas med ett tak på 7,5 prisbasbelopp. Taket motsvarade i december 2000, 274 000 kronor. Antalet försäkrade som för närvarande har en inkomst utöver taket beräknas år 2001 vara ca 1 100 000 och motsvara 36 procent av de heltidsarbetande.<sup>1</sup> Att bibehålla ersättningstaket på nuvarande nivå skulle innebära att tämligen snart mer än hälften av de försäkrade skulle ha en inkomst över taket. Politiska företrädare har i olika sammanhang uttalat sig för en översyn av nuvarande regler. Sjukförsäkringsutredningen har föreslagit att taket skulle höjas till 10 prisbelopp och uppskattade att en sådan höjning skulle innebära en ökning av utbetalningar från sjukförsäkringen med 600 till 750 miljoner kronor (exkl. ålderspensionsavgift) beroende på sjuklöneperiodens längd. I sammanhanget bör också en översyn göras av motsvarande regler avseende ersättningstak i angränsande försäkringar, framför allt föräldraförsäkringen. För den fortsatta beredningen krävs ett politiskt ställningstagande.

---

<sup>1</sup> SOU 2000:121 Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, sid 551.



## 3 Utvecklingen - en faktabas

### 3.1 Basfakta

De i direktiven angivna utredningarna har under de senare åren redovisat ett omfattande faktamaterial. Sammanfattningsvis har följande strukturella frågor varit genomgående tema i dessa utredningar.

1. Det *allmänna hälsotillståndet* har generellt sett inte försämrats.
2. *Sjukfrånvaron* har ökat mycket snabbt under de senaste tre åren.

När det gäller en rad viktiga hälsoindikatorer ligger Sverige internationellt på en framskjuten plats. Den förväntade medellivslängden har stadigt ökat. Den självrapporterade hälsan har dock försämrats något under de senaste åren. Detta gäller i första hand psykisk ohälsa. Det föreligger också stora sociala och geografiska skillnader i medborgarnas faktiska och upplevda hälsa.

En närmare analys av sjukfrånvaron visar att utvecklingen skiljer sig åt mellan män och kvinnor, där kvinnors sjukfrånvaro är större och ökar mer. Analyserna visar vidare bl.a.

- ?? att utvecklingen av kvinnors sjukfrånvaro är särskilt oroande i kommuner och landsting
- ?? att sjukfrånvaron ökar med stigande ålder
- ?? att sjukfrånvaron är lägre i mindre företag än i större
- ?? att den långa sjukfrånvaron ökar mest och också svarar för den största delen av försäkringssystemets utgifter
- ?? att de största resurserna används för att administrera de kortare, oftast okomplicerade fallen
- ?? att den nödvändiga rehabiliteringen av de komplicerade längre sjukfallen inte fungerar tillfredställande

?? att sjukfrånvaron varierar "oförklarligt" mellan olika delar av landet

Ett stort antal olika undersökningar och analyser pekar på att det finns ett starkt samband mellan förändringar av sjukfrånvaro och arbetsplatsens organisation, resurstilldelning och arbetsrutiner. HpH hänvisar till i direktiven angivna utredningar för vidare information om dessa grundläggande basfakta.

### 3.2 Tidigare utredningar - pågående arbete

HpH skall under året behandla förslag som redovisats i ett antal utredningar. Nedan följer en lägesbeskrivning. Utredningen kommer att följa de utredningar som pågår och beakta remissvaren på redan färdiga utredningar.

*Arbetskadeutredningens betänkande Den framtida arbetsskade-försäkringen (SOU 1998:37)*

I avsnittet 4.5.4 beskriver utredningen det arbete som för närvarande pågår inom arbetsskadeområdet. HpH avser att invänta de arbeten som pågår och beräknar att lägga strukturella förslag den 15 december 2001.

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

Utredningen avvaktar Regeringens ställningstagande till frågan om försäkringskassans framtida organisation. Se vidare avsnittet 2.2.

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

Remissvaren har nyligen sammanställts inom Socialdepartementet. HpH kommer redan i denna rapport att lägga några förslag som går i linje med förslagen från "Rehabutredningen". Se vidare avsnittet 5.

*Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11), delbetänkande Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72)*

Sjukförsäkringsutredningen har sedan kommittédirektiven formulerades lämnat slutbetänkandet *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag* SOU 2000:121. Detta betänkande remissbehandlas för närvarande. HpH kommer redan i denna rapport att lägga några förslag som går i linje med förslagen från Sjukförsäkringsutredningen. Se vidare avsnitt 5.

*Utredningen för översyn av processuella regler inom socialförsäkringen m.m. (S1998:06)*

Utredningen arbetar efter direktiven 1998:73 och tilläggsdirektiven 2000:17. Utredningen har till uppgift att göra en samlad översyn av de processuella regler som gäller för olika förmåner inom socialförsäkringen. Av tilläggsdirektiven framkommer att utredaren skall undersöka och analysera beslutsprocessen i förtidspensionsärenden. Slutbetänkande skall lämnas senast den 30 juni 2001.

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

Betänkandet innehåller förslag om bl.a. beräkningsregler för ersättning till personer som drabbas av långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. I februari 2001 överlämnade regeringen remissen *Sjukersättning och aktivitetsersättning istället för förtidspension* till lagrådet.

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

Betänkandet remissbehandlas för närvarande med slutdatum i april 2001.

### 3.3 Sjukfrånvaro, arbetskraftsutbud, sysselsättning och människor i arbete

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande att en fortsatt hög sjukfrånvaro skulle göra det mycket svårt att nå uppsatta sysselsättningsmål. I detta avsnitt redovisar HpH en översiktlig bedömning av sjukfrånvarons och förtidspensioneringars konsekvenser för möjligheterna att uppnå mål för sysselsättning och tillväxt. Beräkningarna skall uppfattas som preliminära. Principerna för beräkningarna har varit att komplettera SCB:s uppgifter om befolkning och arbetskraft med uppskattade helårsekvivalenter (antal individer på årsbasis, årsarbetare) avseende arbetslösa, förtidspensionärer och sjukfrånvarande i syfte att få en uppfattning om det reella antalet människor i arbete. HpH noterar att dessa frågor kräver en förbättrad och mer kontinuerlig redovisning och uppföljning.

Arbetskraftsutbudet påverkas redan idag starkt negativt av det stora antalet förtidspensionärer. Utvecklingen de närmaste åren kan inte heller antas förbättra situationen. De senaste årens kraftiga ökning av antalet mycket långa sjukfall innebär snarare uppenbara risker för stora öknningar av stocken förtidspensionärer. Utvecklingen av sjukfrånvaron innebär vidare att ökande sysselsättningstal helt eller delvis "äts upp" av allt fler sjukfrånvarande, dvs. antalet/andelen människor i faktiskt arbete förändras inte i önskad omfattning.

I det följande redovisas och diskuteras RFV:s senaste prognoser för utvecklingen av sjukfrånvaro och förtidspension, utvecklingen av arbetskraft, sysselsättning och människor i arbete mellan åren 1997 och 2000 samt möjligheterna/förutsättningarna för att nå sysselsättningsmålet 80 procent år 2004.

#### 3.3.1 RFV:s prognoser för åren 2000-2006

RFV redovisar i *PM till Socialdepartementet* (Dnr 743/2001-435) bl.a. preliminärt utfall för år 2000 och prognostiserat utfall för år 2001 och prognoser för åren 2002-2006.

I promemorian redovisas ett antal scenarios för utvecklingen. Det scenario som ligger till grund för beräkningarna av anslagsnivåer bygger på förutsättningen att sjukfrånvaron under år 2001 utvecklas med samma ökningstakt som under år 2000. Därefter antas ökningen avstanna och förändringarna enbart spegla den

demografiska utvecklingen och beräknad timlöneökning. Utredningen anser att dessa förutsättningar kan vara väl optimistiska men använder ändå prognoserna som underlag i det följande.

Tabell 1. Ersatta dagar och kostnader i sjukförsäkringen år 2000 – 2006.

|      | Sjukpenning, rehabpenning     |                   | Förtidspension/sjukbidrag |                   | Summa kostnader mkr |
|------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|
|      | Ersatta dagar netto, tusental | Totala kostn. mkr | Antal                     | Totala kostn. mkr |                     |
| 2000 | 80 300                        | 36 350            | 428 300                   | 47 750            | 84 100              |
| 2001 | 91 200                        | 42 650            | 441 100                   | 49 950            | 92 600              |
| 2002 | 96 300                        | 48 000            | 453 000                   | 52 200            | 100 200             |
| 2003 | 97 200                        | 50 200            | 466 600                   | 55 700            | 105 900             |
| 2004 | 97 600                        | 52 250            | 481 700                   | 59 200            | 111 450             |
| 2005 | 98 000                        | 53 950            | 497 400                   | 62 750            | 116 700             |
| 2006 | 98 200                        | 56 200            | 513 850                   | 66 750            | 122 950             |

Källa: HpH. Bearbetade uppgifter från RFV

RFV:s prognoser innebär att antalet sjukpenningdagar ökar med ca 16 miljoner eller 20 procent fram till år 2003. Antalet ligger därefter på en i stort sett oförändrad nivå. Förtidspensionerna beräknas öka i jämn takt med en stockförändring på ca 12-15 000 per år. De totala sjukförsäkringskostnaderna antas under perioden öka med närmare 50 procent från 84 till 123 miljarder kronor.

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

*Tabell 2. Uppskattad frånvaro från arbetet på grund av ohälsa, årsarbetare,*

| År   | Sjukfrånvaro | Förtidspension | Summa   |
|------|--------------|----------------|---------|
| 2000 | 325 000      | 375 000        | 700 000 |
| 2001 | 370 000      | 390 000        | 760 000 |
| 2002 | 390 000      | 400 000        | 790 000 |
| 2003 | 395 000      | 410 000        | 805 000 |
| 2004 | 395 000      | 425 000        | 820 000 |
| 2005 | 395 000      | 440 000        | 835 000 |
| 2006 | 400 000      | 450 000        | 850 000 |

*Källa:* HpH. Bearbetning av material från RFV.

Tabellen visar att frånvaro från arbetsplatsen på grund av ohälsa år 2000 motsvarade ca 700 000 årsarbetare vilket motsvarar ca 13,5 procent av befolkningen i åldern 20-64 år. (1997 var motsvarande procenttal 11.) År 2004 har bortfallet vuxit till 820 000 och år 2006 till 850 000 årsarbetare. Detta betyder att år 2006 är 16,3 procent av befolkningen i åldern 20-64 år frånvarande från arbetet på grund av ohälsa. (År 1988 registrerades det hittills högsta antalet sjukpenningdagar, 18 miljoner bruttodagar, vilket motsvarade ca 300 000 årsarbetare.)

### 3.3.2 Utvecklingen av sjukfrånvaro, förtidspensioner, arbetskraft, sysselsättning och människor i arbete mellan åren 1997 och 2000

De stora variationerna i sjukfrånvaron påverkar i hög grad såväl arbetskraftsutbud som faktiskt sysselsatta i arbete. I den mån sysselsättningstalet avser att spegla den egentliga sysselsättningen i produktionen bör därför sjukfrånvaron beaktas. (Motsvarande resonemang skulle kunna föras beträffande vissa arbetsmarknadsåtgärder.)

Regeringen fastställde 1997 mål för sysselsättningen. År 2004 skulle 80 procent av befolkningen vara sysselsatt. I HpH:s analys av arbetskraftsutvecklingen kompletteras detta tal med "människor i arbete", där de sjukfrånvarande har frånräknats.



**Tabell 3.** Befolkning, arbetskraft och sysselsatta i åldern 20-64 år, 1997 och 2000.

|                           | 1997             |               | 2000             |               | Förändring<br>1997-2000 |
|---------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|-------------------------|
|                           | Antal            | Andel         | Antal            | Andel         | Antal                   |
| <b>Befolkning</b>         | <b>5 145 700</b> |               | <b>5 200 000</b> |               | <b>54 300</b>           |
| <i>Ej i arbetskraften</i> | 981 100          | 19,1 %        | 965 500          | 18,6 %        | -15 600                 |
| varav förtidspens.        | 363 000          | 7,1 %         | 375 000          | 7,2 %         | 12 000                  |
| varav studerande          | 273 000          | 5,3 %         | 300 000          | 5,8 %         | 27 000                  |
| övriga                    | 345 100          | 6,7 %         | 290 500          | 5,6 %         | -54 600                 |
| <i>Arbetskraften</i>      | 4 164 600        | 80,9 %        | 4 234 500        | 81,4 %        | 69 900                  |
| <b>Sysselsatta</b>        | <b>3 836 600</b> | <b>74,6 %</b> | <b>4 003 500</b> | <b>77,0 %</b> | <b>166 900</b>          |
| varav sjukfrånvarande     | 200 000          | 3,9 %         | 325 000          | 6,3 %         | 125 000                 |
| <b>Människor i arbete</b> | <b>3 636 000</b> | <b>70,7 %</b> | <b>3 678 500</b> | <b>70,7 %</b> | <b>41 900</b>           |

*Källa:* HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskraftsuppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 3.

År 1997 uppgick arbetskraften till 80,9 procent av befolkningen. Efter avdrag för andelen arbetslösa var andelen sysselsatta var 74,6 procent. Därifrån avgår sjukfrånvaron, 3,9 procent. Faktiskt sysselsatta i arbete kan därmed beräknas till ca 70,7 procent.

Under perioden 1997-2000 ökade antalet sysselsatta med 166 900 personer. Ökningen uppkom genom ett arbetskraftstillskott på 69 900 personer och 97 000 färre öppet arbetslösa. Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron innebar dock att sysselsättningsökningen endast till en mindre del, 25 procent eller 41 900 personer, påverkat antalet faktiskt sysselsatta i arbete. Trots att sysselsättningstalet ökade från 74,6 till 77 procent förblev andelen faktiskt sysselsatta människor i arbete oförändrad, 70,7 procent

### 3.3.3 Utvecklingen fram till år 2004

För att kunna göra en avstämning mot det uppsatta sysselsättningsmålet diskuterar utredningen nedan utvecklingen t.o.m. år 2004.

#### *Arbetskraftsutbud 2000-2004*

I nedanstående tabell redovisar HpH en analys av möjligheterna att nå sysselsättningsmålet 80 procent år 2004 mellan åren 2000 – 2004. Målet innebär att antalet sysselsatta skall öka med drygt 200 000. Antalet arbetslösa beräknas under perioden 2000 till 2004 minska med 41 000. Arbetskraftsutbudet behöver därmed öka med 161 900 personer för att målet skall kunna nås.

Befolkningsökningen i åldersgruppen 20-64 år uppgår enligt SCB:s befolkningsprognos till 58 000. Bortfallet av arbetskraft på grund av ökat antal förtidspensionärer uppskattas till ca 50 000. Med en sådan utveckling krävs att utöver befolkningsökningen på 58 000 måste 153 900 personer tillföras arbetskraften från de grupper som studerar eller som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden (utlandsboende, avtalspensionärer, arbetslösa invandrare som inte är registrerade som arbetssökande, hemarbetande, m.fl.). Dessa grupper uppgick år 2000 till 300 000 respektive 290 500 personer. Även om kraftfulla åtgärder vidtas är det orealistiskt att minska denna grupp med mer än hälften. Utredningens bedömning är att sysselsättningsmålet inte kan uppnås med förväntat utveckling av antalet förtidspensionärer. Inte ens med oförändrad nivå på den "permanenta" sjukfrånvaron, i form av förtidspension, torde det 80-procentiga sysselsättningsmålet kunna nås.

Tabell 4. Arbetskraftsutbud och sysselsättning åren 2000-2004.

| Befolkningen<br>i åldern 20-64 år | 2000      |        | 2004      |                    | 2000-2004<br>Förändring |
|-----------------------------------|-----------|--------|-----------|--------------------|-------------------------|
|                                   | Antal     | Andel  | Antal     | Andel              |                         |
| Befolkning                        | 5 200 000 |        | 5 258 000 |                    | 58 000                  |
| <i>Ej i arbetskraften</i>         | 965 500   | 18,6 % | 861 600   | 16,4 %             | -103 900                |
| varav förtidspensionärer          | 375 000   | 7,2 %  | 425 000   | 8,1 %              | 50 000                  |
| varav studerande                  | 300 000   | 5,8 %  |           |                    | stud. + övriga          |
| övriga                            | 290 500   | 5,6 %  |           |                    | <u>-153 900</u>         |
| <i>Arbetskraften</i>              | 4 234 500 | 81,4 % | 4 396 400 | 83,6 %             | 161 900                 |
| varav arbetslösa                  | 231 000   | 4,4 %  | 190 000   | 3,6 %              | -41 000                 |
| Sysselsatta                       | 4 003 500 | 77,0 % | 4 206 400 | 80,0% <sup>2</sup> | 202 900                 |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskraftsuppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 3.

### Sysselsättning – människor i arbete

När sysselsättningsmålet fastställdes år 1997 uppgick andelen sysselsatta till 74,6 procent och sjukfrånvaron motsvarade ca 200 000 årsarbetare eller 3,9 procent av befolkningen. Den andel av befolkningen som på årsbasis faktiskt var sysselsatt i arbete var således 70,7 procent.

<sup>2</sup> Regeringens sysselsättnings mål för år 2004

Tabell 5. Utgångsläge 1997 och mål 2004 för sysselsättning och människor i arbete.

|                    | Utgångsläge<br>1997 |        | "Mål"<br>2004 |        |
|--------------------|---------------------|--------|---------------|--------|
|                    | Antal               | Andel  | Antal         | Andel  |
| Sysselsatta        | 3 836 600           | 74,6 % | 4 206 400     | 80,0 % |
| sjukfrånvarande    | 200 000             | 3,9 %  | 204 365       | 3,9 %  |
| Människor i arbete | 3 636 600           | 70,7 % | 4 002 035     | 76,1 % |

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

När regeringen satte sysselsättningsmålet förutsattes ingen specifik utveckling av sjukfrånvaron. Om sysselsättningsmålet dock indirekt även skulle kunna tolkas som mål för andelen "människor i arbete" och andelen sjukfrånvarande då förutsätts vara oförändrad, skulle detta mål år 2004 vara 76,1 procent.

Tabell 6. Utgångsläge, mål och prognos för sysselsättning och människor i arbete 2000 – 2004.

| Befolkningen<br>i åldern 20-64 år | Utgångsläge<br>2000 |        | "Mål"<br>2004 |        | "Prognos"<br>2004 |        | Skillnad<br>Prognos - mål |        |
|-----------------------------------|---------------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|---------------------------|--------|
|                                   | Antal               | Andel  | Antal         | Andel  | Antal             | Andel  | Antal                     | Andel  |
| Befolkning                        | 5 200 000           |        | 5 258 000     |        | 5 258 000         |        |                           |        |
| <i>Ej i arbetskraften</i>         | 965 500             | 18,6 % | 861 600       | 16,4 % | 1 022 086         | 19,4 % | 160 486                   | 3,1 %  |
| varav förtidspens.                | 375 000             | 7,2 %  | 425 000       | 8,1 %  | 425 000           | 8,1 %  |                           |        |
| varav studerande                  | 300 000             | 5,8 %  |               |        | 303 346           | 5,8 %  |                           |        |
| övriga                            | 290 500             | 5,6 %  |               |        | 293 740           | 5,6 %  |                           |        |
| <i>Arbetskraften</i>              | 4 234 500           | 81,4 % | 4 396 400     | 83,6 % | 4 235 914         | 80,6 % | -160 486                  | -3,1 % |
| varav arbetslösa                  | 231 000             | 4,4 %  | 190 000       | 3,6 %  | 190 000           | 3,6 %  |                           |        |
| Sysselsatta                       | 4 003 500           | 77,0 % | 4 206 400     | 80,0 % | 4 045 914         | 76,9 % | -160 486                  | -3,1 % |
| varav sjukfrånvarande             | 325 000             | 6,3 %  | 204 365       | 3,9 %  | 395 000           | 7,5 %  | 190 635                   | 3,6 %  |
| Människor i arbete                | 3 678 500           | 70,7 % | 4 002 035     | 76,1 % | 3 650 914         | 69,4 % | -351 121                  | -6,7 % |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskraftsuppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 3.

HpH finner sammanfattningsvis att sysselsättningsmålet inte kan nås med nuvarande utveckling av sjukfrånvaron. I den mån målet också speglar ett reellt arbetskraftsbehov innebär utvecklingen också att det mycket snart kommer att uppstå en allvarlig brist på människor i faktisk produktion. Enligt beräkningarna ovan kan underskottet år 2004 uppskattas till fler än 350 000 människor.

Utredningen vill med ovanstående beräkningar understryka de allvarliga konsekvenser den nuvarande utvecklingen av sjukfrånvaron medför. Sjukfrånvaron är vid sidan av mänskliga och sociala aspekter i hög grad också ett växande arbetsmarknadspolitiskt och samhällsekonomiskt problem. Hälsoarbetet i arbetslivet kräver därför extraordinära och sammanhållna insatser över departements- myndighets- och partsgränser.

Utredningen vill också understryka behovet av en förbättrad uppföljning av sjukfrånvaron och dess konsekvenser för arbetskraftsutbud och faktisk sysselsättning.

## 4 Arbetsområden/fördjupade studier

I detta avsnitt redovisar HpH de arbetsområden och ytterligare fördjupningar som utredningen kommer att belysa i det fortsatta arbetet.

### 4.1 Mål för ökad hälsa i arbetslivet

HpH finner det angeläget att inriktnings- och operationella mål så långt som möjligt formuleras för hälsoarbetet. Dessa bör omfatta såväl olika hälsoparametrar som ansvariga aktörer.

#### 4.1.1 Övergripande mål för hälsa i arbetslivet

HpH avser att formulera förslag till övergripande mål för hälsa i arbetslivet. Individens hälsa och välbefinnande är självklara utgångspunkter för ett sådant målsättningsarbete. Utredningen finner dock mot bakgrund av vad som ovan redovisats avseende sjukfrånvarons betydelse för arbetsmarknad och tillväxt, det angeläget att även föra in arbetsmarknadspolitiska och samhälls-ekonomiska aspekter i detta arbete.

#### 4.1.2 Mål och uppföljning av ansvariga myndigheter inom hälsoområdet

Flera statliga verk och myndigheter har viktiga uppgifter och funktioner i hälsoarbetet. Dessa styrs huvudsakligen via årliga regleringsbrev. I bilaga 2 redovisas en första genomgång av sådana regleringsbrev. HpH konstaterar att en samlad myndighetsövergripande målstyrning inom hälsoområdet saknas - vilket kan ha sin

grund i att de olika fackområdena inom området handläggs inom olika departement - med åtföljande risk för målkonflikt.

HpH avser att lägga förslag som tydliggör mål och ansvarsområden.

#### 4.1.3 Mål för sjukfrånvaro

HpH kommer att pröva möjligheterna att formulera mål för sjukfrånvaron i olika sektorer och branscher. Utredningen kommer därför att göra en djupare analys av olika sjukfrånvarorsaker. Analysen genomförs i syfte att om möjligt kartlägga och definiera "normal", konjunkturbetingad, arbetsplatsrelaterad, regionalt "betingad" sjukfrånvaro. Ett underlag för analysen kommer att vara studier av skillnaderna i sjukfrånvaro inom olika sektorer, branscher, län etc.

I diskussionen om mål för hälsa och sjukfrånvaro anser utredningen det ytterst angeläget att goda exempel lyfts fram. Vilket företag, landsting, kommun, statlig myndighet är Sveriges friskaste? Hur kan man gå tillväga för att uppnå goda resultat? HpH noterar i detta sammanhang Alectas (tidigare SPP:s) arbete med att stimulera till framgångsrika arbetsplatser i tävlingen "Sambandet". De tävlande företagen skall beskriva hur de gör för att utveckla ledarskap, personal och arbetsmiljö. Resultaten beskrivs i mått som minskad sjukfrånvaro, lägre personalomsättning och tillfredsställda medarbetare. Resultaten skall också beskrivas i ekonomiska termer. Enligt planen skall de första vinnarna koras i april 2001. Tävlingen är indelad i två klasser; fler än 200 anställda och 200 eller färre anställda. Företag såväl inom offentlig som privat verksamhet deltar i tävlingen.<sup>3</sup>

Utredningen avser att i kontakter med berörda organisationer och myndigheter diskutera aktiviteter i syfte att lyfta fram exempel på framgångsrikt arbete för ökad hälsa i arbetslivet.

## 4.2 Prevention och rehabilitering

Arbetsplatsen och arbetets organisation har en dokumenterad påverkan på de anställdas sjukfrånvaro. Arbetsplatsen och dess organisation är också avgörande förutsättningar för hur rehabiliteringsinsatser kan genomföras. Verkningsfulla insatser kräver ett

---

<sup>3</sup> Alecta (SPP)

antal samverkande åtgärder på arbetsplatsen. Arbetsmarknadens parter, Arbetsmiljöverket etc. måste inom sina respektive kompetensområden i samverkan och med stöd av Arbetsmiljölagen och annan lagstiftning vidta kraftåtgärder i syfte att skapa arbetsförhållanden som gör det möjligt för en större del av arbetskraften att arbeta.

Arbetsgivarens ansvar i samband med anställdas ohälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering bör förtydligas och förstärkas. Detta första-handsansvar skall innebära ett entydigt ansvar för att adekvata åtgärder genomförs och att samordning och information till berörda parter sker.

#### 4.2.1 Förebyggande åtgärder

HpH anser att förebyggande och tidiga insatser är de viktigaste inslagen i en långsiktig handlingsplan mot ökad hälsa i arbetslivet. Folkhälso- och arbetsmiljöfrågor kommer därmed att vara centrala i det fortsatta arbetet, liksom frågor som rör arbetsgivarens ansvar och företagshälsovårdens roll.

##### *Folkhälsoarbetet*

Folkhälsoinstitutet har till uppgift att förebygga ohälsa och främja en god hälsa för alla. Enligt regleringsbrevet är det övergripande målet att folkhälsan förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.<sup>4</sup>

Utredningen har noterat att regeringen utsett 2001 till ett fysiskt aktivitetsår under mottot *Sätt Sverige i rörelse!* Under året genomförs ett rikstäckande projekt för ökad fysisk aktivitet där breda samhällssektorer som skolan, arbetslivet och hälso- och sjukvården samt fritiden står i fokus. Problemet bakgrund är människors brist på fysisk aktivitet och ökade vikt. Fortsätter utvecklingen som hittills ökar risken för minskad arbetsinsats och produktivitet i arbetslivet. Enligt Folkhälsoinstitutet är sannolikt ökad fysisk aktivitet en av de absolut bästa metoder som finns tillgängliga om sjuk-skrivningarna skall minska liksom vårdkostnaderna. Motion mot-verkar både stressrelaterade sjukdomar och minskar risken för att råka ut för belastnings- och förslitningsskador, som är en av de

---

<sup>4</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Folkhälsoinstitutet, sid 1

dominerande orsakerna till långvarig sjukskrivning och förtidspension.<sup>5</sup>

I Nationella folkhälsokommitténs betänkande *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* (SOU 2000:91) föreslås 18 hälsopolitiska mål. Kommitténs mål om en *god arbetsmiljö* handlar om en anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet och minskat övertidsarbete. Vidare framför kommittén vikten av *ökad fysisk rörelse*. Kroppen är beroende av fysisk aktivitet för att må bra. I dagens samhälle rör vi oss för lite. Det ökande stillasittandet är ett hot mot hälsan på sikt. En halvtimmes måttlig fysisk aktivitet per dag är tillräckligt för att minska risken för många sjukdomar. Kommittén framhåller också vikten av *goda matvanor*. Tobak är den enskilt största hälsorisken i Sverige. Insatser bör därför göras för att kraftigt *minska rökningen*. Skadligt *alkoholbruk bör minska*. Alkoholen utgör en tung faktor bakom sjukhusvård och förtidspensioneringar. Kommittén förordar en mer *hälsoinriktad hälso- och sjukvård*. Förebyggande insatser skall vara en självklar del i all behandling. Betänkandet remissbehandlas för närvarande, med slutdatum i april 2001.

Utredningen anser att det förebyggande arbetet måste vara i starkt fokus. Alla aktörer (individer, arbetsgivare, läkare, handläggare m.fl.) skall ytterligare medvetandegöras om vikten av förebyggande insatser såväl på arbetsplatsen som i privatlivet.

Utredningen kommer mot bakgrund av ovanstående att ta upp en diskussion med arbetsmarknadens parter och berörda myndigheter om en övergripande informationskampanj som sprider kunskap om framgångsrika förebyggande insatser och aktiviteter etc. HpH återkommer senare med ett preciserat förslag avseende uppläggnings- och genomförande.

### *Arbetsmiljöfrågorna*

Arbetsmiljöfrågorna utreds för närvarande i en intern arbetsgrupp inom regeringskansliet. I september 2000 lämnades delrapporten *Ett föränderligt arbetsliv på gott och ont – Utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan* (Ds 2000:54). Slutrapport skall komma i februari 2001. Denna rapport kommer att beaktas i HpH:s fortsatta arbete.

---

<sup>5</sup> Folkhälsoinstitutet, [www.fhv.se](http://www.fhv.se)



### *Företagshälsovården*

Tidigare utredningar har lagt förslag beträffande företagshälsovårdens roll. Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen föreslog i betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) att en kompetensförstärkning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning snarast bör byggas upp inom företagshälsovården.<sup>6</sup> Sjukförsäkringsutredningen föreslog att företagshälsovårdens roll skall förstärkas.<sup>7</sup>

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade att åtgärderna för att minska de långa sjukskrivningarna i första hand måste inriktas på förebyggande insatser och åtgärder i syfte att anpassa arbetsplatser och arbetsorganisation till de anställdas resurser och kapacitet. Insatser på detta område kräver ingående kunskaper om förhållandena på den enskilda arbetsplatsen och bred kompetens inom områdena arbetsmedicin, arbetspsykologi och beteendevetenskap. Företagshälsovården är idag den enda rikstäckande verksamhet som motsvarar dessa krav. Sjukförsäkringsutredningen ansåg att företagshälsovårdens ställning som en partsobunden specialistresurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet borde förstärkas och förtydligas. Utredningens förslag om att försäkringskassan, skall tillföras medel som får användas för inköp av tjänster avseende prevention och rehabilitering innebär att företagshälsovården kan byggas ut i enlighet med den efterfrågan som uppstår.

Sjukförsäkringsutredningen ansåg det också vara önskvärt att en multidisciplinär utbildning med inslag från de medicinska, tekniska, ekonomiska och beteendevetenskapliga kompetensområdena byggs upp på universitetsnivå.

Sjukförsäkringsutredningen ansåg vidare att företagshälsovårdens resurser också bör kunna utnyttjas inom den arbetsrelaterade sjukvården och föreslår att försäkringskassan för sjukfall längre än sextio dagar regelmässigt skall begära och bekosta en samlad utredning där företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas.<sup>8</sup>

HpH har påbörjat diskussioner med Socialstyrelsen rörande utbildning och fortbildning inom kompetensområdena "företagshälsovård" och försäkringsmedicin. HpH har också tagit upp frågan om nuvarande utbildningsinsatser med Arbetslivsinstitutet.

---

<sup>6</sup> SOU 2000:78, Rehabilitering till arbete, sid 260

<sup>7</sup> SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, sid 181

<sup>8</sup> SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, sid 184-185

HpH har vidare påbörjat en diskussion med Statskontoret om kartläggning av Företagshälsovårdens möjligheter att möta en ökad efterfrågan.

### *Läkares sjukskrivningar*

Sjukskrivningsinstrumentet är kraftfullt och påverkar både individ och samhälle. Kunskap om sjukskrivningsmönster är betydelsefull inte bara för patienten och sjukförsäkringen utan lika väl för läkaren själv. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har fått i uppdrag att genomföra en analys av vad som på forskningens nuvarande ståndpunkt kan sägas om sjukskrivningens positiva och negativa effekter.

Det i december 2000 påbörjade SBU-projektet konstaterar att de flesta läkare i sin yrkesutövning, bland flera olika åtgärder, även har att ta ställning till sjukskrivning av patienter. Samtidigt som sjukskrivning ofta är en nödvändig och positiv åtgärd kan den också ha negativa konsekvenser. Den vetenskapliga kunskapsbasen för ett optimalt användande av sjukskrivningsinstrumentet, totalt och för patienter med specifika diagnoser/tillstånd är starkt begränsad, vilket leder till osäkerhet hos läkaren och till stora variationer i sjukskrivningspraxis.

HpH kommer att löpande följa projektets arbete. HpH avser att diskutera med Socialstyrelsen om vilka insatser som kan göras för att öka läkares förmåga att effektivt använda sjukskrivning som terapiform.

#### 4.2.2 Rehabiliteringsinsatser

Rehabiliteringsområdet har varit föremål för en omfattande utredning som finns beskriven i betänkandet *Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum* SOU 2000:78. Remissomgången är nyligen avslutad och HpH kommer att beakta förslagen i den rapport som skall lämnas den 1 juni 2001.

Rehabutredningen belyser det faktum att *rehabilitering* är uppdelat i yrkesinriktad, social, medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Olika huvudmän och sektorer har skilda ansvarområden och skilda lagstiftningar att hantera. Landstingen har ansvaret för den medicinska rehabiliteringen, staten har ansvar för yrkesinriktad rehabilitering och kommunerna har ansvaret för den sociala rehabi-

literingen.<sup>9</sup> HpH kommer att ha anledning att återkomma till detta i sina kommande förslag.

En fråga som dock redan nu kan övervägas är Rehabutredningens förslag om köp av enklare vård och behandlingstjänster: "Försäkringsgivaren ges möjlighet att under en treårig försöksverksamhet inom ramen för ett tak av 300 miljoner kr/år köpa vård- och behandlingstjänster. Varje tjänst maximeras till 30 000 kronor. En förutsättning är att insatsen ifråga förväntas leda till återgång i arbete tidigare än annars bedömts kunna ske".<sup>10</sup>

Ansvar för den *arbetslivsinriktade* rehabiliteringen ligger hos såväl försäkringskassa som arbetsmarknadsmyndigheter. HpH avser att närmare studera gränssnittet dem emellan. (Se vidare *Sjukfallsstudier* i följande avsnitt.) Hur definierar man arbetslivsinriktad rehabilitering hos försäkringskassa respektive arbetsmarknadsmyndigheter? Hur väl sammanfaller de båda definitionerna? Finns det åtgärder, t.ex. mer omfattande utbildningsinsatser, som får vidtas inom ramen för arbetsmarknadsmyndigheternas arbetslivsinriktade rehabilitering som inte får initieras av försäkringskassan, och vice versa? Motiverar de eventuella skillnader som identifieras vid analysen att ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är uppdelat på två olika myndigheter?

### 4.3 Sjukfallsstudier

Utredningen kommer under sitt arbete att göra ett antal fördjupade studier. Studierna kommer att inriktas på i huvudsak följande områden

- ?? Belysning av långa sjukskrivningar
- ?? Eventuella samband mellan karensdag, sjuknärvaro och efterföljande längre sjukfrånvaro
- ?? De arbetslösas höga sjuktal
- ?? De regionala och lokala skillnaderna i sjukskrivning och förtidspensionering
- ?? Kartläggning och utvärdering av de rehabiliteringstjänster försäkringskassan köper

Som stöd för sitt arbete på detta område kommer utredningen att tillkalla en särskild expertgrupp.

---

<sup>9</sup> SOU 2000:78 sid 231-232

<sup>10</sup> SOU 2000:78 sid 290

## 4.4 Försäkringssystemen

Det vidare arbetet inom detta område är avhängigt de politiska signaler som underhand redovisas. Sjukförsäkringsutredningens slutbetänkande är vidare under remissbehandling. De synpunkter som där framkommer skall naturligtvis också beaktas. HpH finner det emellertid angeläget att det snarast vidtas åtgärder för att påverka sjukfrånvaroutvecklingen och lägger därför redan nu ett antal förslag till konkreta åtgärder. Dessa förslag redovisas under punkt 5.

### 4.4.1 Nya företags- och anställningsformer

Det finns tecken som tyder på att gränserna mellan arbetstagare och företagare håller på att luckras upp. Antalet personer som växlar mellan att vara anställd och företagare eller att vara båda delar samtidigt ökar kraftigt. Även nya typer av företagskulturer håller på att växa fram som resulterar i att företagandet organiseras på ett nytt sätt, där gränserna mellan arbetsgivare och arbetstagare inte är lika tydliga. Regelverken är inte alltid anpassade till dessa nya förhållanden. Utredningen är medveten om att denna fråga är viktig att belysa, inte minst i samband med förslag om sjuklön. Utredningen kommer att följa det projekt som under året bedrivs inom Näringsdepartementet. Arbetsgruppen där skall:

- kartlägga omfattningen, utvecklingen och varaktigheten av nya former för företagande och anställningsformer i gränssnittet mellan egenföretagande och anställning
- redovisa drivkrafterna bakom denna utveckling samt effekter för samhället och för berörda individer
- beskriva de hinder som kan finnas för individer att gå över från att vara anställd till att vara företagare
- belysa skillnader i befintliga regelsystem vad avser företagare respektive anställda, särskilt när det gäller de sociala trygghetssystemen, samt de eventuella problem som dessa skillnader medför.

#### 4.4.2 Arbetskadeförsäkringen

Fr.o.m. januari 1993 skärptes kraven för godkännande av en arbetskada och fr.o.m. juli samma år skedde vissa förändringar i ersättnings- och prövningsregler. Effekterna av regelförändringarna har kritiserats främst från fackligt håll. Kritiken har därvid särskilt tagit sikte på effekterna av de nya reglerna för kvinnor.

På tillämpningssidan har rätt osäkerhet om hur de nya reglerna bör tolkas. Detta gäller särskilt ersättnings- och handläggningsreglerna. Det kan hävdas att försäkringen saknar tydlighet. Förutläggningarna för att åstadkomma en likformig och rättvis tillämpning är därför mindre goda.

Arbetsmiljöverket har ansvaret för statistiken på arbetsskadeområdet. RFV har som central förvaltningsmyndighet på socialförsäkringsområdet ansvaret för att följa tillämpningen av arbetskadeförsäkringen och utvecklingen av ersättningsfallen. Myndigheterna samarbetar inte i någon större utsträckning. Detta innebär att det saknas en gemensam syn på behovet av och utformningen av statistiken. Den statistik som finns är bristfällig och det finns stora luckor både när det gäller rapporteringen av arbetsskador och den försäkringsmässiga tillämpningen. Statistiken kan därmed inte tjäna som underlag för utvärdering och analys av förändringar på arbetsmiljö- och arbetsskadeområdet eller försäkringsutfallet.

Utredningen av en arbetskada är såväl medicinskt som juridiskt komplicerad. Utredningen sker manuellt och utan verksamhetsstöd. I RFV:s tillsynsverksamhet har det konstaterats att tillämpningen av försäkringen är behäftad med fel och kvalitetsbrister. Det kan också konstateras att handläggningen tar för lång tid.

Inom arbetsskadeområdet pågår för närvarande utvecklingsarbete inom såväl Socialdepartementet som Riksförsäkringsverket (RFV).

En *projektgrupp inom Socialdepartementet* som består av rättssakkunniga från departementet och företrädare för kammarrätterna, Regeringsrätten och Riksförsäkringsverket, har i uppdrag att kartlägga och analysera hur den nuvarande bevisregeln tillämpas av domstolarna. Projektgruppens uppgift är att ta fram förslag till en ny bevisregel och göra en analys av de sannolika effekterna av en sådan regel.

Den nya bevisregeln ska möjliggöra en tillämpning av arbetskadeförsäkringen som bättre överensstämmer med försäkringens syfte än vad som är fallet i dagsläget. Gruppen skall också överväga om andra åtgärder eller ändringar i lagstiftningen om arbetsskade-

försäkringen behövs för att underlätta tillämpningen av den nya bevisregeln.

Till projektgruppens förfogande finns en referensgrupp som består av företrädare för de fackliga organisationernas rättsenheter eller motsvarande. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2001.

Inom RFV pågår ett *projekt* som har som mål att ge en samlad kunskapsbild av hur försäkringen fungerar i förhållande till sitt syfte för individ och samhälle. Särskild vikt skall läggas på försäkringens effekter för kvinnor. RFV skall också kartlägga de problem som finns i dagens lagstiftning och tillämpning med förslag till förändringar samt utarbeta förslag till ett statistiksystem på arbetsskadeområdet. Därutöver skall RFV göra en förstudie till ett ärendehanteringssystem för arbetsskadeärenden.

Uppdraget avseende arbetsskadeförsäkringens effekter, problem i handläggningen och förslag till regelförändringar skall redovisas senast 2001-04-02.

Förstudien angående den framtida hanteringen av arbetsskadeärenden och rapport med förslag till ett nytt sammanhållet statistiksystem skall redovisas senast 2001-06-29.

Av *regleringsbrevet* till RFV framgår att RFV skall stödja försäkringskassorna i syfte att uppnå större likformighet i handläggningen. I det sammanhanget bör effekterna av koncentrerad handläggning vid vissa ärendeslag utredas. Erfarenheter från tidigare uppdrag om koncentrerad handläggning skall beaktas. I samband med redovisningen skall RFV även redogöra för sitt fortsatta arbete med en förbättrad resultatanalys. En första redovisning skall lämnas den 1 augusti 2001.

Vidare skall RFV enligt regleringsbrevet utreda förutsättningarna för Försäkringsmedicinskt Centrum (FMC) att utvidga sin verksamhet till att omfatta arbetsskadeutredningar åt försäkringskassorna. RFV skall utreda förutsättningarna för en samlad kunskapsbank avseende sambandet mellan arbetsskador och arbetsliv. Uppbyggnaden av en kunskapsbank förutsätts ske i samverkan med enhet hos lämplig hälso- och sjukvårdshuvudman. RFV skall i detta sammanhang pröva förutsättningarna för en placering av verksamheten under FMC. Uppdraget ska redovisas senast den 1 april 2001.

RFV ser också över frågan hur man kan få fram ett bra medicinskt underlag i arbetsskadeärenden. Detta omfattar även försäkringsläkarnas roll.

Beträffande internationella åtaganden har Sverige av ILO, den internationella arbetsorganisationen, rekommenderats att modifiera

eller avskaffa bestämmelsen om karensdag vid arbetsskada och att rapportera om vidtagna och planerade åtgärder för att uppfylla bestämmelserna i konvention nr 121.

Regeringen har vidare i olika sammanhang aviserat att en proposition om vissa regeländringar inom arbetsskadeområdet kommer att lämnas hösten 2001.

Utredningen avser att invänta ovan nämnda arbete och beräknar att lägga strukturella förslag inom arbetsskadeområdet den 15 december 2001.

#### 4.4.3 Förtidspension

##### *Beräkning av ersättning*

År 2000 redovisade projektet om reformerad förtidspension nya beräkningsregler för ersättning till personer som drabbats av långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan.<sup>11</sup> I februari 2001 överlämnade regeringen remissen *Sjukersättning och aktivitetsersättning istället för förtidspension* till lagrådet.

Lagradsremissen innehåller förslag om nya regler för beräkning av ersättning till personer som drabbas av långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan. Förslagen är till stor del en konsekvens av att ett nytt ålderspensionssystem har införts. Pensionsförmånerna folkpension och sjukbidrag skall inte längre vara en del av den allmänna pensioneringen utan kommer i stället att tillhöra sjukförsäkringssystemet. Av detta följer också att begreppet förtidspension utmönstras och att ersättningen vid långvarig eller varaktig medicinskt grundad arbetsförmåga benämns *sjukersättning*. Ersättningen till den vars arbetsförmåga är nedsatt minst ett år men inte varaktigt benämns *tidsbegränsad sjukersättning*. Beroende på arbetsförmågans nedsättning lämnas hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukersättning. För personer som är yngre än 30 år föreslås att systemet med förtidspension och sjukbidrag ersätts med ett nytt försäkringsstöd som benämns *aktivitetsersättning*.<sup>12</sup> Det nya ersättningssystemet skall träda i kraft den 1 januari 2003.

---

<sup>11</sup> Ds 2000:39 Sjukersättning istället för förtidspension och Ds 2000:40, Aktivitetsersättning

<sup>12</sup> Se vidare Lagradsremissen

### *Antalet förtidspensionärer*

424 950 personer uppbar förtidspension eller sjukbidrag år 1999 (238 89 kvinnor och 186 461 män). 320 496 (75 procent) uppbar hel grad, 8 814 (2 procent) tre fjärdedels, 1 614 (0,5 procent) två tredjedels, 78 325 (18,5 procent) halv och 15 728 (4 procent) en fjärdedels grad.<sup>13</sup>

Avslutade sjukfall över två år fortsätter att öka och det är rimligt att anta att en majoritet av dessa övergår till förtidspension. Vid en jämförelse mellan januari – oktober 1999 och motsvarande period 2000 har antalet nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag ökat 28 procent.<sup>14</sup>

### *Vilande förtidspension (Se också bilaga 3.)*

Nya regler om vilande förtidspension trädde i kraft den 1 januari 2000. Av RFV:s regleringsbrev framgår att RFV skall lämna en första översiktlig redovisning den 1 mars 2001 av vilka effekter reglerna om vilande förtidspension åstadkommit. Redovisningen skall, förutom de antals- och kostnadsmässiga effekterna av reglerna, belysa möjligheten för försäkrade att få arbete samt hur reglerna om anställningsskydd i praktiken fungerar tillsammans med den större flexibilitet som reglerna erbjuder för arbete i kombination med förtidspension. En mer omfattande utvärdering av nämnda förändringar skall lämnas senast den 1 mars 2002.

En första analys visar att sammanlagt 771 personer har fått sin pension vilandeförklarad mellan den 1 januari 2000 och den 31 december 2001. Av dessa har 151 personer återfått (valt själva eller att Försäkringskassan återkallat vilandet) sin förtidspension. I december 2000 fanns totalt 620 personer i vilandesystemet, varav 253 män och 367 kvinnor. Majoriteten, ca 70 procent, av de som sökt få sin förtidspension eller sjukbidrag vilandeförklarad var förtidspensionärer.

Försäkringskassor uppger att flertalet av de som beviljas vilande förtidspension enbart ansökt om att få arbeta i upp till tre månader med parallell pension och lön. Av de personer som återtagit sin förtidspension har majoriteten valt att göra detta i samband med att prövotiden löpt ut.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> RFV Statistikinformation Is-I 2000:003

<sup>14</sup> RFV, 2000-01-25

<sup>15</sup> Arbetsmaterial från RFV



## 5 Förslag

HpH skall enligt direktiven den 1 juni 2001 redovisa ett antal konkreta förslag till åtgärder. HpH är medveten om pågående remissarbete men anser det ändå angeläget att redan nu precisera några åtgärder som kan och bör beredas omgående och som skulle kunna träda i kraft redan den 1 juli 2001. HpH redovisar nedan några sådana åtgärder för regeringens bedömning.

HpH föreslår att reglerna i 3 kap. 8a § AFL om den fördjupade bedömningen avskaffas och att försäkringskassan skall bedöma rätten till ersättning i enlighet med 3 kap. 7 § AFL. Försäkringskassan skall avgöra vilket underlag som erfordras för beslut om ersättning. Ärenden som bedöms bli korta eller av annan anledning kan bedömas entydigt skall hanteras med en förenklad bedömning. (SOU 2000:121)

HpH föreslår att arbetsgivare skall åläggas att senast dag 45 lämna rehabiliteringsutredning med underlag från företagshälsovård (eller motsvarande) till försäkringskassan i pågående fall. (SOU 2000:121) Förändringen innebär, jämfört med dagens ordning, att rehabiliteringsutredningen lämnas tidigare och kompletteras med underlag från företagshälsovård (eller motsvarande).

HpH föreslår att uppgifter om orsak till sjukfrånvaro, yrke, bransch, arbetsställe, rehabilitering, kostnader m.m. får registreras för uppföljning och förebyggande arbete. (SOU 2000:78 och SOU 2000:121)

HpH föreslår att en redovisning av anställdas sjukfrånvaro skall göras obligatorisk i företags, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser. (SOU 2000:78 och SOU 2000:121)

HpH föreslår att regeringen påbörjar beredningsarbetet av Sjukförsäkringsutredningens förslag om ändrade regler för partiell ersättning.

HpH föreslår att regeringen påbörjar beredningsarbetet av Sjukförsäkringsutredningens förslag att sjukskrivningsperioden skall tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mer långsiktig rehabilitering. Förslaget innebär vidare att rehabiliteringsersättning skall kunna användas som direkt lönebidrag till arbetsgivare. (SOU 2000:121)

HpH föreslår att RFV ges i uppdrag att utreda och föreslå förbättrade högriskskydd för den enskilde samt att närmare undersöka utnyttjandet av den förebyggande sjukpenningen och om så behövs föreslå informations- och/eller andra åtgärder. (SOU 2000:121)

# Bilaga 1 Kommittédirektiv

## **Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet**

Dir. 2000:92

---

Beslut vid regeringssammanträde den 7 december 2000.

### **Sammanfattning**

Regeringen har inlett en omfattande översyn av orsakerna till den ökade ohälsan i arbetslivet. Det överordnade motivet är att minska den arbetsrelaterade ohälsan. Som ett led i arbetet har olika utredningsinsatser genomförts eller påbörjats. Exempel på sådana är det arbete som sker i sjukförsäkringsutredningen (dir. 1999:54 med tilläggsdirektiv 1999:82) och utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44), samt det arbete som sker inom Regeringskansliet för att ta fram en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet (Ds 2000:54).

Arbetet har således bedrivits parallellt och ett antal förslag har lämnats eller kommer att lämnas inom en nära framtid. Behov finns nu av att sammanställa de förslag, faktaunderlag och uppslag som har framkommit på olika håll till en helhet. En särskild utredare tillsätts därför för att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredaren skall förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. Utredaren skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Vidare skall utredaren föreslå hur dessa insatser och

system kan bli enklare, effektivare och fungera bättre som en enhet. I sin handlingsplan skall utredaren redovisa åtgärder på både kort och lång sikt.

### **Bakgrund**

För den enskilda individen leder ohälsa till sämre livskvalitet, utslagning från arbetslivet, ekonomiskt beroende och minskad kontroll över den egna livssituationen. För samhället i stort är ett gott hälsoläge hos befolkningen en förutsättning för en positiv utveckling med ett högt arbetsutbud och en god tillväxt. Den demografiska utvecklingen kommer under de närmaste årtiondena att leda till att antalet människor i förvärsaktiv ålder minskar, samtidigt som antalet äldre ökar kraftigt. Allt fler, både kvinnor och män, står dessutom redan från omkring 55 års ålder utanför arbetsmarknaden, vilket också bidrar till att allt färre skall försörja allt fler. Detta är ett hot mot den framtida ekonomiska utvecklingen och därmed mot välfärden.

Regeringen ser mycket allvarligt på att sjukfrånvaron har ökat kraftigt de senaste åren och har därför inlett ett arbete för att bryta den negativa utvecklingen. Syftet är för det första att höja den enskildes välfärd genom att förebygga ohälsa i arbetslivet och ge möjlighet till snabb återgång till arbete. För det andra är syftet att höja arbetsutbudet och därigenom bidra till en god tillväxt så att Sverige har beredskap att möta den framtida demografiska utvecklingen. Målet är således att fler människor skall ges förutsättningar att stanna kvar i eller återgå till sitt arbete. Var och en skall kunna delta i arbetslivet efter förmåga. Det kräver förebyggande insatser, så att arbetsförhållanden och arbetsmiljö inte ger upphov till sjukdom eller arbetsskada samt en väl fungerande medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering och effektiva försäkringssystem.

Olika utredningar och interna arbetsgrupper i Regeringskansliet har nyligen lämnat eller kommer att lämna förslag som har en koppling till de ovannämnda frågorna. Detta gäller bl.a.

- Arbetsskadeutredningens betänkande Den framtida arbets-skadeförsäkringen (SOU 1998:37),
- Utredningen om översyn av socialförsäkringens administration, betänkande Försäkringskassan Sverige - Översyn av socialförsäkringens administration (SOU 1996:64),

- Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, betänkande Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78),
- Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11), delbetänkande Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72),
- Utredningen för översyn av processuella regler inom socialförsäkringen m.m. (S1998:06),
- projektet om reformerad förtidspension (Ds 2000:39, Sjukersättning istället för förtidspension och Ds 2000:40, Aktivitetsersättning) samt
- Nationella folkhälsokommitténs betänkande Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91).

### Uppdraget

Uppdraget innebär att en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet skall tas fram. Utredaren skall förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. Utredaren skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet samt hur insatserna och systemen sammantaget kan bli enklare, effektivare och fungera bättre som en helhet. I detta sammanhang bör även företagshälsovårdens liksom sjukvårdens kopplingar till de aktuella försäkringsområdena - exempelvis den medicinska rehabiliteringen - vägas in. Utredaren skall särskilt belysa villkoren för personer med långa eller återkommande sjukskrivningsperioder. Arbetet skall bedrivas med hänsyn tagen till både kvinnors och mäns förutsättningar och behov. Vid översynen skall bl.a. de förslag som redovisats i ovan nämnda utredningar behandlas. Även resultatet av det arbete som har utförts och utförs inom arbetsmiljöområdet skall beaktas. I sin handlingsplan skall utredaren redovisa åtgärder på både kort och lång sikt. Utredaren skall också analysera hur ohälsan i arbetslivet påverkar arbetsutbudet och möjligheterna att uppnå målet om att 80 procent av alla 20-64-åringar skall vara sysselsatta år 2004. Utgångspunkterna för arbetet skall bl.a. vara följande:

- Samhällets insatser skall genomsyras av arbetslinjen, dvs. arbete skall löna sig. Arbetsmiljö och arbetsförhållanden får

- inte ge upphov till sjukdom eller arbetsskada. Utredaren skall därför undersöka vilka aktiva åtgärder som kan genomföras för att undvika sjukdom och skada och för att sjukskrivna och förtidspensionerade skall kunna återgå till arbetslivet.
- Den som drabbas av ohälsa skall vara ekonomiskt tryggad under den tid han eller hon inte kan förvärvsarbeta.
  - Verksamheten och försäkringarna bör samordnas och effektiviseras. Utredaren skall därför analysera hur reglerna skall kunna förenklas samtidigt som försäkringarna om möjligt görs mer försäkringsmässiga. Förutom att ge ekonomisk trygghet under tid av arbetsoförmåga skall försäkringarna också ge incitament till en snabb återgång till arbete.
  - Det skall inte skapas nya system för ersättning vid arbetslöshet eller studier där kraven på den arbetssökande eller studerande är annorlunda än dem som ligger till grund för arbetslöshetsförsäkringen respektive studiestöden.
  - Finansieringsansvaret bör i första hand finnas hos den som kan påverka kostnaderna.
  - Systemens kostnader får inte överskrida budgeterade ramar.
  - Den negativa kostnadsutvecklingen inom ohälsöförsäkringarna måste hejdas och den framtida utgiftsutvecklingen skall vara långsiktigt samhällsekonomiskt stabil.

#### *Konsekvenser för företagare*

Om utredaren lämnar förslag till sådana förändringar i försäkringssystemen m.m. som innebär att företagens villkor ändras skall utredaren särskilt redovisa konsekvenserna för små företag i enlighet med 15 § kommittéförordningen (1998:1474). Därvid skall en analys göras på sätt som beskrivs i kommittéhandboken (kap. 7.6, Ds 2000:1). I fråga om utförandet av analysen har utredaren möjlighet att samråda med Simplex-enheten (Näringsdepartementet).

I prop. 1999/2000:139 konstaterade regeringen att nya anställningsformer uppstår, egenföretagandet blir allt mer ett komplement till en anställning. Reglerna för arbetslöshetsförsäkringen är i sin nuvarande utformning främst inriktade på arbetstagare. Stora förändringar sker emellertid när det gäller nyföretagande vilket ställer nya krav på alla samhällssystem, t.ex. arbetslöshets- och socialförsäkringar. Frågan om företagares ställning i bl.a. dessa system är komplicerad och rymmer många avväganden, såsom

undanträngningseffekter och konkurrenssnedvridning. Regeringen har därför aviserat att dessa förändringar kommer att analyseras. Det är ett arbete som bedrivs inom Näringsdepartementet i samarbete med Socialdepartementet. Utredaren skall beakta denna uppföljning.

### **Redovisning av uppdraget**

Utredaren skall rapportera om handlingsplanens uppläggning och inriktning på åtgärder senast den 15 februari 2001. Vid denna tidpunkt skall också inledande förslag till åtgärder på kort sikt lämnas.

Förslag till handlingsplan med redovisning av ytterligare åtgärder på kort sikt samt åtgärder på lång sikt skall lämnas senast den 1 juni 2001. Förslagen till åtgärder på kort sikt skall då omfatta färdiga förslag till lösningar med såväl konsekvensbedömningar som kostnadsberäkningar.

Senast den 15 december 2001 skall utredaren redovisa åtgärder på längre sikt.

Förslag med budgetmässiga konsekvenser skall åtföljas av förslag till finansieringslösningar. Förslag till finansiering skall följa de gällande finansieringsprinciperna.

Utredaren skall lämna de förslag till lagändringar som översynen motiverar.

(Socialdepartementet)





## Bilaga 2. Mål - inriktningsmål

Vilka mål bör sättas upp för att nå ökad hälsa i arbetslivet? Vilka inriktningsmål bör gälla och vilka mål skall mätas? Vilka mål bör sättas för att mäta att handlingsplanen når sitt syfte? Hur skall målen mätas, när och av vem?

Av regeringens regleringsbrev till myndigheterna framgår vilka mål som idag skall uppnås. Behövs det övergripande myndighetsgemensamma mål för att nå ökad hälsa i arbetslivet? Hur skulle dessa kunna utarbetas och följas upp?

I denna pm gör utredningen en genomgång av de mål som satts upp i regleringsbreven. I den mån tidigare utredningar som handlingsplanen skall beakta diskuterat/föreslagit mål, redovisas detta. Utredningen avser i det fortsatta arbetet att föreslå inriktningsmål och mätbara mål för att uppnå ökad hälsa i arbetslivet.

### **1. Mål i regleringsbreven för 2001**

#### *Riksförsäkringsverket*

Av regleringsbrevet för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket framgår att målet för Politikområde 19 "Ersättning vid arbetsoförmåga" bl.a. är att en större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen i samhället.<sup>16</sup> Effektivitet, rättssäkerhet och kompetens skall garanteras vid ärendehandläggning. Utbetalningar skall göras med god kvalitet och till så låg kostnad som möjligt. Fusk och missbruk skall minimeras. Socialförsäkringens administration skall förebygga och minska ohälsa. Den enskildes

---

<sup>16</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket, sid 2

arbetsförmåga skall i ökad grad tillvaratas och förlorad arbetsförmåga skall i ökad omfattning återfås.<sup>17</sup>

Enligt rubriken "Uppdrag och övrig återrapportering" skall RFV bl.a. aktivt samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket, med syfte att en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet skall uppnås. Samverkan på central nivå skall skapa förutsättningar för aktörerna på regional och lokal nivå att samverka så att varje individs arbetsförmåga tillvaratas och den enskilde ges möjlighet att försörja sig genom eget arbete. RFV skall redogöra för hur samverkan sker och för vilka resultat arbetet medfört.

Vidare skall RFV (senast den 1 juli 2001) inkomma med en gemensam handlingsplan för samverkan mellan RFV, AMS, SoS och AV. En del av denna redovisning skall beskriva insatserna avseende den gemensamma handlingsplan för samverkan som tidigare redovisats till Socialdepartementet.

RFV skall också (senast den 15 maj 2001) redovisa pågående och planerade projekt med anledning av de s.k. Dagmaröverenskommelser som träffats beträffande särskilda medel från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården.<sup>18</sup>

### *Socialstyrelsen*

Inom politikområde Hälsa- och sjukvårdspolitik är Socialstyrelsens mål att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.<sup>19</sup> Under rubriken uppdrag framkommer att SoS bl.a. skall, i samverkan med RFV, följa upp och utvärdera de insatser som genomförts under år 2001 med anledning av den s.k. Dagmaröverenskommelsen beträffande särskilda medel från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården. Metodiken för utformning av återrapporteringen till regeringen skall utvecklas av Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket i samråd. Socialstyrelsen skall redovisa uppdraget senast den 30 juni 2003.

Under rubriken Politikområdesgemensam återrapportering framkommer bl.a. att Socialstyrelsen aktivt skall samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Riksförsäkringsverket och Arbetar-

---

<sup>17</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket, sid 5

<sup>18</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket, sid 11-12

<sup>19</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Socialstyrelsen, sid 2

skyddsstyrelsen så att en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet uppnås. Samverkan på central nivå skall syfta till att skapa förutsättningar för aktörerna på regional och lokal nivå att samverka så att varje individs arbetsförmåga tillvaratas och den enskilde ges möjlighet att försörja sig genom eget arbete.<sup>20</sup>

### *Arbetsmiljöverket (Arbetarskyddsstyrelsen)*

Arbetsmiljöverket (AV) har två övergripande mål: "Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor" och "En bra och utvecklande arbetsmiljö". Inom verksamhetsområdet arbetsmiljö finns tre mål:

En minskning skall uppnås av ohälsa på grund av faktorer som har samband med arbetets organisation och ledning. De arbetsmiljöfaktorer som avses är sådana som kan påverkas genom konkreta krav. Det kan gälla negativ stress, sociala faktorer, arbetsbelastning, ensidigt fysiskt arbete m.m. Det kan även gälla arbetsanpassning.

Företag och förvaltningar skall i ökad utsträckning anlita en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering (företagshälsovård) som uppfyller följande krav: a) att särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser, b) att ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa samt c) att ha tillräcklig bredd och kompetens för det aktuella arbetsställets behov.

Internkontrollarbetet inom offentlig verksamhet skall förbättras, särskilt inom verksamheter med förhållandevis hög ohälsa.<sup>21</sup>

I Arbetsmiljöverkets regleringsbrev är det formulerat som ett mål under rubriken Myndighetsspecifik information att AV aktivt skall samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom arbetsanpassnings- och rehabiliteringsområdet (FRISAM-arbetet).<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Socialstyrelsen, sid 16

<sup>21</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetsmiljöverket, sid 1-2

<sup>22</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetsmiljöverket, sid 4

### *Arbetsmarknadsverket*

Det övergripande målet för arbetsmarknadspolitiken är en väl fungerande arbetsmarknad med full sysselsättning och god ekonomisk tillväxt.<sup>23</sup>

För verksamhetsgrenen "matchning på arbetsmarknaden" kan nämnas målet att antalet långtidsinskrivna som inte haft ett reguljärt arbete de senaste två åren skall minska kontinuerligt under året och vara mindre än 40 000 personer i slutet av budgetåret.

För verksamhetsgrenen "kompetenshöjande insatser samt stödja dem som har det svårast på arbetsmarknaden" finns bl.a. målet att den genomsnittliga bidragsnivån för lönebidrag som lämnas till andra arbetsgivare än allmännyttiga organisationer högst skall vara 58 procent av den bidragsgrundande lönekostnaden.

Målet för Arbetslivstjänster är att verksamheten skall medverka till att personer som står utanför arbetslivet skall kunna gå tillbaka till sitt tidigare arbete eller få ett annat arbete. Antalet deltagare som kunnat återgå till tidigare arbete eller kunnat få ett annat arbete skall återrapporteras.

Av AMS övriga uppdrag kan nämnas att AMS skal samverka med RFV, SoS och AV för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Syftet skall vara att varje individs arbetsförmåga blir tillvaratagen så att det blir möjligt för den enskilde att försörja sig genom ett arbete.<sup>24</sup>

### *Arbetslivsinstitutet*

Liksom Arbetsmiljöverket har Arbetslivsinstitutet (ALI) det övergripande målet "Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor". Därutöver skall ALI verka för "En ökad kunskap om och i arbetslivet".<sup>25</sup>

Inom verksamhetsgrenen Forskning och utveckling inom områdena arbetsmarknad, arbetsorganisation och arbetsmiljö skall följande mål uppnås: Ökad kunskap som kan bidra till en positiv utveckling inom området arbetsorganisation som förenar goda och utvecklande arbetsvillkor med en effektiv produktion. Ökad kunskap om hur arbetsmarknaden fungerar och relationerna på arbetsmarknaden. Ökad kunskap inom arbetsmiljö- och arbets-

---

<sup>23</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetsmarknadsverket, sid 1

<sup>24</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetsmarknadsverket, sid 8

<sup>25</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetslivsinstitutet, sid 1

hälsoområdena. Förmedla kunskap som kan bidra till att uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män i arbetslivet samt ett arbetsliv som präglas av integration och mångfald. I samverkan med arbetslivets regionala och lokala aktörer bedriva och utveckla, i ett nationellt perspektiv, intressanta regionala och lokala utvecklings- och forskningsverksamheter.

Inom verksamhetsgren utbildning och kunskapskommunikation är målet att till arbetslivet på ett ändamålsenligt sätt förmedla FoU-resultat samt inhämta FoU-behov inom arbetslivsområdet.<sup>26</sup>

#### *Folkhälsoinstitutet*

Målet för verksamheten inom Folkhälsoinstitutets område är att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.<sup>27</sup>

## **2. Vilka mål har diskuterats och/eller föreslagits i de tidigare utredningar som omnämns i direktiven?**

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

Mål för arbetsskadeförsäkringen diskuteras inte i detalj. Motivet för att behålla en särskild arbetsskadeförsäkring vid sidan av den allmänna försäkringen har angetts vara att den som förvärvsarbetar utsätts för särskilda skaderisker, risker som han eller hon normalt sett endast har begränsade möjligheter att påverka. Det skadeståndsrättsliga syftet är att kompensera den skadelidande så att han eller hon försätts i samma ekonomiska situation som om skadan inte hade inträffat.<sup>28</sup>

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

Utredningen föreslår inte några nya mål, men omnämner de övergripande mål som riksdag och regering lagt fast för socialförsäk-

---

<sup>26</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetslivsinstitutet, sid 2

<sup>27</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Folkhälsoinstitutet, sid 1

<sup>28</sup> SOU 1998:38 sid 19

ringsadministrationen att aktivt administrera och verka för en allmän socialförsäkring som ger ekonomisk trygghet vid sjukdom, handikapp, ålderdom och vård av barn. Den skall vidare verka för att förebygga skada och sjukdom samt genom att offensivt arbeta med och samordna rehabiliteringen bidra till att ge sjuka och handikappade möjlighet att åter kunna arbeta.<sup>29</sup>

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

Målet med den nya rehabiliteringsreformen som beskrivs i betänkandet är dels färre sjukfall, dels kortare sjukfall. Medlen för att uppnå färre sjukfall är främst genom förebyggande insatser. Kortare sjukfall uppnås främst genom rehabilitering till arbete.<sup>30</sup>

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen konstaterar vidare att rehabiliteringen alltmer förskjutits från arbetsgivaren till det offentliga. Det offentliga består i sin tur av fyra parallella och likvärdiga sektorer; landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassan). De har var sin primära mål och egen "utdebitering"/avgifter med tillhörande kassor.<sup>31</sup> För att överbrygga sektoriseringen har statsmakterna under andra hälften av 1990-talet uppmuntrat till samverkansaktiviteter i olika former som t.ex. Finsam och Frisam.

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

I slutbetänkandet framfördes följande förslag till inriktningsmål för sjukförsäkringen<sup>32</sup>:

- ?? Sjukförsäkringen skall ge individen ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.
- ?? I försäkringen skall ingå resurser för förebyggande och rehabiliterande insatser. Försäkringen skall utformas och prak-

---

<sup>29</sup> SOU 1996:64 sid 37

<sup>30</sup> SOU 2000:78 sid 241-242, 389

<sup>31</sup> SOU 2000:78 sid 27-28

<sup>32</sup> SOU 2000:121 sid 157

- tiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.
- ?? Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning oavsett kön, ålder, sysselsättning, arbetsgivare, bostadsort etc.
  - ?? Systemet (administration och åtgärder) skall sammantaget i sig och i samverkan med andra system vara kostnadseffektivt.
  - ?? Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.
  - ?? Sjukförsäkringen skall vara en fristående allmän, obligatorisk försäkring.

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

Utredningen arbetar efter direktiven 1998:73 och tilläggsdirektiven 2000:17. Utredningen har till uppgift att göra en samlad översyn av de processuella regler som gäller för olika förmåner inom socialförsäkringen. Av tilläggsdirektiven framkommer att utredaren skall undersöka och analysera beslutsprocessen i förtidspensionsärenden. Slutbetänkande skall lämnas senast den 30 juni 2001. Av direktiven framgår inte att någon måldiskussion är att vänta.

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

Regeringen kommer att lämna lagrådsremissen *Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension* i februari 2001. Någon måldiskussion är inte aktuell i detta sammanhang. Förslagen gäller nya regler för beräkning av ersättning till personer som drabbas av långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan.

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

Nationella Folkhälsokommittén har föreslagit 18 hälsopolitiska mål. Kommitténs mål om en *god arbetsmiljö* handlar om en anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsätt-

ningar, ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet och minskat övertidsarbete. Vidare framför kommittén vikten av *ökad fysisk rörelse*. Kroppen är beroende av fysisk aktivitet för att må bra. I dagens samhälle rör vi oss för lite. Det ökande stillasittandet är ett hot mot hälsan på sikt. En halvtimmes måttlig fysisk aktivitet per dag är tillräckligt för att minska risken för många sjukdomar. Kommittén framhåller också vikten av *goda matvanor*. Tobak är den enskilt största hälsoriskerna i Sverige. Insatser bör därför göras för att kraftigt *minska rökningen*. Skadligt *alkoholbruk bör minska*. Alkoholerna utgör en tung faktor bakom sjukhusvård och förtidspensioneringar. Kommittén förordar en mer *hälsoinriktad hälso- och sjukvård*. Förebyggande insatser skall vara en självklar del i all behandling.

#### *Handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet*

I september 2000 lämnades delrapporten *Ett föränderligt arbetsliv på gott och ont – Utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan* (Ds 2000:54). Slutrapport skall komma i februari 2001.

### **3. Vilka övergripande mål skall handlingsplanen för ökad hälsa i arbetslivet uppnå? Hur och när och av vem skall de mätas?**

Exempel på målområden:

- ?? Sysselsättning/arbetskraftsutbud
- ?? Sjukfrånvaro/förtidspension
- ?? Arbetsskador (anmälda/godkända)
- ?? Rehabilitering
- ?? Förebyggande insatser
- ?? Väntetider i sjukvården



## Bilaga 3 Regler för vilande förtidspension (Källa: RFV)

Nya regler om vilande förtidspension trädde i kraft den 1 januari 2000. En försäkrad som uppburit förtidspension under minst ett år får, efter ansökan och beslut om detta, behålla förtidspensionen under högst tre kalendermånader, samtidigt som han eller hon prövar att arbeta. Om den försäkrade därefter fortsätter att arbeta kan han eller hon efter ansökan få pensionen förklarad vilande till den del den försäkrade arbetar och därmed utnyttjar arbetsförmåga som förutsattes inte finnas när pensionen beviljades. Under en period om tolv kalendermånader, de tre månadernas prøvotid inräknad, kan den försäkrade pröva att arbeta, utan att rätten att få tillbaka pensionen går förlorad. Pensionen kan vilandeförklaras helt, med tre fjärdedelar, halvt och med en fjärdedel. Förtidspension som förklarats vilande betalas inte ut för den tid som vilandeförklaringen avser. Under det första året kan den försäkrade när som helst begära att få tillbaka pensionen, utan att försäkringskassan prövar rätten till fortsatt pension.

Efter de första tolv månaderna av förvärvsarbete och vilande pension kan den försäkrade, som fortsätter att arbeta, ansöka om att få ha pensionen vilande i ytterligare upp till 24 kalendermånader. Under den tiden upphör inte det ursprungliga beslutet om rätt till pension. Om den försäkrade under denna tid anmäler att han eller hon åter önskar få tillbaka pensionen, sker emellertid en prövning av den fortsatta rätten till pension. Också när beslutet om vilande förtidspension löper ut efter tre år skall den fortsatta rätten till pension prövas.

Arbetskadeliivränta som är samordnad med förtidspension förklaras också vilande när pension görs vilande på grund av förvärvsarbete. Under det första året med vilande pension har den försäkrade kvar rätten att få bostadstillägg för pensionärer, om reglerna för inkomstberäkning medger detta. Den försäkrade har rätt att uppbära sjuklön under prøvotid och tid med vilande pension.

Under tid med vilande pension har den försäkrade rätt att få SGI fastställd och att uppbära sjukpenning och annan dagsättning.

Den försäkrade kan begära att vilandeförklaringen upphör. Pensionen börjar då betalas ut igen. Under andra och tredje året skall dock kassan vid en sådan begäran ompröva rätten till fortsatt pension. Försäkringskassan kan, utan att den försäkrade begärt det, upphäva vilandeförklaringen under vissa förutsättningar, t.ex. flera eller längre avbrott i arbetet på grund av sjukdom eller föräldraledighet.

Ett förtydligande i reglerna om minskning och indragning av förtidspension/sjukbidrag trädde också i kraft. Om arbetsförmågan väsentligt förbättras för en försäkrad som uppbär förtidspension/sjukbidrag skall pensionen dras in eller minskas med hänsyn till förbättringen. En försäkrad som regelbundet och under längre tid har uppvisat en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om förtidspension fattades, skall enligt de nya reglerna – om inte annat framkommer – antas ha en väsentligt förbättrad arbetsförmåga. Arbetsförmåga som en försäkrad uppvisat under det första året med vilande pension får inte läggas till grund för minskning eller indragning av pensionen.

En försäkrad som förvärvsarbetar med utnyttjande av en arbetsförmåga som han eller hon antogs sakna när beslutet om förtidspension fattades, har inte rätt att uppbära för tidspension för samma tid och i den omfattning som förvärvsarbetet utförs. Förtidspension som förklarats vilande under första året inom systemet med vilande pension omfattas dock inte av förbudet.

Den försäkrade har skyldighet att, utan oskäligt dröjsmål, anmäla till försäkringskassan om han eller hon börjar förvärvsarbete, utökar sitt förvärvsarbete eller fortsätter att arbeta efter det första året med vilande förtidspension. Anmälningsskyldighet föreligger också om den försäkrades arbetsförmåga väsentligt förbättras utan att han eller hon börjar förvärvsarbete eller utökar sitt tidigare förvärvsarbete.

En förtidspensionär kan efter beslut av försäkringskassan pröva att förvärvsarbete i tre månader utan att förtidspensionen minskas. Under prövotiden beräknas SGI endast på den del av inkomsten som är inkomst av arbete och avser arbetstid utöver förtidspensionen. Det innebär t.ex. att den som har hel förtidspension under prövotiden inte kan få ersättning vid sjukdom. Om förvärvsarbetet fortsätter efter prövotiden kan förtidspensionen vara vilande. Under tid med vilande förtidspension beräknas SGI enligt gällande regler.

# Tillägg

## Korrigerig av uppgift i rapport 2001-02-15 "Handlingsplanens uppläggning och inriktning" avsnitt 3.3. (tabellerna 3,4 och 6)

*Korrigeringen avser antalet arbetslösa år 2000, som ändras från 231 000 till 191 000. Korrigeringen av antalet arbetslösa innebär att såväl antalet Sysselsatta som antalet Sysselsatta i arbete är 40 000 fler än i de ursprungligt publicerade tabellerna. Sysselsättningsgraden ökade därmed från 74,6 procent år 1997 till 77,8 procent år 2000. Andelen Sysselsatta i arbete ökade från 70,7 till 71,5 procent under samma period.*

***Förändringen påverkar dock inte slutsatserna avseende utvecklingen mellan åren 2000 och 2004.***

### 3.3 Sjukfrånvaro, arbetskraftsutbud, sysselsättning och människor i arbete

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande att en fortsatt hög sjukfrånvaro skulle göra det mycket svårt att nå uppsatta sysselsättningsmål. I detta avsnitt redovisar HpH en översiktlig bedömning av sjukfrånvarons och förtidspensioneringars konsekvenser för möjligheterna att uppnå mål för sysselsättning och tillväxt. Beräkningarna skall uppfattas som preliminära. Principerna för beräkningarna har varit att komplettera SCB:s uppgifter om befolkning och arbetskraft med uppskattade helårsekvivalenter (antal individer på årsbasis, årsarbetare) avseende arbetslösa, förtidspensionärer och sjukfrånvarande i syfte att få en uppfattning om det reella antalet människor i arbete. HpH noterar att dessa

frågor kräver en förbättrad och mer kontinuerlig redovisning och uppföljning.

Arbetskraftsutbudet påverkas redan idag starkt negativt av det stora antalet förtidspensionärer. Utvecklingen de närmaste åren kan inte heller antas förbättra situationen. De senaste årens kraftiga ökning av antalet mycket långa sjukfall innebär snarare uppenbara risker för stora öknings av stocken förtidspensionärer. Utvecklingen av sjukfrånvaron innebär vidare att ökande sysselsättningstal helt eller delvis "äts upp" av allt fler sjukfrånvarande, dvs. antalet/andelen människor i faktiskt arbete förändras inte i önskad omfattning.

I det följande redovisas och diskuteras RFV:s senaste prognoser för utvecklingen av sjukfrånvaro och förtidspension, utvecklingen av arbetskraft, sysselsättning och människor i arbete mellan åren 1997 och 2000 samt möjligheterna/förutsättningarna för att nå sysselsättningsmålet 80 procent år 2004.

### 3.3.1 RFV:s prognoser för åren 2000-2006

RFV redovisar i *PM till Socialdepartementet* (Dnr 743/2001-435) bl.a. preliminärt utfall för år 2000 och prognostiserat utfall för år 2001 och prognoser för åren 2002-2006.

I promemorian redovisas ett antal scenarios för utvecklingen. Det scenario som ligger till grund för beräkningarna av anslagsnivåer bygger på förutsättningen att sjukfrånvaron under år 2001 utvecklas med samma ökningstakt som under år 2000. Därefter antas ökningen avstanna och förändringarna enbart spegla den demografiska utvecklingen och beräknad timlöneökning. Utredningen anser att dessa förutsättningar kan vara väl optimistiska men använder ändå prognoserna som underlag i det följande.

Tabell 1. Ersatta dagar och kostnader i sjukförsäkringen år 2000-2006

|      | Sjukpenning, rehabpenning     |                   | Förtidspension/sjukbidrag |                   | Summa kostnader |
|------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|-----------------|
|      | Ersatta dagar netto, tusental | Totala kostn. mkr | Antal                     | Totala kostn. mkr |                 |
| 2000 | 80 300                        | 36 350            | 428 300                   | 47 750            | 84 100          |
| 2001 | 91 200                        | 42 650            | 441 100                   | 49 950            | 92 600          |
| 2002 | 96 300                        | 48 000            | 453 000                   | 52 200            | 100 200         |
| 2003 | 97 200                        | 50 200            | 466 600                   | 55 700            | 105 900         |
| 2004 | 97 600                        | 52 250            | 481 700                   | 59 200            | 111 450         |
| 2005 | 98 000                        | 53 950            | 497 400                   | 62 750            | 116 700         |
| 2006 | 98 200                        | 56 200            | 513 850                   | 66 750            | 122 950         |

Källa: HpH. Bearbetade uppgifter från RFV

RFV:s prognoser innebär att antalet sjukpenningdagar ökar med ca 16 miljoner eller 20 procent fram till år 2003. Antalet ligger därefter på en i stort sett oförändrad nivå. Förtidspensionerna beräknas öka i jämn takt med en stockförändring på ca 12-15 000 per år. De totala sjukförsäkringskostnaderna antas under perioden öka med närmare 50 procent från 84 till 123 miljarder kronor.

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

Tabell 2. Uppskattad frånvaro från arbetet på grund av ohälsa, årsarbetare,

| År   | Sjukfrånvaro | Förtidspension | Summa   |
|------|--------------|----------------|---------|
| 2000 | 325 000      | 375 000        | 700 000 |
| 2001 | 370 000      | 390 000        | 760 000 |
| 2002 | 390 000      | 400 000        | 790 000 |
| 2003 | 395 000      | 410 000        | 805 000 |
| 2004 | 395 000      | 425 000        | 820 000 |
| 2005 | 395 000      | 440 000        | 835 000 |
| 2006 | 400 000      | 450 000        | 850 000 |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV.

Tabellen visar att frånvaro från arbetsplatsen på grund av ohälsa år 2000 motsvarade ca 700 000 årsarbetare vilket motsvarar ca 13,5 procent av befolkningen i åldern 20-64 år. (1997 var motsvarande procenttal 11.) År 2004 har bortfallet vuxit till 820 000 och år 2006 till 850 000 årsarbetare. Detta betyder att år 2006 är 16,3 procent av befolkningen i åldern 20-64 år frånvarande från arbetet på grund av ohälsa. (År 1988 registrerades det hittills högsta antalet sjukpenningdagar, 18 miljoner bruttodagar, vilket motsvarade ca 300 000 årsarbetare.)

### 3.3.2 Utvecklingen av sjukfrånvaro, förtidspensioner, arbetskraft, sysselsättning och människor i arbete mellan åren 1997 och 2000

De stora variationerna i sjukfrånvaron påverkar i hög grad såväl arbetskraftsutbud som faktiskt sysselsatta i arbete. I den mån sysselsättningstalet avser att spegla den egentliga sysselsättningen i produktionen bör därför sjukfrånvaron beaktas. (Motsvarande resonemang skulle kunna föras beträffande vissa arbetsmarknadsåtgärder.) OBS! Sysselsättningsmålet är formulerat i termer av reguljärt sysselsatta, dvs. exklusive sysselsatta i programmen allmänt anställningsstöd, förstärkt anställningsstöd, särskilt anställningsstöd, offentligt tillfälligt arbete samt de som uppbär bidrag för start av näringsverksamhet.

Regeringen fastställde 1997 mål för sysselsättningen. År 2004 skulle 80 procent av befolkningen i åldern 20-64 vara reguljärt sysselsatt. I HpH:s analys av arbetskraftsutvecklingen komplet-

teras detta tal med "människor i arbete", där de sjukfrånvarande har frånräknats.

Tabell 3. Befolkning, arbetskraft och sysselsatta i åldern 20-64 år, 1997 och 2000.

|                           | 1997      |        | 2000      |        | Förändring |
|---------------------------|-----------|--------|-----------|--------|------------|
|                           | Antal     | Andel  | Antal     | Andel  | 1997-2000  |
| Befolkning                | 5 145 700 |        | 5 200 000 |        | 54 300     |
| <i>Ej i arbetskraften</i> | 981 100   | 19,1 % | 965 500   | 18,6 % | -15 600    |
| varav förtidspens.        | 363 000   | 7,1 %  | 375 000   | 7,2 %  | 12 000     |
| varav studerande          | 273 000   | 5,3 %  | 300 000   | 5,8 %  | 27 000     |
| övriga                    | 345 100   | 6,7 %  | 290 500   | 5,6 %  | -54 600    |
| <i>Arbetskraften</i>      | 4 164 600 | 80,9 % | 4 234 500 | 81,4 % | 69 900     |
| varav arbetslösa          | 328 000   | 6,4 %  | 191 000   | 3,7 %  | -137 000   |
| Sysselsatta               | 3 836 600 | 74,6 % | 4 043 500 | 77,8 % | 206 900    |
| varav sjukfrånvarande     | 200 000   | 3,9 %  | 325 000   | 6,3 %  | 125 000    |
| Sysselsatta i arbete      | 3 636 600 | 70,7 % | 3 718 500 | 71,5 % | 81 900     |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskraftsuppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 3.

År 1997 uppgick arbetskraften till 80,9 procent av befolkningen. Efter avdrag för andelen arbetslösa var andelen sysselsatta 74,6 procent. Därifrån avgår sjukfrånvaron, 3,9 procent. Faktiskt sysselsatta i arbete kan därmed beräknas till ca 70,7 procent.

Under perioden 1997-2000 ökade antalet sysselsatta med 206 900 personer. Ökningen uppkom genom ett arbetskraftstillskott på 69 900 personer och 137 000 färre öppet arbetslösa. Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron innebar dock att sysselsättningsökningen endast till en mindre del, 40 procent eller 81 900 personer, påverkade antalet faktiskt sysselsatta i arbete. Sysselsättningsstalet ökade från 74,6 till 77,8 procent medan andelen faktiskt sysselsatta människor i arbete endast ökade från 70,7 till 71,5 procent.

### 3.3.3 Utvecklingen fram till år 2004

För att kunna göra en avstämning mot det uppsatta sysselsättningsmålet diskuterar utredningen nedan utvecklingen t.o.m. år 2004.

#### *Arbetskraftsutbud 2000-2004*

I nedanstående tabell redovisar HpH en analys av möjligheterna att nå sysselsättningsmålet 80 procent år 2004 mellan åren 2000 – 2004. Målet innebär att antalet sysselsatta skall öka med drygt 160 000. Om antalet arbetslösa inte kan förutsättas minska ytterligare under perioden 2000 till 2004, måste arbetskraftsutbudet öka med motsvarande drygt 160 000 personer för att målet skall kunna nås.

Befolkningsökningen i åldersgruppen 20-64 år uppgår enligt SCB:s befolkningsprognos till 58 000. Bortfallet av arbetskraft på grund av ökat antal förtidspensionärer uppskattas till ca 50 000. Med en sådan utveckling krävs att utöver befolkningsökningen på 58 000 måste 153 00 personer tillföras arbetskraften från de grupper som studerar eller som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden (utlandsboende, avtalspensionärer, arbetslösa invandrare som inte är registrerade som arbetssökande, hemarbetande, m.fl.). Dessa grupper uppgick år 2000 till 300 000 respektive 290 500 personer. Även om kraftfulla åtgärder vidtas är det orealistiskt att minska denna grupp med mer än hälften. Utredningens bedömning är att sysselsättningsmålet inte kan uppnås med förväntat utveckling av antalet förtidspensionärer. Inte ens med oförändrad nivå på den "permanent" sjukfrånvaron, i form av förtidspension, torde det 80-procentiga sysselsättningsmålet kunna nås.



Tabell 4. Arbetskraftsutbud och sysselsättning åren 2000-2004.

| Befolkningen<br>i åldern 20-64 år | 2000      |        | 2004      |                     | 2000-2004       |
|-----------------------------------|-----------|--------|-----------|---------------------|-----------------|
|                                   | Antal     | Andel  | Antal     | Andel               | Förändring      |
| Befolkning                        | 5 200 000 |        | 5 258 000 |                     | 58 000          |
| <i>Ej i arbetskraften</i>         | 965 500   | 18,6 % | 861 600   | 16,4 %              | -103 900        |
| varav förtidspensionärer          | 375 000   | 7,2 %  | 425 000   | 8,1 %               | 50 000          |
| varav studerande                  | 300 000   | 5,8 %  |           |                     | stud. + övriga  |
| övriga                            | 290 500   | 5,6 %  |           |                     | <u>-153 900</u> |
| <i>Arbetskraften</i>              | 4 234 500 | 81,4 % | 4 396 400 | 83,6 %              | 161 900         |
| varav arbetslösa                  | 191 000   | 3,7 %  | 190 000   | 3,6 %               | <u>-1 000</u>   |
| Sysselsatta                       | 4 043 500 | 77,8 % | 4 206 400 | 80,0% <sup>33</sup> | 162 900         |

*Källa:* HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskrafts-uppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 3.

### Sysselsättning – människor i arbete

När sysselsättningsmålet fastställdes år 1997 uppgick andelen sysselsatta till 74,6 procent och sjukfrånvaron motsvarade ca 200 000 årsarbetare eller 3,9 procent av befolkningen. Den andel av befolkningen som på årsbasis faktiskt var sysselsatt i arbete var således 70,7 procent.

Tabell 5. Utgångsläge 1997 och mål 2004 för sysselsättning och människor i arbete.

|                    | Utgångsläge<br>1997 |        | "Mål"<br>2004 |        |
|--------------------|---------------------|--------|---------------|--------|
|                    | Antal               | Andel  | Antal         | Andel  |
| Sysselsatta        | 3 836 600           | 74,6 % | 4 206 400     | 80,0 % |
| sjukfrånvarande    | 200 000             | 3,9 %  | 204 365       | 3,9 %  |
| Människor i arbete | 3 636 600           | 70,7 % | 4 002 035     | 76,1 % |

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

När regeringen satte sysselsättningsmålet förutsattes ingen specifik utveckling av sjukfrånvaron. Om sysselsättningsmålet dock indirekt även skulle kunna tolkas som mål för andelen "människor i arbete" och andelen sjukfrånvarande då förutsätts vara oförändrad, skulle detta mål år 2004 vara 76,1 procent.

<sup>33</sup> Regeringens sysselsättnings mål för år 2004

**Tabell 6. Utgångsläge, mål och prognos för sysselsättning och människor i arbete 2000 – 2004.**

| Befolkningen<br>i åldern 20-64 år | Utgångsläge<br>2000 |               | "Mål"<br>2004    |               | "Prognos"<br>2004 |               | Skillnad<br>Prognos - mål |               |
|-----------------------------------|---------------------|---------------|------------------|---------------|-------------------|---------------|---------------------------|---------------|
|                                   | Antal               | Andel         | Antal            | Andel         | Antal             | Andel         | Antal                     | Andel         |
|                                   | Befolkning          | 5 200 000     |                  | 5 258 000     |                   | 5 258 000     |                           |               |
| <i>Ej i arbetskraften</i>         | 965 500             | 18,6 %        | 861 600          | 16,4 %        | 1 022 086         | 19,4 %        | 160 486                   | 3,1 %         |
| varav förtidspens.                | 375 000             | 7,2 %         | 425 000          | 8,1 %         | 425 000           | 8,1 %         |                           |               |
| varav studerande                  | 300 000             | 5,8 %         |                  |               | 303 346           | 5,8 %         |                           |               |
| övriga                            | 290 500             | 5,6 %         |                  |               | 293 740           | 5,6 %         |                           |               |
| <i>Arbetskraften</i>              | 4 234 500           | 81,4 %        | 4 396 400        | 83,6 %        | 4 235 914         | 80,6 %        | -160 486                  | -3,1 %        |
| varav arbetslösa                  | 191 000             | 3,7 %         | 190 000          | 3,6 %         | 190 000           | 3,6 %         |                           |               |
| Sysselsatta                       | 4 043 500           | 77,8 %        | 4 206 400        | 80,0 %        | 4 045 914         | 76,9 %        | -160 486                  | -3,1 %        |
| varav sjukfrånvarande             | 325 000             | 6,3 %         | 204 365          | 3,9 %         | 395 000           | 7,5 %         | 190 635                   | 3,6 %         |
| <b>Människor i arbete</b>         | <b>3 678 500</b>    | <b>70,7 %</b> | <b>4 002 035</b> | <b>76,1 %</b> | <b>3 650 914</b>  | <b>69,4 %</b> | <b>-351 121</b>           | <b>-6,7 %</b> |

*Källa:* HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskraftsuppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 3.

HpH finner sammanfattningsvis att sysselsättningsmålet inte kan nås med nuvarande utveckling av sjukfrånvaron. I den mån målet också speglar ett reellt arbetskraftsbehov innebär utvecklingen också att det mycket snart kommer att uppstå en allvarlig brist på människor i faktisk produktion. Enligt beräkningarna ovan kan underskottet år 2004 uppskattas till fler än 350 000 människor.

Utredningen vill med ovanstående beräkningar understryka de allvarliga konsekvenser den nuvarande utvecklingen av sjukfrånvaron medför. Sjukfrånvaron är vid sidan av mänskliga och sociala aspekter i hög grad också ett växande arbetsmarknadspolitiskt och samhällsekonomiskt problem. Hälsoarbetet i arbetslivet kräver därför extraordinära och sammanhållna insatser över departements- myndighets- och partsgränser.

Utredningen vill också understryka behovet av en förbättrad uppföljning av sjukfrånvaron och dess konsekvenser för arbetskraftsutbud och faktisk sysselsättning.

**Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet**  
**HpH**  
(S 2000:07)



## **Punkter i en handlingsplan**

Delrapport från utredningen

Handlingsplan för ökad hälsa i  
arbetslivet

*2001-06-26*



## Till statsrådet Ingela Thalén

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

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

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

departementssekreteraren Anna Hallgren och departementssekreteraren Ann Söderström förordnades som sakkunniga. Den 29 maj förordnades riksdagsmannen Ronny Olander som sakkunnig.

Utredningen överlämnar härmed delrapporten Punkter i en handlingsplan.

Stockholm den 26 juni 2001

Jan Rydh

/Rolf Lundgren  
Birgitta Målsäter  
Stefan Härmä

# Innehåll

|   |            |
|---|------------|
| <b>Sammanfattning</b> .....   | <b>321</b> |
| Utgångspunkter .....  | 321        |
| Sjukfrånvaron fortsätter att öka.....   | 321        |
| Samspel – individ och arbetsplats.....  | 322        |
| Strukturella grepp nödvändiga.....  | 322        |
| Förslag.....  | 322        |
| Det fortsatt arbetet.....   | 326        |
| <b>Författningsförslag</b> .....  | <b>327</b> |
| <b>1 Utredningens uppdrag och arbetsformer</b> .....  | <b>349</b> |
| 1.1 Utredningens uppdrag.....   | 349        |
| 1.2 Utredningens arbetsformer.....  | 351        |
| <b>2 Ökad hälsa i arbetslivet - Utgångspunkter, analys och<br/>strukturella förutsättningar</b> ..... | <b>355</b> |
| 2.1 Bakgrund.....   | 355        |
| 2.2 Sammanfattande bakgrundsfakta.....  | 356        |
| 2.3 Samhällsekonomiska konsekvenser.....  | 358        |
| 2.4 Sjukskrivningens konsekvenser för individen.....  | 359        |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 2.5      | Flytta fram tyngdpunkten till förebyggande och rehabiliterande insatser.....           | 360        |
| 2.6      | Förstärkt samverkan mellan försäkringskassa och arbetsförmedling.....                  | 362        |
| 2.7      | Strukturella frågor och förutsättningar .....  | 363        |
| <b>3</b> | <b>Måldiskussion.....</b>  | <b>365</b> |
| <b>4</b> | <b>Basfakta .....</b>  | <b>369</b> |
| 4.1      | Sjukfrånvaros utveckling och struktur .....  | 369        |
| 4.1.1    | Sjukskrivna .....  | 370        |
| 4.1.2    | Sjuktal.....   | 374        |
| 4.1.3    | Sjukpenningdagar.....  | 375        |
| 4.1.4    | Sjukskrivningarnas längd.....  | 375        |
| 4.1.5    | Sjukfrånvaroutvecklingen i olika sektorer.....   | 376        |
| 4.1.6    | Sjukfrånvaron på arbetsställen av olika storlek.....                                   | 378        |
| 4.1.7    | Regionala skillnader.....  | 379        |
| 4.1.8    | Sammanfattande analys av sjukfrånvaron.....  | 381        |
| 4.2      | Prognoser för utvecklingen av sjukfrånvaro och förtidspensionering åren 2000-2006..... | 382        |
| 4.3      | Sjukfrånvaro, arbetskraftsutbud, sysselsättning och "människor i arbete".....          | 384        |
| 4.3.1    | Utvecklingen 1997-2000 .....   | 385        |
| 4.3.2    | Utvecklingen fram till år 2004.....  | 386        |
| <b>5</b> | <b>Pågående uppdrag .....</b>  | <b>389</b> |
| 5.1      | Företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan.....                 | 389        |
| 5.2      | Försäkringskassans köp av tjänster.....  | 390        |
| 5.3      | HpH:s forskningsprogram .....  | 391        |
| <b>6</b> | <b>Punkter i en handlingsplan - förslag till beslut .....</b>                          | <b>393</b> |
| 6.1      | Mål för andel "människor i arbete" .....   | 393        |
| 6.2      | En förbättrad kunskapsbas .....  | 394        |



|          |   |     |
|----------|---|-----|
| 6.2.1    | Ett väl fungerande informationssystem måste utvecklas snarast.....                | 394 |
| 6.2.2    | Övergripande systematisk analys av utvecklingen inom ohälsområdet.....            | 396 |
| 6.2.3    | Fortlöpande utbildningsinsatser .....   | 397 |
| 6.3      | En bred informationsverksamhet.....   | 398 |
| 6.4      | Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro i verksamhetsberättelser etc.....        | 399 |
| 6.5      | Ett förtydligat arbetsgivaransvar .....   | 401 |
| 6.6      | Rehabiliteringsunderlag och sjukanmälan.....                                      | 404 |
| 6.7      | Förseningsavgift om rehabiliteringsunderlag inte lämnas inom föreskriven tid..... | 409 |
| 6.8      | En förlängd sjuklöneperiod.....   | 414 |
| 6.9      | Högekostnadsskydd mot sjuklönekostnader för små företag.....                      | 418 |
| 6.10     | Sjukskrivningsunderlag och rehabiliteringsplan.....                               | 421 |
| 6.11     | Begränsning av sjukpenningperioden.....   | 424 |
| 6.12     | Sjukskrivna som inte är berättigade till sjuklön.....                             | 428 |
| 6.12.1   | Arbetslösa.....   | 428 |
| 6.12.2   | Korttidsanställda .....   | 429 |
| 6.13     | Ett höjt ersättningstak i sjukförsäkringen.....                                   | 430 |
| 6.14     | Pilotprojekt .....  | 431 |
| 6.15     | Ersättning till sjukvården för läkarutlåtanden.....                               | 434 |
| 7        | Konsekvensanalys .....  | 435 |
| 8        | Finansieringsfrågor .....   | 437 |
| 9        | Författningskommentarer .....   | 439 |
| Bilaga 1 | Kommittédirektiv.....   | 449 |
| Bilaga 2 | Måldiskussion .....   | 455 |

|  |     |
|--|-----|
| Bilaga 3 Uppdrag att utreda utnyttjandet av<br>företagshälsovård.....  | 463 |
| Bilaga 4 Uppdrag om kartläggning och utvärdering av de<br>rehabiliteringstjänster försäkringskassan köper..... | 467 |
| Bilaga 5 Forskningsuppdrag.....  | 471 |
| Bilaga 6 Information om sjukfrånvaro i årsredovisningen.....   | 481 |
| Bilaga 7 Arbetsgivarens ansvar - nuvarande regler.....   | 491 |
| Bilaga 8 Särskild konsekvensanalys av reglers effekter för<br>små företags villkor .....                       | 513 |

# Sammanfattning

## Utgångspunkter

Utredningen "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (HpH) har i uppdrag att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. HpH skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet.

Utredningen förutsätter att målet för ett gott samhälle är att så många personer i arbetsför ålder som möjligt skall ha möjlighet till meningsfullt arbete. Utgångspunkter för arbetet är därför bl.a. arbetslinjen, dvs. att arbete skall löna sig, att försäkringarna skall göras mer försäkringsmässiga och innehålla drivkrafter och andra inslag som bidrar till att förebygga och förkorta frånvaro från arbete på grund av ohälsa. Ytterligare en viktig utgångspunkt är att säkerställa individens rätt och möjligheter att vid behov få anpassade och målinriktade åtgärder för en snabb återgång i arbete.

## Sjukfrånvaron fortsätter att öka

HpH:s uppdatering av tidigare presenterade basfakta om och analyser av sjukfrånvaron visar att sjukfrånvaron fortsätter att öka och att ohälsa och därmed sammanhängande utstötning från arbetslivet blivit ett mycket allvarligt problem för allt fler människor.

## Samspel – individ och arbetsplats

HpH konstaterar att det är i samspelet mellan individen och arbetsplatsen som ohälsa måste bekämpas och ett hälsosamt arbetsliv utvecklas. Framtidens arbetsliv måste utformas med hänsyn till individens möjligheter och med ett för den enskilde och arbetsgivaren gemensamt ansvar för ett arbete som är så utformat att medarbetaren orkar arbetstiden och arbetsåren ut. Mot bakgrund av dessa fakta och denna analys lämnar HpH nu förslag som innebär en stark fokusering på åtgärder på arbetsplatsen. HpH återkommer i sin slutrapport med förslag som rör ansvaret för sjukskrivna arbetslösas rehabilitering.

### Strukturella grepp nödvändiga

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

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

En absolut förutsättning för förslaget är att *sjukförsäkringsavgiften sänks* i motsvarande mån som arbetsgivarnas kostnader ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden och att ett *högkostnadsskydd* införs för mindre företag.

### Förslag

HpH föreslår att regeringen redan nu beslutar att inleda ett program för ökad hälsa i arbetslivet och att regeringen (i förekommande fall riksdagen) beslutar om följande punkter i en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Förslagen ligger väl inom ramen för HpH:s vision av ett fullständigt och slutgiltigt förslag till handlingsplan.

### *Mål – 73,5 % av befolkningen i arbete år 2004*

Regeringen fastställde 1997 mål för sysselsättningen. År 2004 skulle 80 procent av befolkningen i åldern 20-64 vara reguljärt sysselsatt. HpH konstaterar att ett sådant mål inte fångar upp de konsekvenser för den faktiska sysselsättningen – ”människor i arbete” – som sjukfrånvaron medför. I HpH:s analys av arbetskraftsutvecklingen kompletteras sysselsättningsmålet med ”människor i arbete”, där de sjuk-frånvarande har frånräknats.

HpH anser att regeringen skall tydliggöra en vision och ett mål för antalet/andelen ”*människor i arbete*” och föreslår att detta mål fastställs till 73,5 procent av befolkningen år 2004. Ett sådant mål innebär att sjukfrånvaron måste minska med närmare 20 procent mellan åren 2000 och 2004.

HpH föreslår också att regeringen

- o utvecklar och fastställer *departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål* som leder till ökad andel människor i arbete och ökad hälsa i arbetslivet,
- o fastställer *regler för gemensamma utvärderingar* och analyser för såväl departement som myndigheter i uppföljningsarbetet,
- o omsätter dessa övergripande mål till *myndighetsspecifika mål* och riktlinjer i kommande regleringsbrev.

### *Information*

HpH föreslår att regeringen för att uppnå en allmänt förbättrad kunskapsbas

- o uppdrar åt RFV att skyndsamt utveckla och produktionssätta ett *adekvat system* för löpande *handläggning* samt *uppföljning* och redovisning av sjukfrånvarons utveckling och bedömning av olika åtgärders effektivitet,
- o etablerar en permanent *fristående grupp för analys och bevakning* av utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet,
- o systematiserar och etablerar *utbildningsinsatser på universitetsnivå* inom området hälsa i arbetslivet,
- o inbjuder arbetsmarknadens parter till en *gemensam flerårig informationskampanj* avseende ökad hälsa i arbetslivet samt
- o tar initiativ till att bestämmelser införs om *obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro* i företags, kommuners, landstings, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser.

*Ett förtydligt arbetsgivaransvar*

En arbetsgivare har enligt nuvarande lagstiftning ett omfattande ansvar avseende hälsan hos sina anställda. Det finns därför inte något behov av att utvidga en arbetsgivares ansvar i detta hänseende. Lagstiftningen åsidosätts dock ofta uppenbarligen på grund av bristande kunskap. En samlad redovisning av arbetsgivares ansvar skulle tillsammans med förslagen om rehabiliteringsunderlag och förlängd sjuklöneperiod innebära ett viktigt förtydligande av arbetsgivaransvaret.

HpH föreslår att

- o den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett *rehabiliteringsunderlag*. I rehabiliteringsunderlaget skall arbetsgivaren redovisa uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. I underlaget skall också ingå yttrande från företagshälsovård. För försäkrade utan arbetsgivare skall försäkringskassan upprätta motsvarande rehabiliteringsunderlag,
- o rehabiliteringsunderlaget skall bifogas sjukanmälan till försäkringskassan i fall som fortsätter efter sjuklöneperioden,
- o skyldighet att lämna rehabiliteringsunderlag gäller inte om den försäkrades inkomst från arbetsgivaren omedelbart före sjukperioden för månad räknat understiger 10 procent av prisbasbeloppet,
- o arbetsgivare som inte lämnar rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan inom föreskriven tid skall betala en förseningsavgift på 5 000 kr,
- o *sjuklöneperioden skall förlängas* till sextio dagar,
- o sjuklönen skall fr.o.m. den femtonde dagen i en sjukperiod höjas till 90 procent av anställningsförmånerna till den del de är sjukpenninggrundande,
- o *sjukförsäkringsavgiften* i form av arbetsgivaravgift skall sänkas i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden och att
- o ett *generellt högkostnadsskydd* mot sjuklönekostnader införs för *små företag* som har en årlig lönesumma som högst uppgår till 160 prisbasbelopp.

### *Sjukskrivning och rehabilitering*

För att få till stånd en mer aktiv sjukförsäkring med tidigare rehabiliteringsinsatser föreslår HpH att

- o försäkringskassan snarast efter att ett rehabiliteringsunderlag har inkommit skall upprätta en *målinriktad rehabiliteringsplan*. Planen skall redovisa ansvar, kostnader och tidsplaner för alla de rehabiliteringsåtgärder – medicinska, sociala och arbetslivs- inriktade – som är aktuella. Rehabiliteringsplanen skall fort- löpande uppdateras och vid behov revideras. Försäkringskassan har ansvaret för att planerade åtgärder samordnas och följs upp,
- o att nu gällande bestämmelser om *fördjupad bedömning upphävs*,
- o sjukpenning skall endast efter *särskild prövning* kunna lämnas för längre tid än *trehundra sextiofem dagar* i en sjukperiod.

Försäkringskassan skall genom en särskild prövning av samtliga sjukpenningfall under den tolfte månaden av sjukperioden förvissa sig om att aktiv rehabilitering planeras eller pågår i de fall där inte en medicinskt motiverad behandling uttryckligen är den mest adekvata och för patienten bästa behandlingsmetoden. När en sådan prövning leder till beslut om fortsatt ersättning i form av "särskild sjukpenning", skall denna utgå med samma belopp tidigare sjukpenning.

### *Övriga frågor*

HpH föreslår vidare att

- o taket för sjukpenninggrundande inkomst höjs från 7,5 till 10 prisbasbelopp. (Sjukförsäkringsutredningens tidigare förslag),
- o sjukförsäkringsavgiften skall beräknas med ett högre tal på löner till anställda (framför allt *korttidsanställda*) som inte omfattas av sjuklönelagen. Avgiftsskillnaden skall spegla den uppskattade faktiska skillnaden i sjukförsäkringens kostnader,
- o sjukförsäkringens *ersättningar till sjukvården* avseende av försäkringskassa *begärda* läkarintyg och andra medicinska underlag görs *prestationsbaserad* och sker direkt mellan berörd kassa och sjukvårdsenhet och att
- o RFV och AMS får i uppdrag att under 2002 initiera och genomföra en *integrerad samverkan* när det gäller arbetslivsriktad rehabilitering i hela landet, samt att i en *pilotverksamhet* på några orter i landet i samverkan utveckla arbetsmetoder och organisation för en effektiv samordnad rehabilitering.

### Det fortsatt arbetet

HpH anser att några bestående förutsättningar för ett stabilt sjukförsäkringssystem och stabil långsiktig hälsa på arbetsplatsen inte kan skapas utan att strukturella reformer genomförs. Utredningen kommer därför i det fortsatta arbetet utgå från att sjukförsäkringen kan

- o ges en mer försäkringsmässig utformning
- o finansieras utanför den statliga budgeten
- o administreras av en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation samt att
- o försäkringskassa och arbetsmarknadsmyndigheter utvecklar nya former för samarbete och samverkan.



# Författningsförslag

## 1 Förslag till

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1976:380) om allmän försäkring

*dels* att 3 kap. 2 och 8 a §§ samt 22 kap. 3 och 6 §§, skall ha följande lydelse,

*dels* att det skall införas fem nya paragrafer, 3 kap. 3 a § samt 22 kap. 4 a-d §§ av följande lydelse.

#### **3 kap.**

##### **2 §<sup>1</sup>**

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

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2000:983

*Nuvarande lydelse*

Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst bortses från sådan inkomst av anställning och annat förvärvsarbete som överstiger sju och en halv gånger prisbasbeloppet. Det belopp som sålunda skall undantas skall i första hand räknas av från inkomst av annat förvärvsarbete. Ersättning för utfört arbete i annan form än pension räknas som inkomst av anställning, såvida ersättningen under ett år uppgår till minst 1 000 kronor, även om mottagaren inte är anställd hos den som utger ersättningen. I nu angivna fall skall den som utför arbetet anses såsom arbetstagare och den som utger ersättningen såsom arbetsgivare. Kan ersättning för arbete för någon annans räkning under året inte antas uppgå till minst 1 000 kronor, skall ersättningen från denne inte tas med vid beräkningen av den sjukpenninggrundande inkomsten i annat fall än då den utgör inkomst av näringsverksamhet. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall bortses från ersättning som enligt 2 a § skall anses som inkomst annat förvärvsarbete samt ersättning som idrottsutövare får från sådan ideell förening som avses i 7 kap. 7 § första stycket inkomstskatte-

*Föreslagen lydelse*

Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst bortses från sådan inkomst av anställning och annat förvärvsarbete som överstiger tio gånger prisbasbeloppet. Det belopp som sålunda skall undantas skall i första hand räknas av från inkomst av annat förvärvsarbete. Ersättning för utfört arbete i annan form än pension räknas som inkomst av anställning, såvida ersättningen under ett år uppgår till minst 1 000 kronor, även om mottagaren inte är anställd hos den som utger ersättningen. I nu angivna fall skall den som utför arbetet anses såsom arbetstagare och den som utger ersättningen såsom arbetsgivare. Kan ersättning för arbete för någon annans räkning under året inte antas uppgå till minst 1 000 kronor, skall ersättningen från denne inte tas med vid beräkningen av den sjukpenninggrundande inkomsten i annat fall än då den utgör inkomst av näringsverksamhet. Vid beräkning av sjukpenninggrundande inkomst av anställning skall bortses från ersättning som enligt 2 a § skall anses som inkomst annat förvärvsarbete samt ersättning som idrottsutövare får från sådan ideell förening som avses i 7 kap. 7 § första stycket inkomstskatte-

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

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

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

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

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

### **3 kap.**

#### **3 a §**

*Sjukpenning utges längst för tid till och med den trehundra- och sextiofemte dagen i en sjukperiod.*

*Har den försäkrade under de närmast föregående 450 dagarna haft sjukperioder som omfattat sammanlagt minst 365 dagar, får sjukpenning inte längre lämnas. Detta gäller till dess 30 dagar förflutit sedan en sjukperiod avslutats utan att en ny påbörjats. Vid beräkning av antalet sjukperioddagar under en 450-dagarsperiod skall inte beaktas dagar före ett uppehåll mellan sjukperioder på mer än 30 dagar.*

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

8 a §<sup>2</sup>

*Den allmänna försäkringskassan skall, senast efter det att det särskilda läkarutlåtandet och den särskilda försäkringen kommit in och efter hörande av en sådan försäkringsläkare som avses i 18 kap. 15 §, bedöma i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är erforderliga.*

Försäkringskassan skall, om det är nödvändigt för bedömning enligt första stycket, begära att den försäkrade genomgår utredning för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Försäkringskassan skall, om det är nödvändigt för bedömning av i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är erforderliga, begära att den försäkrade genomgår utredning för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Försäkringskassan skall även annars under sjukperioden, när det finns skäl till det, undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap., helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete.

Försäkringskassan skall, när det kan anses nödvändigt för bedömningen av rätt till sjukpenning eller åtgärder enligt 7 b § eller 22 kap., under sjukperioden även i övrigt.

1. infordra utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig,

---

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1998:87

2. göra förfrågan hos den försäkrade, den försäkrades arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter, och
3. besöka den försäkrade.

För kostnader som den enskilde har med anledning av en sådan utredning som avses i andra eller fjärde stycket lämnas ersättning i enlighet med vad regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket föreskriver.

## 22 kap. 3§<sup>3</sup>

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

*Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning*

1. när den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än fyra veckor i följd,
2. när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller
3. när den försäkrade begär det.

*Rehabiliteringsutredningen skall i fall som avses i andra stycket 1 tillställas försäkringskassan inom åtta veckor från dagen för anmälan om sjukdomsfallet och i fall som avses i andra stycket 2 inom samma tid*

Den försäkrades arbetsgivare skall i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. *Detta gäller inte om den försäkrades inkomst från arbetsgivaren omedelbart före sjukperioden för månad räknat understiger 10 procent av prisbasbeloppet. Har den försäkrade utfört arbete för arbetsgivaren under minst tre kalendermånader i följd, skall som inkomst för månad räknat anses den genomsnittliga inkomsten för de tre kalendermånader som infaller omedelbart före sjukperioden.*

*Arbetsgivaren skall påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag*

4. om den försäkrade till följd av sjukdom har varit helt eller delvis frånvarande från sitt arbete under längre tid än

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1991:1040

räknat från dagen för anmälan om det sjukdomsfall som närmast föregick rehabiliteringsutredningen. Har *rehabiliteringsutredningen gjorts* på begäran av den försäkrade, skall *den tillställas kassan inom åtta veckor* från den dag då begäran framställdes hos arbetsgivaren.

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

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

*Försäkringskassan skall överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det.*

- fyra veckor i följd,
5. *om den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller*
  6. *om den försäkrade begär det.*

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

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

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

#### 4 a §

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

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

*I underlaget skall ingå yttrande från företagshälsovård eller motsvarande angående arbetsförmågan relaterat till arbetsuppgifterna, behovet av rehabiliteringsåtgärder, prognos för återgång till arbetet och eventuellt förslag till åtgärder utöver dem som arbetsgivaren har föreslagit.*

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

*Uppgifter skall också lämnas om behovet av rehabiliteringsinsatser*

#### *4 b §*

*En arbetsgivare skall betala förseningsavgift med 5 000 kr, om arbetsgivaren inte har lämnat ett rehabiliteringsunderlag till för-*



säkringskassan senast vid den tidpunkt som anges i 3 § tredje stycket.

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

#### 4 c §

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

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

Ett beslut om förseningsavgift får efter sista betalningsdagen verkställas såsom en dom som har vunnit laga kraft. Den obetalda avgiften och dröjsmålsavgiften skall lämnas för indrivning. Bestämmelser om indrivning finns i lagen (1993:891) om indrivning av statliga fordringar m.m. Vid indrivning får verkställighet enligt utsökningsbalken ske.

#### 4 d §

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

6 §<sup>4</sup>

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

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

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

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

---

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1991:1040

## 2 Förslag till

### lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1047) om sjuklön dels att 6, 7, 17, 25, 26 och 28 §§ skall ha följande lydelse, dels att det skall införas en ny paragraf, 17 a § av följande lydelse.

#### 6 §<sup>5</sup>

##### *Nuvarande lydelse*

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

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

##### *Föreslagen lydelse*

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

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

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

<sup>5</sup> Senaste lydelse 1997:569

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

7 §<sup>6</sup>

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

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

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

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

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

---

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2000:382

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

17 §<sup>7</sup>

En arbetsgivare vars sammanlagda lönekostnader under ett kalenderår *inte beräknas överstiga 130* gånger det för året gällande prisbasbeloppet enligt 1 kap. 6 § lagen (1962:381) om allmän försäkring kan *försäkra sig* hos den allmänna försäkringskassan för kostnader för sjuklön enligt denna lag. Vid beräkningen av de sammanlagda lönekostnaderna bortses från avgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och lagen (1994:1920) om allmän löneavgift samt från skatt enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster.

*Regeringen föreskriver närmare villkor för försäkringen.*

En arbetsgivare vars sammanlagda lönekostnader under ett kalenderår *uppgår till högst 160* gånger det för året gällande prisbasbeloppet enligt 1 kap. 6 § lagen (1962:381) om allmän försäkring kan hos den allmänna försäkringskassan *begära ersättning för kostnader för sjuklön enligt 17 a §*. Vid beräkningen av de sammanlagda lönekostnaderna bortses från avgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och lagen (1994:1920) om allmän löneavgift samt från skatt enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster.

## 17 a §

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

*Ersättning lämnas inte för sjuklönekostnad till den del sjuklönen överstiger 90 procent av*

<sup>7</sup> Senaste lydelse 2000:991

*högsta belopp för sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. 2 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring.*

*Regeringen föreskriver närmare villkor för rätt till ersättning för sjuklönekostnader.*

#### 25 §<sup>8</sup>

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

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

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

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

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

---

<sup>8</sup> Senaste lydelse 1999:817

26 §<sup>9</sup>

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

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

20 kap. 2 a § om provisoriskt beslut,

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

20 kap. 4 § om återbetalningsskyldighet,

20 kap. 5 § om preskription,

20 kap. 6 § om förbud mot utmätning och om överlåtelse,

20 kap. 8 § första-tredje styckena och 9 § om skyldighet att lämna uppgifter,

20 kap. 8 § fjärde stycket om utredningsåtgärder,

20 kap. 9 a § om undantag från sekretess.

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

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

20 kap. 2 a § om provisoriskt beslut,

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

20 kap. 4 § om återbetalningsskyldighet,

20 kap. 5 § om preskription,

20 kap. 6 § om förbud mot utmätning och om överlåtelse,

20 kap. 8 § första-tredje styckena och 9 § om skyldighet att lämna uppgifter,

20 kap. 8 § fjärde stycket om utredningsåtgärder,

20 kap. 9 a § om undantag från sekretess.

## 28 §

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

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

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

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

<sup>9</sup> Senaste lydelse 1998:96

samt

beslut att inte avge yttrande enligt 27 § andra stycket.

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

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

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

I övrigt får försäkringskassans beslut enligt denna lag inte överklagas.

stycket, samt

beslut att inte avge yttrande enligt 27 § andra stycket.

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

I övrigt får försäkringskassans beslut enligt denna lag inte överklagas.

---

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



### 3 Förslag till

#### lag om ändring i årsredovisningslagen (1995:1554)

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 5 kap.

##### 18 §<sup>10</sup>

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

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

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

#### 7 kap.

##### 14 §<sup>11</sup>

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

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

---

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

<sup>10</sup> Senaste lydelse 1999:1112

<sup>11</sup> Senaste lydelse 1999:1112

#### 4 Förslag till

##### lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

##### **5 kap.**

##### **4 §**

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

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

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

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2002

## 5 Förslag till

### lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialavgiftslagen (2000:980)

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### **2 kap.**

##### 26 §

Arbetsgivaravgifterna är 30,13 procent av avgiftsunderlaget och utgörs av

14. sjukförsäkringsavgift 8,80 %

15. föräldraförsäkringsavgift 2,20 %

16. ålderspensionsavgift 10,21 %

17. efterlevandepensionsavgift 1,70 %

18. arbetsmarknadsavgift 5,84 %

19. arbetsskadeavgift 1,38 %

Arbetsgivaravgifterna är 30,13 procent av avgiftsunderlaget och utgörs av

20. sjukförsäkringsavgift 8,00 %

21. föräldraförsäkringsavgift 2,20 %

22. ålderspensionsavgift 10,21 %

23. efterlevandepensionsavgift 1,70 %

24. arbetsmarknadsavgift 5,84 %

25. arbetsskadeavgift 1,38 %

#### **2 kap.**

##### 27 a §

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

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

## **6 Förslag till förordning om högkostnadsskydd mot sjuklöne- kostnader**

Härigenom föreskrivs följande.

Ansökan m.m.

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

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

Ansökan skall göras på blankett som fastställs av Riksförsäkringsverket.

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

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

### **Ersättning**

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

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

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

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

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

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

### **Förskott**

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

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

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

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

---

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

Förordningen (1991:1395) om försäkring mot kostnader för sjuklön enligt lagen 17 § lagen (1991:1047) om sjuklön skall tillämpas till och med utgången av år 2002 för försäkring som har

tecknats före den tidpunkten. Efter den tidpunkten gäller förordningen i fråga om ersättning för sjuklönekostnader för sjuklöneperioder som påbörjats innan försäkringen upphör att gälla.

# 1 Utredningens uppdrag och arbetsformer

## 1.1 Utredningens uppdrag

Utredningen "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (HpH) har i uppdrag att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredningen skall förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. HpH skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Vidare skall utredningen föreslå hur dessa insatser och system kan bli enklare, effektivare och fungera bättre som en enhet. Utgångspunkter för arbetet är bl.a. arbetslinjen, att arbete skall löna sig, att försäkringarna skall göras mer försäkringsmässiga och ge incitament till snabb återgång i arbete. Försäkringarna skall också ge ekonomisk trygghet vid oförmåga att arbeta p.g.a. ohälsa. Åtgärder skall redovisas på både kort och lång sikt. Direktiven redovisas i sin helhet i bilaga 1.

Den 15 februari 2001 lämnade utredningen delrapporten *Handlingsplanens uppläggning och inriktning*. Enligt direktiven skall en slutrapport med förslag till åtgärder på längre sikt lämnas den 15 december 2001.

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

Arbetsskadeutredningens betänkande *Den framtida arbetsskadeförsäkringen* (SOU 1998:37).

Socialdepartementet avser att under senhösten 2001 lägga förslag till vissa förändringar inom arbetsskadeförsäkringen. De områden som närmast är föremål för diskussion är bevisreglerna, vissa organisatoriska frågor, kompensation för karensdagen samt indexering av arbetsskadelivräntor. Departementet har nyligen remitterat RFV:s rapport *Analys av arbetsskadeförsäkringen* och promemorian *Bevisregler i arbetsskadeförsäkringen* som utarbetats av en projektgrupp inom departementet. HpH avser att i slutrapporten se över de frågor där arbetsskadeförsäkringens utformning kan antas vara av betydelse för hälsa i arbetslivet.

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

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

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

HpH diskuterar delar av rehabiliteringens innehåll och ansvar i denna rapport. Förslaget om förändrad organisation kommer att behandlas i slutrapporten.

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

HpH fördjupar vissa av Sjukförsäkringsutredningens förslag i denna rapport med författningsförslag och författningskommentarer.

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

Denna utredning har till uppgift att göra en samlad översyn av de processuella regler som gäller för olika förmåner inom socialförsäkringen. I uppdraget ingår också att kartlägga tillämpningen av nuva-



rande bestämmelser. Slutbetänkande kommer att lämnas den 2 juli 2001.

Projektet om reformerad förtidspension *Sjukersättning i stället för förtidspension* (Ds 2000:39) och *Aktivitetsersättning* (Ds 2000:40). Socialförsäkringsutskottet har i betänkande 2000/02:SfU15 tillstyrkt regeringens förslag (proposition 2000/01:96 *Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension*). Riksdagen fattade beslut i enlighet med förslaget den 1 juni 2001.

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

En folkhälsoproposition är planerad till senhösten 2001. HpH kommenterar kommitténs mål för *God hälsa* i denna rapportens måldiskussion (kapitel 3).

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

Rapporten presenterades den 31 maj 2001 och blir ett viktigt underlag för HpH:s fortsatta arbete när det gäller förebyggande åtgärder.

## 1.2 Utredningens arbetsformer

Regeringen beslöt om direktiv för utredningen den 7 december 2000. Utredaren och sekretariatet förordnades att påbörja arbetet fr.o.m. den 1 januari 2001. Den 15 februari överlämnades en första delrapport *Handlingsplanens uppläggning och inriktning – delrapport från utredningen handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Arbetet har bedrivits i nära samarbete med utredningens sakkunniga och experter. Sammanlagt har sex sammanträden med experter och sakkunniga ägt rum. Därutöver har förekommit täta enskilda kontakter med flertalet experter och sakkunniga.

Utredningen eftersträvar en öppenhet i utredningsarbetet gentemot alla intresserade, inte minst allmänheten. I den andan har utredningen använt en hemsida med adressen "[www.sjukforsakring.gov.se](http://www.sjukforsakring.gov.se)". Hemsidan initierades av den tidigare Sjukförsäkringsutredningen S 1999:11.

Utredaren har haft möten med den statsrådsgrupp som har till uppgift att samordna regeringens arbete med hälsofrågorna.

Utredaren och sekretariatet har träffat företrädare för myndigheter, företagshälsovård, organisationer och försäkringsbolag. Utredningen har också haft överläggningar med representanter från LO, SAF/Svenskt Näringsliv, Företagarnas riksorganisation, Kommunförbundet, Landstingsförbundet, TCO, PTK och SACO. Utredningen deltog även i den av statsrådsgruppen anordnade rundabordskonferensen den 31 maj 2001.

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

Utredningen har besökt socialdepartementen i England och Tyskland för att diskutera försäkringssystem, förebyggande arbete och rehabilitering. I *England* studerade utredningen även One-piloterna som erbjuder människor i arbetsför ålder såväl ersättning som hjälp med arbete. Syftet med att i England modernisera välfärdssystemet i form av One är att minska bidragsberoendet.

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

Utredningen har uppdragit åt Statskontoret att utvärdera försäkringskassans köp av tjänster. Statskontoret skall redovisa vilka som får rehabiliteringstjänster och hur försäkringskassan väljer ut dessa personer. Statskontoret skall också redovisa vilka tjänster som försäkringskassan köper och vilka effekter rehabiliteringen har. Därutöver skall Statskontoret diskutera alternativa gränsdragningar i ansvaret för köp av rehabiliteringstjänster.

För att fördjupa kunskapen om långtidsfriska och långtidssjuka har utredningen tillsatt en speciell expertgrupp. Gruppen består av Professorerna Gunnar Aronsson och Staffan Marklund från Arbetslivsinstitutet, docenten/sakkunnige Inger Marklund, RFV, utredaren Alf Andersson, SCB och från KI docenten Eva Vingård, ergonomie magistern Per Lindberg och professorn Åke Nygren.

Sammanlagt har fem sammanträden med denna expertgrupp ägt rum.

Civilekonomen Hans Edenhammar har för utredningens räkning redogjort för möjligheterna att ålägga företag att i sin årsredovisning ange uppgifter om sjukfrånvaro.



## 2 Ökad hälsa i arbetslivet - Utgångspunkter, analys och strukturella förutsättningar

### 2.1 Bakgrund

Under de senaste åren har ett stort antal utredningar redovisat, analyserat och lämnat förslag till åtgärder för att stoppa eller åtminstone minska den galopperande ökningen av sjukrelaterad frånvaro. Samtliga utredningar har pekat på ett antal strukturella problem, som inte kan lösas enbart med begränsade ändringar och förbättringar av nuvarande system. Denna utredning, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH)* ansluter sig till och bygger vidare på tidigare utredningars analyser och slutsatser. När HpH nu enligt sina direktiv redovisar förslag till de delar i en handlingsplan som kan behandlas av riksdag/regering innevarande höst måste de ses i sitt mer strukturella och principiella sammanhang. I detta inledande avsnitt presenterar därför HpH sammanfattningsvis några av de grundläggande förutsättningar som enligt utredningen måste uppfyllas för att nuvarande mönster och trender för sjukfrånvaron skall kunna brytas. HpH gör detta med den självklara markeringen att en utveckling och eventuellt också förändring av dessa nu kända förutsättningar kan komma att göras under arbetets gång. Det slutliga förslaget skall enligt direktiven redovisas 15 december 2001.

HpH skall redovisa förslag till åtgärder i form av en handlingsplan. Denna handlingsplan skall i huvudsak bygga på tidigare presenterat material och analyser. I vissa delar har HpH trots den korta tid som står till förfogande påbörjat ett arbete för att fördjupa kunskapsunderlaget. Detta arbete, som kommer att redovisas innevarande höst, kommer att utgöra ett ytterligare underlag för HpH:s slutsatser. Den huvudsakliga inriktningen av detta arbete redovisas i kapitel 5.

## 2.2 Sammanfattande bakgrundsfakta

Tidigare utredningar har med stor tydlighet redovisat de komplexa sammanhang som ligger bakom den mycket höga sjukfrånvaron i landet. Internationella jämförelser visar att motsvarande trender också finns i andra jämförbara länder. Andelen sjukfrånvarande synes dock vara högre i Sverige än i de flesta andra länder. Framför allt är styrkan i trenden oroväckande hög i Sverige.

HpH grundar sina förslag till åtgärder på sammanfattningsvis följande basfakta, i huvudsak hämtade från Sjukförsäkringsutredningen och av HpH uppdaterat material.

- o *Under 2000 hanterade försäkringskassorna nära 1 miljon sjukfall. Det var 360 000 fler än 1997.*
- o *Totalt ersattes ca 90 miljoner sjukdagar av sjukförsäkringen 2000. Det var drygt 40 miljoner fler än under 1997.*
- o *Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns och skillnaderna ökar.*
- o *520 000 individer – 300 000 kvinnor och 220 000 män – hade vid årsskiftet 2000/2001 varit sjukskrivna längre tid än ett år eller uppbar sjukbidrag eller förtidspension. Det var 50 000 fler än vid årsskiftet 1997/98.*
- o *Kvinnor utgjorde mer än 60 procent av de sjukskrivna vid årsskiftet 2000/2001 och svarade för 66 procent av ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan 1997 och 2000.*
- o *58 600 kvinnor hade vid årsskiftet 2000/2001 varit sjukskrivna längre tid än ett år. Det var en ökning med 120 procent från 1997.*
- o *Kvinnor anställda inom kommuner och landsting har en högre sjuk-frånvaro än andra kvinnor. 80 procent av anställda inom kommuner och landsting är kvinnor.*
- o *75 procent av ersatta dagar i pågående fall vid årsskiftet 1999/2000 avsåg fall som hade pågått längre tid än ett år.*
- o *67 procent eller nära 500 000 av de fall som avslutades under 2000 hade pågått kortare tid än två månader.*
- o *De regionala skillnaderna i sjukfrånvaro är stora. (År 1999 varierade sjukskrivningsfrekvenserna för kvinnorna från 4,5 procent i Kronobergs och Hallands län till 8,7 procent i Västerbotten. Männens tal varierar från 2,7 procent i Kronobergs län till 4,35 procent i Västerbotten.)*
- o *Det föreligger ett tydligt samband mellan sjukfrånvaro och arbetsplatsens storlek. Sjukfrånvaron ökar med företagets storlek.*
- o *Det finns ett klart samband mellan ålder och risken att bli långtidssjukskriven.*

- o *Förhållanden på arbetet både av fysisk, psykosocial och organisatorisk karaktär har betydelse för långtidssjukskrivning. Högsta riskerna uppmäts för de män och kvinnor som har en hög fysisk belastning och inte är nöjda med hur de kan utföra sina arbetsuppgifter.*

HpH anser mot bakgrund av det omfattande material som presenterats i olika sammanhang att de stora *variationer* i sjukfrånvaron som kan påvisas till mycket stor del är beroende på faktorer som kan återföras till förhållanden på arbetsplatsen, relationer mellan den anställde och arbetsplats, arbetsuppgifter, organisation, ledning och resurstilldelning. Givetvis sammanhänger sjukfrånvaron ofta med grundläggande medicinska orsaker, men när skillnaden mellan olika arbetsplatser eller inom ett större företag kan beskrivas i relationer som 2:1 eller mer torde slutsatsen bli att någonting tillkommer som ligger utanför individen. Om så inte vore fallet skulle sjukfrånvaron vara lika stor och utvecklas på ett likartat sätt på alla arbetsplatser. Variationer i sjukfrånvaro i de allra minsta företagen kan dock inte statistiskt säkerställas för varje enskilt företag. Företag med ett litet antal anställda kan drabbas orimligt hårt av enstaka längre sjukfall. Utredningen föreslår därför ett särskilt högkostnadsskydd för små företag.

Utredningen förutsätter vidare att målet för ett gott samhälle är att så många personer i arbetsför ålder som möjligt skall ha möjlighet till meningsfullt arbete. Detta kan endast ske genom att arbetslivet anpassas till de individer som faktiskt finns på arbetsmarknaden. Det kommer inte att finnas en uppsjö av arbetssökande som alla uppfyller dagens höga krav på arbetsintensitet och med en konstitution som tål kombinationer av stress och resursbrist och/eller ensidigt, monotont arbete ofta förenat med tunga lyft.

Utredningen konstaterar att arbetsgivaren redan med nu gällande lagstiftning har mycket stora skyldigheter att anpassa arbetet efter individens förutsättningar. (se kapitel 6.5). I många fall uppfyller dock inte arbetsgivare de gällande kraven. När utredningen betonar arbetsgivarens ansvar och i vissa avseenden förtydligar gällande regler innebär detta dock inte att kostnaderna för arbetsgivar-kollektivet ökar. Arbetsgivare betalar redan i dag hela kostnaden för sjukfrånvaro och förtidspension genom den sjukförsäkringsavgift som årligen beslutas. Avgiften är för närvarande (2001) 8,8 procent. I den mån inte trenden bryts, kommer den att behöva höjas ytterligare. HpH anser att försäkringssystemet skall utformas så att avgiften på ett mer korrekt sätt återspeglar kostnaderna. En

del av utredningens förslag påverkar *fördelningen* av kostnaderna mellan arbetsgivare, vilket enligt utredningen är positivt. Ett starkare samband mellan sjukfrånvaro och det enskilda företags kostnadsbelastning är en av de nödvändiga strukturella förutsättningarna för att på sikt förändra den nuvarande oacceptabla kostnadstrenden.

### 2.3 Samhällsekonomiska konsekvenser

I kapitel 4 redovisas en uppdatering av det faktaunderlag som framförallt tagits fram av den tidigare Sjukförsäkringsutredningen S 1999:11. Uppdateringen pekar med all tydlighet på att den nuvarande mycket ogynnsamma trenden består. Enligt RFV:s prognoser kommer sjukpenning under 2001 att belasta statens budget med 42,7 miljarder kronor. Utgifterna för förtidspensioner beräknas för innevarande år till 50 miljarder kronor vilket sammantaget blir 92,7 miljarder kronor. HpH noterar att i regeringens finansplan (prop. 2000/01:100) har upptagits ett belopp som med mer än 1,5 miljarder kronor understiger RFV:s prognos.

I den rapport som HpH lämnade den 15 februari redovisade utredningen beräkningar av de samhällsekonomiska konsekvenserna av nuvarande nivå på förtidspensioner och sjukfrånvaro. Utredningen visade att målet för andelen sysselsatta inte kan uppnås med hänsyn till omfattningen av antalet förtidspensioner. Av beräkningarna framgick vidare att med de prognoser som gäller för utvecklingen av sjukfrånvaron kommer inte heller "människor i arbete" att öka. Istället kommer en minskning att ske.

Skillnaden mellan det antal "människor i arbete" som kan beräknas utifrån det uppställda sysselsättningsmålet för år 2004 och HpH:s prognoser innebär ett underskott motsvarande ca 350 000 årsarbetare (Se HpH:s Delrapport 2001-02-15). För att tillväxtemålet skall uppnås måste kvarvarande faktiskt arbetande arbeta 10 procent mer eller 10 procent effektivare än beräknat. HpH noterar att regeringen till viss del belyst denna fråga i vårpropositionen 2001. Av alldeles särskild betydelse är att andelen arbetande i åldersgruppen 55+ successivt minskar både genom avtalspensioneringar och genom ökad sjukfrånvaro. Det är därför mycket angeläget att åtgärder sätts in för att göra arbetsplatser intressanta och anpassade för denna grupp av arbetskraft. Ökad sysselsättningsgrad bland den äldre arbetskraften är den viktigaste förutsättningen för att minska den akuta arbetskraftsbristen i landet.



De allvarliga samhällsekonomiska konsekvenserna av nuvarande höga sjukskrivningsnivå har, förutom i HpH:s egen rapport av den 15 februari 2001, ytterligare redovisats av bl.a. Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen S 1999:08 och Sjukförsäkringsutredningen S 1999:11.

## 2.4 Sjukskrivningens konsekvenser för individen

Statistik och beräkningar av det dramatiskt ökade antalet sjukskrivningar riskerar att undanskymma de personliga problem för de många individer som länge går sjukskrivna. Tidigare utredningar har konstaterat att de nuvarande formerna och resurserna för rehabilitering är bristfälliga. Sjukskrivning som terapi och botemedel vid sjukdom är ett i hög grad tveeggat instrument. Under den akuta fasen av ett sjukdomstillstånd är givetvis i de allra flesta fall "sjukskrivning" en medicinskt adekvat åtgärd. Däremot är det angeläget, inte minst för den sjukskrivne, att snara insatser görs så att det blir möjligt att snabbt återgå till arbetet. Ju längre sjukskrivningen varar, desto sämre blir prognosen för den sjukskrivne. Det är viktigt att "sjukskrivande" läkare får en sådan utbildning och fortbildning att sjukskrivning som terapi används och bedöms på samma sätt som andra terapiformer. Det ligger inte patientens eget intresse att fortsatt sjukskrivning används som en passiv åtgärd.

Den vetenskapliga kunskapsbasen för användande av sjukskrivningsinstrumentet är starkt begränsad. HpH finner det därför mycket positivt att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillsatt en arbetsgrupp med uppdrag att identifiera positiva och negativa konsekvenser av sjukskrivning. Arbetsgruppen skall också kartlägga och sammanställa den vetenskapliga evidens som finns rörande användandet av sjukskrivningsinstrumentet. Arbetet beräknas vara slutfört år 2003.

De insatser som måste göras förebyggande och i rehabiliteringssyfte, görs i första hand bäst på arbetsplatserna. Arbetsuppgifter, resurstilldelning, organisation etc. måste anpassas till individens förutsättningar. Kraven framgår mycket tydligt av gällande lagstiftning. I bland kan det vara nödvändigt att ändra arbetsuppgifter, ibland kanske det också blir nödvändigt att byta arbetsgivare och arbetskamrater. Ett nära samspel mellan individen, arbetsgivare och i förekommande fall försäkringskassa och arbetsförmedling är en av de väsentligaste förutsättningarna för att nuvarande ogynnsamma trend av sjukskrivningar skall kunna brytas. Företagshälsovården

borde kunna spela en betydligt mer aktiv roll som ett oberoende instrument av kompetens och stöd för såväl den enskilde som arbetsgivaren. HpH:s förslag innebär också att företagshälsovården får en på varje arbetsplats obligatorisk roll för att förebygga och hantera de längre sjukfallen.

## 2.5 Flytta fram tyngdpunkten till förebyggande och rehabiliterande insatser

Tidigare utredningar har visat att resurserna för aktiv rehabilitering minskat under senare år. Försäkringskassorna har tvingats att prioritera det ökande antalet utbetalningar av sjukpenning. Varken sjukvården eller försäkringskassorna har av resursskäl tillräckligt kunnat ägna sig åt förebyggande verksamhet. Till skillnad från i annan mer försäkringsmässigt uppbyggd verksamhet har försäkringskassorna inte heller legala möjligheter att ägna sig åt individuellt förebyggande arbete. Som tidigare nämnts har en väsentlig resurs för förebyggande verksamhet, företagshälsovården, varit föremål för kraftiga neddragningar. Det förfaller som om många arbetsgivare har sett på företagshälsovården i första hand som en kostnadspost. HpH har i sina överväganden kommit till den slutsatsen att företagshälsovården bör förstärkas genom åtgärder som ger en ökad efterfrågan. Bl.a. föreslås att företagshälsovården skall medverka vid bedömningen av alla längre sjukfall. HpH anser att företagshälsovårdens oberoende/självständiga ställning bör tydliggöras. Det bör t.ex. ligga i alla parter intresse att anställda fritt har tillträde till företagshälsovård. HpH kommer att diskutera dessa frågor samt eventuella fördelar med en certifiering i det fortsatta arbetet.

HpH:s utgångspunkt är att de första och viktigaste åtgärderna kan, bör och måste göras på arbetsplatsen. Det är eller borde vara en självklar strategi för varje arbetsgivare att skapa arbetsplatser där andelen långtidsfriska ökar och där sjukfrånvaro, i synnerhet den långa sjukfrånvaron minskar. Det är endast på arbetsplatsen den sjukskrivne kan återgå till arbete. Det är i många fall samma orsak som orsakar eller bidrar till sjukfrånvaro som gör att man inte heller kan återgå till arbete om inte arbetsförutsättningarna ändras.

HpH menar att en väsentlig uppgift för sjukförsäkringen är att samordna och stödja insatser som förebygger och förkortar de längre sjukfallen. Det är i hög grad ineffektivt med nuvarande ordning där så mycket resurser läggs på utbetalning av sjukpenning

för kortare fall och där de långa fallen blir fler och längre. Tillflödet till lång sjukskrivning måste stoppas genom att arbetsgivaren tar sitt ansvar för det förebyggande arbetet, för insatser i de kortare sjukfallen och att försäkringen i samverkan med arbetsgivare, arbetsförmedling, sjukvård och andra externa resurser koncentrerar sitt arbete till de 30 procent av fallen där lång sjukskrivning riskeras. Andelen nya sjukskrivningar längre än ett år måste minskas. I själva verket är en av de viktigaste orsakerna till de galopperande kostnaderna för sjukskrivning och förtidspensioner att sjukfallens varaktighet förlängts. Antalet sjukskrivna personer som varit sjuka mer än ett år ökade från mars 2000 till mars 2001 med 28 procent. De som kommit in i lång sjuk-skrivning har fått allt sämre möjligheter att återgå till arbete.

HpH vill i detta sammanhang erinra om det förslag som Sjukförsäkringsutredningen lämnade för de långtidssjukskrivna. Regeringen föreslogs att i särskild ordning ge sjukförsäkringen ett temporärt resurstillskott, ca 46 miljarder kronor under en treårsperiod, avseende särskilda insatser för att möjliggöra utredningar och bedömningar av hur nu långtidssjukskrivnas sjukskrivningsperiod skall avslutas och för att genomföra de åtgärder som kan bli aktuella. Behovet av sådana insatser kan inte enbart bedömas utifrån ett effektivitetsperspektiv. Varje sjukskriven bör enligt HpH:s uppfattning vara tillförsäkrad att en grundlig rehabiliteringsutredning/plan görs innan sjukfallet har pågått alltför länge. Många av de snart 100 000 personer som varit sjukskrivna längre än ett år har inte inom ramen för nuvarande system fått en rimlig möjlighet till rehabilitering.

En arbetsgrupp inom näringsdepartementet presenterade den 30 maj 2001, i slutfasen av utarbetandet av föreliggande rapport en departementspromemoria *Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv – en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet* (Ds 2001:28). HpH återger här några av arbetsgruppens slutsatser<sup>12</sup>:

”Några viktiga huvuddrag i utvecklingen är den allt snabbare takten av förändringar i arbetslivet, som medfört krav på ökad flexibilitet hos arbetskraften, neddragningar och personalreduktioner som i många fall har lett till ”magra organisationer” samt en ökande medelålder i befolkningen och hos arbetskraften. Detta har i sammantaget bl.a. lett till ökad stress för många arbetstagare som nu återspeglar sig i en kraftig ökning av långtidssjukskrivningarna.”

<sup>12</sup> Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv – en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet (Ds 2001:28), sid 197-1977

Arbetsgruppen konstaterar vidare: "att verkligheten är komplicerad och det inte går att finna några enkla åtgärdsprogram för att komma tillrätta med den stressrelaterade ohälsan."

Arbetsgruppens huvudförslag är att regeringen tar initiativ till en "trepartsdialog" med arbetsmarknadens parter för att åstadkomma samsyn i berörda frågor som underlag för breda och samstämmiga åtgärder för att minska den arbetsrelaterade ohälsan.

HpH har i arbetet med denna delrapport inte haft möjlighet att bedöma och beakta de förslag som presenteras av arbetsgruppen. HpH anser dock att de övergripande frågeställningar som redovisas i departementspromemorian bör beaktas vid utformningen av den breda informationskampanj, som föreslås nedan i kapitel 6.3.

## 2.6 Förstärkt samverkan mellan försäkringskassa och arbetsförmedling

En aktiv rehabilitering förutsätter som ovan nämnts, förutom adekvata medicinska åtgärder via sjukvården, insatser på arbetsplatsen. För arbetslösa och för sjukskrivna där av olika skäl byte av arbetsgivare utgör ett viktigt inslag i rehabilitering till arbete är ett nära samarbete med en tydlig ansvarsfördelning mellan försäkringskassa och arbetsförmedling en viktig förutsättning.

HpH har studerat det engelska One-projektet. "One" erbjuder människor i arbetsför ålder såväl ersättning som hjälp med arbete. Syftet med projektet är att minska bidragsberoendet. Alla människor som kan arbeta skall erbjudas hjälp att hitta ett arbete. One tillhandahåller en personlig rådgivare som skall se till att klienten på bästa sätt tar tillvara sin förmåga och sina färdigheter. Den engelska motsvarigheten till försäkringskassa och arbetsförmedling, samt lokala myndigheter arbetar tillsammans i One. På en och samma plats får klienten ersättning och hjälp att ta ett arbete. Alla åtgärder finns samlade på ett ställe. Det förekommer även att frivilliga organisationer medverkar på några håll. Ett väl fungerande teknikstöd möjliggör handläggarsöd, ledningsstöd, tidbokningar och statistik. One är en pilotverksamhet som skall pågå under tre år. One-piloterna kommer att utvärderas noga och efter förbättringar sannolikt genomföras i hela landet.

HpH anser att nya arbetsformer och arbetsmetoder bör utvecklas och att arbetsmarknadspolitikens ansvar för sjukskrivnas rehabilitering till arbete behöver tydliggöras. En bättre samverkan mellan försäkringskassorna och arbetsförmedlingarna och en mer

aktiv användning av arbetsmarknadspolitikens resurser bör omgående kunna tillämpas över hela landet. En sådan utveckling av effektivare metoder och organisation bör kunna ske inom ramen för det extra budgettillskott på 100 mkr som regeringen aviserade i vårpropositionen. HpH redovisar sin uppfattning om hur en sådan pilotverksamhet kan påbörjas i avsnitt 6.14 och återkommer till själva huvudfrågan i sin slutrapport.

Redan nu vill HpH dock understryka att en mer tydlig arbetslinje förutsätter att villkoren på arbetsmarknaden utformas så att också personer med av olika skäl nedsatt arbetsförmåga välkomnas och erbjuds till arbetsförmågan anpassade arbetsuppgifter. Arbetsgivare måste inse att det på lång sikt ligger också i deras ekonomiska intresse att utforma mer individuellt anpassade arbetsplatser och arbetsuppgifter. Arbetsmarknadsmyndigheten måste få ett tydligare uppdrag att arbeta med arbetslivsinriktad rehabilitering också för sjukskrivna. Myndigheten måste också för att kunna förmedla "rätt" arbetsuppgifter till den enskilde individen få tillgång till en arbetsmarknad som bättre anpassas till individernas behov. HpH konstaterar att också Samhalls roll som resurs bör ses över i detta sammanhang. Kostnaderna för den utslagning i form av förtidspension eller lång sjukskrivning som annars blir följden kommer om inte åtgärder vidtas att resultera i fortsatt ökade sjukförsäkringsavgifter eller föranleda åtgärder av det slag som redan gäller t.ex. i Tyskland. Där är arbetsgivare med över 100 anställda skyldiga att erbjuda särskilt anpassade arbetsplatser för personer som anvisas av socialförsäkringssystemet. Enligt HpH:s mening bör dock i Sverige först mer försäkringsmässiga och marknadsutvecklande lösningar prövas.

## 2.7 Strukturella frågor och förutsättningar

I rapporten till regeringen den 15 februari 2001 (kapitel 2) presenterade HpH några principiellt viktiga frågor. Utredningen arbetar vidare med utgångspunkt från att sjukförsäkringen

- o ges en mer försäkringsmässig utformning
- o finansieras utanför den statliga budgeten
- o administreras av en statlig, för hela landet gemensam myndighetsorganisation samt att
- o försäkringskassa och arbetsmarknadsmyndigheter utvecklar nya former för samarbete och samverkan.

HpH har träffat företrädare för de olika former för finansiell och annan samverkan som prövats och fortfarande prövas. HpH noterar att denna form av samverkan ofta uppfattas mycket positivt av parterna. Någon slutlig utvärdering föreligger dock inte ännu. Exempel på samverkansprojekt finns inom FINSAM, SOCSAM, FRISAM och den s.k. Värmlandsmodellen. En omfattande och varierande försöksverksamhet har bedrivits nära nog kontinuerligt under de senaste 10 åren. Det är nu angeläget att goda erfarenheter sprids och genomförs i hela landet. RFV bör ges ett tydligare ansvar för att tillse att försäkringskassor på bred front arbetar och tar tillvara alla samverkansmöjligheter. En orsak till att spridnings-effekter har uteblivit kan vara att de prövade modellerna reser ett antal principiellt viktiga frågor om ansvarsgränser i synnerhet när det gäller finansiering. HpH avser att återkomma till dessa frågor i slutrapporten.

HpH anser att några bestående förutsättningar för ett stabilt sjukförsäkringssystem och stabil långsiktig hälsa på arbetsplatsen inte kan skapas utan att strukturella reformer genomförs. Utredningen vill i detta sammanhang endast understryka att de förslag som nu läggs och de åtgärder som regeringen väljer att vidta skall kunna fogas in i ett vidare strukturellt sammanhang.

### 3 Måldiskussion

HpH anser att regeringen

- o skall tydliggöra en vision och ett mål för antalet ”*människor i arbete*”.
- o skall utveckla och fastställa departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål som leder till ökad andel människor i arbete och ökad hälsa i arbetslivet, samt fastställa regler för gemensamma utvärderingar och analyser för såväl departement som myndigheter i uppföljningsarbetet.
- o skall omsätta dessa övergripande mål till myndighets-specifika mål och riktlinjer i kommande regleringsbrev.

Regeringen bör fastställa övergripande mål för ökad hälsa med samma tydlighet som tidigare beslutade mål om minskad arbetslöshet och ökad sysselsättning. HpH menar att dagens höga sjukfrånvaro är ett lika stort samhällsproblem som tidigare den höga arbetslösheten. Målen för ökad hälsa bör gälla för samtliga statliga myndigheter som arbetar inom detta område och bör sedan kompletteras med myndighetsspecifika mål på central, regional och lokal nivå. Endast härigenom kan den ökade och nödvändiga fokuseringen uppnås.

Många aktörer på olika nivåer är involverade och har en möjlighet och en skyldighet att påverka hälsan i arbetslivet. Det bör dock understrykas att den viktigaste insatsen måste göras på varje enskild arbetsplats.

Arbetsgivarna har det primära ansvaret för hälsan på arbetsplatsen. Självklart är det också ett ansvar för den enskilde att ansvara för sin egen hälsa. Den enskilde, fackliga organisationer och arbetsgivaren förutsätts samverka i det praktiska arbetet. Lagstiftning, tydligt formulerade och kommunicerade samhällsmål och företagsmål och effektiv tillsyn skall ge stöd till processen.

Arbetsmiljölagen har till uppgift att förebygga ohälsa och olycksfall i arbete. Ändamålet är också att uppnå en god arbetsmiljö<sup>13</sup> som ger ett positivt utbyte i form av ett rikt arbetsinnehåll, arbetstillfredsställelse, gemenskap och personlig utveckling.<sup>14</sup> Arbetsmiljölagen reglerar skyldigheter för såväl arbetsgivare som anställd. Arbetsgivaren skall bl.a. genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet.<sup>15</sup> Arbetstagaren å sin sida skall bl.a. medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö.<sup>16</sup>

Arbetsgivarens ansvar regleras förutom i arbetsmiljölagen (AML) även av lagen om allmän försäkring (AFL) när det gäller rehabilitering och lagen om anställningsskydd (LAS) som reglerar arbetsgivarens rättsliga ansvar när det gäller uppsägning m.m. (Se vidare bilaga 7).

Regeringen utfärdar årligen regleringsbrev till myndigheterna där mål för arbetet preciseras. Som exempel kan nämnas Riksförsäkringsverkets mål att "En större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta."<sup>17</sup> I delrapporten 010215, gjorde HpH en genomgång av uppsatta mål för Riksförsäkringsverket (RFV), Socialstyrelsen (SOS), Arbetsmiljöverket (AV), Arbetsmarknadsverket (AMV), Arbetslivsinstitutet (ALI) och Folkhälsoinstitutet (FHI). Se bilaga 2. I regleringsbrev till RFV, SOS, AV och AMV finns bl.a. uppdrag att samverka för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Målen i regleringsbrev är var för sig begripliga, men inte sinsemellan avstämde. Inte heller uppföljningen av målen förefaller ske samstämt. Därmed riskeras den samverkande effekt som behövs för ett framgångsrikt arbete med hälsan i arbetslivet.

HpH anser att regeringen bör fastställa myndighetsövergripande mål för de myndigheter som i första hand berörs Riksförsäkringsverket (RFV), Socialstyrelsen (SOS), Arbetsmiljöverket (AV), Arbetsmarknadsverket (AMV), Arbetslivsinstitutet (ALI) och Folkhälsoinstitutet (FHI). De specifika mål som sedan sätts på myndighetsnivå skall kunna härledas till de myndighetsövergripande målen. Dessutom bör det utvecklas system som gör det

---

<sup>13</sup> AML, kap 1 §1

<sup>14</sup> AML, sid 14, 2000

<sup>15</sup> AML, kap 3 §3

<sup>16</sup> AML, kap 3 §4

<sup>17</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket, sid 2



möjligt för företag att relatera sin sjukfrånvaro till sjukfrånvaro inom samma bransch. Staten kan givetvis inte sätta mål för enskilda företag, kommuner etc. som inte är statliga. Ett övergripande och tydligt samhällsmål påverkar dock med stor sannolikhet hela arbetslivet. Om företag, kommuner, landsting, organisationer och myndigheter enligt HpH:s förslag dessutom görs skyldiga att redovisa sjukfrånvaro i sina verksamhetsberättelser uppmärksammas dessa frågor ytterligare vilket torde medverka till lägre sjukfrånvaro och ökad hälsa i arbetslivet. (Se vidare kapitel 6.4)

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete som träder i kraft den 1 juli 2001<sup>18</sup> och ersätter tidigare föreskrifter om internkontroll ger en god vägledning till arbetsgivaren i arbetet med att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet.

Nationella folkhälsokommittén har i sitt slutbetänkande *Hälsa på lika villkor* (SOU 2000:91) föreslagit 18 hälsopolitiska mål. För målet *God arbetsmiljö*<sup>19</sup> har tre delmål föreslagits. Till varje delmål finns förslag till indikatorer, mätt på hur målen kan nås. Nedan redovisas kommitténs förslag med indikatorer i strecksatser:

*Delmål: Anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar*

Andel som har höga psykiska krav i arbetet

Andel som upplever problem med buller, tunga lyft, obekväma arbetsställningar

Andel som har ensidiga arbetsställningar

Andel anmälda arbetsskador

Sjukskrivningsmönstret i olika branscher/yrken

*Delmål: Ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet*

Andel personer med lågt inflytande i arbetet

Andel personer med små utvecklingsmöjligheter i arbetet

*Delmål: Minskat övertidsarbete*

Andel småbarnsföräldrar som övertidsarbetar

Andel småbarnsföräldrar med flexibel arbetstid

Andel som arbetar övertid med ersättning

Andel som arbetar övertid utan ersättning och utan att den är beordrad

<sup>18</sup> AFS 2001:1

<sup>19</sup> Hälsa på lika villkor SOU 2000:91, 102

HpH anser att de delmål och indikatorer som folkhälsokommittén föreslår enligt ovan är relevanta. Regeringen bör fastställa målen och indikatorerna bör användas för den fortsatta uppföljningen.

HpH vill betona vikten av såväl övergripande som mer detaljerade mål. Sysselsättningsmålet, att 80 procent av befolkningen år 2004 skall vara sysselsatt, är ett viktigt övergripande mål. I delrapporten 010215 avsnittet 3.3 diskuterar HpH sjukfrånvaro, arbetskraftsutbud, sysselsättning och människor i arbete. HpH gör bedömningen att det utöver sysselsättningsmålet också bör finnas mål för andelen "*människor i arbete*". HpH redovisar i avsnitt 6.1 förslag till ett sådant mål.

HpH kan konstatera att myndigheterna skall uppnå sina i regleringsbrev satta mål och att de också förutsätts samverka. Den genomgång HpH gjort visar att samordningen och uppföljningen av regeringens mål i regleringsbrev inte är tillfredsställande. HpH har inlett diskussioner med representanter från myndigheter och departement när det gäller målsättningsfrågorna och avser att fortsätta detta arbete i syfte att presentera ytterligare konkreta förslag i den slutliga handlingsplanen.

HpH anser att regeringen

- o skall tydliggöra en vision och ett mål för antalet "*människor i arbete*".
- o skall utveckla och fastställa departementsövergripande och myndighetsgemensamma mål som leder till ökad andel människor i arbete och ökad hälsa i arbetslivet, samt fastställa regler för gemensamma utvärderingar och analyser för såväl departement som myndigheter i uppföljningsarbetet.
- o skall omsätta dessa övergripande mål till myndighetsspecifika mål och riktlinjer i kommande regleringsbrev.

## 4 Basfakta

I detta kapitel redovisas koncentrerade uppdateringar av tidigare redovisad statistik och analys. De ursprungliga redovisningarna finns i Sjukförsäkringsutredningens betänkanden *Basfakta och utvecklingsmöjligheter* (SOU 2000:72), *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag* (SOU 2000:121) samt HpH:s delrapport 2001-02-15 *Handlingsplanens uppläggning och inriktning*.

### 4.1 Sjukfrånvarons utveckling och struktur

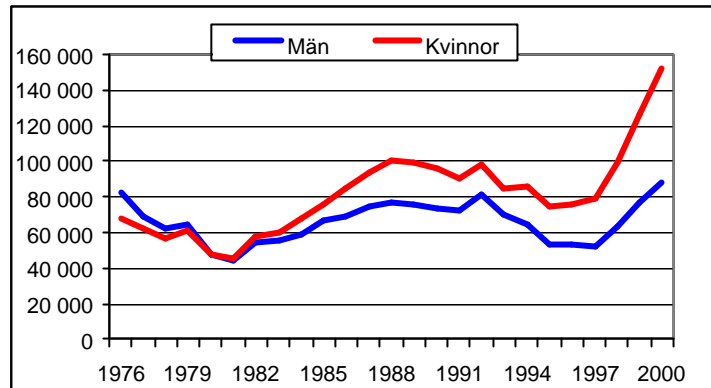
Sjukfrånvarons utveckling är väl dokumenterad i RFV:s sjukdataregister vad avser antal av sjukförsäkringen ersatta fall, sjukdagar och sjukfallens längd samt sjukskrivnas kön och ålder. Tyvärr saknar dock den officiella statistiken mycket av förklaringsvärde. Uppgifter saknas till exempel om diagnos,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

#### 4.1.1 Sjukskrivna

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

##### Diagram 1

Antal sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av åren 1976 – 2000.

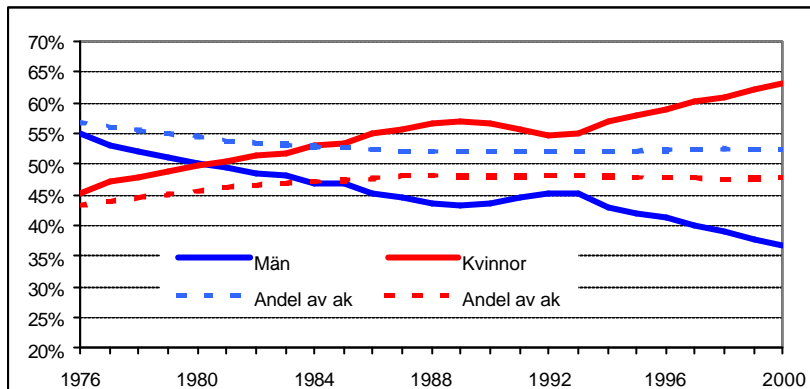


Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV

För att få jämförbarhet över tiden med hänsyn till regeländringar ingår endast personer med en sjukskrivningsperiod som är längre än 30 dagar. Vid slutet av år 2000 hade fler än 151 600 kvinnor och 88 100 män varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Som framgår av diagrammet är dessa nivåer de högsta som hittills noterats.

*Diagram 2*

Kvinnors och mäns andelar av sjukskrivningar > 30 dagar respektive arbetskraft (ak) 1976-2000.

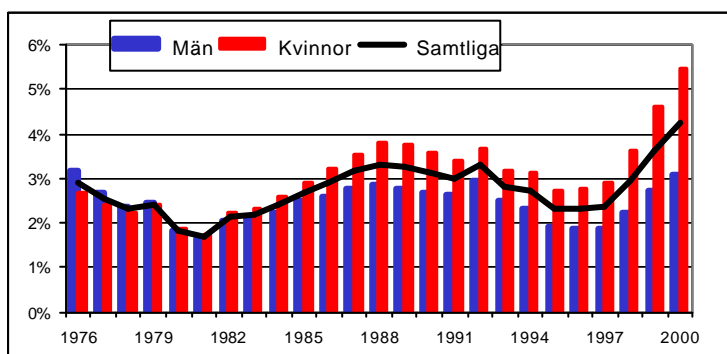


Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB.

Kvinnornas andel av antalet sjukskrivna har under perioden ökat successivt och kraftigt. 1976 var andelen 45 procent, 1980 hade den stigit till 50 procent och var vid utgången av år 2000 63 procent. Andelsökningen har sedan 1993 varit ca 1 procentenhet varje år. Kvinnornas ökande andel av arbetskraften fram till mitten av 1980-talet kan till viss del förklara deras ökande sjukskrivningsandel. För tiden därefter finns inga sådana samband.

*Diagram 3*

Andel sjukskrivna >30 dagar vid slutet av 1976-2000 i procent av befolkningen (16-64 år).

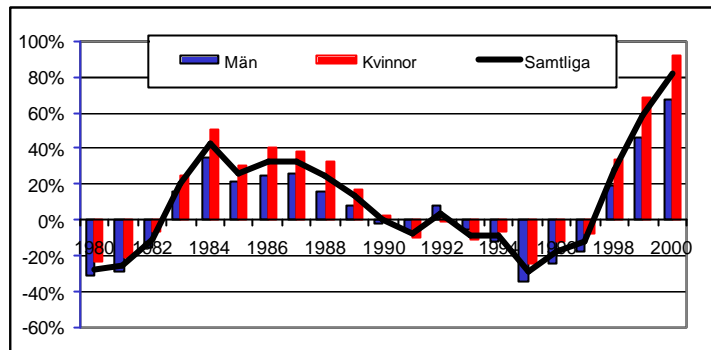


Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB.

Vid årsskiftet 2000/2001 hade ca 5,5 procent av kvinnorna och 3,1 procent av männen 16 till 64 år varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Motsvarande siffra för hela befolkningen var 4,3 procent. Andelen sjukskrivna kvinnor var vid slutet av år 2000 högre än något tidigare år. Andelen sjukskrivna män var i paritet med tidigare högsta andel 1976.

#### Diagram 4

Förändring av antalet sjukskrivna > 30 dagar mätt som rullande procentuell treårsförändring under perioden 1980-2000.

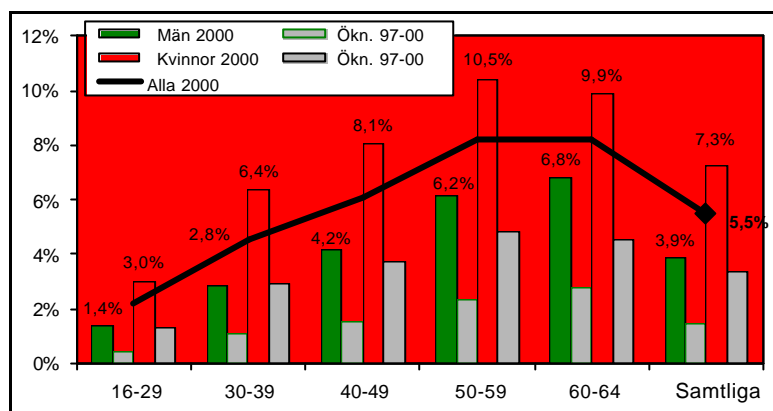


Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV

Detta diagram visar kraften och styrkan i de senaste årens ökning av sjukfrånvaron.

*Diagram 5*

Sjukskrivna > 30 dagar år 2000 (pågående fall vid årets slut) och ökning mellan åren 1997 och 2000, fördelade på åldersgrupper i procent av arbetskraften.



Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB

Som framgår av diagrammet är andelen sjukskrivna kvinnor betydligt högre än andelen sjukskrivna män i alla åldersgrupper. Mer än var tionde kvinna mellan 50 och 64 år var hade vid årsskiftet 2000/2001 varit sjukskriven längre än 30 dagar. Totalt sett hade 7,3 procent av den kvinnliga arbetskraften och 3,9 procent av den manliga arbetskraften varit sjukskrivna längre än 30 dagar vid utgången av år 2000, vilket sammantaget innebar att 5,5 procent av arbetskraften varit sjukskrivna längre än 30 dagar vid årsskiftet 2000/2001. Ökningen mellan 1997 och 2000 motsvarade totalt 2,4 procentenheter av arbetskraften. För kvinnorna uppgick ökningen till 3,4 och för männen till 1,5 procent av arbetskraften. I absoluta tal motsvarar detta en ökning med 73 000 kvinnor och 35 000 män. I relativa tal ökade antalet sjukskrivna kvinnor mellan 1997 och 2000 med 92 procent, antalet sjukskrivna män med 67 procent och antalet sjukskrivna totalt med 82 procent.

Av diagrammet framgår att sjukskrivningsfrekvensen år 2000, liksom förändringarna mellan åren 1997 och 2000, har ett klart samband med ålder. Det är dock viktigt att notera att den totalt sett ökade sjukfrånvaron inte beror på förändringarna i arbetskraftens ålderssammansättning utan på ökade sjuktal i alla

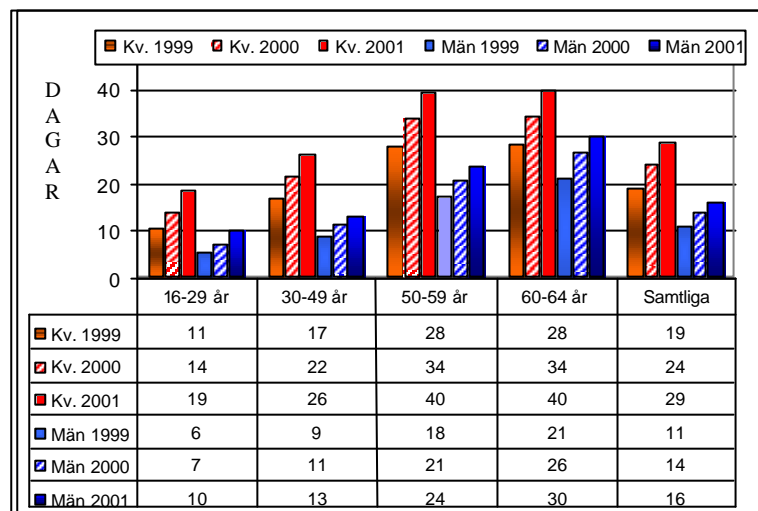
åldersgrupper. Den förändrade åldersstrukturen i arbetskraften förklarar mindre än 5 procent av den ökade sjukfrånvaron.

#### 4.1.2 Sjuktal

I nedanstående diagram redovisas "sjuktal", dvs. antal dagar med utbetald sjukpenning per sjukpenningförsäkrad (personer med förvärvsinkomst) och 12-månadersperiod t.o.m. maj åren 1999-2001. Alla dagar med sjukpenning, oavsett omfattning hel, halv osv., räknas som en dag. Dagar med sjuklön från arbetsgivare är inte medräknade.

*Diagram 6*

Sjuktal för kvinnor och män per tolv månadersperiod t.o.m. maj åren 1999-2001



Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV

Som framgår av diagrammet ökade kvinnornas sjuktal under hela perioden från i genomsnitt 19 till 29 dagar. Männen sjuktal ökade från 11 till 16 dagar. Den relativa ökningstakten är lika för kvinnor och män. Kvinnornas sjuktal dock nästan dubbelt så höga som männen. Notabelt är också att kvinnor äldre än 50 år har ett sjuktal på i genomsnitt 40 dagar. Antalet förtidspensioner/sjukbidrag har under motsvarande period endast ökat marginellt varför sjuktalen helt speglar ökad sjukfrånvaro.



### 4.1.3 Sjukpenningdagar

Antalet sjukpenningdagar har varierat kraftigt över tiden. Under år 2000 utgick sjukpenning under 88 miljoner dagar. Det innebar en ökning med mer än 40 miljoner dagar jämfört med 1997. HpH vill dock understryka antalet sjukpenningdagar inte speglar den totala sjukfrånvaron utan endast den del som ersätts av sjukförsäkringen. Införandet av karensdagen 1993 och sjuklöneperioder med olika längd sedan 1992 har inneburit att ett stort antal sjukfall och sjukfrånvarodagar inte registreras i den officiella statistiken.

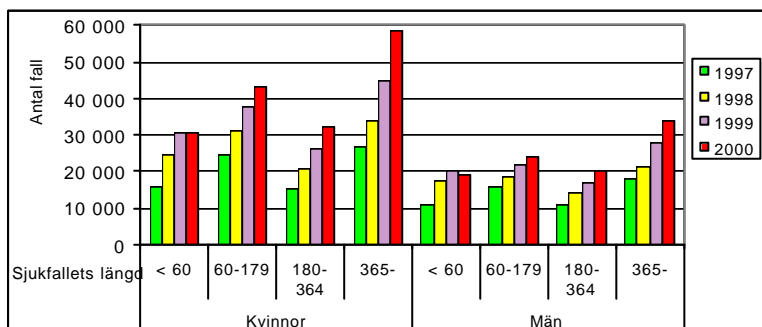
Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) uppskattade att antalet karens- och sjuklönedagar under 1999 uppgick till ca 40 miljoner. Den totala sjukfrånvaron under 1999 kan därmed uppskattas till mer än 110 miljoner dagar. Antalet sjukpenningdagar steg under år 2000 med 16 miljoner dagar eller 22 procent. Sjukfrånvaron totalt torde därför under år 2000 ha uppgått till mer än 130 miljoner dagar, vilket överstiger tidigare högsta nivån, 120 miljoner dagar 1988.

### 4.1.4 Sjukskrivningarnas längd

I detta avsnitt redovisas sjukfrånvaron med tonvikt på utvecklingen av sjukskrivningarnas längd. De långa sjukfallen blir andelsmässigt överrepresenterade vid en ögonblicksbild av "stocken". Syftet med redovisningen är i första hand att peka på den trendmässigt starka ökningen av de längsta sjukfallen sedan 1997.

#### Diagram 7.

Kvinnors och mäns pågående sjukfall olika längdklasser vid utgången av åren 1997-2000.



Källor:HpH. Bearbetning av RFV:s sjukfrånvarostatistik.

Den trendmässiga ökningen av långa sjukfall är mera påtaglig för kvinnorna än för männen. 58 600 kvinnor hade vid årsskiftet 2000/2001 varit sjukskrivna längre tid än ett år, vilket innebär en ökning med 120 procent jämfört med år 1997. Männen motsvarande långa sjukskrivningar uppgick till 33 700, en ökning med 85 procent.

Sammantaget hade 92 300 kvinnor och män vid årsskiftet 2000/2001 varit sjukskrivna längre tid än ett år. Det var 47 500 fler än vid utgången av 1997, vilket motsvarar en ökning med 106 procent.

Av diagrammet framgår vidare att ökningen av de kortare sjukfallen, < 60 dagar, förefaller ha avstannat. Efter en fördubbling av antalet fall mellan åren 1997 och 1999 ligger fallen år 2000 på oförändrad nivå, 50 000 fall.

De långa sjukfallen väger mycket tungt i sjukfrånvarostatistiken. Detta innebär naturligtvis att de långa sjukfallen också svarar för en allt övervägande del av sjukförsäkringskostnaderna.

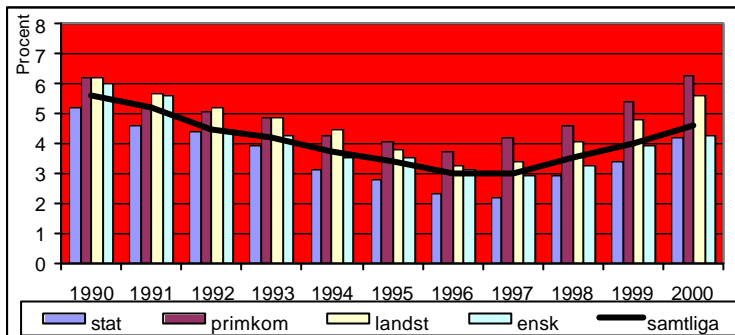
#### 4.1.5 Sjukfrånvaroutvecklingen i olika sektorer

Den faktiska sjukfrånvaron finns i dag inte registrerad på företags- eller näringsgrensnivå. För att ändå få en bild av hur sjukfrånvaron utvecklats i olika sektorer och näringsgrenar har utredningen utnyttjat SCB:s månatliga arbetskraftsundersökningar. Arbetskraftsundersökningarna omfattar ca 18 000 intervjuer varje månad rörande den intervjuades situation en speciell mätvecka under månaden. Underlaget för nedanstående diagram är respondenternas uppgifter om den egna sjukfrånvaron uttryckt i timmar.

Följande tre diagram redovisar statligt, kommunalt och enskilt anställdas egenuppgivna frånvaro från arbetet som procent av vanligen arbetad tid. Observera att man inte med detta mått kan dra några slutsatser om nivån på den totala sjukfrånvaron, eftersom ingen vägning med hänsyn till totalt arbetad tid gjorts.

*Diagram 8*

Uppgiven sjukfrånvaro i olika sektorer 1990-2000.  
Kvinnor och män. Procent av vanligen arbetad tid.

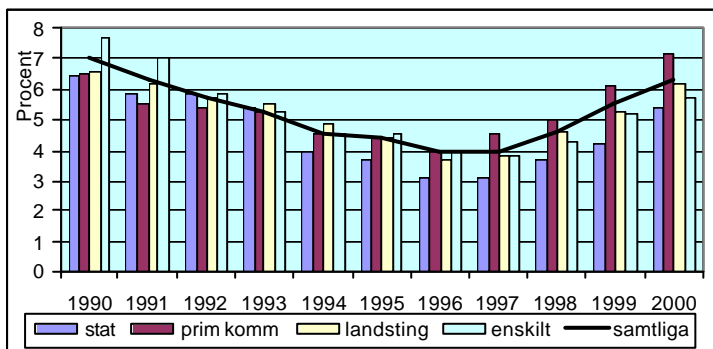


Källa: HpH. Bearbetning av SCB:s arbetskraftsundersökningar.

Diagrammet ovan redovisar utvecklingen 1990-2000 av den egenuppgivna sjukfrånvaron för kvinnor och män anställda hos stat, kommun, landsting och enskilda arbetsgivare. Talen följer i stort de generella svängningarna i den faktiska sjukfrånvaron under perioden. Inom och mellan sektorerna har emellertid stora förändringar skett. Under de första åren var sjukfrånvaron, mätt på detta sätt, ungefär lika stor bland kommunalt anställda som bland enskilt anställda. År 2000 översteg sjukfrånvaron i primärkommunerna och landstingen genomsnittet i den enskilda sektorn med 2 respektive 1,3 procentenheter.

*Diagram 9*

Uppgiven sjukfrånvaro i olika sektorer 1990-2000.  
Kvinnor. Procent av vanligen arbetad tid.



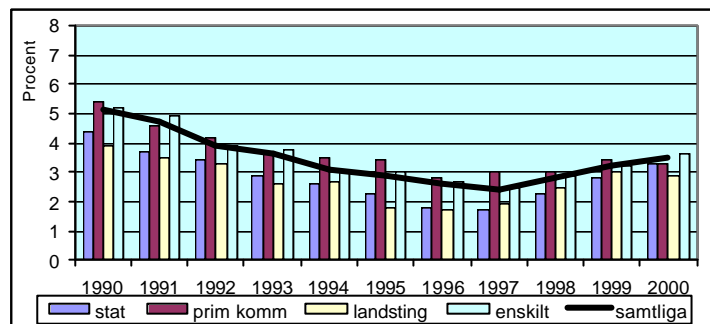
Källa: HpH. Bearbetning av SCB:s arbetskraftsundersökningar.

Den mest påtagliga förändringen under perioden är att kommunalt anställda kvinnors sjukfrånvaro utvecklats mycket negativt jämfört med övriga sektorers. 1990 låg sjukfrånvaron i såväl kommuner som landsting betydligt under nivån hos enskilt anställda. 1995/96 var nivåerna stort sett utjämnade. Från 1997 har de kommunalt anställda kvinnornas sjukfrånvaro ökat markant snabbare än andra sektorers. År 2000 var skillnaden jämfört med den enskilda sektorn 1,5 procentenheter. För landstingsanställda kvinnor har sjukfrånvaron utvecklats i takt med genomsnittet.

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU 2000:121) att kommunalt anställda kvinnor i genomsnitt är äldre än enskilt anställda, vilket till stor del kan förklara skillnaderna i sjukfrånvaro år 2000 och att den främsta förklaringen till negativa utvecklingen inom den kommunala sektorn torde vara att framför allt de kommunalt anställda äldre kvinnornas sjuktal relativt sett försämrats under perioden, vilket i sin tur ökat åldersfördelningens inverkan på totalsiffrorna.

#### Diagram 10

Uppgiven sjukfrånvaro i olika sektorer 1990-2000.  
Män. Procent av vanligen arbetad tid.



Källa: HpH. Bearbetning av SCB:s arbetskraftsundersökningar.

Skillnaderna i sjukfrånvaro för män anställda i olika sektorer har i stort utjämnats under perioden. De största relativa förbättringarna redovisas för kommunalt och enskilt anställda män.

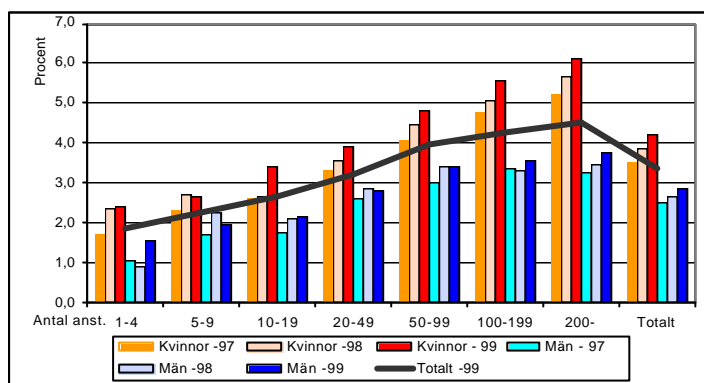
#### 4.1.6 Sjukfrånvaron på arbetsställen av olika storlek

Sjukfrånvaron ökar tydligt med arbetsplatsens storlek. För samtliga storleksgrupper är sjuktalen högre under 1999 än 1997. De

statistiska uppgifterna har hämtats från SCB:s kortperiodiska sysselsättningsstatistik, som bygger på kvartalsvisa uppgifter från ett urval av arbetsgivare.

#### Diagram 11.

Sjukfrånvaro för kvinnor och män anställda på arbetsplatser av olika storlek inom enskild sektor åren 1997-1999. Procent av anställda.



Källa: HpH Bearbetning av SCB:s kortperiodiska sysselsättningsstatistik.

I diagrammet redovisas sjuktalen för åren, 1997, 1998 och 1999. Mellan dessa år ökade sjuktalen markant, framför allt bland kvinnor. Diagrammet visar att ökningen av sjuktalen också är lägre på de allra minsta arbetsställena.

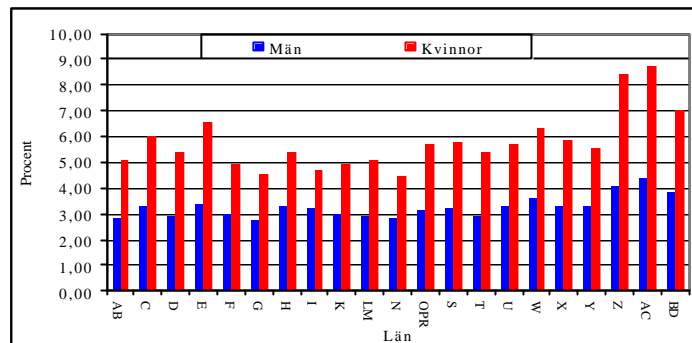
Det föreligger ett tydligt samband mellan sjukfrånvaro och arbetsplatsens storlek. Förklaringen kan vara att de anställda har betydligt större personligt engagemang i de små än i de stora företagen. Sambandet mellan närvaro, produktion och anställningstrygghet kan också vara tydligare för den anställde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

#### 4.1.7 Regionala skillnader

Den officiella statistiken redovisar stora regionala skillnader i utvecklingen av sjukfrånvaron. I följande diagram redovisas hur sjukfrånvaron bland anställda varierar mellan länen.

*Diagram 12*

Pågående sjukfall bland anställda den 31 december 1999 i procent av sysselsatta.



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

| Län | Län i klartext | Län | Län i klartext  | Län | Län i klartext |
|-----|----------------|-----|-----------------|-----|----------------|
| AB  | Stockholm      | I   | Gotland         | U   | Västmanland    |
| C   | Uppsala        | K   | Blekinge        | W   | Dalarna        |
| D   | Sörmland       | LM  | Skåne           | X   | Gävleborg      |
| E   | Östergötland   | N   | Halland         | Y   | Västernorrland |
| F   | Jönköping      | OPR | Västra Götaland | Z   | Jämtland       |
| G   | Kronoberg      | S   | Värmland        | AC  | Västerbotten   |
| H   | Kalmar         | T   | Örebro          | BD  | Norrbotten     |

Sjukskrivningsfrekvenserna för kvinnorna varierar från 4,5 procent i Kronobergs och Hallands län till 8,7 procent i Västerbotten. Männens tal ligger betydligt lägre och varierar från 2,7 procent i Kronobergs län till 4,35 procent i Västerbotten.

HpH noterar att skillnaderna mellan de högsta och lägsta sjuktalen är i det närmaste 100 procent. Skillnaderna är anmärkningsvärda och kan inte entydigt förklaras. Sjukför-säkringsutredningen konstaterade att de stora skillnaderna kvarstod även efter hänsynstagande till invånarnas ålder och kön, näringslivets struktur och arbetslöshetens utveckling. En möjlig förklaring är då att tradition och inställning till sjukskrivning som ett försörjningsmedel bland medborgare, läkare och försäkringskassor varierar över landet.

#### 4.1.8 Sammanfattande analys av sjukfrånvaron

HpHs uppdatering av tidigare presenterade basfakta om och analyser av sjukfrånvaron visar att sjukfrånvaron fortsätter att öka och att ohälsa och därmed sammanhängande utstötning från arbetslivet blivit ett mycket allvarligt problem för allt fler människor. Den 31 december 2000 var antalet personer som varit sjukskrivna längre än ett år 92 300, mer än en fördubbling jämfört med 1997. Ökningstakten under 12-månadersperioden mars 2000–mars 2001 var 28 procent. Antalet förtidspensionerade fortsätter att öka. Antalet förtidspensionerade och sjukskrivna uppgick vid årsskiftet 2000/2001 till 520 000. Utifrån nu gällande prognoser från RFV beräknar HpH att andelen människor i arbete år 2004 kommer att vara lägre än idag. Denna nivå kommer i så fall att väsentligt understiga den andel som förutsattes vara i arbete när målen om sysselsättning och tillväxt fastställdes.

Denna mycket kraftiga negativa utveckling av sjukfrånvaron har skett sedan 1998. Ökningen av antalet av sjukpenningdagar uppgår under denna tid till mer än 40 miljoner, vilket motsvarar en ökning på över 80 procent.

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

På samma sätt framträder stora skillnader inom den privata sektorn – mellan branscher, inom branschen och inom det enskilda företaget. Små arbetsplatser/företag har en väsentligt lägre sjukfrånvaro än större och de regionala skillnaderna är mycket stora. Undersökningar presenterade av Sjukförsäkringsutredningen visar att medarbetarnas upplevda möjlighet till kontroll och eget handlingsutrymme är av stor betydelse för sjukfrånvaron. Dessa faktorer har försämrats på de områden där sjukfrånvaron nu ökar mest.

Givetvis beror sjukfrånvaro också på förhållanden utanför arbetslivet. Trafikolyckor och ett stort antal sjukdomar har ingen eller litet samband med arbetslivet. Sociala faktorer helt utanför

arbetslivet spelar en stor roll. Individens egna aktiviteter i form av motion och kost är andra exempel. Det finns dock ingenting som tyder på att dessa externa faktorer kan förklara de stora skillnaderna i sjukfrånvaron mellan olika arbetsplatser. Inte heller har de förändrats i en sådan utsträckning att de till någon väsentlig del kan ha påverkat den mycket starka ökningen som skett de senaste åren.

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

#### 4.2 Prognoser för utvecklingen av sjukfrånvaro och förtidspensionering åren 2000-2006

RFV redovisar i *PM till Socialdepartementet* (Dnr 743/2001-435) bl.a. preliminärt utfall för år 2000 och prognostiserat utfall för år 2001 och prognoser för åren 2002-2006.

I promemorian redovisas ett antal scenarios för utvecklingen. Det scenario som ligger till grund för beräkningarna av anslagsnivåer bygger på förutsättningen att sjukfrånvaron under år 2001 utvecklas med samma ökningstakt som under år 2000. Därefter antas ökningen avstanna och förändringarna enbart spegla den demografiska utvecklingen och beräknad timlöneökning. Utredningen anser att dessa förutsättningar kan vara väl optimistiska men använder ändå prognoserna som underlag i det följande.



**Tabell 1.** Ersatta dagar och kostnader i sjukförsäkringen år 2000 – 2006.

|      | Sjukpenning, rehabpenning     |                   | Förtidspension/sjukbidrag |                   | Summa kostnader |
|------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|-----------------|
|      | Ersatta dagar netto, tusental | Totala kostn. mkr | Antal                     | Totala kostn. mkr |                 |
| 2000 | 80 300                        | 36 350            | 428 300                   | 47 750            | 84 100          |
| 2001 | 91 200                        | 42 650            | 441 100                   | 49 950            | 92 600          |
| 2002 | 96 300                        | 48 000            | 453 000                   | 52 200            | 100 200         |
| 2003 | 97 200                        | 50 200            | 466 600                   | 55 700            | 105 900         |
| 2004 | 97 600                        | 52 250            | 481 700                   | 59 200            | 111 450         |
| 2005 | 98 000                        | 53 950            | 497 400                   | 62 750            | 116 700         |
| 2006 | 98 200                        | 56 200            | 513 850                   | 66 750            | 122 950         |

Källa: HpH. Bearbetade uppgifter från RFV

RFV:s prognoser innebär att antalet sjukpenningdagar ökar med ca 16 miljoner eller 20 procent fram till år 2003. Antalet ligger därefter på en i stort sett oförändrad nivå. Förtidspensionerna beräknas öka i jämn takt med en stockförändring på ca 12-15 000 per år. De totala sjukförsäkringskostnaderna antas under perioden öka med närmare 50 procent från 84 till 123 miljarder kronor.

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

*Tabell 2. Uppskattat bortfall av arbetskraft på grund av ohälsa, årsarbetare.*

| År   | Sjukfrånvaro | Förtidspension | Summa   |
|------|--------------|----------------|---------|
| 2000 | 325 000      | 375 000        | 700 000 |
| 2001 | 370 000      | 390 000        | 760 000 |
| 2002 | 390 000      | 400 000        | 790 000 |
| 2003 | 395 000      | 410 000        | 805 000 |
| 2004 | 395 000      | 425 000        | 820 000 |
| 2005 | 395 000      | 440 000        | 835 000 |
| 2006 | 400 000      | 450 000        | 850 000 |

*Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV.*

Tabellen visar att frånvaro från arbetsplatsen på grund av ohälsa år 2000 motsvarade ca 700 000 årsarbetare vilket motsvarar ca 13,5 procent av befolkningen i åldern 20-64 år. (1997 var motsvarande procenttal 11). År 2004 har bortfallet vuxit till 820 000 och år 2006 till 850 000 årsarbetare. Detta betyder att år 2006 är 16,3 procent av befolkningen i åldern 20-64 år frånvarande från arbetet på grund av ohälsa.

#### **4.3 Sjukfrånvaro, arbetskraftsutbud, sysselsättning och "människor i arbete"**

De stora variationerna i sjukfrånvaron påverkar i hög grad såväl arbetskraftsutbud som faktiskt sysselsatta i arbete. I den mån sysselsätningstalet avser att spegla den egentliga sysselsättningen i produktionen bör därför sjukfrånvaron beaktas. (Motsvarande resonemang skulle kunna föras beträffande vissa arbetsmarknadsåtgärder.) Regeringen fastställde 1997 mål för sysselsättningen. År 2004 skulle 80 procent av befolkningen i åldern 20-64 år vara reguljärt sysselsatt. Som reguljärt sysselsatta räknas sysselsatta exklusive sysselsatta i programmen allmänt anställningsstöd, förstärkt anställningsstöd, särskilt anställningsstöd, offentligt tillfälligt arbete samt de som uppbär bidrag för start av näringsverksamhet.

I HpH:s analys av arbetskraftsutvecklingen kompletteras detta tal med "människor i arbete", där de sjukfrånvarande har frånräknats. Någon "färdig" statistik som redovisar utvecklingen av andelen "människor i arbete" finns inte. HpH har därför, för att kunna belysa denna utveckling, kompletterat den traditionella

arbetskrafts- och sysselsättningsstatistiken med faktiskt antal förtidspensionärer och uppskattad sjukfrånvaro uttryckt som årsarbetare. HpH bortser fortsättningsvis från sysselsatta i arbetsmarknadspolitiska program och antar att alla sysselsatta är reguljärt sysselsatta.

#### 4.3.1 Utvecklingen 1997-2000

Tabell 3. Befolkning, arbetskraft och sysselsatta i åldern 20-64 år, 1997 och 2000.

|                             | 1997             |               | 2000             |               | Förändring<br>1997-2000 |
|-----------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|-------------------------|
|                             | Antal            | Andel         | Antal            | Andel         | Antal                   |
| <b>Befolkning</b>           | 5 145 700        |               | 5 200 000        |               | 54 300                  |
| <i>Ej i arbetskraften</i>   | 981 100          | 19,1 %        | 965 500          | 18,6 %        | -15 600                 |
| varav förtidspens.          | 363 000          | 7,1 %         | 375 000          | 7,2 %         | 12 000                  |
| varav studerande            | 273 000          | 5,3 %         | 300 000          | 5,8 %         | 27 000                  |
| övriga                      | 345 100          | 6,7 %         | 290 500          | 5,6 %         | -54 600                 |
| <i>Arbetskraften</i>        | 4 164 600        | 80,9 %        | 4 234 500        | 81,4 %        | 69 900                  |
| varav arbetslösa            | 328 000          | 6,4 %         | 191 000          | 3,7 %         | -137 000                |
| <b>Sysselsatta</b>          | <b>3 836 600</b> | <b>74,6 %</b> | <b>4 043 500</b> | <b>77,8 %</b> | 206 900                 |
| varav sjukfrånvarande       | 200 000          | 3,9 %         | 325 000          | 6,3 %         | 125 000                 |
| <b>"Människor i arbete"</b> | <b>3 636 600</b> | <b>70,7 %</b> | <b>3 718 500</b> | <b>71,5 %</b> | 81 900                  |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskraftsuppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 2.

År 1997 uppgick arbetskraften till 80,9 procent av befolkningen. Efter avdrag för andelen arbetslösa var andelen sysselsatta 74,6 procent. Därifrån avgår sjukfrånvaron, 3,9 procent. Faktiskt sysselsatta i arbete kan därmed beräknas till ca 70,7 procent.

Under perioden 1997-2000 ökade antalet sysselsatta med 206 900 personer. Ökningen uppkom genom ett arbetskraftstillskott på 69 900 personer och 137 000 färre öppet arbetslösa. Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron innebar dock att sysselsättningsökningen endast till en mindre del, 40 procent eller 81 900 personer, påverkade antalet faktiskt sysselsatta i arbete. Sysselsättningsökningen ökade från 74,6 till 77,8 procent medan andelen faktiskt

sysselsatta "människor i arbete" endast ökade från 70,7 till 71,5 procent. Detta bortfall har i produktionstermer till viss del kompenserats av att de faktiskt sysselsatt arbetat mer.

#### 4.3.2 Utvecklingen fram till år 2004

Befolkningsökningen mellan 2000 och 2004 i åldersgruppen 20-64 år uppgår enligt SCB:s befolkningsprognos till ca 50 000. Bortfallet av arbetskraft på grund av ökat antal förtidspensionärer uppskattas till ca 50 000. Med en sådan utveckling krävs för att nå sysselsättningsmålet att utöver befolkningsökningen på 50 000 måste 133 900 personer tillföras arbetskraften från de grupper som studerar eller som av andra skäl står utanför arbetsmarknaden (utlandsboende, avtalspensionärer, arbetslösa invandrare som inte är registrerade som arbetssökande, hemarbetande, m.fl.). Dessa grupper uppgick år 2000 till 300 000 respektive 290 500 personer. Även om kraftfulla åtgärder vidtas är det orealistiskt att minska denna grupp med så stort antal. Utredningens bedömning är att sysselsättningsmålet inte kan uppnås med förväntad utveckling av antalet förtidspensionärer. Inte ens med oförändrad nivå på den "permanenta" sjukfrånvaron, i form av förtidspension, torde det 80-procentiga sysselsättningsmålet kunna nås.

Tabell 4. Arbetskraftsutbud och sysselsättning åren 2000-2004.

| Befolkningen<br>i åldern 20-64 år | 2000             |               | 2004             |               | 2000-2004      |
|-----------------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|----------------|
|                                   | Antal            | Andel         | Antal            | Andel         | Forändring     |
| <b>Befolkning</b>                 | 5 200 000        |               | 5 250 000        |               | 50 000         |
| <i>Ej i arbetskraften</i>         | 965 500          | 18,6 %        | 881 600          | 16,8 %        | -83 900        |
| varav förtidspensionärer          | 375 000          | 7,2 %         | 425 000          | 8,1 %         | 50 000         |
| varav studerande                  | 300 000          | 5,8 %         |                  |               | Stud. + övriga |
| övriga                            | 290 500          | 5,6 %         |                  |               | -133 900       |
| <i>Arbetskraften</i>              | 4 234 500        | 81,4 %        | 4 368 400        | 83,2 %        | 133 900        |
| varav arbetslösa                  | 190 000          | 3,7 %         | 170 000          | 3,2 %         | -20 000        |
| <b>Sysselsatta</b>                | <b>4 044 500</b> | <b>77,8 %</b> | <b>4 198 400</b> | <b>80,0 %</b> | <b>153 900</b> |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskrafts-uppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 2.

Sysselsättningsmålet fastställdes år 1997. Andelen sysselsatta uppgick då till 74,6 procent och sjukfrånvaron motsvarade ca 200 000 årsarbetare eller 3,9 procent av befolkningen. Den andel av befolkningen som på årsbasis faktiskt var sysselsatt i arbete var således 70,7 pro-cent.

När regeringen satte sysselsättningsmålet förutsattes ingen specifik utveckling av sjukfrånvaron. Om sysselsättningsmålet dock indirekt även skulle kunna tolkas som mål för andelen "människor i arbete" och andelen sjukfrånvarande då förutsätts vara oförändrad, skulle detta mål år 2004 vara 76,1 procent.

Regeringen redovisar i värbudgetpropositionen 2001 i sin bas-kalkyl för sysselsättningen en prognos som ligger något under målet. Den reguljära sysselsättningsgraden beräknas år 2004 ligga på 78,5 procent av befolkningen.

Tabell 5. Sysselsättning och människor i arbete. Utgångsläge år 2000 samt regeringens mål för år 2004.

|                      | Utgångsläge<br>2000 |        | "Mål"<br>2004 |        | Förändrings-<br>krav |
|----------------------|---------------------|--------|---------------|--------|----------------------|
|                      | Antal               | Andel  | Antal         | Andel  |                      |
| Sysselsatta          | 4 044 500           | 77,8 % | 4 200 000     | 80,0 % | 155 500              |
| sjukfrånvarande      | 325 000             | 6,3 %  | 200 000       | 3,9 %  | -125 000             |
| "Människor i arbete" | 3 719 500           | 71,5 % | 4 000 000     | 76,1 % | 280 500              |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskrafts-uppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 2.

HpH konstaterar att för att nå ett underförstått mål för "människor i arbete" år 2004, 4 miljoner människor, krävs vid en sysselsättningsökning på 155 500 personer att sjukfrånvaron minskar med motsvarande 125 000 årsarbetare.

Tabell 6. Sysselsättning och människor i arbete. Utgångsläge år 2000 samt prognos för år 2004.

|                      | Utgångsläge<br>2000 |        | "Prognos"<br>2004 |        | Förändring |
|----------------------|---------------------|--------|-------------------|--------|------------|
|                      | Antal               | Andel  | Antal             | Andel  |            |
| Sysselsatta          | 4 044 500           | 77,8 % | 4 121 250         | 78,5 % | 76 750     |
| sjukfrånvarande      | 325 000             | 6,3 %  | 395 000           | 7,5 %  | 70 000     |
| "Människor i arbete" | 3 719 500           | 71,5 % | 3 726 250         | 71,0 % | 6 750      |

Källa: HpH. Bearbetning av material från RFV och SCB. Befolknings- och arbetskraftsuppgifter är hämtade från SCB:s arbetskraftsundersökningar. Sjukfrånvarouppgifterna är framtagna av HpH, se tabell 2.

HpH noterar att den förväntade ökningen av sjukfrånvaron till stor del riskerar att ta bort effekterna av den prognostiserade sysselsättningsökningen.

Utredningen vill med ovanstående beräkningar understryka de allvarliga konsekvenser den nuvarande utvecklingen av sjukfrånvaron medför. Sjukfrånvaron är vid sidan av mänskliga och sociala aspekter i hög grad också ett växande arbetsmarknadspolitiskt och samhällsekonomiskt problem. Hälsoarbetet i arbetslivet kräver därför extraordinära och sammanhållna insatser över departements-, myndighets- och partsgränser.

Utredningen vill också understryka behovet av en förbättrad uppföljning av sjukfrånvaron och dess konsekvenser för arbetskraftsutbud och faktisk sysselsättning.

För att nå en ökad fokusering på här berörda frågor föreslår HpH att ett kvantitativt övergripande mål fastställs för "Människor i arbete". Se vidare kapitel 6.1.

## 5 Pågående uppdrag

HpH:s handlingsplan kommer i huvudsak att bygga på tidigare presenterat material och gjorda undersökningar. Inom några områden har utredningen dock funnit det nödvändigt att fördjupa kunskapen och analysen. Ytterligare studium behövs vad gäller företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan, resultat av försäkringskassans köpta tjänster och studier av långtidsfriska, långtidssjuka och långtidsarbetslösa. I avsnittet nedan beskrivs de forskningsarbeten som pågår och som kommer att redovisas i samband med den slutliga handlingsplanen.

### 5.1 Företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan

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

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen föreslog i betänkandet *Rehabilitering till arbete* (SOU 2000:78) att en kompetensförstärkning med beteendevetenskaplig och arbetsorganisatorisk inriktning snarast bör byggas upp inom företagshälsovården.<sup>20</sup> Sjukförsäkringsutredningen föreslog att företagshälsovårdens roll skall förstärkas.<sup>21</sup>

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade att åtgärderna för att minska de långa sjukskrivningarna i första hand måste inriktas på förebyggande insatser och åtgärder i syfte att anpassa arbetsplatser och arbetsorganisation till de anställdas resurser och kapacitet. Insatser på detta område kräver ingående kunskaper om förhållan-

---

<sup>20</sup> SOU 2000:78, Rehabilitering till arbete, sid 260

<sup>21</sup> SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, sid 181

dena på den enskilda arbetsplatsen och bred kompetens inom områdena arbetsmedicin, arbetspsykologi och beteendevetenskap. Företagshälsovården är idag den enda rikstäckande verksamhet som motsvarar dessa krav. Sjukförsäkringsutredningen ansåg att företagshälsovårdens ställning som en partsobunden specialistresurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet borde förstärkas och förtydligas. Utredningens förslag om att försäkringskassan skall tillföras medel som får användas för inköp av tjänster avseende prevention och rehabilitering innebär att företagshälsovården kan byggas ut i enlighet med den efterfrågan som uppstår.

Sjukförsäkringsutredningen ansåg vidare att företagshälsovårdens resurser också bör kunna utnyttjas inom den arbetsrelaterade sjukvården och föreslog att försäkringskassan för sjukfall längre än sextio dagar regelmässigt skall begära och bekosta en samlad utredning där företagshälsovårdens kunskaper om arbetsplatsen skall utnyttjas.<sup>22</sup>

HpH anser det nödvändigt att undersöka företagshälsovårdens förutsättningar att möta en ökad efterfrågan från arbetsgivare och försäkringskassa. Regeringen har, efter förslag från HpH, uppdragit åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovården skall kunna medverka till att förbättra hälsan på arbetsplatserna och påskynda arbetslivsinriktad rehabilitering. Uppdraget utförs i nära kontakt med HpH. (Se vidare bilaga 3)

## 5.2 Försäkringskassans köp av tjänster

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

”Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har sedan reformen genomfördes år 1992 inte fungerat tillfredsställande. Trots en mängd utredningar, rapporter och utvärderingar, som också har lett till åtgärder, har det varit svårt att få reformen att fungera i enlighet med lagstiftarens intentioner... Dessa utredningar visar samtliga på

<sup>22</sup> SOU 2000:121, Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag, sid 184-185



allvarliga brister i tillämpningen av lagstiftningen hos rehabiliteringsarbetets centrala aktörer, dvs. arbetsgivare och försäkringskassan... Dessutom går det inte att dra några djupgående slutsatser om resultatet och effekterna av de senaste årens rehabiliteringsåtgärder – dvs. det går inte att bedöma huruvida de medel som budgeterats till rehabilitering ger önskat resultat.”

HpH anser att möjligheterna att friare disponera resurser för preventiva och rehabiliterande insatser (t.ex. köp av tjänster) är en förutsättning för en mer försäkringsmässig utformning av sjukförsäkringen. HpH har därför uppdragit åt Statskontoret att redovisa vilka som får rehabiliteringstjänster och hur försäkringskassan väljer ut dessa personer. Vidare skall Statskontoret redovisa vilka tjänster som försäkringskassan köper och vilka effekter rehabiliteringen har. Slutligen skall Statskontoret diskutera alternativa gränsdragningar i ansvaret för köp av rehabiliteringstjänster. (Se vidare bilaga 4)

Statskontorets rapport till HpH kommer att vara ett viktigt underlag för de kommande förslagen om finansiering, ansvar och ansvarsgränser för rehabilitering.

### 5.3 HpH:s forskningsprogram

HpH har tillsatt en speciell expertgrupp med representanter från Arbetslivsinstitutet, Karolinska institutet, Riksförsäkringsverket och Statistiska Centralbyrån för att fördjupa kunskapen om långtidsfriska och långtidssjuka. I dialog mellan HpH och denna forskargrupp har ett antal kunskapsluckor identifierats. Följande delstudier har bedömts möjliga att genomföra under HpH:s utredningstid:

- o Registerstudie av långtidssjuka, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. Hur ser de olika grupperna ut i förhållande till varandra och finns det ett flöde mellan grupperna?
- o Arbetsmiljöbelastning som orsak till ohälsa och arbetslöshet. Vilken påverkan har goda respektive dåliga arbetsvillkor?
- o Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder till pensionering. Under vilka villkor kan och vill olika grupper av anställda arbeta?

- o Arbetsgivares och personalchefers inställning till äldre arbetskraft. Skiljer sig olika sektorer? Vilka områden behöver utvecklas?
- o Långtidssjukskrivnas villkor och viljor. Intervjuer med långtidssjukskrivna.
- o Långtidsfriska, vad kännetecknar dessa?

(Se vidare bilaga 5)

Resultatet av dessa studier kommer att vara ett viktigt underlag för utredningens slutliga förslag.

## 6 Punkter i en handlingsplan - förslag till beslut

HpH föreslår att regeringen redan nu beslutar att inleda ett program för ökad hälsa i arbetslivet och att regeringen (i förekommande fall riksdagen) beslutar om följande punkter i en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Förslagen ligger väl inom ramen för HpH:s vision av ett fullständigt och slutgiltigt förslag till handlingsplan.

### 6.1 Mål för andel "människor i arbete"

*HpH föreslår att regeringen fastställer en vision/ett mål för andelen/antalet människor i arbete. Målet föreslås vara att 73,5 procent av befolkningen i åldern 20 – 64 år, motsvarande 3,9 miljoner människor, skall vara "i arbete" år 2004.*

När regeringen år 1997 fastställde sysselsättningsmålet för 2004 till 80 procent av befolkningen, uppgick andelen sysselsatta till 74,6 procent och sjukfrånvaron motsvarade ca 200 000 årsarbetare eller 3,9 procent av befolkningen. Den andel av befolkningen som på årsbasis faktiskt var sysselsatta i arbete – "människor i arbete" – var således 70,7 procent.

När sysselsättningsmålet sattes antogs ingen specifik utveckling av sjukfrånvaron. Om sysselsättningsmålet dock indirekt även skulle kunna tolkas som mål för andelen "människor i arbete" och andelen sjukfrånvarande då förutsätts vara oförändrad, skulle detta mål år 2004 vara 76,1 procent, vilket motsvarar 4 miljoner människor.

Regeringen redovisar i vårbudgetpropositionen en prognos för sysselsättningsgraden för år 2004, som ligger på 78,5 procent, dvs.

något under målet. HpH anser därför att målet för "människor i arbete" år 2004 bör anpassas till denna prognos.

HpH föreslår att regeringen fastställer ett mål för andelen/antalet människor i arbete år 2004. Målet föreslås vara 73,5 procent av befolkningen eller ca 3 860 000 människor i åldern 20 – 64 år.

Målet innebär att antalet "människor i arbete" från år 2000 till år 2004 måste öka med motsvarande 140 000 årsarbetare. Om den prognostiserade ökningen av förtidspensionärer (+ 50 000) inträffar måste sjukfrånvaron minska med motsvarande 62 500 årsarbetare (en minskning med 19,2 procent). Om däremot antalet förtidspensionärer kan hållas på oförändrad nivå behöver sjukfrånvaron minska med motsvarande 12 500 årsarbetare eller knappt 4 procent.

HpH anser att ett övergripande och tydligt samhällsmål för "människor i arbete" kommer att påverka hela arbetslivet och utgöra grund för ansvariga aktörers strategier att bidra till ökad hälsa i arbetslivet. Ett sådant mål är lika nödvändigt att fastställa och skulle kunna fungera lika kraftfullt som de mål som satts för sysselsättning och arbetslöshet.

## 6.2 En förbättrad kunskapsbas

### 6.2.1 Ett väl fungerande informationssystem måste utvecklas snarast

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

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

"Avsaknaden av väsentliga data och bristen på enhetlighet i befintliga data gör att det idag inte finns förutsättningar för en övergripande och fortlöpande analys av sjukfrånvaron och dess orsaker. Utredningen finner det ytterst angeläget att ett så samhällsekonomiskt betydelsefullt område som sjukfrånvaron med dess konsekvenser för individer, produktion och ekonomi blir

föremål för en fortlöpande heltäckande systematisk analys och uppföljning. Riksförsäkringsverket bör därför få möjlighet att komplettera sitt sjukdataregister med uppgifter avseende diagnoser, intygsskrivande läkare, arbetsställen och yrken. Vi förutsätter att detta kan ske utan att den enskildes integritet hotas.”

Sjukförsäkringsutredningen uppdrog åt RFV att kartlägga och redovisa vilka data som skulle erfordras för en fortlöpande och heltäckande systematisk analys av sjukfrånvaron. Kartläggningen visade att hinder för registrering endast föreligger när det gäller uppgifter om diagnoser och intygsskrivande läkare. Övriga uppgifter avseende individ, arbetsplats, åtgärder etc. får registerföras. HpH menar därför att det redan inom ramen för nuvarande registreringsmöjligheter en åtskilligt förbättrad sjukfrånvarostatistik skulle kunna byggas upp. Inte minst angeläget är det att sjukskrivnas arbetsställen statistikförs. Den senare uppgiften är så väsentlig att åtgärder bör vidtagas omgående i avvaktan på att ett mer integrerat system utvecklas och införs. Uppgifter om sjukfrånvaro fördelad på arbetsplats skulle också kunna vara av stort värde för Arbetsmiljöverket som med ett sådant underlag skulle kunna prioritera och rikta sina insatser mot sådana arbetsplatser där sjukfrånvaron är anmärkningsvärt hög eller där förändringen är särskilt kraftig. Det är dock inte självklart att uppgifter från försäkringskassan bör kunna användas också på detta sätt. Frågan behöver därför ytterligare diskuteras. HpH återkommer i denna del i sin slutrapport.

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

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

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

HpH vill i detta sammanhang också hänvisa till Sjukförsäkringsutredningens förslag angående förutsättningarna att få registrera diagnos och sjukskrivande läkare samt förslaget om den statistiska uppföljningen av sjukfrånvaro under sjuklöneperioden.<sup>23</sup>

### 6.2.2 Övergripande systematisk analys av utvecklingen inom ohälsområdet

*HpH föreslår* att regeringen etablerar en permanent fristående grupp för analys och bevakning av utvecklingen av hälsa och ohälsa i arbetslivet.

HpH har, liksom tidigare utredningar, konstaterat att forskningsrapporter och statistiskt material avseende sjukfrånvaro, arbetsmiljövariabler, arbetskraft och arbetsmarknad etc. samlas in och redovisas av många myndigheter och organisationer.

Sjukförsäkringsutredningen föreslog att en myndighet skulle ges ett övergripande ansvar för informationsinsamling, analys och redovisning av underlag för åtgärder, prognoser etc.

HpH har i sina överväganden kommit till den slutsatsen att ett sådant övergripande ansvar med fördel förläggs utanför berörda aktörer/myndigheter. En permanent samlad, oberoende analysresurs kan med i sammanhanget små resurser ge en kontinuerlig grund för nödvändiga insatser. Behovet av återkommande utredningar skulle minska och resultat och uppföljningar kan fortlöpande presenteras. HpH föreslår därför att regeringen etablerar en permanent, från aktörerna fristående, grupp för analys och bevakning av utvecklingen på ohälsområdet. En sådan grupp skulle också svara för uppbyggnad och underhåll av en samlad longitudinell databas avseende variabler av betydelse för utvecklingen av hälsa/ohälsa i arbetslivet.

Ett viktigt skäl för en fristående analysgrupp är att många olika myndighetsområden är berörda. En självständig grupp kan fungera snabbare, mera kreativt och mera obundet än en enskild myndighet som kan förväntas reagera med viss försiktighet i synnerhet när andra myndigheter berörs. Analysgruppen bör arbeta på vetenskaplig grund och med vetenskaplig integritet utan att själv bedriva långsiktig forskning. Om de egna vetenskapliga ambitionerna drivs

---

<sup>23</sup> SOU 2000:121 kapitel 7.9

för långt riskeras den snabbhet i utredningar och analys som eftersträvas.

HpH uppskattar att den föreslagna verksamheten skulle kunna bedrivas inom en kostnadsram på ca 8-10 miljoner kronor per år. Insatsen bör kunna finansieras genom besparingar inom ordinarie kommittéanslag.

### 6.2.3 Fortlöpande utbildningsinsatser

*HpH föreslår att regeringen systematiserar och etablerar utbildningsinsatser på universitetsnivå inom området hälsa i arbetslivet.*

Sjukförsäkringsutredningen konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU:2000:121) "att de kraftfullaste åtgärderna för att minska de långa sjukskrivningarna i första hand måste inriktas på förebyggande insatser och åtgärder i syfte att anpassa arbetsplatser och arbetsorganisation till de anställdas resurser och kapacitet. Insatser på detta område kräver ingående kunskaper om förhållandena på den enskilda arbetsplatsen och bred kompetens inom områdena arbetsmedicin, arbetspsykologi och beteendevetenskap."

Utredningen ansåg mot denna bakgrund det vara önskvärt "att en multidisciplinär utbildning med inslag från de medicinska, tekniska, ekonomiska och beteendevetenskapliga kompetensområdena byggs upp på universitetsnivå. En markering av betydelsen av det förebyggande arbetet skulle ytterligare kunna göras genom inrättandet av en professur inom området." Sjukförsäkringsutredningen föreslog vidare att försäkringsmedicin skulle ingå i läkarutbildningen på alla nivåer inklusive fortbildning.

HpH har noterat att Försäkringsbolaget Skandia under en treårsperiod kommer att finansiera en professur vid Uppsala Universitets Försäkringsmedicinska centrum som startar sin verksamhet hösten 2001.

Socialstyrelsen tillstyrker sjukförsäkringsutredningens förslag om att en multidisciplinär utbildning byggs upp på universitetsnivå och att en professur inrättas och menar att en sådan utbildning bör kunna samordnas med en riktad utbildning för läkare inom området försäkringsmedicin.

HpH har noterat att utbildningsinsatser med varierande innehåll inom ovan angivna områden sker på flera håll i landet. En inven-

tering av förekommande utbildningar inom området, inklusive den utbildning som bedrivs på uppdragsbasis, behöver göras.

Arbetslivsinstitutet har idag inget tydligt formulerat ansvar för utbildning inom företagshälsovårdens kompetensområden. Denna viktiga utbildning har på grund av minskad efterfrågan och besparingar inom Arbetslivsinstitutet drastiskt minskat de senaste åren. Den framtida utformningen av företagshälsovårdsutbildningen prövas för närvarande av Statskontoret. HpH vill understryka vikten av en väl fungerande utbildning och fortbildning inom detta område.

HpH föreslår att regeringen tar initiativ till att utbildningsinsatser enligt ovan systematiseras och etableras vid universitet och högskolor. HpH anser att sådana etableringar kan ske genom "omstruktureringar" inom ramen för befintliga resurser.

### 6.3 En bred informationsverksamhet

*HpH föreslår att regeringen*

- o inbjuder arbetsmarknadens parter till en gemensam flerårig informationskampanj avseende ökad hälsa i arbetslivet.
- o tillskjuter medel för en sådan gemensam kampanj.

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

HpH föreslår mot denna bakgrund att regeringen inbjuder arbetsmarknadens parter till en gemensam flerårig informationskampanj avseende ökad hälsa i arbetslivet samt tillskjuter medel för en sådan gemensam kampanj. Det är nödvändigt att arbetsmarknadens parter är drivande i det fortsatta arbetet och därigenom visar och tar sitt ansvar för att nedbringa sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Kostnaderna för ohälsa i arbetslivet belastar ytterst och i sin helhet parterna genom att ta i anspråk det utrymme som står till förfogande för investeringar, kapitalavkastning och löner.



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

#### 6.4 Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro i verksamhetsberättelser etc.

*HpH föreslår att*

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

Sjukförsäkringsutredningen föreslog att arbetsgivare skulle åläggas en redovisningsskyldighet avseende anställdas sjukfrånvaro. "Utredningen anser att information om anställdas sjukfrånvaro i enskilda företag och organisationer är av stort värde och viktig vid bedömningen av ett företag/organisation. Inte minst för potentiella arbetstagare men även för en mera allmän värdering av företaget/organisationen. Utredningen finner det därför angeläget att företag, organisationer och myndigheter åläggs en redovisningsskyldighet avseende anställdas sjukfrånvaro. En sådan redovisning bör göras enligt en given basstandard som gör det möjligt att jämföra företag i olika branscher, offentliga företag, organisationer och myndigheter osv. Lämpliga regler bör föras in i de lagar och förordningar som reglerar årsredovisningars innehåll."<sup>24</sup>

HpH har uppdragit åt civilekonomen Hans Edenhammar att utreda möjligheterna att ålägga företag att i sin årsredovisning ange sjukfrånvaron. Syftet är att därigenom dels ge företagets intressenter information om sjukfrånvaron, dels allmänt stimulera en utveckling mot mer hälsosamma arbetsplatser. Uppdraget redovisas i sin helhet i Bilaga 6.

<sup>24</sup> Sjukfrånvaron och sjukskrivning – fakta och förslag (SOU 2000:121), sid 185

Av bilagan framgår sammanfattningsvis att uppgift om sjukfrånvaron i årsredovisningen är av intresse för de som är anställda i företaget eller överväger att bli det. Det är också av intresse för det allmänna. Uppgiften kan också vara av intresse för ägarnas bedömning av effektiviteten i ledningens förvaltning av företaget.

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

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

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

Uppgift skall lämnas om medelantalet under räkenskapsåret anställda personer med uppgift om fördelningen mellan kvinnor och män *samt genomsnittlig sjukfrånvaro*. Om företaget har anställda i flera länder skall medelantalet anställda och fördelningen mellan kvinnor och män i varje land anges och att 7 kap 14 § ändras enligt följande för att undanta uppgift om sjukfrånvaron i koncernredovisningen: Bestämmelserna om tilläggsupplysningar i 5 kap. 2-7 och 10-25 § tillämpas även på koncernredovisningen *med undantag för uppgift om sjukfrånvaro i 5 kap. 18 §*.

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

HpH redovisar i kapitel 1 ett förslag till ändringar i årsredovisningslagen. HpH förutsätter att motsvarande ändringar görs i de

regler som gäller för myndigheter och andra organisationer som inte omfattas av årsredovisningslagen.

## 6.5 Ett förtydligt arbetsgivaransvar

### *HpH gör följande bedömning*

En arbetsgivare har enligt nuvarande lagstiftning ett omfattande ansvar avseende hälsan hos sina anställda. Det finns därför inte något behov av att utvidga en arbetsgivares ansvar i detta hänseende. Lagstiftningen åsidosätts dock ofta uppenbarligen på grund av bristande kunskap varför det finns anledning att i något lämpligt sammanhang göra en samlad redovisning av en arbetsgivares ansvar i hälsoarbetet bland de anställda.

### *Arbetsgivare har idag ansvar för*

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

*Sammanfattningsvis finner HpH att nuvarande lagstiftning är fullt tillräcklig. Problemet är snarare brist på kunskap om, och respekt för, reglernas innehåll. Konsekvensen har blivit att reglerna alltför ofta åsidosätts.*

*En samlad redovisning av arbetsgivares ansvar skulle tillsammans med HpH:s förslag om rehabiliteringsunderlag och förlängd sjuklöneperiod innebära ett viktigt förtydligande av arbetsgivaransvaret.*

En arbetsgivare har enligt nuvarande lagstiftning en central roll när det gäller anställdas arbetsmiljö och rehabilitering vid sjukdom. Arbetsgivarens ansvar för anställdas arbetsförhållanden och i samband med hälsa och rehabilitering regleras genom bestämmelser i ett flertal lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter. Ansvaret kan i rättsligt hänseende sägas vara uppdelat på tre områden; nämligen arbetsmiljön, arbetsrätten och sjukförsäkringen. Till sjukförsäkringen hör även rehabiliteringsfrågor enligt lagen (1962:381) om

allmän försäkring (AFL). En mer utförlig redogörelse för arbetsgivarens ansvar lämnas i bilagan 7.

Bestämmelser om arbetsmiljön finns bl.a. i arbetsmiljölagen (1977:1150, AML), som är en ramlag. I denna lag finns grundläggande regler om arbetsmiljöns utformning. AML kompletteras av arbetsmiljöförordningen (1977:1166) samt av föreskrifter som beslutas av Arbetsmiljöverket (tidigare Arbetarskyddsstyrelsen). Även om det i AML finns bestämmelser om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare, ligger huvudansvaret för arbetsmiljön väsentligen på arbetsgivaren. Enligt AML skall arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Han skall också anpassa arbetsförhållandena till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Arbetsmiljöverket har tillsyn över tillämpningen av bestämmelserna på arbetsmiljöområdet. Verket får därvid meddela de förelägganden och förbud som behövs för efterlevnaden av arbetsmiljöbestämmelserna.

Vidare har arbetsgivaren ett arbetsrättsligt ansvar för anställda som på grund av sjukdom har nedsatt arbetsförmåga. Enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) krävs saklig grund för att en arbetsgivare skall få säga upp en anställd. Normalt sett utgör sjukdom inte saklig grund för uppsägning. För att det skall finnas saklig grund för uppsägning i en sjukdomssituation krävs att arbetsgivaren har uppfyllt de krav som ställs på honom i AML och AFL i fråga om anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder. En arbetsgivare skall också ha prövat möjligheterna till omplacering, annars får uppsägning inte ske.

Enligt lagen (1991:1047) om sjuklön (SjLL) är en arbetsgivare skyldig att under de första fjorton dagarna av en sjukperiod betala sjuklön till en anställd som inte kan arbeta på grund av sjukdom. Detta gäller dock inte för karensdagen.

Arbetsgivarens ansvar inom sjukförsäkringen gäller främst rehabilitering av anställda. Det ankommer enligt regelverket i 22 kap. AFL på arbetsgivaren att ta reda på om en arbetstagare behöver särskilda rehabiliteringsåtgärder.

Arbetsgivaren har förstahandsansvaret för att se till att rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd och för att finansiera dem. Ansvaret för finansieringen begränsas dock till det ansvar som arbetsgivaren har för de åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren i fråga om åtgärder får avgöras med hänsyn till

omständigheterna i det enskilda fallet där såväl den anställdes som arbetsgivarens förutsättningar vägs in.

Bestämmelser om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar finns i 22 kap. 3 § AFL. Enligt dessa skall den försäkrades arbetsgivare i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivare påbörja en rehabiliteringsutredning. Detta gäller när en försäkrad helt eller delvis har varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom under längre tid än fyra veckor i följd eller när den försäkrades arbete ofta har avbrutits av kortare sjukperioder. I förarbetena anges som utgångspunkt för vad som utgör ofta förekommande avbrott frånvaro vid i vart fall sex tillfällen under en tolv månadersperiod. Arbetsgivaren skall dessutom göra en rehabiliteringsutredning på begäran av den försäkrade.

Enligt 22 kap. 3 § tredje stycket skall arbetsgivarens rehabiliteringsutredning tillställas försäkringskassan inom åtta veckor. För utredning på grund av sjukfrånvaro under längre tid än fyra veckor räknas tidsfristen från dagen för sjukanmälan. I fall med ofta förekommande sjukavbrott räknas tidsfristen från dagen för anmälan av det sjukfall som senast föregick rehabiliteringsutredningen. Har den försäkrade arbetstagaren själv begärt att utredning skall göras, räknas tidsfristen från den dag då begäran gjordes hos arbetsgivaren. Kan en rehabiliteringsutredning inte slutföras inom den angivna tiden, skall detta anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Uppgift skall därvid lämnas om orsaken till dröjsmålet och om när utredningen beräknas vara avslutad.

HpH konstaterar att det nuvarande regelverket innebär långtgående skyldigheter för arbetsgivare på dessa områden. Det saknas därför anledning att generellt skärpa lagstiftningen på området. Däremot bör arbetsgivarens skyldigheter i förevarande hänseende tydliggöras genom att samtliga skyldigheter finns redovisade i ett sammanhang eftersom lagstiftningen i många fall åsidosätts.

## 6.6 Rehabiliteringsunderlag och sjukanmälan

### *HpH föreslår följande*

Den nuvarande rehabiliteringsutredningen ersätts av ett rehabiliteringsunderlag, som den försäkrades arbetsgivare skall påbörja att upprätta i motsvarande situationer som i dag, dvs. om

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

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

I rehabiliteringsunderlaget skall redovisas uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. Dessutom skall till underlaget bifogas de läkarintyg om erhållits under den aktuella sjuklöneperioden. I underlaget skall också ingå yttrande från företagshälsovård (eller motsvarande) angående arbetsförmågan relaterat till arbetsuppgifterna, behovet av rehabiliteringsåtgärder, prognos för återgång till arbetet och eventuellt förslag till åtgärder utöver dem som arbetsgivaren har föreslagit. Arbetstagarens uppfattning skall också redovisas i underlaget.

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

*Många arbetsgivare gör idag inte rehabiliteringsutredningar i den utsträckning som lagen påkallar. Gällande bestämmelse att arbetsgivare skall påbörja rehabiliteringsutredning "om det inte framstår som obehövt" bidrar till att göra lagen otydlig.*

*Företagshälsovården som borde ha bäst kunskap om individ/arbetsplats utnyttjas endast i ringa grad i sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet.*

*HpH föreslår att rehabiliteringsutredningen skall ersättas av ett rehabiliteringsunderlag. Detta underlag har främst två syften, nämligen att:*

- o starta en process på arbetsplatsen som påskyndar den anställdes återgång i arbete, och*
- o ligga till grund för den rehabiliteringsplan som försäkringskassan upprättar tillsammans med den försäkrade.*

*Underlaget skall innehålla:*

- o uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till arbetsuppgifter, prognos för återgång till arbetet, eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt eventuella behov av rehabiliteringsinsatser.*
- o yttrande från företagshälsovård om ovanstående uppgifter och med tillägg av de eventuella synpunkter och förslag som företagshälsovården anser vara erforderliga.*

*Underlagets omfattning får anpassas till vad som ansas påkallat i det enskilda fallet. Vid en sjuklöneperiod på 60 dagar skall arbetsgivaren överlämna rehabiliteringsunderlaget, med yttrande från företagshälsovård samt de läkarintyg som erhållits under sjuklöneperioden till försäkringskassan i samband med anmälan om den anställdes fortsatta sjuk-frånvaro efter sjuklöneperioden.*

*För försäkrade utan arbetsgivare skall försäkringskassan upprätta motsvarande rehabiliteringsunderlag.*

### *Bakgrund*

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

De flesta remissinstanserna är positiva till åtgärder som förstärker arbetsgivarens ansvar för rehabilitering. Några remissinstanser

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

### *Överväganden*

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

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



rehabiliteringsutredning föreslås därför ersättas med *rehabiliteringsunderlag*.

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

Å andra sidan skall underlagets omfattning kunna anpassas med hänsyn till vad som kan anses påkallat i det enskilda fallet. Finns det inte något rehabiliteringsbehov bör underlaget kunna göras i en förenklad form. Detta bör gälla t.ex. om arbetstagaren bedöms kunna återgå i arbete några dagar efter det att rehabiliteringsunderlaget skall lämnas till försäkringskassan och det i övrigt i inte framkommit omständigheter som bör föranleda åtgärder från försäkringskassan.

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

HpH anser att handläggningen av försäkringsärenden och kommunikationen mellan arbetsgivaren, arbetstagaren och försäkringskassan kan förenklas och effektiviseras. I flertalet fall i vilka en rehabiliteringsutredning skall göras fortsätter sjukfallet efter sjuklöneperiodens utgång. Enligt 12 § första stycket SjLL skall en arbetsgivare anmäla till den allmänna försäkringskassan sjukdomsfall som har gett arbetstagare hos honom rätt till sjuklön, om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. En sådan anmälan skall göras inom sju dagar från denna tidpunkt. Förslaget i avsnitt 6.8 om en generell förlängning av sjuklöneperioden till sextio dagar medför motsvarande förskjutning av tidpunkten när anmälan skall göras.

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

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

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

Vidare föreslår HpH att det skall införas en bestämmelse om vad som skall ingå i ett rehabiliteringsunderlag. Detta är påkallat även med hänsyn till att förseningsavgift, enligt vad som HpH föreslår nedan, skall kunna tas ut om ett rehabiliteringsunderlag inte lämnas inom föreskriven tid. Underlagets omfattning får bedömas efter omständigheterna i det enskilda fallet. Bedöms den sjuke kunna återgå inom kort tid efter det att rehabiliteringsutredningen har lämnats utan att några rehabiliteringsåtgärder behöver vidtas kan ett förenklad underlag godtas. I underlaget skall dock alltid ingå ett yttrande från företagshälsovård eller motsvarande. Vad som menas med företagshälsovård anges i 2 b § andra stycket AML. Är det fråga om ett okomplicerat fall bör naturligtvis företagshälsovården anpassa sitt yttrande efter det. Det är dock av väsentlig betydelse att det finns med ett yttrande från företagshälsovården för att säkerställa att det finns en fackmannamässig och opartisk bedömning. I övrigt skall det i underlaget finnas uppgifter som kan läggas till grund för försäkringskassans beslut om rehabiliteringsplan. Detta innebär att det i underlaget skall finnas uppgifter om arbetstagarens arbetsförmåga relaterat till hans eller hennes ordinarie arbetsuppgifter. Vidare skall det finnas en prognos för möjligheterna att återgå till arbetet. I underlaget skall också redovisas eventuellt vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen samt

eventuella behov av rehabiliteringsinsatser. Det är också av väsentlig betydelse att arbetstagarens uppfattning redovisas i underlaget. HpH vill understryka att förslaget inte innebär någon förändring avseende integritets- och sekretessfrågor.

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

För försäkrade utan arbetsgivare skall försäkringskassan upprätta motsvarande rehabiliteringsunderlag.

## 6.7 Förseningsavgift om rehabiliteringsunderlag inte lämnas inom föreskriven tid

*HpH föreslår följande*

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

Försäkringskassan skall besluta om en arbetsgivare skall betala förseningsavgift.

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

### *Behovet av åtgärder för att påskynda rehabiliteringsunderlag*

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

teringsutredning enligt AFL, att de också hade fått en sådan utredning.

HpH anser att åtgärder måste vidtas för att de olika aktörer som kan medverka till den enskildes rehabilitering får en aktiv roll. Detta gäller inte minst arbetsgivarna som i större utsträckning än som för närvarande sker måste iaktta sin utredningsskyldighet. I avsnitt 6.6 föreslår HpH att arbetsgivaren framdeles skall upprätta ett rehabiliteringsunderlag i stället för den hittillsvarande rehabiliteringsutredningen. För att det inte skall vara oklart när en arbetsgivare skall påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag, föreslår HpH i nämnda avsnitt att skyldighet att upprätta ett underlag skall vara ovillkorlig i de situationer som anges i 22 kap. 3 § AFL.

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

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

#### *Allmänt om avgifter som påtryckningsmedel*

Beträffande användningen av avgifter såsom sanktioner kan följande konstateras. I början av åttiotalet infördes i brottsbalken en ny förverkandebestämmelse som angav att om det med anledning av ett brott begånget i utövningen av näringsverksamhet uppkommit en otillbörlig förtjänst eller besparing, får värdet därav förklarats förverkat. I propositionen (prop. 1981/82:142 s. 77) angavs att den nya bestämmelsen på vissa områden kunde behöva kompletteras med sanktionsavgifter riktade mot företag.

Utan att lägga något lagförslag angavs i propositionen vissa riktlinjer som skulle gälla för ett sådant avgiftssystem. Enligt departementschefen skulle detta kunna användas på områden där regel-

överträdelser var särskilt frekventa eller speciella svårigheter förelåg att beräkna storleken av den vinst eller besparing som uppnås i det enskilda fallet. Vidare angavs att avgifter endast borde få förekomma inom speciella klart avgränsade rättsområden, att det skulle vara möjligt att förutse hur stor avgiften skulle bli i det enskilda fallet, att ett strikt ansvar förutsatte att överträdelser på området inte kunde ske på annat sätt än som en följd av uppsåt eller oaktsamhet, att något hinder inte skulle föreligga att låta de straffrättsliga bestämmelserna vara kvar vid sidan om samt att man i viss utsträckning skulle kunna överlämna åt de administrativa myndigheter som var verksamma på området att ålägga avgiftsskyldighet. Departementschefen betonade också vikten av att avgiftssystem på nya områden infördes först efter noggranna överväganden om behov föreligger.

Sanktionsavgifter har införts i lagstiftningen på flera områden. Exempel härpå är miljöskyddsavgift enligt miljöbalken (1998:808), överlastavgift enligt lagen (1972:345) om överlastavgift, byggnadsavgift och tilläggsavgift enligt plan- och bygglagen (1987:10) och skattetillägg enligt taxeringslagen (1990:324). Från det arbetsrättsliga området kan nämnas overtidsavgift enligt arbetstidslagen (1982:673). Arbetsgivare som inte iakttar gällande bestämmelser beträffande övertid kan tvingas att betala en avgift som beräknas utifrån hur mycket otillåten övertid som tagits ut. Frågor om overtidsavgift prövas av allmän domstol efter ansökan av allmän åklagare.

Vidare förekommer sanktionsavgifter i arbetsmiljölagen (1977:1160). Enligt 8 kap. 5 § sistnämnda lag får regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetsmiljöverket föreskriva att en särskild avgift skall betalas, om överträdelse har skett av en föreskrift som har meddelats med stöd av ett bemyndigande som anges i arbetsmiljölagen. Avgiften skall betalas även om överträdelsen inte har skett uppsåtligt eller av oaktsamhet. Frågor om påförande av sanktionsavgift prövas enligt 7 § av länsrätten efter ansökan av Arbetsmiljöverket. Avsikten är att Arbetsmiljöverket genom föreskrifter efter hand skall pröva om det är lämpligt att införa sanktionsavgifter på angivna områden. I 9 § ges även viss möjlighet att ålägga avgift genom avgiftsföreläggande som utfärdas av Arbetsmiljöverket. Har ett sådant föreläggande godkänts av den det riktar sig till, gäller det som domstols lagkraftvunna avgörande varigenom avgift påförts. – Arbetsmiljöverket har i 9 kap. 2 § föreskrifter om tryckkärl och andra tryckbärande anordningar (AFS 1999:6) infört bestämmelser om sanktionsavgift. Dessa bestämmel-

ser innebär att den som använder en tryckbärande anordning utan att denna genomgått föreskriven besiktning skall betala sanktionsavgift.

### *HpH:s bedömning*

Som HpH har anfört tidigare finns det finns starka skäl för att införa förseningsavgift. Rättsområdet är klart avgränsat, vilket gör det lämpligt med en ordning med förseningsavgift. HpH anser att en arbetsgivare skall ha ett strikt ansvar för att rehabiliteringsunderlag upprättas och lämnas. Det blir således inte aktuellt att göra någon bedömning av om det föreligger uppsåt eller oaktsamhet bakom det förhållandet att ett underlag inte lämnas inom föreskriven tid. Till grund för ett beslut om förseningsavgift skall ligga ett konstaterande av att

- o det föreligger en skyldighet att lämna ett rehabiliteringsunderlag till försäkringskassan,
- o underlaget inte lämnats i rätt tid och
- o det inte kan anses ursäktligt att underlag inte har lämnats i rätt tid.

Beträffande skyldigheten att upprätta och lämna underlag hänvisas till avsnittet 6.6.

För att undvika oskäligen konsekvenser föreslår HpH att det skall finnas en möjlighet att i vissa fall underlåta att påföra avgift trots att rehabiliteringsunderlaget inte har lämnats. En förutsättning för att underlåta att ta ut avgift är att arbetsgivaren har anmält enligt 22 kap. 3 § fjärde stycket AFL att underlaget är försenat. Om det dessutom kan anses ursäktligt att en arbetsgivare med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet inte har lämnat ett rehabiliteringsunderlag inom föreskriven, skall försäkringskassan inte ta ut någon avgift.

Ursäktlighet kan föreligga, om ett underlag inte har kunnat färdigställas på grund av omständigheter som är hänförliga till arbetstagaren, t.ex. om han eller hon har vägrat medverka eller utredningen inte kunnat slutföras på grund av arbetstagarens hälsotillstånd är allvarligt nedsatt. Ett annat skäl för att underlåta att påföra förseningsavgift kan vara att underlaget är av särskilt komplicerad beskaffenhet.

Vid bedömning av om ett rehabiliteringsunderlag har lämnats inom föreskriven tid skall med avseende på frågan om försenings-

avgift inte göras någon prövning av ett underlags kvalitet. Har det inom föreskriven tid lämnats ett rehabiliteringsunderlag som formellt innehåller de uppgifter, yttrande och läkarintyg som anges i avsnittet 6.6 (se även förslaget till 22 kap. 4 a § AFL), skall förseningsavgift inte tas ut. Vid bedömning av om det föreligger grund för förseningsavgift skall således göras endast en formell granskning av om lämnat material utgör ett rehabiliteringsunderlag. HpH anser att denna uppgift bör kunna ligga på försäkringskassan och föreslår därför att försäkringskassan skall fatta beslut om förseningsavgift. Sådant beslut skall kunna fattas av en tjänsteman som beslutar om sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Ett beslut om att påföra förseningsavgift skall kunna överklagas till länsrätten. För prövning i kammarrätten skall, liksom i dag gäller för övriga beslut enligt AFL, krävas prövningstillstånd.

Vidare anser HpH att avgift skall tas ut med ett fast belopp. En arbetsgivare skall således kunna förutse hur stor avgift som tas ut om underlag inte lämnas. HpH har övervägt en ordning enligt vilken förseningsavgifter skall tas ut som en dagberäknad avgift i förhållande till graden av försening. En sådan konstruktion kan dock medföra att det avgiftsbelopp som skall tas ut kan komma att ackumuleras till betydande belopp innan försäkringskassan upptäcker att ett underlag inte har lämnats. HpH har därför funnit att en särskild förseningsavgift bör uttas. Avgiften bör vara utformad som en fast avgift som skall betalas om underlag inte inkommit eller inkommit för sent. Avgiften är fast och står inte i proportion till försenings längd, vilket i och för sig kunde vara motiverat. Emellertid är det en betydande förändring att införa en skyldighet för försäkringskassan att besluta om förseningsavgift. I syfte att få ett enkelt regelsystem med lätt förutsebara effekter föreslår HpH därför att förseningsavgiften skall uppgå till ett fast belopp om 5 000 kr, som skall tas ut om ett rehabiliteringsunderlag inte har lämnats inom föreskriven tid. Om det vid en framtida översyn skulle framkomma att de nu föreslagna reglerna inte haft tillräcklig effekt, kan avgiftssystemet förfinas så att avgiften står i proportion till graden av försening. Om arbetsgivare trots uppmaning vägrar att inkomma med underlag skall försäkringskassan anmäla detta förhållande till Arbetsmiljöverket, som får besluta om eventuella åtgärder i form av tillsyn eller i förekommande fall utreda om det föreligger brott mot arbetsmiljölagen.

Efter att avgiftsbeslut har meddelats skall arbetsgivaren vara skyldig att inom två månader betala avgiften, som tillfaller staten. Avgiften skall betalas till länsstyrelsen, som redan är betalnings-

mottagare för t.ex. sanktionsavgifter enligt arbetsmiljölagen. Det skulle skapa onödig administration, om försäkringskassan skall bygga upp en organisation för att ta emot avgifter.

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

## 6.8 En förlängd sjuklöneperiod

*HpH föreslår följande*

Den generella sjuklöneperioden skall förlängas till sextio dagar.

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

Sjukförsäkringsavgiften i form av arbetsgivaravgift skall sänkas i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden.

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

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

*En absolut förutsättning för förslaget är att sjukförsäkringsavgiften skall sänkas i motsvarande mån som kostnaderna ökar på grund av den generella förlängningen av sjuklöneperioden.*

*HpH har noterat att det blivit allt svårare för personer med olika former av funktionshinder att få arbete. Allt fler arbetsgivare anställer endast sådana som bedöms vara till 100 procent effektiva. I själva verket torde denna trend vara en av de viktigaste orsakerna till att sjukfallen förlängs och att sjukskrivna möter svårigheter att återgå till arbete. Det kan alltså med fog hävdas att en selektering vid anställning sker redan idag. I relation till denna pågående selektering torde en förlängd sjuklöneperiod få tämligen marginella konsekvenser vid anställning av ny arbetskraft. Inte minst arbetskraftstillgången innebär att valfriheten är starkt begränsad. Det kommer inte att finnas en uppsjö av arbetssökande som alla uppfyller högsta möjliga krav.*



*Diskussionen om selektering som följd av ett ökat arbetsgivaransvar förutsätter också att variationer i sjukfrånvaro beror i huvudsak på de enskilda individerna. Det underlag som idag finns stöder på ingen punkt en sådan hypotes. Flera andra länder inom EU har en längre sjuklöneperiod än i Sverige utan att där en förlängd sjuklöneperiod angivits ha ökat diskrimineringen i arbetslivet.*

*Slutligen finns anledning att ställa också etiska krav på samhället/arbetsgivarna att anpassa arbetslivet till de individer som faktiskt finns på arbetsmarknaden. Om inte rimliga etiska krav på arbetsmarknaden kan upprätthållas kommer med nödvändighet ökade krav att ställas på en omfattande reglering/kvotering på den svenska arbetsmarknaden. HpH vill i detta sammanhang understryka att nuvarande system inneburit en diskriminering i form av utslagning från arbetslivet. Vid senaste årsskiftet hade närmare 100 000 personer varit sjukskrivna längre tid än ett år och fler än 420 000 uppbar sjukbidrag eller förtidspension. Fördelarna med en förlängd sjuklöneperiod är enligt HpH:s uppfattning väsentligt större än de befarade nackdelarna.*

*HpH vill i sammanhanget erinra om att för personer med hög eller risk för hög sjuklighet finns redan idag regler om särskilt högriskskydd. Arbetsgivaren får då ersättning för sina sjuklönekostnader och den anställda får ersättning även för karensdagen vid risk för ett större antal sjukperioder. HpH anser att det särskilda högriskskyddet måste göras mer känt bland framför allt enskilda, arbetsgivare och läkare. Det bör vara en i naturlig uppgift för RFV och försäkringskassor att svara för en sådan information.*

### *Bakgrund*

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

I samband med att sjuklöneperioden förlängdes uppstod en tvist kring frågan om den högre avtalsreglerade ersättning som betalades

dag 15 till 28 i sjukperioder skulle betalas även fortsättningsvis. Det konstaterades att rätt till ersättning från avtalsförsäkring respektive kollektivavtal inte förelåg under den utsträckta sjuklöneperioden. Den totala ersättningen till en anställd sänktes under den förlängda sjuklöneperioden. Då detta inte var regeringens avsikt, återinfördes 14 dagars sjuklön. Sjuklönen utgör 80 procent av anställningsförmånerna, den första dagen är karenssdag.

Sjukförsäkringsutredningen har föreslagit att sjuklöneperioden skall förlängas till 60 dagar. Enligt utredningens förslag skall förändringen genomföras i två steg. I ett första steg, som föreslås genomföras snarast, förlängs sjuklöneperioden till 28 dagar. Sjukförsäkringsavgiften skall enligt utredningen sänkas med det belopp som motsvarar kostnadsökningarna för sjuklön. Enligt Sjukförsäkringsutredningens förslag skall sjukförsäkringsavgiften sänkas med det belopp som motsvarar kostnadsökningarna för sjuklön. Vidare har Sjukförsäkringsutredningen föreslagit att sjuklönens storlek skall fastställas till 90 procent av anställningsförmånerna fr.o.m. dag 15 inom sjuklöneperioden, eftersom avtalsreglerat tillägg till sjukpenning inte utges vid sjuklön.

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

### *Överväganden*

Genom den arbetsrättsliga lagstiftningen regleras rätten till sjuklön, vilken utgör en väsentlig förutsättning för hur sjukfrånvarons kostnader fördelas mellan arbetsgivare och sjukförsäkring. Konstruktionen med sjuklön kan även ses som ett incitament för arbetsgivare att nedbringa sjukfrånvaron. HpH anser att nuvarande sjuklöneperiod, 14 dagar, är alltför kort för att utgöra någon reell drivkraft.

Sjuklöneperiodens längd påverkar vidare i hög grad det antal fall försäkringen måste administrera och därmed i praktiken hur stora resurser som kan avsättas för aktiva, rehabiliterande åtgärder. HpH

gör bedömningen att den nuvarande stora mängden sjukpenningärenden allvarligt försvårar försäkringskassans möjligheter att arbeta med förebyggande insatser och genomföra effektiva åtgärder i syfte att nedbringa antalet långa sjukfall.

Sjuklönen är ett instrument för fördelning av kostnader för sjukfrånvaro mellan arbetsgivare och försäkring. Systemet med sjuklön innebär att det för arbetsgivaren finns en extra drivkraft av ekonomiskt slag att få en låg sjukfrånvaro bland sina anställda. Sjukförsäkringsutredningen har genom egna undersökningar konstaterat att det finns starka samband mellan sjukfrånvaro och arbetsmiljöfrågor i vid bemärkelse. Även om det inte är enbart arbetsmiljön i sig som ger upphov till långvarig sjukfrånvaro är det svårt att vända den nuvarande negativa utvecklingen av sjukfrånvaron utan förstärkt medverkan från arbetsgivarnas sida.

Det är främst via arbetsplatsen som det finns faktisk möjlighet att vidta förebyggande åtgärder mot sjukfrånvaro. En förlängning av sjuklöneperioden kommer att utgöra starkt incitament för en arbetsgivare att vidta olika åtgärder på arbetsplatsen för att motverka sjukfrånvaro och därmed hålla nere kostnaderna för sjuklön. Om arbetsgivarna i större utsträckning svarar för ersättning, och annan handläggning, vid kortare sjukfall ges försäkringskassorna möjlighet att koncentrera sin verksamhet mer på långvariga sjukfall, som normalt ställer större krav på rehabiliteringsåtgärder. Flertalet sjukfall avslutas inom 60 dagar utan några större insatser utöver sedvanlig medicinsk behandling och sådana individrelaterade och rehabiliterande insatser som görs direkt på arbetsplatsen. Detta talar för att sjuklöneperioden lämpligen bör bestämmas till 60 dagar.

Den nuvarande sjuklöneperioden om 14 dagar är alltför kort för att arbetsgivaren skall hinna vidta rehabiliteringsåtgärder och utgör inte något tillräckligt kraftfullt incitament för arbetsgivare att vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron. Skall sjuklöneperioden fungera som incitament och stöd för insatser som byter nuvarande negativa trend, måste den göras betydligt längre. En förlängd sjuklöneperiod är en åtgärd som på kort sikt och inom ramen för nuvarande finansieringssystem kan skapa resurser för försäkringskassan för de förebyggande och rehabiliterande insatser som bör ingå i sjukförsäkringen.

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

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

År 2000 beräknades underskottet i sjukförsäkringssystemet uppgå till cirka 8 miljarder kronor. Sjukförsäkringsavgiften skulle för att täcka denna utgiftsnivå enligt Sjukförsäkringsutredningen behöva höjas från dåvarande 8,5 procent till 9,3 procent. Regeringen har därefter höjt avgiften till 8,8 procent. En till 60 dagar förlängd sjuklöneperiod medför att avgiften skall sänkas med 0,8 procentenheter till 8,0 procent.

HpH finner att sjukförsäkringsavgiften på grund av kostnadsutvecklingen borde ha höjts till 9,3 procent. Med hänsyn till de dynamiska effekter som HpH:s samlade förslag beräknas medföra föreslår HpH dock att avgiften inte höjs, utan att avgiftssänkningen på grund av den förlängda sjuklöneperioden (0,8 procentenheter) genomförs från nuvarande nivå 8,8 procent.

## 6.9 Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader för små företag

*HpH föreslår följande*

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

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

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

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

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

*Redan nuvarande sjuklöneperiod innebär särskilda risker för arbetsgivare med få anställda. Gällande småföretagarförsäkring mot kostnader för sjuklön utnyttjas i liten omfattning och främst av högriskföretag vilket leder till en premienivå som av många uppfattas för hög.*

*HpH föreslår att ett högkostnadsskydd införs i sjukförsäkringen för företag upp till viss storlek (årlig lönesumma högst uppgående till 160 prisbasbelopp). Högkostnadsskyddet innebär att dessa företag får ersättning för sjuklönekostnader som överstiger 75 procent av "genomsnittsnivån".*

### *Bakgrund*

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

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

### *Överväganden*

En arbetsgivare är enligt nuvarande ordning skyldig att betala sjuklön under högst tretton dagar av en sjukperiod. Detta innebär särskilda risker för arbetsgivare med få anställda. Redan det förhållandet att en anställd har upprepad sjukfrånvaro kan bli en

påtaglig ekonomisk belastning för ett litet företag. Nuvarande sjuklöneperiod utgör för mindre företag en stor ekonomisk riskfaktor, som ytterst kan förhindra nyanställningar och expansion.

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

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

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

HpH föreslår att det införs ett högkostnadsskydd och att detta utformas på likartat sätt som föreslogs i delbetänkandet Högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader (SOU 1997:142). De mindre företagens generellt lägre sjukfrånvaro kan därtill motivera en nedräkning av genomsnittstalet till 75 procent.

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

små företag, som inte har samma resurser som stora företag att upprätta ett rehabiliteringsunderlag, inte får extra kostnader för ett sådant underlag. Det kan därför övervägas om högkostnadsskyddet bör omfatta även kostnader för rehabiliteringsunderlag. Motsvarande gäller även kostnader för rehabiliteringsåtgärder. Dessa frågor kräver emellertid ytterligare överväganden, varför HpH återkommer till detta i sin slutrapport.

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

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

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

## 6.10 Sjukskrivningsunderlag och rehabiliteringsplan

### *HpH föreslår*

Försäkringskassan skall snarast efter det att rehabiliteringsunderlag har inkommit, upprätta en rehabiliteringsplan.

Bestämmelserna om fördjupad bedömning vid den 28:e dagen i sjukperioden (3 kap. 8 a § första stycket AFL) skall upphävas.

*För att få till stånd en mer aktiv sjukförsäkring med tidigare rehabiliteringsinsatser föreslår HpH att försäkringskassan snarast efter att ett rehabiliteringsunderlag har inkommit skall upprätta en målinriktad rehabiliteringsplan.*

*Planen skall redovisa ansvar, kostnader och tidsplaner för alla de rehabiliteringsåtgärder – medicinska, sociala och arbetslivsinriktade – som är aktuella. Rehabiliteringsplanen skall fortlöpande uppdateras och vid behov revideras.*

*Försäkringskassan har ansvaret för att planerade åtgärder samordnas och följs upp.*

*Den nuvarande fördjupade bedömningen leder ytterst sällan till att rätten till sjukpenning ifrågasätts. Den medför heller inte att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigare. Den fördjupade bedömningen i nuvarande former har blivit ett mindre meningsfullt och överflödigt obligatoriskt inslag i försäkringskassornas verksamhet. HpH föreslår därför att den fördjupade bedömningen upphävs.*

### Överväganden

Enligt nuvarande regler skall försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan om den försäkrade behöver en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd. Planen skall innehålla uppgifter om vilka åtgärder som skall vidtas, vem som bär ansvaret, tidsplan och kostnader för rehabiliteringen. Därefter kan den försäkrade ansöka om rehabiliteringspenning.

HpH föreslår att försäkringskassan i alla sjukfall skall upprätta en målinriktad rehabiliteringsplan för att säkerställa en mer aktiv sjukskrivningsperiod. Ett sådant krav på obligatorisk rehabiliteringsplan i samtliga fall bör kunna genomföras inom ramen för nuvarande resurser eftersom försäkringskassan får en väsentligt minskad arbetsbörda genom att sjuklöneperioden förlängs. Rehabiliteringsplanen skall upprättas snarast efter att ett rehabiliteringsunderlag har kommit in från den försäkrades arbetsgivare. HpH har övervägt om det skall sättas en tidsgräns när försäkringskassan senast skall vara klar med sin rehabiliteringsplan, men funnit att en sådan gräns kan anstå tills vidare erfarenheter vunnits. Planen skall fastställas i samråd med den försäkrade. I planen skall ansvar, kända uppkomna och beräknade kostnader samt tidsplaner redovisas för alla de rehabiliteringsåtgärder – medicinska, sociala och arbetslivsinriktade – som är aktuella. Försäkringskassan har ansvaret för att planerade åtgärder samordnas och följs upp. Rehabiliteringsplanen skall fortlöpande uppdateras och vid behov revideras.

Enligt nuvarande regler skall den försäkrade för att få sjukpenning efter 28 dagar lämna en särskild försäkran som innehåller en utförligare beskrivning av arbetsuppgifter och egen bedömning



av arbetsförmåga. Dessutom skall den försäkrade lämna ett särskilt läkarutlåtande, som innehåller uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga på grund av sjukdom samt läkarens bedömning av i vilken grad den medicinska funktionen påverkar arbetsförmågan.

När det särskilda läkarutlåtandet och den särskilda försäkrans kommit in gör försäkringskassans handläggare en fördjupad bedömning efter att ha hört en försäkringsläkare angående vad som medicinskt har framkommit i ärendet. Bedömningen avser i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder behövs.

Enligt en undersökning RFV gjorde år 1999 av den fördjupade bedömningen (Sjukförsäkringsutredningens delbetänkande [SOU 2000:72], bilaga 6, "Fördjupad bedömning i praktiken") leder den fördjupade bedömningen ytterst sällan till att rätten till sjukpenning ifrågasätts. Den medför heller inte till att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigare.

HpH anser att bestämmelserna om fördjupad bedömning inte kan efterlevas och inte heller fyller något större behov i dag. Med hänsyn till förslaget att förlänga sjuklöneperioden till 60 dagar och att rehabiliteringsunderlag skall lämnas vid sjuklöneperiodens utgång finns det på den 28:e dagen inte anledning att göra en fördjupad bedömning beträffande dem som uppbär sjuklön.

Mot denna bakgrund föreslår HpH att bestämmelserna om fördjupad bedömning (3 kap. 8 a § andra och första styckena AFL) skall upphävas.

## 6.11 Begränsning av sjukpenningperioden

### *HpH föreslår*

Sjukpenning skall lämnas längst för tid till och med den trehundra-sextiofemte dagen i en sjukperiod.

Har sjukperioden inte pågått fortlöpande, skall sjukpenning inte utges efter det att den försäkrade under en 450-dagarsperiod har haft sjukperioder på sammanlagt minst 365 dagar. Detta gäller till dess 30 dagar förflutit sedan en sjukperiod avslutats utan att en ny påbörjats. Vid beräkning av antalet sjukperioddagar under en 450-dagarsperiod medräknas inte dagar före ett uppehåll mellan sjukperioder, om uppehållet överstiger 30 dagar.

Om det finns särskilda skäl för det, skall sjukpenning kunna lämnas för längre tid.

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

*Sjukpenning skall således endast i undantagsfall och efter särskild prövning kunna lämnas för längre tid än trehundra-sextiofem dagar i en sjuk-period.*

*Förslaget syftar inte till att tvinga icke färdigrehabiliterade åter till arbetet. I de fall en fortsatt medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering är möjlig och meningsfull skall ett program/plan fastställas och fortsatt ersättning utgå. För de som behöver fortsatt medicinsk rehabilitering skall beslut fattas om särskild sjukpenning. Särskild sjukpenning skall utgå fram till den tidpunkt då*

- o den försäkrade kan återgå till arbete,*
- o arbetslivsinriktad rehabilitering kan ske och rehabiliteringspenning utgå,*
- o försäkringskassan fattar beslut om aktivitetsersättning/sjukersättning (förtidspension)*

## *Bakgrund*

Sjukförsäkringsutredningen har föreslagit en tidsbegränsning av "sjukskrivningsperioden" till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av långsiktiga rehabiliteringsbehov.

Vid remissbehandlingen av förslaget har anförts bl.a. följande: Det behöver preciseras vad som skall hända efter ett år. Förslaget medför att långtidssjuka får en kraftigt försämrade ersättning. Det kan medföra onödigt snabba förtidspensioneringar, vilket kan minska sannolikheten för återgång till arbetslivet.

## *Överväganden*

Såsom Sjukförsäkringsutredningen har konstaterat har den svenska sjukförsäkringen till skillnad från vad som gäller i många andra länder (t.ex. Norge, Finland och Nederländerna) ingen tidsbegränsning av sjukpenningförmånen.

Vid årsskiftet 2000/2001 hade närmare 100 000 personer varit sjuk-skrivna längre tid än ett år, vilket utgör ett allvarligt problem såväl för de sjukskrivna personerna som för samhället. Sjukförsäkringsutredningen har konstaterat att vid så långa sjukskrivningar är i de allra flesta fall den medicinska behandlingen och bedömningen klar. Ett annat faktum är att motivation och faktiska förutsättningar för den sjukskrivne att återvända till arbetslivet drastiskt minskar med sjuk-skrivningens längd.

HpH anser att denna situation måste förändras. Det är framför allt fråga om att motverka uppkomsten av långa sjukskrivningar. HpH anser det också angeläget att personer som redan är sjuk-skrivna får ett bättre, aktivt stöd för sin återgång till arbete. Vidare finns det från samhällsekonomisk synpunkt starka skäl att förmå fler personer att åter komma i arbete. Kraftfulla åtgärder måste därför vidtas för att motverka att sjukpenning utvecklas till en långvarig och passiviserande försörjningskälla.

Enligt Sjukförsäkringsutredningen finns det anledning att anta att den stora ökningen av långa sjukskrivningar till stor del är en konsekvens av att försäkringskassa och övriga aktörer inte haft resurser och i vissa fall också saknat stöd och kompetens för ordentliga målinriktade insatser. HpH delar denna bedömning.

Den medicinska behandlingen och bedömningen torde i de allra flesta fall vara klar långt före 12 månader. Antingen har den för-

säkrade återfått tidigare arbetsförmåga eller permanent uppnått en annan, men begränsad arbetsförmåga. I de senare fallen är det självklart mycket viktigt att rehabiliteringsåtgärder snarast sätts in. I dessa fall är inte sjukpenning den rätta ersättningsformen. I stället bör en till specifik aktivitet kopplad rehabiliteringspenning utgå. Denna ersättning skall motsvara tidigare sjukpenningnivå.

Mot bakgrund av ovanstående anser HpH att det endast i undantagsfall kan anses motiverat att utge sjukpenning även efter ett år.

Vidare bör nämnas att huvuddelen av kostnaderna för sjukförsäkringen avser just sjukpenning som utges under lång tid. HpH anser därför att det måste vidtas åtgärder som direkt riktar sig mot att sjukpenning utges under långa tider utan att det gjorts en ordentlig prövning av om sjukpenning är den mest adekvata stödåtgärden. För att säkerställa att en sådan prövning kommer till stånd föreslår HpH att sjukpenning som huvudregel inte skall utges för längre tid än ett år. Om det finns särskilda skäl för det, skall försäkringskassan kunna besluta att sjukpenning skall utges även för tid efter ett år. Utgångspunkten är dock att sjukpenning inte skall utges för tid efter det att sjukperioden uppnått 365 dagar. Den omständigheten att den försäkrade under delar av denna tid har uppburit någon annan förmån, t.ex. rehabiliteringspenning, saknar därvid betydelse för tidsbegränsningen. Denna begränsning skall nämligen knytas till sjukperiodens längd och inte den tid under vilken sjukpenning har betalats ut. Vad som utgör en sjukperiod anges i 3 kap. 4 § andra stycket AFL.

Det avgörande är således inte om den försäkrade har fått sjukpenning under ett år utan att hans eller hennes sjukfrånvaro har pågått så lång tid. Syftet med att tidsbegränsa sjukpenningförmånen är att uppnå att den försäkrade åter kommer i arbete. Genom tidsbegränsning får försäkringskassan en tydlig signal att undvika passiv utbetalning av sjukpenning under längre tid och aktivt undersöka om den försäkrade kan återgå i arbete, anmäla sig som arbetssökande eller om ytterligare rehabiliteringsinsatser behövs. Ett sista alternativ är att undersöka möjligheterna att bevilja den försäkrade sjukbidrag eller förtidspension (aktivitetsersättning eller sjukersättning), vilket förutsätter att arbetsförmågan kan antas bestå under minst ett år.

Innan ettårsgränsen har uppnåtts skall enligt HpH:s mening normalt rehabiliteringsåtgärder redan ha vidtagits. Meningen är inte att sådana åtgärder skall vänta tills sjukperioden pågått i ett år. HpH:s förslag i avsnitt 6.10 om att försäkringskassan skall upprätta

en rehabiliteringsplan snarast efter det att ett rehabiliteringsunderlag har inkommit kommer att bidra till att rehabiliteringsåtgärder sätts in långt innan det gått ett år. Tidsbegränsningen av sjukpenningförmånen skall, som nämnts, främst uppfattas som instrument för att säkerställa att den försäkrade blir föremål för aktiva åtgärder. Dessutom införs på detta sätt en kontroll av att passiv utbetalning av sjukpenning inte förekommer under längre perioder.

En tidsbegränsning av sjukpenningförmånen kommer således att vara en drivkraft för försäkringskassan att i sin strävan att finna adekvata rehabiliteringsinsatser samverka med andra aktörer för att få till stånd verksamma rehabiliteringsinsatser.

Det kan inte emellertid inte uteslutas att en försäkrad vill undgå en prövning av om det finns särskilda skäl för fortsatt sjukpenning efter 365 dagar genom att friskskriva sig en kort för tid för att en ny sjuk-period skall påbörjas. HpH föreslår att det skall införas en spärregel som motverkar sådant kringgående.

Det måste enligt HpH:s mening finnas ett visst utrymme för att bevilja sjukpenning även för tid efter det att sjukperioden uppgår till 365 dagar eller antalet sjukperioddagar överstiger 365. Om det finns särskilda skäl för det, skall försäkringskassan kunna besluta att sjukpenning skall betalas även efter 365 dagar. Detta innebär att försäkringskassan inte kan bevilja sjukpenning för längre tid än ett år utan att verkligen pröva om det finns särskilda skäl för ytterligare sjuk-penning. Därvid måste kassan i sitt beslut ange vad som i det enskilda fallet är att hänföra till särskilda skäl för förlängd sjukpenning.

Särskilda skäl för att lämna sjukpenning även efter ett år kan föreligga i följande situationer:

- o Den försäkrade har en allvarlig sjukdom som för närvarande inte kan antas bli långvarig men som nedsätter arbetsförmågan.
- o Rehabiliteringsåtgärder pågår eller skall inledas inom kort.
- o Det finns anledning att anta att återgång till arbetet kommer att ske inom kort utan att ytterligare åtgärder behöver vidtas.
- o Prövning av rätt till förtidspension (aktivitetsersättning/sjukersättning) skall snart ske.

Det är emellertid inte möjligt att på förhand ange alla de situationer i vilka det kan finnas särskilda skäl för att bevilja förlängd sjukpenning. Prövning får i sådana fall ske mot den bakgrunden att det

på grund av omständigheterna i övrigt framstår som uppenbart oskäligt att inte lämna sjukpenning under ytterligare en tid.

I god tid före dag 365 skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om vilka ytterligare eventuella åtgärder som bör sättas in. Syftet skall vara att få underlag för prognos och beslut om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Utredningens förslag syftar således inte till att tvinga icke färdig-rehabiliterade åter till arbetsmarknaden. I de fall en fortsatt medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering är möjlig och meningsfull skall ett program/plan fastställas och fortsatt ersättning utgå. För dem som behöver fortsatt medicinsk rehabilitering skall beslut tas om särskild sjukpenning. Särskild sjukpenning skall utgå fram till den tidpunkt då

- o den försäkrade kan återgå till arbete,
- o arbetslivsinriktad rehabilitering kan ske och rehabiliteringspenning utgå,
- o försäkringskassan fattar beslut om aktivitetsersättning/sjukersättning (förtidspension)

## 6.12 Sjukskrivna som inte är berättigade till sjuklön

Den som inte omfattas av sjuklönelagen har rätt till ersättning enligt lagen om allmän försäkring. De grupper som omfattas är arbetslösa, egenföretagare, uppdragstagare, vissa korttidsanställda och föräldra- och havandeskapslediga. I vissa situationer kan även studerande omfattas. Den som är beviljad rehabiliteringsersättning har också rätt till sjukpenning från den allmänna sjukförsäkringen om rehabiliteringen avbryts på grund av sjukdom.

### 6.12.1 Arbetslösa

*HpH överväger att närmare precisera ansvarsfördelningen mellan försäkringskassorna och arbetsförmedlingarna avseende arbetslivsinriktad rehabilitering och återkommer med förslag i dessa frågor i sin slutrapport.*

Enligt lagen om allmän försäkring kan sjukpenning utgå om en försäkrad är helt eller delvis arbetslös och anmäld som arbetssökande

på arbetsförmedlingen och beredd att anta ett erbjudet arbete i en omfattning som motsvarar hans SGI.

Sjukförsäkringsutredningen har föreslagit att arbetslöshetskassorna skall utbetala "sjuklön" samt att ersättningsnivåerna i arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen skall samordnas.

RFV tillstyrker Sjukförsäkringsutredningens förslag att arbetslöshetskassorna bör stå för "sjuklön" men anser att frågan behöver belysas ytterligare. Vidare föreslår verket att arbetslöshetskassorna skall avisera försäkringskassan så snart ett sjukfall beräknas fortsätta även efter sjuklöneperioden.

HpH har ingående studerat förutsättningarna för att få ersättning från arbetslöshets- respektive sjukförsäkringen. HpH anser i princip att arbetsmarknadsmyndigheten kan och bör ha ett ansvar motsvarande anställdas arbetsgivare i samband med arbetslösas ohälsa samt att arbetslöshetsförsäkringen skall svara för "inkomstbortfallsersättningen" vid arbetslösas sjukskrivning. HpH finner dock att sådana förändringar får långtgående konsekvenser varför frågan behöver penetreras ytterligare. HpH kommer vidare att närmare överväga ansvarsfördelningen avseende arbetslivsinriktad rehabilitering och återkommer med förslag i dessa frågor i sin slutrapport.

#### 6.12.2 Korttidsanställda

*HpH föreslår att sjukförsäkringsavgiften skall beräknas med ett högre tal på löner till anställda som inte omfattas av sjuklönelagen. Avgiftsskillnaden skall spegla den uppskattade faktiska skillnaden i sjukförsäkringens kostnader.*

Den som inte uppfyller kvalifikationstiden enligt sjuklönelagen, dvs. är anställd för kortare tid än en månad och inte återanställd inom fjorton dagar har rätt till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring. För att få ersättning skall den försäkrade kunna uppge hur han skulle ha arbetat.

HpH har noterat att egenföretagarnas sjukförsäkringsavgift är differentierad med hänsyn till vald karenstid. För år 2001 är avgifterna fastställda till 9,53 %. Avgiften sänks till 7,97 % vid val av 3 dagars karenstid och till 6,72 % vid val av 30 dagars karenstid.

HpH konstaterar att sjukförsäkringens kostnader för ersättningsberättigade anställda personer som inte omfattas av sjuklöne-

lagen enligt ovan, kan bli väsentligt högre än för andra anställda eftersom arbetsgivare som utnyttjar sådana anställningsformer inte betalar sjuklön och inte heller har kostnader för rehabilitering. HpH anser det mot den bakgrunden rimligt att sjukförsäkringsavgiften för "korttidsanställd" personal anpassas till den högre risk försäkringen bär för denna grupp.

HpH föreslår därför att sjukförsäkringsavgiften skall beräknas med ett högre tal på löner till anställda som inte omfattas av sjuklönelagen. Avgiftsskillnaden skall spegla den uppskattade faktiska skillnaden i sjukförsäkringens kostnader.

### 6.13 Ett höjt ersättningstak i sjukförsäkringen

*HpH föreslår att*  
taket för sjukpenninggrundande inkomst höjs från 7,5 till 10 prisbasbelopp.

HpH anser att en allmän, offentlig försäkring måste utformas så att flertalet försäkrade kan inrymmas under taket. Försäkringens legitimitet kommer annars att urholkas.

Sjukförsäkringsutredningen ansåg att "en allmän sjukförsäkring måste utformas så att flertalet försäkrade kan inrymmas under taket och att ersättningsnivån ger ett tillräckligt skydd. Med nuvarande inkomstutveckling kommer hälften av den heltidsarbetande befolkningen inom en snar framtid att ha en inkomst över taket. Försäkringens legitimitet kommer därmed att urholkas. Utredningen föreslår därför att taket för beräkning av ersättning från sjukförsäkringen höjs till 10 prisbasbelopp, i december 2000 motsvarande 366 000 kr. Drygt 90 procent av de försäkrade skulle år 2001 med en sådan förändring inrymmas under taket. Utredningen uppskattar att en höjning av taket skulle innebära ca 600–700 miljoner kronor i ökade utbetalningar från sjukförsäkringen. Därtill kommer ökade betalningar från föräldraförsäkringen. Dessa kan uppskattas till ca 500 miljoner kronor." Sjukförsäkringsutredningen föreslog att taket för ersättning från sjukförsäkringen skulle höjas till 10 prisbasbelopp.

HpH konstaterar att frågan om en höjning av ersättningstaket i sjukförsäkringen varit föremål för en omfattande debatt men att beslut skjutits på framtiden.



HpH anser att höjning av ersättningstaket är så angelägen och så nödvändig för försäkringens legitimitet att ett beslut om en höjning till 10 prisbasbelopp bör fattas snarast.

## 6.14 Pilotprojekt

*HpH föreslår att*

- o regeringen uppdrar åt Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsverket att, i nära samarbete med berörda lokala myndigheter, påbörja en utvecklad samverkan rörande en arbetslivsriktad rehabilitering i hela landet samt att omgående och på minst tre platser i landet utforma en projektbeskrivning för en pilotverksamhet avseende effektivare rehabilitering.
- o regeringen under hösten 2001 fattar beslut om tilldelning av medel för pilotverksamheten så att arbetet kan inledas den 1 januari 2002.

Olika utredningar och analyser har samfällt noterat att det föreligger stora brister i organisationen av den nuvarande rehabiliteringsverksamheten. Försäkringskassans resurser har minskat samtidigt som behoven har ökat. Nuvarande principer om budgettak medför att många försäkringskassor får slut på medel för rehabilitering långt innan verksamhetsåret är till ända. Resultatet är att de långa, ofta ur rehabiliteringssynpunkt passiva sjukskrivningarna ökat och att sjuk-skrivningsperioderna förlängts. HpH och tidigare utredningar har också noterat att avgränsningen har varit otydlig och att samverkan inte fungerat tillfredställande. I olika samverkansprojekt (SOCSAM, FINSAM, Värmlandsmodellen etc.) har under 90-talet bedrivits försök med samverkan där också kommuner och landsting deltagit. Dock har inte alltid båda de statliga myndigheter som hanterar rehabilitering Riksförsäkringsverket (RFV) och Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) deltagit. HpH menar att nu måste ett antal konkreta slutsatser dras och goda erfarenheter spridas i hela landet. Nya "försök" riskerar att snarare att bromsa upp utvecklingen.

HpH föreslår därför att RFV och AMS får i uppdrag att under 2002 initiera och genomföra en integrerad samverkan när det gäller arbetslivsriktad rehabilitering i hela landet. Detta kan ske inom

ramen för nuvarande resurstilldelning. Syftet skall vara att bryta och förhindra uppkomsten av långa, passiva sjukskrivningar.

I den ekonomiskpolitiska vårpropositionen aviserar regeringen ett förslag om att avsätta 100 miljoner för en försöksverksamhet i syfte att finna former för att motverka långtidssjukskrivningar. HpH anser att dessa medel bör användas till att via "pilotverksamhet" förstärka samverkan mellan lokala Försäkringskassor och Arbetsförmedlingar. Denna pilotverksamhet bör ha som syfte att ligga före och utveckla metoder och arbetssätt som sedan kontinuerligt kan introduceras i övriga delar av landet. Dessa särskilda medel bör inte förenas med några särskilda villkor för hur de får användas. Den centrala styrgrupp som etableras, där verksamheterna i RFV och AMS bör ingå, bör ha frihet att pröva nya metoder i rehabiliteringsarbetet och finansiera kostnader av olika slag med dessa medel.

De av regeringen i vårpropositionen anvisade medlen bör således inte användas för något nytt samverkansförsök. Snarare bör de användas för att ta ett första steg mot en mer effektiv organisation i syfte att nå det övergripande målet om fler "människor i arbete". Viktigt är att välfungerande och individanpassade rehabiliteringsåtgärder sätts in i tid. Lika viktigt är att rehabiliteringsåtgärderna baseras på försäkringsmedicinska utredningar och rehabiliteringsutredningar som håller hög kvalitet. Försöket kan delas i två delar. Den första delen syftar till att utveckla arbetsmetoder hos försäkringskassan för att i tidigt skede bedöma den enskildes arbetsförmåga och eventuella rehabiliteringsbehov. Underlag från arbetsgivaren är till hjälp i dessa bedömningar. Inom försöket bör därför försäkringskassans bedömningsfunktion förstärkas. I många fall handlar det dock om komplicerade diagnosbilder där det inte kan förväntas att en enskild försäkringsläkare kan ha tillräckligt bred kompetens för de erforderliga bedömningarna. I dessa fall är underlag från ett team av specialister nödvändigt. Inom försöket bör således prövas arbetsmetoder som baseras på i ett tidigt skede gjorda teambedömningar.

Den andra delen av projektet bör inriktas på att finna bättre metoder för aktiv rehabilitering, där arbetslinjen står i förgrunden. Detta förutsätter att arbetsförmedlingens resurser och kontaktnät med arbetsmarkanden kan användas i samverkan med försäkringskassan. De engelska "One"-projektet där försäkringskassa och arbetsförmedling arbetar integrerat kan stå som förebild. I en första etapp bör därför framför allt en samordnad rehabiliteringsorganisation mellan försäkringskassa och arbetsförmedling utvecklas.

Försäkringskassa och arbetsförmedling bör utveckla gemensamma riktlinjer och mål, gemensamma utgångspunkter för bedömningar i de enskilda fallen och i förväg fastställa en ordning för hur beslut om rehabiliteringsinsatser ska komma till stånd och verkställas. På varje plats bör en gemensam berednings- och beslutsgrupp tillskapas. Detta bör kunna ske utan ändringar av nuvarande ansvars och beslutskompetenser. Berörda lokala myndigheter budgeterar i förväg resurser för samarbetet som beslutsgruppen disponerar. HpH menar att en sådan samverkan bör ske i hela landet inom ramen för nuvarande resurstilldelning och att RFV:s och AMV:s ledningar ingår i gemensam styrgrupp för detta arbete. HpH har under sitt arbete initierat en dialog mellan Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsverket i syfte att förbereda sådana insatser.

Syftet med försöksverksamheten bör vara att:

- o genom nya metoder och flexibla regler finna nya och effektivare former för sjukskrivningsprocessen och den medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringen.
- o finna en effektiv organisation för denna verksamhet.

Pilotprojekten bör omfatta hela "ohälsoområdet" (dvs. såväl nya som gamla fall) på minst tre utvalda platser i landet. Projektkontoren bemannas med resurser från i huvudsak försäkringskassa och arbetsmarknadsmyndighet. I projekten bör också tas tillvara erfarenheter av samverkansprojekt såsom SOCSAM, FINSAM, FRISAM, Värmlandsmodellen etc.. Detta innebär att de tillförda medlen bör kunna få disponeras så fritt som möjligt. Användningen bör i princip styras försäkringsmässigt, dvs. användas för sådana insatser som ger effekt i form av minskad lång sjukskrivning. Berörda lokala myndigheter förutsätts budgetera medel för att täcka ordinarie löne- och administrationskostnader liksom övriga medel som lokalt används för förebyggande och rehabiliterande verksamhet.

HpH föreslår att regeringen ger Riksförsäkringsverket och Arbetsmarknadsverket i uppdrag att, i nära samarbete med berörda lokala myndigheter, omgående och på minst tre platser i landet förbereda pilotprojekt. En projektbeskrivning bör vara klar senast den 1 november 2001 och regeringen bör med denna projektbeskrivning som grund fatta beslut om tilldelning av medel för projektet så att arbetet kan inledas den 1 januari 2002.

## 6.15 Ersättning till sjukvården för läkarutlåtanden

*HpH föreslår att*

sjukförsäkringens ersättningar till sjukvården avseende av försäkringskassa begärda läkarintyg och andra medicinska underlag görs prestationsbaserad och sker direkt mellan berörd kassa och sjukvårdsenhet.

Ersättningarna till den offentliga sjukvården för läkarintyg och andra medicinska underlag sker idag schablonmässigt och utan koppling till utförda prestationer. Ersättningarna fördelas oftast inte mellan berörda sjukvårdsenheter (eller är helt okända). En följd av detta har blivit att uppgiften i många fall av "ekonomiska" skäl prioriteras mycket lågt med långa väntetider som följd. Detta förhållande kan förlänga och fördyra sjukfallen till men för såväl individ som försäkring.

HpH föreslår mot bakgrund av ovanstående att sjukförsäkringens ersättningar till sjukvården avseende av försäkringskassa begärda läkarintyg och andra medicinska underlag görs prestationsbaserad och sker direkt mellan berörd kassa och sjukvårdsenhet.

De direkta ersättningarna förutsätts kunna hanteras på ett administrativt effektivt sätt. T.ex. bör en "prislista" motsvarande den som av RFV framtagits för den privata sjukvården kunna fastställas.

HpH avser att återkomma med en diskussion rörande andra typer av schablonmässiga ersättningar som utgår till sjukvården i form av t.ex. Dagmarmedel.

## 7 Konsekvensanalys

Enligt kommittéförordningen (1998:1474) § 15 skall utredningen analysera och ange vilka konsekvenser förslagen får för olika verksamheter i samhället. Vilka konsekvenser får förslagen för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen?

Utredningen bedömer att förslagen inte har någon påverkan på *den kommunala självstyrelsen*. Däremot påverkas som Sjukförsäkringsutredningen S 1999:09 tidigare redovisat, kommunerna såsom arbetsgivare av förslaget om en förlängd sjuklöneperiod i den mån de inte förmår sänka den höga sjukfrånvaron. Utredningen anser beträffande *brottsligheten* att förslagen inte har någon negativ påverkan vare sig för brottsligheten eller för brottsförebyggande arbete.

Utredningens förslag kommer att innebära förbättrade möjligheter för *sysselsättning* genom att framförallt rehabiliteringsarbetet effektiviseras. *Offentlig service i olika delar av landet* påverkas inte av förslagen. *Små företag* får förbättrade villkor med sänkt sjukförsäkringsavgift och ett generellt högriskskydd. En utförlig konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor redovisas i bilaga 8.

Utredningen har iakttagit stora skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. Utredningens bedömning är att förslagen leder till ökad *jämställdhet mellan kvinnor och män* genom att kvinnornas arbetsmiljö uppmärksammas och förbättras.

Utredningens bedömning är att *möjligheter att nå de integrationspolitiska målen* inte påverkas av utredningens förslag. Utredningens förslag att regeringen skall uppdra åt RFV att utveckla och produktionssätta ett system för uppföljning och redovisning inklu-

derar registrering av uppgift om diagnos och intygsskrivande läkare. Detta skulle kunna uppfattas som ett hot mot den *personliga integriteten*. Motsvarande uppgifter finns sedan länge registrerade i förtidspensions/sjukbidragsregistret. Utredningen har inte kunna finna att dessa uppgifter missbrukats. Utredningen förutsätter också, att dagens tekniska förutsättningar, möjliggör att dessa uppgifter kan föras utan att den personliga integriteten kan ifrågasättas.

## 8 Finansieringsfrågor

Vissa av HpH:s förslag har relativt begränsad eller ingen effekt på statens budget. Dit hör förslaget om att regeringen skall fastställa *tydliga mål/visioner* för andelen människor arbete liksom förslagen om *förbättrad årsredovisning, ökat arbetsgivaransvar och ett förbättrat rehabiliteringsunderlag*.

Kostnaden för den föreslagna *permanent analysgruppen*, som beräknas till 8-10 miljoner kronor per år, bör finansieras genom neddragning av nuvarande kommittéanslag och den ökade *forskningen och utbildning* av läkare i försäkringsmedicin kan finansieras genom omdisponeringar inom ramen för ordinarie anslag.

Förslagen om *förseningsavgift och särskild arbetsgivaravgift* för korttidsanställda ökar statens intäkter något.

Det föreslagna stödet för *en informationskampanj* där arbetsmarknadens parter tar ett huvudansvar bör finansieras genom att anslaget för löpande utbetalning av sjukpenning minskas. Det torde i hög grad vara realistiskt att en sådan kampanj leder till minskade utbetalningar av sjukpenning.

Införandet av en *förlängd sjuklöneperiod* minskar försäkringskassans administrativa kostnader. Sjukförsäkringsutredningen beräknade besparingen till 300-500 miljoner kronor per år. Det därigenom ökade utrymmet bör dock kassorna få behålla för att användas till förstärkning av resurserna för rehabilitering och förebyggande verksamhet. Därigenom uppstår inga konsekvenser för statens budget.

Högekostnadsskyddet för små företag beräknas kosta ca 800 miljoner kronor. HpH anser att dessa kostnader kan finansieras genom de dynamiska effekter som uppstår genom det föreslagna åtgärds paketet. En minskad ökningstakt där antalet sjukpenningdagar minskar med 2 procent ger besparingar på mer än en miljard kronor. HpH vill på nytt understryka att införandet av ett högekostnadsskydd för mindre företag är en nödvändig och angelägen

förtroendeskapande åtgärd som kan ge grund för andra mer strukturella insatser.

Förslaget om *pilotverksamhet* finansieras i särskild ordning enligt vad som sägs i vårpropositionen.

Förslaget om ett *höjt tak* för sjukpenning liksom förslaget om *särskilda insatser för de långtidssjukskrivna* kan endast genomföras efter ett politiskt beslut där regering och riksdag tar ställning till om dessa insatser skall prioriteras gentemot andra angelägna områden. HpH anser att en sådan prioritering är nödvändig för att upprätthålla ett förtroende för ett allmänt och generellt sjukförsäkringssystem.



## 9 Författningskommentarer

### **9.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring**

#### *3 kap. 2 §*

I andra stycket har inkomstgränsen för sjukpenninggrundande inkomst höjts till tio gånger prisbasbeloppet.

#### *3 kap. 3 a §*

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om tidsbegränsning av sjukpenning.

Huvudbestämmelsen om tidsbegränsning av sjukpenningförmånen finns i första stycket. Den innebär att sjukpenning lämnas för högst 365 dagar av en sjukperiod. Vad som avses med sjukperiod anges i 3 kap. 4 § andra stycket. I en sjukperiod ingår sjukfrånvaro under vilken den försäkrade har erhållit sjukpenning, sjuklön eller rehabiliteringspenning.

I andra stycket har intagits en spärregel för att motverka att en försäkrad skall kunna kringgå bestämmelsen i första stycket genom att friskskriva sig under viss kortare tid innan sjukperioden har varat ett år. Bestämmelsen i andra stycket blir tillämplig på den som under de senaste 15 månaderna (450 dagar) haft sjukperioder som tillsammans omfattar ett år. Om ett uppehåll mellan sjukperioden under 15-månadersperioden har varat mer än 30 dagar skall tiden dessförinnan inte beaktas. Hinder mot att lämna sjukpenning enligt denna bestämmelse skall gälla till dess att mer än 30 dagar har gått sedan sjukperioden avslutades.

Enligt bestämmelserna i tredje stycket kan sjukpenning lämnas även för längre tid än som medges enligt första och andra stycket, om det föreligger särskilda skäl för det. Detta förutsätter att det förutom att grundvillkoret i 3 kap. 7 § om att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom skall finnas något ytterligare skäl för att sjukpenning skall kunna lämnas under längre tid. Vad som avses med särskilda skäl har behandlats ovan i avsnitt 6.11.

### *3 kap. 8 a §*

Bestämmelserna i första stycket upphävs. Det skall inte längre vara obligatoriskt för försäkringskassan att göra en fördjupad bedömning vid en bestämd tidpunkt. Skälen härför har tidigare utvecklats i avsnitt 6.10. Som en konsekvens av detta slopas i andra stycket hänvisningen till nuvarande första stycket. I stället anges uttryckligen under vilka omständigheter försäkringskassan får begära att den försäkrade genomgår utredning angående det medicinska tillståndet, arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Så får ske, om det är nödvändigt för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är erforderliga.

### *22 kap. 3 §*

I första stycket införs ett villkor om att den försäkrades sysselsättning skall ha en viss omfattning för att arbetsgivaren i förekommande fall skall vara skyldig att klarlägga rehabiliteringsbehovet. Kravet på en viss omfattning av sysselsättningen uttrycks genom ett krav på viss lägsta nivå på den inkomst den försäkrade uppbär från den aktuella arbetsgivaren. Understiger denna inkomst på månadsbasis 10 procent av prisbasbeloppet, är arbetsgivaren inte skyldig att klarlägga ett eventuellt rehabiliteringsbehov hos den försäkrade. Arbetsgivaren är i nämnda fall heller inte skyldig att upprätta något rehabiliteringsunderlag enligt andra stycket i denna paragraf. Detta kan bl.a. gälla när en fysisk person i begränsad omfattning anlitar en person för sysslor av privat natur, t.ex. barnpassning eller trädgårdsarbete.

Bestämmelserna i andra stycket om en arbetsgivares skyldighet att påbörja en rehabiliteringsutredning ändras till att avse rehabili-

teringsunderlag. Vad ett rehabiliteringsunderlag skall innehålla anges i 4 a §. En arbetsgivare skall påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag i samma situationer som rehabiliteringsutredning skall påbörjas enligt nuvarande bestämmelser. Till skillnad från vad som gäller beträffande den nuvarande rehabiliteringsutredningen blir det obligatoriskt för en arbetsgivare att påbörja att upprätta ett rehabiliteringsunderlag i de situationer som anges i bestämmelsen. Villkoret att det inte framstår som obehövligt slopas.

Bestämmelserna i tredje stycket ändras delvis som en konsekvens av att rehabiliteringsutredning ersätts av ett rehabiliteringsunderlag. Vidare ändras de tidsfrister inom vilka rehabiliteringsunderlaget skall lämnas till försäkringskassan.

Rehabiliteringsunderlag som skall upprättas på grund av den försäkrades sjukfrånvaro överstiger fyra veckor skall lämnas till försäkringskassan samtidigt med arbetsgivaren gör anmälan enligt 12 § första stycket SjLL om att ett sjukfall fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. Detta innebär att i nämnda situation skall underlaget lämnas senast inom 67 dagar efter det att den försäkrade gjorde sjukansökan. Upphör sjukfallet senast vid sjuklöneperiodens utgång, behöver rehabiliteringsunderlaget inte lämnas till försäkringskassan.

Beträffande rehabiliteringsunderlag som upprättas på grund av upprepad sjukfrånvaro eller på begäran av den försäkrade ändras tiden för att överlämna materialet från åtta veckor till 60 dagar.

I fjärde och femte styckena har gjorts konsekvensändringar med anledning av att rehabiliteringsutredning ersätts av ett rehabiliteringsunderlag.

Vidare slopas nuvarande sjätte stycket som en konsekvens av att den rehabiliteringsutredning som arbetsgivaren i dag svarar för ersätts med ett rehabiliteringsunderlag som upprättas av arbetsgivaren. Oavsett om det har inkommit något sådant underlag åligger det försäkringskassan att tillse att det finns någon utredning att lägga till grund för rehabiliteringsplanen. Det finns dock inte skäl för att ha en bestämmelse om att försäkringskassan skall kunna överta ansvaret för rehabiliteringsunderlaget eller utredningen. För övrigt skall det enligt 22 kap. 4 b § tas ut en förseningsavgift om rehabiliteringsunderlag inte har lämnats inom föreskriven tid.

*22 kap. 4 a §*

Paragrafen är ny. I denna införs bestämmelser om vad ett rehabiliteringsunderlag skall innehålla. Frågan om vad som skall ingå i ett rehabiliteringsunderlag behandlas närmare i avsnitt 6.6.

I första stycket anges de omständigheter och frågeställningar som skall ingå i ett rehabiliteringsunderlag. Underlaget skall innehålla de uppgifter som behövs för att man skall kunna bedöma om och i vilken omfattning den försäkrade är i behov av rehabiliteringsåtgärder för att kunna återgå i arbete.

Andra stycket innehåller bl.a. en föreskrift om att den anställdes uppfattning i frågan om rehabilitering skall redovisas i underlaget. Därmed avses den anställdes uppfattning som situationen som helhet, dvs. bl.a. om samspelet mellan sjukdom och arbetsförhållanden samt rehabiliteringsbehovet och möjligheterna till återgång i arbete. I den mån arbetsgivare och den anställda gör samma bedömning behöver den anställdes uppfattning inte utvecklas särskilt.

Är det med hänsyn till sjukdomstillståndet och arbetsförhållandena uppenbart att det inte behövs någon rehabiliteringsåtgärd för att den anställda skall kunna återgå i arbete, kan underlaget göras mer kortfattat. Det skall dock innehålla de uppgifter som ligger till grund för bedömningen att rehabilitering inte behövs.

I tredje stycket finns en föreskrift om att det i underlaget skall ingå ett yttrande från företagshälsovård eller motsvarande, som skall uttala sig om behovet av rehabiliteringsåtgärder. Vad som avses med företagshälsovård anges i 2 b § andra stycket arbetsmiljölagen (1977:1160). Företagshälsovården utgör enligt nämnda bestämmelsen en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering som skall arbeta särskilt för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Företagshälsovården skall uttala sig om den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till arbetsuppgifterna och rehabiliteringsbehovet samt göra en prognos för återgång till arbetet. I den mån företagshälsovården delar arbetsgivarens bedömning är det tillräckligt att det anges. Anser företagshälsovården att det finns behov av andra åtgärder än dem som arbetsgivaren har föreslagit skall det anges särskilt.

*22 kap. 4 b §*

Paragrafen är ny. I denna införs en bestämmelse om förseningsavgift.

Enligt första stycket skall en arbetsgivare betala förseningsavgift med 5 000 kr, om ett rehabiliteringsunderlag inte har lämnats inom föreskriven tid. Bestämmelser om när rehabiliteringsunderlag skall lämnas finns i 22 kap. 3 § tredje stycket.

I andra stycket finns bestämmelser om att förseningsavgift inte skall påföras om en arbetsgivare har gjort en anmälan om att underlaget inte kan lämnas i rätt tid och försening kan anses ursäktlig. Vilka omständigheter som kan innebära ursäktligt har behandlats i avsnitt 6.7.

*22 kap. 4 c §*

Paragrafen, som är ny innehåller bestämmelser om betalning av förseningsavgift enligt 4 b §.

Enligt första stycket skall förseningsavgiften som tillfaller staten, betalas till länsstyrelsen. Betalning skall ske inom två månader från det att beslutet vunnit laga kraft. Har ett överklagande inte inkommit inom klagotiden som är två månader (20 kap. 13 § AFL) har beslutet vunnit laga kraft. I sådant fall skall arbetsgivaren självständigt betala avgiften. Detta skall anges i beslutet.

I andra stycket anges att dröjsmålsränta skall tas ut om avgiften inte betalas i rätt tid.

Enligt tredje stycket får ett beslut om förseningsavgift efter sista betalningsdagen, dvs. två månader efter det att det har vunnit laga kraft, verkställas såsom en lagakraftvunnen dom. Försäkringskassans beslut utgör således en exekutionstitel, dvs. det kan läggas till grund för indrivning, om betalning inte har skett.

*22 kap. 4 d §*

Enligt denna nya paragraf skall, innan beslut fattas om förseningsavgift, den arbetsgivare som berörs av beslutet ges tillfälle att yttra sig. Bestämmelsen riktar sig till försäkringskassan, som enligt 5 kap. 4 § tredje stycket socialförsäkringslagen (1999:399) skall besluta om förseningsavgift.

*22 kap. 6 §*

Bestämmelsen ändras på sätt att det anges att försäkringskassan snarast skall upprätta en rehabiliteringsplan och att det skall vara en målinriktad rehabiliteringsplan. Detta innebär att det i rehabiliteringsplanen skall anges ett konkret mål för åtgärderna. Inledningsvis kan det vara fråga om ett delmål, t.ex. att den försäkrade skall återgå i arbete till viss del inom en viss angiven tid. Planen skall fortlöpande revideras.

**9.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön***6 §*

I första stycket införs en ny punkt (3). Ändringen innebär att nivån för sjuklön höjs till 90 procent av anställningsförmånerna från och med den femtonde dagen under sjukperioden. Som framgår av 7 § uppgår sjuklöneperioden till sextio dagar. Den begränsningen gäller från och med den femtonde dagen att till grund för sjuklönen skall läggas vad som utgör sjukpenninggrundande inkomst enligt 3 kap. 2 §, dvs. inkomsttaket för sjukpenninggrundande inkomster kommer att gälla även för sjuklön enligt denna lag.

*7 §*

I första stycket görs den ändringen att sjuklöneperioden förlängs generellt till sextio dagar, varav den första dagen liksom hittills utgör karens.

*17 §*

Ändringarna i denna paragraf innebär att den hittillsvarande frivilliga småföretagarförsäkringen mot sjuklönekostnader ersätts av ett för små företag obligatoriskt högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader (se avsnitt 6.9).

### 17 a §

Denna paragraf, som är ny, innehåller ytterligare bestämmelser om högkostnadsskyddet för små företag.

I första stycket anges huvudprinciperna för ersättning från högkostnadsskyddet. Dessa innebär att ersättning för sjuklönekostnader kan erhållas endast för sjuklön som har utbetalats på grund av bestämmelserna i denna lag. En arbetsgivare kan få ersättning för sjuklönekostnaderna till den del de relativt sett överstiger 75 procent av de genomsnittliga sjuklönekostnaderna för samtliga arbetsgivare. Detta innebär att om en arbetsgivares sjuklönekvot överstiger 75 procent av sjuklönekvoten för samtliga arbetsgivare erhåller han ersättning för den överskjutande delen av sjuklönekostnaderna. Med sjuklönekvot anses sjuklönekostnadernas andel av den totala lönesumman.

Enligt andra stycket gäller den begränsningen att ersättning lämnas inte för en sjuklön till den del den överstiger 90 procent av högsta belopp för sjukpenninggrundande inkomst.

Enligt tredje stycket skall mer detaljerade bestämmelser om högkostnadsskyddet meddelas av regeringen, dvs. i en förordning (se avsnitt 6 i författningsförslagen).

### 25 §

I andra stycket görs en hänvisning även till 17 a § för att ange vilken försäkringskassa som är behörig att handlägga ärenden om högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader för små företag

Genom tillägget i tredje stycket kan en försäkringskassa överlämna till en annan försäkringskassa att handlägga ärenden om förlängning av sjuklöneperiod och om högkostnadsskydd för små företag.

### 26 §

Bestämmelserna i denna paragraf ändras på det sättet att vid handläggning av ärenden om högkostnadsskyddet för små företag skall tillämpas de bestämmelser i AFL som tillämpas på flertalet andra ärenden enligt sjuklönelagen.

## 28 §

I denna paragraf görs en konsekvensändring med anledning av att den frivilliga småföretagarförsäkringen mot sjuklönekostnader ersätts med ett högkostnadsskydd mot sådana kostnader.

### **9:3 Förslaget till lag om ändring i årsredovisningslagen (1995:1554)**

#### *5 kap. 18 §*

I första stycket görs ett tillägg om att det i årsredovisningen skall lämnas uppgift om genomsnittlig sjukfrånvaro. Förslaget har behandlats ovan i avsnitt 6.4.

Enligt andra stycket undantas från skyldigheten att lämna uppgift om sjukfrånvaro sådana företag som avses i 3 kap. 8 § andra stycket, dvs. s.k. 10/24-företag. Med 10/24-företag avses företag, i vilka antalet anställda under de senaste två räkenskapsåren i medeltal uppgått till högst tio och tillgångarnas nettovärde enligt fastställd balansräkning för det senaste räkenskapsåret uppgår till högst 24 miljoner kronor. Genom föreskriften i detta stycke undantas från uppgiftsskyldigheten de 10/24-företag som enligt 6 kap. 1 § bokföringslagen (1995:1078, BFL) är skyldiga att avsluta bokföringen med en årsredovisning och offentliggöra den, t.ex. aktiebolag.

#### *7 kap. 14 §*

Tillägget i denna paragraf innebär att uppgift om sjukfrånvaro enligt 5 kap. 18 § inte behöver lämnas i en koncernredovisning.

### **9.4 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)**

#### *5 kap. 4 §*

I tredje stycket införs en ny bestämmelse om vem som är behörig att fatta beslut om förseningsavgift 22 kap. AFL. Sådant beslut skall fattas av den försäkringskassa som är behörig att fatta beslut avseende den försäkrade som omfattas av rehabiliteringsunderlaget.



Det är samma försäkringskassa till vilken rehabiliteringsunderlaget skall lämnas.

## **9.5 Förslaget till lag om ändring i socialavgiftslagen (2000:980)**

### *2 kap. 26 §*

Bestämmelserna i denna paragraf ändras på så sätt att avgiftssatsen för sjukförsäkringsavgiften sänks som en kompensation för den generella förlängningen av sjuklöneperioden till sextio dagar.

### *2 kap. 27a §*

Paragrafen är ny. I den införs en bestämmelse om sjukförsäkringsavgiften skall vara högre på ersättning till arbetstagare som inte omfattas av sjuklönelagen, dvs. främst vissa korttidsanställda.



# Bilaga 1 Kommittédirektiv

## **Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet**

Dir. 2000:92

---

Beslut vid regeringssammanträde den 7 december 2000.

### **Sammanfattning**

Regeringen har inlett en omfattande översyn av orsakerna till den ökade ohälsan i arbetslivet. Det överordnade motivet är att minska den arbetsrelaterade ohälsan. Som ett led i arbetet har olika utredningsinsatser genomförts eller påbörjats. Exempel på sådana är det arbete som sker i sjukförsäkringsutredningen (dir. 1999:54 med tilläggsdirektiv 1999:82) och utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44), samt det arbete som sker inom Regeringskansliet för att ta fram en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet (Ds 2000:54).

Arbetet har således bedrivits parallellt och ett antal förslag har lämnats eller kommer att lämnas inom en nära framtid. Behov finns nu av att sammanställa de förslag, faktaunderlag och uppslag som har framkommit på olika håll till en helhet. En särskild utredare tillsätts därför för att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredaren skall förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. Utredaren skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Vidare skall utredaren föreslå hur dessa insatser och

system kan bli enklare, effektivare och fungera bättre som en enhet. I sin handlingsplan skall utredaren redovisa åtgärder på både kort och lång sikt.

### **Bakgrund**

För den enskilda individen leder ohälsa till sämre livskvalitet, utslagning från arbetslivet, ekonomiskt beroende och minskad kontroll över den egna livssituationen. För samhället i stort är ett gott hälsoläge hos befolkningen en förutsättning för en positiv utveckling med ett högt arbetsutbud och en god tillväxt. Den demografiska utvecklingen kommer under de närmaste årtiondena att leda till att antalet människor i förvärsaktiv ålder minskar, samtidigt som antalet äldre ökar kraftigt. Allt fler, både kvinnor och män, står dessutom redan från omkring 55 års ålder utanför arbetsmarknaden, vilket också bidrar till att allt färre skall försörja allt fler. Detta är ett hot mot den framtida ekonomiska utvecklingen och därmed mot välfärden.

Regeringen ser mycket allvarligt på att sjukfrånvaron har ökat kraftigt de senaste åren och har därför inlett ett arbete för att bryta den negativa utvecklingen. Syftet är för det första att höja den enskildes välfärd genom att förebygga ohälsa i arbetslivet och ge möjlighet till snabb återgång till arbete. För det andra är syftet att höja arbetsutbudet och därigenom bidra till en god tillväxt så att Sverige har beredskap att möta den framtida demografiska utvecklingen. Målet är således att fler människor skall ges förutsättningar att stanna kvar i eller återgå till sitt arbete. Var och en skall kunna delta i arbetslivet efter förmåga. Det kräver förebyggande insatser, så att arbetsförhållanden och arbetsmiljö inte ger upphov till sjukdom eller arbetsskada samt en väl fungerande medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering och effektiva försäkringssystem.

Olika utredningar och interna arbetsgrupper i Regeringskansliet har nyligen lämnat eller kommer att lämna förslag som har en koppling till de ovannämnda frågorna. Detta gäller bl.a.

- Arbetsskadeutredningens betänkande Den framtida arbetsskadeförsäkringen (SOU 1998:37),
- Utredningen om översyn av socialförsäkringens administration, betänkande Försäkringskassan Sverige - Översyn av socialförsäkringens administration (SOU 1996:64),

- Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, betänkande Rehabilitering till arbete (SOU 2000:78),
- Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11), delbetänkande Sjukförsäkringen - basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72),
- Utredningen för översyn av processuella regler inom socialförsäkringen m.m. (S1998:06),
- projektet om reformerad förtidspension (Ds 2000:39, Sjukersättning istället för förtidspension och Ds 2000:40, Aktivitetsersättning) samt
- Nationella folkhälsokommitténs betänkande Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91).

### Uppdraget

Uppdraget innebär att en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet skall tas fram. Utredaren skall förutsättningslöst se över effektiviteten och träffsäkerheten i sjukförsäkring, rehabilitering, förtidspension och arbetsskadeförsäkring samt i administrationen av dessa system. Utredaren skall också föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser m.m. kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet samt hur insatserna och systemen sammantaget kan bli enklare, effektivare och fungera bättre som en helhet. I detta sammanhang bör även företagshälsovårdens liksom sjukvårdens kopplingar till de aktuella försäkringsområdena - exempelvis den medicinska rehabiliteringen - vägas in. Utredaren skall särskilt belysa villkoren för personer med långa eller återkommande sjukskrivningsperioder. Arbetet skall bedrivas med hänsyn tagen till både kvinnors och mäns förutsättningar och behov. Vid översynen skall bl.a. de förslag som redovisats i ovan nämnda utredningar behandlas. Även resultatet av det arbete som har utförts och utförs inom arbetsmiljöområdet skall beaktas. I sin handlingsplan skall utredaren redovisa åtgärder på både kort och lång sikt. Utredaren skall också analysera hur ohälsan i arbetslivet påverkar arbetsutbudet och möjligheterna att uppnå målet om att 80 procent av alla 20-64-åringar skall vara sysselsatta år 2004. Utgångspunkterna för arbetet skall bl.a. vara följande:

- Samhällets insatser skall genomsyras av arbetslinjen, dvs. arbete skall löna sig. Arbetsmiljö och arbetsförhållanden får

- inte ge upphov till sjukdom eller arbetsskada. Utredaren skall därför undersöka vilka aktiva åtgärder som kan genomföras för att undvika sjukdom och skada och för att sjukskrivna och förtidspensionerade skall kunna återgå till arbetslivet.
- Den som drabbas av ohälsa skall vara ekonomiskt tryggad under den tid han eller hon inte kan förvärvsarbeta.
  - Verksamheten och försäkringarna bör samordnas och effektiviseras. Utredaren skall därför analysera hur reglerna skall kunna förenklas samtidigt som försäkringarna om möjligt görs mer försäkringsmässiga. Förutom att ge ekonomisk trygghet under tid av arbetsoförmåga skall försäkringarna också ge incitament till en snabb återgång till arbete.
  - Det skall inte skapas nya system för ersättning vid arbetslöshet eller studier där kraven på den arbetssökande eller studerande är annorlunda än dem som ligger till grund för arbetslöshetsförsäkringen respektive studiestöden.
  - Finansieringsansvaret bör i första hand finnas hos den som kan påverka kostnaderna.
  - Systemens kostnader får inte överskrida budgeterade ramar.
  - Den negativa kostnadsutvecklingen inom ohälsöförsäkringarna måste hejdas och den framtida utgiftsutvecklingen skall vara långsiktigt samhällsekonomiskt stabil.

#### **Konsekvenser för företagare**

Om utredaren lämnar förslag till sådana förändringar i försäkringssystemen m.m. som innebär att företagens villkor ändras skall utredaren särskilt redovisa konsekvenserna för små företag i enlighet med 15 § kommittéförordningen (1998:1474). Därvid skall en analys göras på sätt som beskrivs i kommittéhandboken (kap. 7.6, Ds 2000:1). I fråga om utförandet av analysen har utredaren möjlighet att samråda med Simplex-enheten (Näringsdepartementet).

I prop. 1999/2000:139 konstaterade regeringen att nya anställningsformer uppstår, egenföretagandet blir allt mer ett komplement till en anställning. Reglerna för arbetslöshetsförsäkringen är i sin nuvarande utformning främst inriktade på arbetstagare. Stora förändringar sker emellertid när det gäller nyföretagande vilket ställer nya krav på alla samhällssystem, t.ex. arbetslöshets- och socialförsäkringar. Frågan om företagares ställning i bl.a. dessa system är komplicerad och rymmer många avväganden, såsom undanträngningseffekter och konkurrensnedvridning. Regeringen har därför aviserat att dessa förändringar

kommer att analyseras. Det är ett arbete som bedrivs inom Näringsdepartementet i samarbete med Socialdepartementet. Utredaren skall beakta denna uppföljning.

### **Redovisning av uppdraget**

Utredaren skall rapportera om handlingsplanens uppläggning och inriktning på åtgärder senast den 15 februari 2001. Vid denna tidpunkt skall också inledande förslag till åtgärder på kort sikt lämnas.

Förslag till handlingsplan med redovisning av ytterligare åtgärder på kort sikt samt åtgärder på lång sikt skall lämnas senast den 1 juni 2001. Förslagen till åtgärder på kort sikt skall då omfatta färdiga förslag till lösningar med såväl konsekvensbedömningar som kostnadsberäkningar.

Senast den 15 december 2001 skall utredaren redovisa åtgärder på längre sikt.

Förslag med budgetmässiga konsekvenser skall åtföljas av förslag till finansieringslösningar. Förslag till finansiering skall följa de gällande finansieringsprinciperna.

Utredaren skall lämna de förslag till lagändringar som översynen motiverar.

(Socialdepartementet)





## Bilaga 2 Måldiskussion

Vilka mål bör sättas upp för att nå ökad hälsa i arbetslivet? Vilka inriktningsmål bör gälla och vilka mål skall mätas? Vilka mål bör sättas för att mäta att handlingsplanen når sitt syfte? Hur skall målen mätas, när och av vem?

Av regeringens regleringsbrev till myndigheterna framgår vilka mål som idag skall uppnås. Behövs det övergripande myndighetsgemensamma mål för att nå ökad hälsa i arbetslivet? Hur skulle dessa kunna utarbetas och följas upp?

I denna pm gör utredningen en genomgång av de mål som satts upp i regleringsbreven. I den mån tidigare utredningar som handlingsplanen skall beakta diskuterat/föreslagit mål, redovisas detta. Utredningen avser i det fortsatta arbetet att föreslå inriktningsmål och mätbara mål för att uppnå ökad hälsa i arbetslivet.

### **1. Mål i regleringsbreven för 2001**

#### *Riksförsäkringsverket*

Av regleringsbrevet för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket framgår att målet för Politikområde 19 "Ersättning vid arbetsoförmåga" bl.a. är att en större andel av befolkningen i arbetsför ålder skall ha förmågan att arbeta. Personer som inte har förmåga att arbeta skall ges en levnadsstandard som är anpassad till den ekonomiska utvecklingen i samhället.<sup>25</sup> Effektivitet, rättssäkerhet och kompetens skall garanteras vid ärendehandläggning. Utbetalningar skall göras med god kvalitet och till så låg kostnad som möjligt. Fusk och missbruk skall minimeras. Socialförsäkringens administration skall förebygga och minska ohälsa. Den enskildes

---

<sup>25</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket, sid 2

arbetsförmåga skall i ökad grad tillvaratas och förlorad arbetsförmåga skall i ökad omfattning återfås.<sup>26</sup>

Enligt rubriken "Uppdrag och övrig återrapportering" skall RFV bl.a. aktivt samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket, med syfte att en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet skall uppnås. Samverkan på central nivå skall skapa förutsättningar för aktörerna på regional och lokal nivå att samverka så att varje individs arbetsförmåga tillvaratas och den enskilde ges möjlighet att försörja sig genom eget arbete. RFV skall redogöra för hur samverkan sker och för vilka resultat arbetet medfört.

Vidare skall RFV (senast den 1 juli 2001) inkomma med en gemensam handlingsplan för samverkan mellan RFV, AMS, SoS och AV. En del av denna redovisning skall beskriva insatserna avseende den gemensamma handlingsplan för samverkan som tidigare redovisats till Socialdepartementet.

RFV skall också (senast den 15 maj 2001) redovisa pågående och planerade projekt med anledning av de s.k. Dagmaröverenskommelser som träffats beträffande särskilda medel från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården.<sup>27</sup>

### *Socialstyrelsen*

Inom politikområde Hälsa- och sjukvårdspolitik är Socialstyrelsens mål att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.<sup>28</sup> Under rubriken uppdrag framkommer att SoS bl.a. skall, i samverkan med RFV, följa upp och utvärdera de insatser som genomförts under år 2001 med anledning av den s.k. Dagmaröverenskommelsen beträffande särskilda medel från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom sjukvården. Metodiken för utformning av återrapporteringen till regeringen skall utvecklas av Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket i samråd. Socialstyrelsen skall redovisa uppdraget senast den 30 juni 2003.

Under rubriken Politikområdesgemensam återrapportering framkommer bl.a. att Socialstyrelsen aktivt skall samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Riksförsäkringsverket och Arbetar-

---

<sup>26</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket, sid 5

<sup>27</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket, sid 11-12

<sup>28</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Socialstyrelsen, sid 2

skyddsstyrelsen så att en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet uppnås. Samverkan på central nivå skall syfta till att skapa förutsättningar för aktörerna på regional och lokal nivå att samverka så att varje individs arbetsförmåga tillvaratas och den enskilde ges möjlighet att försörja sig genom eget arbete.<sup>29</sup>

#### *Arbetsmiljöverket (Arbetarskyddsstyrelsen)*

Arbetsmiljöverket (AV) har två övergripande mål: "Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor" och "En bra och utvecklande arbetsmiljö". Inom verksamhetsområdet arbetsmiljö finns tre mål:

En minskning skall uppnås av ohälsa på grund av faktorer som har samband med arbetets organisation och ledning. De arbetsmiljöfaktorer som avses är sådana som kan påverkas genom konkreta krav. Det kan gälla negativ stress, sociala faktorer, arbetsbelastning, ensidigt fysiskt arbete m.m. Det kan även gälla arbetsanpassning.

Företag och förvaltningar skall i ökad utsträckning anlita en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering (företagshälsovård) som uppfyller följande krav: a) att särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser, b) att ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa samt c) att ha tillräcklig bredd och kompetens för det aktuella arbetsställets behov.

Internkontrollarbetet inom offentlig verksamhet skall förbättras, särskilt inom verksamheter med förhållandevis hög ohälsa.<sup>30</sup>

I Arbetsmiljöverkets regleringsbrev är det formulerat som ett mål under rubriken Myndighetsspecifik information att AV aktivt skall samverka med Arbetsmarknadsstyrelsen, Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom arbetsanpassnings- och rehabiliteringsområdet (FRI-SAM-arbetet).

---

<sup>29</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Socialstyrelsen, sid 16

<sup>30</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetsmiljöverket, sid 1-2

### *Arbetsmarknadsverket*

Det övergripande målet för arbetsmarknadspolitiken är en väl fungerande arbetsmarknad med full sysselsättning och god ekonomisk tillväxt.<sup>31</sup>

För verksamhetsgrenen "matchning på arbetsmarknaden" kan nämnas målet att antalet långtidsinskrivna som inte haft ett reguljärt arbete de senaste två åren skall minska kontinuerligt under året och vara mindre än 40 000 personer i slutet av budgetåret.

För verksamhetsgrenen "kompetenshöjande insatser samt stödja dem som har det svårast på arbetsmarknaden" finns bl.a. målet att den genomsnittliga bidragsnivån för lönebidrag som lämnas till andra arbetsgivare än allmännyttiga organisationer högst skall vara 58 procent av den bidragsgrundande lönekostnaden.

Målet för Arbetslivstjänster är att verksamheten skall medverka till att personer som står utanför arbetslivet skall kunna gå tillbaka till sitt tidigare arbete eller få ett annat arbete. Antalet deltagare som kunnat återgå till tidigare arbete eller kunnat få ett annat arbete skall återrapporteras.

Av AMS övriga uppdrag kan nämnas att AMS skal samverka med RFV, SoS och AV för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Syftet skall vara att varje individs arbetsförmåga blir tillvaratagen så att det blir möjligt för den enskilde att försörja sig genom ett arbete.<sup>32</sup>

### *Arbetslivsinstitutet*

Liksom Arbetsmiljöverket har Arbetslivsinstitutet (ALI) det övergripande målet "Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor". Därutöver skall ALI verka för "En ökad kunskap om och i arbetslivet".<sup>33</sup>

Inom verksamhetsgren Forskning och utveckling inom områdena arbetsmarknad, arbetsorganisation och arbetsmiljö skall följande mål uppnås: Ökad kunskap som kan bidra till en positiv utveckling inom området arbetsorganisation som förenar goda och utvecklande arbetsvillkor med en effektiv produktion. Ökad kunskap om hur arbetsmarknaden fungerar och relationerna på arbetsmarknaden. Ökad kunskap inom arbetsmiljö- och arbets-

---

<sup>31</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetsmarknadsverket, sid 1

<sup>32</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetsmarknadsverket, sid 8

<sup>33</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetslivsinstitutet, sid 1

hälsoområdena. Förmedla kunskap som kan bidra till att uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män i arbetslivet samt ett arbetsliv som präglas av integration och mångfald. I samverkan med arbetslivets regionala och lokala aktörer bedriva och utveckla, i ett nationellt perspektiv, intressanta regionala och lokala utvecklings- och forskningsverksamheter.

Inom verksamhetsgren utbildning och kunskapskommunikation är målet att till arbetslivet på ett ändamålsenligt sätt förmedla FoU-resultat samt inhämta FoU-behov inom arbetslivsområdet.<sup>34</sup>

#### *Folkhälsoinstitutet*

Målet för verksamheten inom Folkhälsoinstitutets område är att folkhälsan skall förbättras för de grupper i samhället som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.<sup>35</sup>

## **2. Vilka mål har diskuterats och/eller föreslagits i de tidigare ut-redningar som omnämns i direktiven?**

*Arbetskadetredningens betänkande "Den framtida arbetskadeförsäkringen" (SOU 1998:37)*

Mål för arbetskadeförsäkringen diskuteras inte i detalj. Motivet för att behålla en särskild arbetskadeförsäkring vid sidan av den allmänna försäkringen har angetts vara att den som förvärvsarbetar utsätts för särskilda skaderisker, risker som han eller hon normalt sett endast har begränsade möjligheter att påverka. Det skadeståndsrättsliga syftet är att kompensera den skadelidande så att han eller hon försätts i samma ekonomiska situation som om skadan inte hade inträffat.<sup>36</sup>

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

Utredningen föreslår inte några nya mål, men omnämner de övergripande mål som riksdag och regering lagt fast för socialförsäk-

---

<sup>34</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Arbetslivsinstitutet, sid 2

<sup>35</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Folkhälsoinstitutet, sid 1

<sup>36</sup> SOU 1998:37 sid 19

ringsadministrationen att aktivt administrera och verka för en allmän social-försäkring som ger ekonomisk trygghet vid sjukdom, handikapp, ålderdom och vård av barn. Den skall vidare verka för att förebygga skada och sjukdom samt genom att offensivt arbeta med och samordna rehabiliteringen bidra till att ge sjuka och handikappade möjlighet att åter kunna arbeta.<sup>37</sup>

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

Målet med den nya rehabiliteringsreformen som beskrivs i betänkandet är dels färre sjukfall, dels kortare sjukfall. Medlen för att uppnå färre sjukfall är främst genom förebyggande insatser. Kortare sjukfall uppnås främst genom rehabilitering till arbete.<sup>38</sup>

Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen konstaterar vidare att rehabiliteringen alltmer förskjutits från arbetsgivaren till det offentliga. Det offentliga består i sin tur av fyra parallella och likvärdiga sektorer; landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst samt statens arbetsförmedling och socialförsäkring (försäkringskassan). De har var sin primära *mål* och egen "utdebitering"/avgifter med tillhörande kassor.<sup>39</sup> För att överbrygga sektoriseringen har statsmakterna under andra hälften av 1990-talet uppmuntrat till samverkansaktiviteter i olika former som t.ex. Finsam och Frisam.

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

I slutbetänkandet framfördes följande förslag till inriktningsmål för sjukförsäkringen<sup>40</sup>:

- o Sjukförsäkringen skall ge individen ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.
- o I försäkringen skall ingå resurser för förebyggande och rehabiliterande insatser. Försäkringen skall utformas och prak-

---

<sup>37</sup> SOU 1996:64 sid 37

<sup>38</sup> SOU 2000:78 sid 241-242, 389

<sup>39</sup> SOU 2000:78 sid 27-28

<sup>40</sup> SOU 2000:121 sid 157

- tiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.
- o Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning oavsett kön, ålder, sysselsättning, arbetsgivare, bostadsort etc.
  - o Systemet (administration och åtgärder) skall sammantaget i sig och i samverkan med andra system vara kostnadseffektivt.
  - o Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.
  - o Sjukförsäkringen skall vara en fristående allmän, obligatorisk försäkring.

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

Utredningen arbetar efter direktiven 1998:73 och tilläggsdirektiven 2000:17. Utredningen har till uppgift att göra en samlad översyn av de processuella regler som gäller för olika förmåner inom socialförsäkringen. Av tilläggsdirektiven framkommer att utredaren skall undersöka och analysera beslutsprocessen i förtidspensionsärenden. Slutbetänkande skall lämnas senast den 30 juni 2001. Av direktiven framgår inte att någon måldiskussion är att vänta.

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

Regeringen kommer att lämna lagrådsremissen Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension i februari 2001. Någon måldiskussion är inte aktuell i detta sammanhang. Förslagen gäller nya regler för beräkning av ersättning till personer som drabbas av långvarig eller varaktig medicinskt grundad nedsättning av arbetsförmågan.

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

Nationella Folkhälsokommittén har föreslagit 18 hälsopolitiska mål. Kommitténs mål om en *god arbetsmiljö* handlar om en anpass-

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

#### *Handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet*

I september 2000 lämnades delrapporten *Ett föränderligt arbetsliv på gott och ont – Utvecklingen av den stressrelaterade ohälsan* (Ds 2000:54). Slutrapport skall komma i februari 2001.

### **3. Vilka övergripande mål skall handlingsplanen för ökad hälsa i arbetslivet uppnå? Hur och när och av vem skall de mätas?**

Exempel på målområden:

- o Sysselsättning/arbetskraftsutbud
- o Sjukfrånvaro/förtidspension
- o Arbetsskador (anmälda/godkända)
- o Rehabilitering
- o Förebyggande insatser
- o Väntetider i sjukvården



## Bilaga 3 Uppdrag att utreda utnyttjandet av företagshälsovård

### *Regeringens beslut*

Regeringen uppdrar åt Statskontoret att utreda hur ett mer effektivt utnyttjande av företagshälsovård skall kunna medverka till att förebygga ohälsa på arbetsplatserna.

Statskontoret skall i arbetet utgå från gjorda kartläggningar av arbetsgivarnas m.fl. faktiska användning av företagshälsovårdstjänster och vid behov göra en kompletterande datainsamling. En analys skall göras av det faktiska utnyttjandet av företagshälsovård, bl.a. det faktum att en stor del av långtidssjukskrivna uppger att de inte varit i kontakt med företagshälsovården. Även innehållet i det befintliga utbudet skall analyseras, t.ex. i vad mån det varit möjligt att erbjuda förebyggande och rehabiliterande insatser som bygger på en bred kompetens.

Utifrån analysen skall Statskontoret skissera vilka olika åtgärder som kan vara möjliga för att uppnå ett effektivare utnyttjande av företagshälsovård. Exempel på sådana åtgärder kan vara former för ökad samverkan mellan företagshälsovård, sjukvård och försäkringskassa, bättre förutsättningar för arbetsgivare – inte minst för de små företagen – att utnyttja företagshälsovård, bättre former för utbildning av personal till företagshälsovården, godkännande (certifiering) av företagshälsovårdstjänster etc. Frågor om utbildningen av företagshälsovårdspersonalen skall belysas.

Statskontoret skall i ett första steg analysera förutsättningarna och tidsperspektivet för förslagen från utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:07, se nedan) om underlag från företagshälsovården i samband med långa sjukskrivningar, däribland i form av arbetsplatsutredningar bl.a. i arbetsskadeärenden enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring. Här ligger en konkretisering av företagshälsovårdens roll inom

ramen för förslagen och vilken betydelse detta kan ha för det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Konsekvenserna av ett genomförande av förslagen skall så långt möjligt belysas. Statskontoret skall senast den 1 oktober 2001 överlämna ett underlag i denna del för HpH-utredningens fortsatta arbete.

Vid uppdragets utförande skall Statskontoret utgå från att principen skall vara att företagshälsovärden även i fortsättningen skall tillhandahållas på marknadsmässiga grunder.

Uppdraget skall utföras i nära kontakt med HpH-utredningen. Material och underlag som är relevant för uppdraget skall inhämtas från Arbetsmiljöverket och andra organ med god kännedom om sakområdet.

Slutredovisning av uppdraget skall ske senast den 21 december 2001.

### *Bakgrund*

Under flera decennier utvecklades ett företagshälsovårdssystem för att förbättra arbetsmiljön som byggde först och främst på en samverkan mellan arbetsmarknadens parter, manifesterat bl.a. i centrala arbetsmiljöavtal. Staten lämnade ett stöd till användandet av företagshälsovård som i början av 1990-talet uppgick till ca 1 miljard kronor årligen. Efter att arbetsmiljöavtalen sades upp och det statliga stödet upphörde i början av 1990-talet har företagshälsovårdens ställning förändrats.

Under 1990-talet har företagshälsovärden blivit en marknadsaktör utan statsbidrag. Branschen har strukturrationaliserats till färre men större enheter. Antalet personer verksamma i företagshälsovärden har minskat med ungefär en tredjedel. Medelåldern för de anställda är idag hög, vilket kommer att medföra stora personalavgångar under nästa femårsperiod. För några av företagshälsovårdens yrkeskärer går det att förutse en brist på arbetskraft när nyrekryteringsbehovet ökar. Samtidigt har utvecklingen av arbetsmiljöproblemen medfört ett ökat behov av en kompetent resurs i det förebyggande och rehabiliterande arbetet med bred tillgänglighet och förtroende på både arbetsgivar- och arbetstagsidan.

Enligt förslag i propositionen Företagshälsovård (1998/99:120) genomfördes fr.o.m. den 1 januari 2000 ändringar i arbetsmiljölagen som bl.a. innebar att företagshälsovård definierades på följande sätt: "Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företags-

hälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa". Genom ändringarna infördes också en skyldighet för arbetsgivaren att svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. I propositionen uttalade regeringen att frågan om utbildning av företagshälsovårdens personal borde analyseras ytterligare och att regeringen avsåg att återkomma i denna fråga.

Den alarmerande ökningen av ohälsan, särskilt långa sjukskrivningar, fortsätter. Antalet långtidssjukskrivna uppgår nu till ca 90 000 personer. Även antalet förtidspensioneringar ökar. Sjukförsäkringsutredningen konstaterar att en väsentlig orsak till skillnader i sjukfrånvaro är olikheter när det gäller arbetsmiljö. Den arbetsgrupp inom Näringsdepartementet som skall ta fram en handlingsplan på arbetsmiljöområdet har i en delrapport (Ds 2000:54) ställt samman statistik och olika undersökningar (bl.a. SCB:s arbetsbesvärs- och arbetsmiljöundersökningar) som sammantaget visar ett samband mellan å ena sidan ökningen av långa sjukskrivningar och å den andra ökad stress och arbetsbelastning i arbetslivet. Samtidigt framgår att många traditionella arbetsmiljörisker finns kvar.

Sjukförsäkringsutredningen har, vad gäller företagshälsovård, fokuserat på företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsverksamheten och därvid bl.a. lyft fram den s.k. Värmlandsmodellen. Modellen innebär i korthet att samarbetsavtal sluts mellan företagshälsovård, försäkringskassa och primärvård. Den får därigenom dels en fast "bas" för sin verksamhet, dels en möjlighet till återkoppling till arbetsplatsen med sikte på förebyggande åtgärder.

Utredningen om handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, HpH (S 2000:07) föreslår i sin första delrapport (Handlingsplanens uppläggning och inriktning, 2001-02-15) bl.a. att arbetsgivare skall åläggas att senast dag 45 lämna rehabiliteringsutredning med underlag från företagshälsovård (eller motsvarande) till försäkringskassan i pågående fall.

Den nämnda arbetsgruppen inom Regeringskansliet har bl.a. lyft fram behovet av särskilda samhällsinsatser för att underlätta för mindre företag och organisationer att anlita företagshälsovård. Arbetsgruppen tar också upp den allmänna frågan om hur samhället skall kunna stödja utvecklingen av en företagshälsovård med hög kvalitet. Arbetsgruppen tar också upp frågan om certifiering av företagshälsovårdsenheter och/eller personcertifiering av olika

personalkategorier inom företagshälsovården. En annan fråga som tas upp är behovet av spridning till arbetsplatserna av arbetsmiljökunskap.

På regeringens vägnar  
Mona Sahlin

Lars Dirke

# Bilaga 4 Uppdrag om kartläggning och utvärdering av de rehabiliteringstjänster försäkringskassan köper

Utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (HpH) har för avsikt att fördjupa kunskaperna inom vissa områden som utpekats i utredningens delrapport från 2001-02-15. Ett av de områden som bör bli föremål för fördjupade studier rör försäkringskassornas köp av rehabiliteringstjänster.

## *Bakgrund*

Den s.k. rehabiliteringsreformen trädde i kraft den 1 januari 1992. Reformen var ett uttryck för en tydlig ambitionshöjning på den arbetslivsinriktade rehabiliteringens område. Arbetsgivarna fick ansvar för att utreda behovet av rehabiliteringsinsatser för sina anställda samtidigt som man fick ansvar för ersättningen till de sjukskrivna under sjukskrivningens två första veckor (sjuklöneperiod). Försäkringskassan fick ansvar för att samordna de rehabiliteringsinsatser som behövs för att den sjukskrivne ska kunna återfå sin arbetsförmåga. Försäkringskassan hade också sedan tidigare tillgång till medel för köp av arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster (år 2000 köptes sådana tjänster för ca 550 miljoner kronor).

Framgången för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i allmänhet, och försäkringskassans arbete inom området i synnerhet, har ifrågasatts otaliga gånger. I direktiven till Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08, dir. 1999:44) framför regeringen bl.a.

*"Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har sedan reformen genomfördes år 1992 inte fungerat tillfredsställande. Trots en mängd utredningar, rapporter och utvärderingar, som också har lett till åtgärder, har det varit svårt att få reformen att fungera i enlighet med lagstiftarens intentioner.*

... Dessa utredningar visar samtliga på allvarliga brister i tillämpningen av lagstiftningen hos rehabiliteringsarbetets centrala aktörer, dvs. arbetsgivare och försäkringskassan. ... Dessutom går det inte att dra några djupgående slutsatser om resultatet och effekterna av de senaste årens rehabiliteringssatsningar – dvs. det går inte att bedöma huruvida de medel som budgeterats till rehabilitering ger önskat resultat.”

Det är utomordentligt svårt att identifiera resultatet av rehabiliteringsreformens ambitionshöjning i sjukfrånvarons utveckling. Detta är i och för sig inte förvånande eftersom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bara berör en mindre del av de sjukskrivna och framför allt för att sjukfrånvarons utveckling har utsatts för stark påverkan från andra faktorer. Dels har reglerna i sjukförsäringen och angränsande regelsystem förändrats ett antal gånger under perioden, dels har arbetsmarknaden förändrats kraftigt. Icke desto mindre är försäkringskassans arbete med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen den kanske viktigaste insatsen som försäkringsgivaren, dvs. staten, har att tillgå för att påverka försäkringens utfall. Det är inte förenligt med god ekonomisk hushållning med samhällets resurser eller med varje individs rätt att få möjlighet att försörja sig och i övrigt leva ett aktivt liv, att rehabiliteringen hanteras på ett sätt som gör att ingen känner till effekterna eller i värsta fall hanteras på ett sätt som är ineffektivt.

### *Uppdraget*

Uppdraget innebär att Statskontoret skall redovisa

Vilka som får rehabilitering och hur urvalet görs

?? Vilka tjänster som försäkringskassan köper i samband med rehabilitering

?? Kunskapsläget vad gäller rehabiliteringens effekter och

?? Alternativa gränsdragningar i ansvaret

Statskontoret genomförde år 1997 en översyn av effekterna av rehabiliteringsinsatser m.m. på uppdrag av regeringen. Resultatet av Statskontorets arbete redovisas i rapporten Perspektiv på rehabilitering (1997:27). Statskontorets uppdrag var att göra en översyn av effekterna av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, med särskilt fokus på försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster. I Stats-

kontorets rapport, som var ett av de underlag som regeringen tog upp i direktiven till Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som citerats ovan, konstaterades en rad brister i kunskaperna om och hanteringen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen samt lämnades ett antal förslag till grundläggande förändringar på området.

Sedan Statskontoret tog fram sin rapport kan utvecklingen ha inneburit ökad kunskap och förändrade förutsättningar. Mot bakgrund av detta och att det lagts fram förslag om omfattande förändringar på området och, kanske främst, att en begränsning av sjukfrånvaron nu framstår som närmast nödvändig, är det angeläget att en ny utvärdering görs av området.

#### *Vad vet vi i dag om rehabiliteringens effekter?*

Statskontoret konstaterade, i likhet med många andra både dessförinnan och därefter, i ovan nämnda rapport att det inte gick att dra några djupgående slutsatser om resultatet och effekterna av rehabiliteringssatsningarna under 1990-talet. Statskontoret pekade vidare på ett antal anledningar till varför så var fallet.

I uppdraget till Statskontoret ingår att ge en bild av hur kunskaperna på området utvecklats och därmed svara på om det i dag går att dra några säkrare slutsatser om rehabiliteringens effekter. I detta sammanhang bör Statskontoret följa upp sina tidigare ställningstaganden till varför det är svårt att dra slutsatser om rehabiliteringsverksamheten och om förutsättningarna i dessa avseenden förändrats.

#### *Vilka får rehabilitering och varför?*

Några av de viktigaste frågorna som tagits upp i sammanhanget, bl.a. i Statskontorets tidigare rapport är vad som avgör om det anses föreligga ett rehabiliteringsbehov och vad som avgör om försäkringskassan ska köpa en rehabiliteringstjänst. Frågorna är viktiga dels för att det ska vara möjligt att avgöra om urvalet till rehabilitering (selektionen) sker på ett etiskt eller annat önskvärt sätt, dels för att det ska vara möjligt att uttala sig om vad effekterna av ett alternativt urval skulle bli. Sålunda är svaret på frågan om selektionen helt avgörande för en bedömning av rehabiliteringens effekter.

I uppdraget till Statskontoret ingår att analysera selektionsprocessen, främst vad gäller försäkringskassans köp av rehabiliteringstjänster, men också i den mån det är möjligt vad gäller arbets-

livsinriktad rehabilitering i allmänhet, och bedömning av behovet av sådan.

*Vilken rehabilitering erbjuds?*

Frågan om vilken typ av rehabilitering som erbjuds de sjukskrivna är även den viktig att besvara för att kunna bedöma den sammantagna effektiviteten. Det har i flera sammanhang framhållits att en stor del av de rehabiliteringstjänster försäkringskassan köper inte i egentlig mening gäller rehabiliterande insatser utan snarare utredningar (om behovet av rehabilitering eller om ersättningsfrågor). Över huvud taget finns det en mängd oklarheter i fråga om det närmare innehållet i den rehabilitering som erbjuds de sjukskrivna.

I uppdraget till Statskontoret ingår att kartlägga och beskriva vilken typ av rehabilitering som försäkringskassan köper samt i möjligaste mån också vilken typ av rehabilitering som på annat sätt kommer sjukskrivna till del.

*Vilka blir konsekvenserna om försäkringskassan skiljs från sitt uppdrag att köpa rehabiliteringstjänster?*

Kvaliteten i försäkringskassans arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering har, som tidigare nämnts, i olika sammanhang diskuterats. Bl.a. väckte Statskontoret i sin tidigare rapport frågan om delar av försäkringskassans nuvarande ansvar skulle kunna övergå till Arbetsmarknadsverket (AMV).

I uppdraget till Statskontoret ingår att belysa konsekvenserna av att skilja försäkringskassan från ansvaret att köpa "aktiva" rehabiliteringstjänster. Den nuvarande ordningen bör därvid jämföras med alternativa fördelningar av ansvaret, däribland att AMV övertar ansvaret i denna del.

*Avrapportering*

Om Statskontoret finner det påkallat bör man redovisa principiella synpunkter och överväganden rörande arbetslivsinriktad rehabilitering, såväl inom som utanför de områden som angetts.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 oktober 2001.



# Bilaga 5 Forskningsuppdrag

## **HpH:s forskningsprogram - uppdragsbeskrivningar**

### *Uppdragstagare*

#### Arbetslivsinstitutet

Gunnar Aronsson  
Staffan Marklund

#### Karolinska institutet (Sektionen för personskadeprevention)

Åke Nygren  
Per Lindberg  
Eva Vingård

#### Riksförsäkringsverket

Inger Marklund

#### Statistiska Centralbyrån

Alf Andersson

## **Forskningsuppdrag inom utredningen om Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet**

Inom utredningen har ett antal områden identifierats där kunskapsunderlaget behöver förbättras genom ytterligare forskning och sammanställningar. Uppdraget är brådskande och kan inte lösas genom sedvanlig utlysning av anslag från forskningsråden. I dialog mellan utredningen och forskare har ett antal kunskapsluckor identifierats och en expertgrupp med representanter från Arbetslivsinstitutet, Karolinska institutet, Riksförsäkringsverket

och Statistiska Centralbyrån har åtagit sig att arbeta vidare med forskningsfrågorna. Arbetslivsinstitutet ansvarar tillsammans med utredningens sekretariat för samordningen av uppdraget. Föreliggande plan beskriver kortfattat arbetets inriktning, genomförande och kostnader.

För arbetet gäller att en preliminär rapport för diskussion i expertgruppen lämnas senast den 15/10 och en slutrapport lämnas till utredningens ordförande Jan Rydh senast den 15/11.

## **Delområde I. Vilka, varifrån och varthän?**

### **Delstudie 1.1 Långtidssjuka, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska (registerstudie)**

Detta projekt handlar om fyra grupper: Långtidssjuka, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska. Frågeställningarna är både gemensamma och specifika.

För handlingsplanen relevant kunskap gäller frågor som:

- o Hur ser de olika grupperna ut i förhållande till varandra när det gäller, ålder, kön, etnisk bakgrund, civilstånd, arbetsgivare, region, utbildning, inkomst mm?
- o Finns det ett flöde mellan grupperna långtidssjuka, förtidspensionärer och långtidsarbetslösa?
- o Har problemgrupperna någon gemensam profil som skiljer dem från de långtidsfriska?

1a) *Långtidssjuka*. Denna stora grupp omfattar ca 85 000 personer, vilka varit sjukskrivna mer än 1 år. Det saknas aktuell kunskap om gruppens sammansättning och hur dessa personer haft det tidigare.

1b) *Förtidspensionerade*. Gruppen utgör cirka 400 000 personer och inflödet kommer i stor utsträckning från ovannämnda grupp av långtidssjuka. Vilka bland de långtidssjuka har största risken att blir förtidspensionärer?

1c) *Långtidsarbetslösa*. Antalet som varit öppet arbetslösa eller i åtgärd under ett år utgör ca 100 000 personer. Hur stor är gruppen som varvar sjukfrånvaro och arbetslöshet. Och hur många av de långvarigt arbetslösa har hälsoproblem och nedsatt arbetsförmåga?

1d) *Långtidsfriska*. Som en referensgrupp används personer som under ett år inte varit sjuka, dvs. inte uppburit sjukpenning, förtidspension eller andra ohälsorelaterade bidrag från socialförsäkringen. Vilka egenskaper har denna grupp? I vilken utsträckning har dessa personer varit sjuka eller arbetslösa tidigare? Vilka arbetsgivare producerar flest långtidsfriska? Gruppen omfattar sannolikt drygt 4 miljoner personer. Ett åldersstratifierat urval kan eventuellt göras för att underlätta hanteringen av materialet. Det skulle sannolikt räkna med ca 100 000 individer i åldern 25-64 år.

#### *Material och tillvägagångssätt:*

En översikt kan fås genom en samkörning av myndighetsregister och Louise-materialet. De tre grupperna är delvis överlappande och det finns flöden dem emellan. Ur forskningsekonomisk synpunkt kan det därför vara bra att med ett material som täcker alla fyra grupperna. Långtidssjuka, förtidspensionärer och långtidsfriska definieras genom olika register på RFV. Uppgifterna skulle avse år 2000. Långtidssjuka definieras som de som varit sjuka hela året 2000, förtidspensionärer som de som fått nybeviljad förtidspension eller sjukbidrag under 2000. Långtidsfriska definieras som de som under 2000 varken varit sjuka eller fått förtidspension. Långtidsarbetslösa utgörs av de som enligt AMS register varit arbetslösa hela året 2000. För att undersöka dessa gruppers villkor bakåt används Louise-materialet för perioden 1995-1999. De mest aktuella uppgifterna i LOUISE rör 1999. Personernas olika inkomstslag används för att bedöma om de varit arbetslösa, sjukskrivna eller förtidspensionärer under dessa fem år. (Se presentationen av LOUISE-basen för en närmare förteckning av vilka variabler som går att använda).

*Ansvariga* för forskningsuppdraget: Alf Andersson (SCB), Inger Marklund (RFV), Staffan Marklund (huvudansvarig) (ALI). I analysarbetet deltar dessutom Örjan Hemström (ALI).

### **Delstudie 1.2 Arbetsmiljöbelastning som orsak till ohälsa och arbetslöshet (pseudoprospektiv studie)**

I detta delprojekt granskas hur goda respektive dåliga arbetsvillkor påverkar rekryteringen till sjukskrivning och arbetslöshet.

- o Vilken roll spelar olika aspekter på arbetsförhållanden och individförhållanden för risken att bli sjukskriven, arbetslös eller förtidspensionär?
- o Hur skiljer sig riskerna att bli korttidssjuk, långtidssjuk och förtidspensionär med avseende på olika arbetsmiljöfaktorer?
- o Ser de arbetsmiljörisker som skapar ohälsa olika ut för män och kvinnor, för unga och gamla och för personer i olika sektorer?
- o Vilka är de företag/myndigheter som producerar flest fall av arbetsrelaterad ohälsa?

#### *Material och tillvägagångssätt:*

Utgångspunkten är de individer som ingick i Arbetsmiljöundersökningen 1995. Dessa följs framåt under de fyra åren 1996-1999 i LOUISE Med data från RFV och visas vilka individer som år 2000 tillhör kategorierna långtidssjuka, förtidspensionerade, långtidsarbetslösa eller långtidsfriska enligt definitionerna i delstudie 1.1. Eventuellt kan data från den s.k. Besvärsundersökningen 1996 också läggas till för att få detaljerade uppgifter om olika typer av arbetsorsakade besvär.

*Ansvariga* för forskningsuppdraget: Alf Andersson (SCB, huvudansvarig), Staffan Marklund (ALI) och Stefan Vikenmark (SCB).

#### **Delområde 2. Vilja och villkor?**

Det finns flera studier som pekar på att många anställda oroar sig för att de av hälsoskäl inte klarar av att arbeta fram till ordinarie pensionsålder? Hur är viljan att fortsätta som lönearbetare på heltid fram till 65 års ålder? Detta projekt syftar till att ta fram kunskaper om dagens arbetsvärderingar och syn på att arbeta fram till 65 års ålder, och vilka modifieringar och anpassningar av arbetsplatser och organisation och annat, som behövs för att människor skall kunna/vilja fortsätta fram till 65.

Tre delstudier med olika fokus planeras.

### **Delstudie 2.1 Anställdas arbetssituation, hälsa och attityder till pensionering**

Frågorna rör under vilka villkor olika grupper av anställda kan och vill arbeta. Har personer med slitiga jobb och/eller hälsoproblem starkare vilja att lämna arbetet? Varför lämnar stora grupper av anställda arbetsmarknaden i förtid trots att de varken har besvärliga arbetsmiljöer eller hälsoproblem? Finns i olika grupper olika förväntningar och attityder till arbete som påverkar deras arbetsmarknadsbeteende och hälsobeteende?

*Material:* ALI nyligen genomfört en enkätstudie till 6 800 individer i åldrarna 25-75 år. Materialet består av såväl förvärvsaktiva som personer som lämnat arbetsmarknaden. Materialet lämpar sig för att svara på delar av dessa frågeställningar. Extra forskningsinsatser behövs för att forcera arbetet och genomföra specialarbetningar.

### **Delstudie 2.2 RFV-rapport. Arbetsgivares och personalchefers inställning till äldre arbetskraft**

Har arbetsgivare och personer som ansvarar för personalfrågor och personalrekrytering en negativ inställning till äldre arbetskraft? Hur skiljer sig olika sektorer? Överensstämmer arbetsgivares och personalchefers inställning till äldre med de attityder befolkningen i övrigt har?

### **Delstudie 2.3 Långtidssjukskrivnas villkor och viljor**

Huvudsyftet handlar om att få svar på frågor om hur de långtidssjuka själva ser på sin situation. Inledningsvis genomför Arbetslivsinstitutets forskare ett mindre antal öppna och omfattande intervjuer som stöd för det fortsatta arbetet. Därefter genomförs intervju med 200 personer som just nu är långtidssjukskrivna (sedan mer än 1 år tillbaka). Dessa tillfrågas om vilka åtgärder de varit föremål för, hur de bedömer sin situation och under vilka villkor de tror sig kunna förvärvsarbeta framöver. Ett ytterligare tema är hur de påverkats av sjuk-skrivningen. Intervjun sker efter ett halvstrukturerat frågeformulär. Urvalet stratifieras ålder för att garantera att ett rimligt antal yngre kommer med. Datainsamlingen genomförs av SCB:s intervjuare och sprids över landet.

*Material:* Forskarintervjuer med 10-20 personer för kvalitativ studie. Halvstrukturerade SCB-intervjuer med 200 personer med ett omfattande uppsökningsarbete för att minimera svarsbortfallet.

*Ansvariga för 2.1, 2.2 och 2.3:* Gunnar Aronsson (ALI), Inger Mark-lund (RFV), Staffan Marklund (ALI). I arbetet deltar dessutom Lizbeth Valck (RFV), Maria Eklund (RFV), Sara Göransson (Projektledare, ALI), Carin Stenlund (ALI) och Lennart Hallsten (ALI).

### **Delområde 3. De välbehållna**

Detta projekt handlar om den goda arbetsplatsen och syftar till att identifiera vilka förhållanden som leder till att människor är långtidsfriska.

#### *Definition och avgränsning*

De välbehållna, helt friska, långtidsfriska eller kärnfriska är de som de senaste 12 månaderna varken varit sjukfrånvarande eller sjuknärvarande fast man med tanke på hälsotillståndet borde varit hemma. Detta förutsätter dessutom att man har ett regelbundet arbetsförhållande.

#### *Bakgrund*

Sjukskrivningsdata är i många sammanhang relativt väldokumenterade och används ofta som ett utfall för att belysa ohälsa. Det finns däremot få studier som belyser sjuknärvaron. Sjuknärvaro är per definition ett ohälsotillstånd och kan ses som en alternativ strategi till sjuk-frånvaro. Ännu mycket färre studier finns som belyser de helt friska.

Nationella folkhälsokommittén framför att det finns goda skäl att både vetenskapligt och i praktiken utveckla frisk- och skyddsperspektivet i allt folkhälsoarbetet. Skyddsperspektivet är ett självklart och nödvändigt synsätt för att kunna analysera och förstå varför flertalet människor, trots att de utsätts för många hälsorisker och påfrestningar, förblir friska. Den medicinska vetenskapen har i mycket begränsad utsträckning ägnat uppmärksamhet åt detta.

Intresset har i stället fokuserats kring varför vissa blir sjuka vid en viss exponering (1).

I folkhälsorapporterna har sedan 1991 använts ett hälsoindex som utvecklats av Statistiska Centralbyrån. Det bygger på information från dödsfallsregistret, folk- och bostadsräkningarna samt självrapporterat hälsotillstånd från Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Fyra hälsostadier ("full hälsa", "lätt ohälsa", "måttligt svår ohälsa", och "svår ohälsa") har definierats med hjälp av ett antal ULF-variabler som innefattar självrapporterad hälsa samt förekomst av långvarig sjukdom/handikapp samt rörelsehinder. "Full hälsa" innebär således att man anser hälsotillståndet som gott och att man inte har någon långvarig sjukdom eller svårare rörelsehinder (psykisk ohälsa har bara delvis vägts in). Sedan 1975 har antalet levnadsår stadigt ökat men förväntat antal levnadsår med full hälsa i åldersintervallet 16-84 år har inte ökat alls. Framför allt har antalet år med lätt ohälsa ökat. Man kan snarast skönja en nedgång av antalet år med full hälsa för både män och kvinnor. Nedgången är tydligare för kvinnor. Minskningen av antalet "friska år" har främst skett i åldrarna 16-44 år och är större bland kvinnor än bland män (2).

Vid en studie av anställda i Gotlands kommun visade analyserna att sannolikheten var mer än fördubblad att tillhöra gruppen helt friska om man mycket ofta var nöjd med hur man kunde utföra sina arbetsuppgifter. Sannolikheten att vara frisk var också påtagligt förhöjd för den som tyckte att han/hon gjorde ett bra jobb, sällan var indragen i konflikter, fick uppskattning från arbetskamrater och råd och hjälp från närmsta chef (3).

Omvänt betraktat visade den studie Sektionen för personskadeprevention gjorde för sjukförsäkringsutredningen, SOU 2000:121, att starkaste associationen till att bli sjukskriven > 4 veckor fanns för de män och kvinnor som hade hög fysisk belastning och samtidigt inte var nöjda med hur de kunde utföra sina arbetsuppgifter. De som enbart angav en av dessa exponeringar hade också förhöjda risker och riskerna kvarstod då resultaten kontrollerades för andra faktorer som kan ha betydelse för att bli långtidssjukskriven. Dåligt arbetsklimat i arbetsgruppen var en annan exponering som gav en måttligt men signifikant ökad risk för män och kvinnor att bli långtidssjukskrivna. Höga krav från arbetet och samtidigt låg kontroll gav också en risk för långtidssjukskrivning hos kvinnor (4).

Resultat från en longitudinell studie (4 år) i Finland visade att en stark "känsla av sammanhang" predicerade god hälsa både hos

kvinnor och män. Författarna menar dock att även om känslan av sammanhang kan tolkas som en autonom intern resurs skall den dock betraktas som komplement till, och inte ersättning för, information om andra redan kända orsaker till hälsa/ohälsa (5).

Ett annat friskhetsbegrepp, ett index med direkt inriktning på arbetsförmågan "WAI" (Work Ability Index) utvecklades i Finland i början av 1980-talet. Indexet definierar nuvarande och framtida arbetsförmåga. Vid en 11-årsuppföljning av de baslinjeundersökta 6500 yrkesverksamma personerna studerades arbets- och livsstilsvariabler som var associerade med förbättrat WAI-värde. Analyser visade att minskat repetitivt arbete, att i högre grad vara nöjd med chefen samt ökad fysisk aktivitet på fritiden var signifikanta prediktorer på förbättrad arbetsförmåga i åldern 51 till 62 år, både bland kvinnor och män oberoende av arbetskrav (6).

### *Material och Metod*

#### Material 1

De data som insamlades till Sjukförsäkringsutredningens "Undersökning om hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro" kan användas sätt under förutsättning att man kan följa hälsoutvecklingen i RFV:s sjukskrivningsregister täckande ett år efter enkätinsamlingen avslutande den 13 juni 2000. De som enligt enkäten varit helt friska senaste året (1630 pers., 25% av de svarande) samt inte har någon sjukregistrering i RFV's register under senaste 12 månaderna jämförs beträffande arbetsförhållandena med resten av kohorten.

#### 9.1.1.1.1 Material 2

I HAKuL-projektet bör det den 1 augusti finnas uppföljningsdata från ca 1900 personer som gjort baslinjeundersökningen. Vid denna befanns 13% vara "välbehållna". Med ett svarsbortfall på ca 10 % bör hälsoutvecklingen för ca 220 "välbehållna" föreligga under det 1½ år som gått mellan baslinjemätning och uppföljningen. Ett glapp på ½ år finns dock då frågorna i uppföljningen angående sjuknärvaro/sjukfrånvaro endast avser 1 år bakåt.



*Frageställningar*

- Vilka var välbehållna initialt? Vilka fortsatte att vara det?
- Finns det "sjuka" som blivit välbehållna? Varför? Kan faktorer och förändringar i arbetsmiljön identifieras?

*Tidsomfattning*

## 9.1.1.1.1.2 Vår-sommar 2001:

- material 1: förberedelser och körning av SCB-filen (Sjukförsäkringsutredningen) mot sjukförsäkringsregistret.
- material 2: datainsamling 1½ -årsuppföljning i HAKuL-projektet samt filrättning
- analysförberedelser

7/8 datafilerna från material 1 & 2 färdiga och körningar kan påbörjas

15/10 preliminär rapport till diskussion i expertgruppen

15/11 rapport överlämnas till Jan Rydh

*Ansvariga*

Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska Institutet:

Per Lindberg (huvudansvarig)

Eva Vingård.



# Bilaga 6 Information om sjukfrånvaro i årsredovisningen

## **Information om sjukfrånvaro i årsredovisningen**

### *Sammanfattning*

Uppgift om sjukfrånvaron i årsredovisningen är av intresse för de som är anställda i företaget eller överväger att bli det. Det är också av intresse för det allmänna. Uppgiften kan också vara av intresse för ägarnas bedömning av effektiviteten i ledningens förvaltning av företaget.

Genom upplysning om sjukfrånvaron lyfts denna fråga fram som en viktig fråga både i den allmänna debatten och därigenom också för ledningen av företaget. Eftersom uppgiften skall lämnas i årsredovisningen omfattas bara de företag som enligt årsredovisningslagen är skyldiga att upprätta årsredovisning, d v s företag med mer än 10 anställda eller en balansomslutning större än 24 mkr.

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

### *Uppdraget*

Jag har fått i uppdrag av utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet HpH att utreda möjligheterna att ålägga företag att i sin årsredovisning ange sjukfrånvaron. Syftet är att därigenom dels ge företagets intressenter information om sjukfrånvaron, dels allmänt stimulera en utveckling mot mer hälsosamma arbetsplatser.

### *Krav på årsredovisning*

Alla aktiebolag och ekonomiska föreningar utom de minsta måste enligt årsredovisningslagen (1995:1554, ÅRL) offentliggöra en årsredovisning. Den skall enligt ÅRL 2 kap. 1 § innehålla balansräkning, resultaträkning, noter till dessa samt förvaltningsberättelse. Stora bolag skall också inkludera en finansieringsanalys (kassaflödesräkning). Årsredovisningen skall granskas av revisorerna som skall utfärda en revisionsberättelse över sin granskning. De små företag som är exkluderade är s k 10/24-bolag, d v s företag som har färre än 10 anställda och en balansomslutning (summa tillgångar) som understiger 24 mkr.

Moderbolag i koncerner skall också – med vissa undantag – inkludera en koncernredovisning som skall visa koncernens samlade resultat och ställning. Koncernredovisningen består av samma delar som årsredovisningen i moderbolaget, d v s balansräkning, resultaträkning, noter och förvaltningsberättelse samt i större koncerner en finansieringsanalys. Förvaltningsberättelsen görs normalt gemensam för moderbolaget och koncernen. Koncernredovisningen skall granskas av moderbolagets revisorer.

### *Årsredovisningslagens bestämmelser om personalredovisning*

Enligt ÅRL 5 kap. 18 § skall årsredovisningen innehålla uppgift om medelantalet under räkenskapsåret anställda personer med uppgift om fördelningen mellan kvinnor och män. Har företaget anställda i flera länder skall uppgifterna lämnas för varje land för sig.

Vidare skall det enligt 19 § finnas uppgift om hur stor del av årets redovisade personalkostnader som avser 1) löner och andra ersättningar och 2) sociala kostnader med särskild uppgift om pensionskostnader. Därvid skall särskilt anges de löner och andra

ersättningar liksom pensionskostnader som avser styrelseledamöter och verkställande direktör.

Uppgifter enligt 18 § och 19 § för koncernen skall lämnas i koncernredovisningen (7 kap. 14 §).

Uppgifterna om antal anställda och löner lämnas som tilläggsupplysning i not eller noter till resultat- och balansräkningarna.

Något krav på att ange sjukfrånvaron finns alltså inte. Om företagen skulle åläggas att lämna uppgift om sjukfrånvaro ligger det närmast till hands att lämna denna information i samma not.

### *Speciellt för börsbolag*

ÅRL gäller också för börsbolag. Börsbolag noterade på Stockholmsbörsen måste enligt det noteringsavtal de tecknat med börsen dessutom följa Redovisningsrådets rekommendationer. Dessa innebär mer långtgående krav i en rad avseenden. Rådets rekommendationer är baserade på International Accounting Standards (IAS), numera rena översättningar i den omfattning detta är möjligt med hänsyn till svensk lagstiftning. Inom EU har fattats principbeslut om att alla börsnoterade bolag inom EU skall tillämpa IAS från 2005.

IAS har ungefär samma krav på redovisning av personal som ÅRL, d.v.s. antal och löner. Dock krävs ingen uppdelning på män och kvinnor, en bestämmelse som är mycket ovanlig utomlands. Inte heller krävs särredovisning av sociala kostnader och pensionskostnader. Redovisningsrådet har dock ännu inte implementerat de IAS-rekommendationer som innehåller dessa bestämmelser i Sverige.

Om det skulle införas ett krav i ÅRL om redovisning av sjukfrånvaron kommer detta också att gälla börsbolagen. Det är idag svårt att bedöma om den svenska riksdagen efter år 2005 kan föreskriva mer långtgående upplysningskrav för svenska börskoncerner än vad som gäller enligt IAS, t ex avseende sjukfrånvaron i koncernen. EU:s avsikt är ju att harmonisera innehållet i de europeiska börsbolags aktiemarknadsinformation.

*Varför uppgift om sjukfrånvaro i årsredovisningen?*

De viktigaste intressenterna för årsredovisningen är

- o ägarna/medlemmarna,
- o långivare och fordringsägare,
- o leverantörer,
- o kunder,
- o anställda och
- o samhället.

Ägarna borde ha ett visst intresse för information om sjukfrånvaron. Uppgiften är en aspekt på hur företagsledningen förvaltar företagets resurser. En hög sjukfrånvaro är en indikation på att verksamheten drivs på ett ineffektivt sätt och tvärtom. Den sjuklön som bolagets svarar för under sjuklöneperioden är ju en direkt kostnad för bolaget. Dessutom tillkommer kostnader för vikarier eller andra kostnader för att undvika produktionsbortfall. Längre sjukfrånvaro drabbar i första hand samhället via sjukförsäkringssystemet men innebär dessutom kostnader för företaget. Detta kan t ex gälla t ex sjuklön för höglönlade som ligger över den nivå som täcks av sjukförsäkringen. Långtidsfrånvaro innebär också liksom korttidsfrånvaro indirekta kostnader i form av att rekrytera och utbilda ny personal.

För långivare och andra fordringsägare liksom för kunder och leverantörer är uppgiften troligen av mindre intresse även om de borde se hög sjukfrånvaro som en riskfaktor.

Däremot kan uppgift om sjukfrånvaron vara av stort intresse för de anställda, både de som är anställda i företaget och de som överväger en anställning i företaget. Det kan säga en del om arbetsförhållandena i bolaget. Sjukfrånvaro och personalomsättning torde vara de två uppgifter som vid sidan av lönsamheten och naturligtvis löneläget som är de mest centrala för arbetstagare.

För samhället (stat och kommun) är uppgift om sjukfrånvaron av stor betydelse. I och för sig borde staten via försäkringskassorna ha uppgift om vilka som är de sjukskrivnas arbetsgivare. Till sammans med uppgift om antalet anställda i bolaget kan försäkringskassorna räkna fram företagets relativa sjukfrånvaro. Men detta gäller bara den del av sjukfrånvaron som registreras i försäkringskassorna, d.v.s. långtidssjukfrånvaron. Korttidsfrånvaron som företaget själv står för registreras inte av försäkringskassorna.

För samhället är det också viktigt att frågan om sjukfrånvaron lyfts fram i den allmänna debatten. En förutsättning för detta är att allmänheten och media har tillgång till uppgifter om olika företags sjukfrånvaro. Den allmänna debatten skulle skapa ett tryck på företagen att undvika hög sjukfrånvaro och vidta åtgärder för att förbättra arbetsförhållandena. Att företagen måste offentliggöra sin sjukfrånvaro i årsredovisningen borde alltså få den ur samhällets synpunkt positiva effekten att sjukfrånvaron blir en viktigare fråga i företagen vilket borde stimulera åtgärder för att få ned sjukfrånvaron.

Min slutsats är att uppgift om sjukfrånvaro i första hand är av intresse för nuvarande eller presumtiva anställda och för samhället. Den kan också vara av intresse för ägarna eftersom den är en indikation på hur effektivt företag använder sin personal.

För att komplettera bilden av företagets hantering av sin personal borde årsredovisningen också innehålla uppgift om personalomsättningen, d.v.s. hur stor andel de anställda som slutat under året. Det ger en god bild av företagets attraktivitet som arbetsgivare. Hög personalomsättning innebär vidare kostnader i form av rekryterings- och utbildningskostnader. Men det faller utanför ramen för denna PM.

#### *Vilken information bör lämnas?*

Ur ägarnas synvinkel är det i första hand företagets sjuklönekostnad som är intressant. Denna uppgift ger direkt den finansiella konsekvensen av i första hand den korta sjukfrånvaron. Men däri ingår också företagets del av kostnaden för långa sjukskrivningar. Sjuklönekostnaden är lätt att mäta.

Om bolaget har försäkrat sig uppkommer frågan om försäkringsersättningen skall reducera sjuklönekostnaden. Det verkar rimligt ur ett finansiellt perspektiv. Men borde inte i så fall försäkringspremien ses som en del av kostnaden? Problemet är att då säger ju inte sjuklönekostnaden något om den verkliga sjukfrånvaron. Därmed bli uppgiften mindre intressant för anställda och samhället. Vidare har företagen ofta viss sjuklönersättning även för sjukfrånvaro efter sjuklöneperioden. Detta gäller som nämnts speciellt högvärdad personal. Den totala sjuklönekostnaden är därför en siffra som kan vara svårtolkad.

Det talar för att det i första hand är den verkliga sjukfrånvaron som är det intressanta. Och i så fall uttryckt som en relation till totalt antal anställda så att det går att jämföra med andra företag.

#### *Vilka företag bör lämna informationen?*

10/24 bolagen måste exkluderas, dvs. företag som under de senaste två räkenskapsåren inte har haft mer än i genomsnitt 10 anställda eller som enligt senaste fastställda balansräkning har en balansomslutning understigande 24 mkr. Dessa företag behöver ju inte lämna någon årsredovisning. Uppgift om dessa företags sjukfrånvaro är dessutom av mindre intresse för samhället.

Bokföringsnämnden delar i sin normgivning upp de större bolagen i tre grupper:

Noterade företag varmed avses företag var aktier är föremål för offentlig handel eller som genom sin storlek har ett stort allmänt intresse.

Icke-noterade *stora företag* varmed avses företag med i genomsnitt mer än 200 anställda de senaste två åren eller en balansomslutning överstigande 1000 basbelopp (cirka 35 mkr).

Icke-noterade *medelstora företag* vilket är övriga företag, dvs med mellan 10 och 200 anställda eller balansomslutning mellan 24 och 35 mkr.

Innan jag går in på frågan vilka bolag som bör lämna uppgift om sjukfrånvaron i årsredovisningen vill jag ta upp frågan om uppgiften också skall lämnas för koncernen. Praktiskt taget alla noterade bolag är moderbolag i koncerner och för bl a ägarna är det koncernredovisningen som är det centrala. Uppgifter om antal anställda och löner skall lämnas också för koncerner.

Våra börsnoterade storkoncerner har anställda i en rad länder. Sjukförsäkringssystemen varierar stort vilket kan ha betydelse för vad som betraktas som sjukfrånvaro. Det är också tveksamt om en uppgift om sjukfrånvaron för t ex hela Electrolux-koncernen med cirka 650 bolag runt om i världen ger någon meningsfull information för anställda eller det allmänna. Om uppgiften är intressant för ägarna och aktiemarknaden borde kravet komma från IAS eller Redovisningsrådet.

Möjligen kan en särredovisning för den svenska delen av koncernen vara av intresse för framförallt det allmänna. Men en sådan lösning skulle vara något alldeles speciellt för sjukfrånvaro. Det finns inga andra uppgifter som skall lämnas för den svenska



delen av internationella koncerner. Det skulle nog vara svårt att få förståelse för en sådan lösning.

Det verkar inte heller vara rimligt att göra skillnad mellan större och mindre koncerner, eller inhemska och mer internationella koncerner och ställa högre informationskrav på mindre eller inhemska koncerner. Dessutom är det antagligen mindre intressant för anställda att få en koncernsiffra som kanske inkluderar en rad olika företag och arbetsplatser. Vad säger en sådan om arbetsförhållandena på en viss arbetsplats?

Min slutsats är att uppgiften om sjukfrånvaron i första hand är intressant på bolagsnivå. Detta gäller i varje fall för de anställda och det allmänna. För ägarna och aktiemarknaden vore dock siffror för koncernen mer intressanta. Men det bör lämnas åt de noterade bolagens normgivare, d.v.s. Redovisningsrådet och IAS, att ta ställning till denna fråga.

När det gäller vilka bolag som bör redovisa sjukfrånvaron har vi uteslutit de minsta s.k. 10/24-eftersom dessa inte behöver offentliggöra någon årsredovisning. Att de stora företagen enligt Bokföringsnämndens definition ovan (icke-noterade med mer än 200 anställda eller balansomslutning större än 35 mkr) skall inkluderas är uppenbart. Frågan är om de medelstora företagen skall inkluderas, d.v.s. de som har mer än 10 men mindre än 200 anställda eller balansomslutning mellan 24 och 35 mkr.

Det som talar emot är att gruppen inkluderar relativt små företag där uppgiften om sjukfrånvaron är av mindre intresse. Å andra sidan förefaller det att gå väl långt att exkludera företag med över 100 anställda. Att införa en ny gränsdragning för informationsplikten avseende sjukfrånvaron komplicerar regelverket för företagens årsredovisningar. Risken är stor att företagen missar att lämna uppgiften och därmed bryter mot lagen. Tyvärr finns det ingen statistik över hur många företag som ingår i gruppen medelstora och ännu mindre hur många av dessa som har mindre än 100 anställda.

Mot denna bakgrund verkar det vara mest praktiskt att inte bara de stora företagen utan även de medelstora skall lämna uppgift om sjukfrånvaron under året. Uppgiftsskyldigheten bör gälla alla företag, även de svenska företag som ingår i noterade koncerner liksom moderbolag i sådana koncerner.

*Hur mäta sjukfrånvaron?*

Det mest praktiska vore att uppgift om sjukfrånvaron med ett relationstal, t ex genomsnittligt antal sjukfrånvarande personer i procent av totalt antal anställda. Därvid borde de sjukfrånvarande inräknas i antalet anställda.

Som nämnts kräver ÅRL 5 kap 17 § att årsredovisningen skall innehålla uppgift om medelantalet anställda under räkenskapsåret. Bokföringsnämnden har i sin rekommendation BFN R 4 givit vissa riktlinjer för beräkningen. Enligt punkt 8 bör medelantalet anställda i första hand beräknas genom att betalda närvarotimmar under året ställs i relation till en inom företaget normal årsarbetstid. Saknar bolaget lättåtkomliga grunddata för en beräkning enligt punkt 8 kan medelantalet anställda enligt punkt 9 beräknas som ett genomsnitt av antalet anställda personer baserat på mätningar vid två eller flera tidpunkter under året. Korrigering skall göras för förekomsten av personal med deltidsanställning. Om uppgifterna beträffande medelantalet anställda till följd av t ex deltids- eller säsongarbete ger en ofullständig bild av sysselsättningen i företaget bör enligt punkt 10 kompletterande upplysning lämnas om detta.

Det är uppenbart av rekommendationen att redovisningen av medelantalet anställda inte sker enligt särskilt fasta normer. Huvudregeln enligt punkt 8 innebär att medelantalet anställda inte inkluderar de sjukfrånvarande eftersom beräkningen baseras på betalda närvarotimmar. Enligt punkt 9 borde de däremot ingå eftersom uppgiften avser antalet anställda vare sig de är frånvarande eller inte.

Skall uppgiften om sjukfrånvaron få ett realistiskt innehåll bör normerna för beräkningen av antalet anställda skärpas. Bokföringsnämnden bör därför få i uppdrag att revidera sin rekommendation på denna punkt.

En annan fråga är om uppgiften om sjukfrånvaron bör kommenteras. En relativt låg eller hög sjukfrånvaro kan bero på personalens åldersfördelning och/eller könsfördelning. Uppgift om könsfördelningen finns i årsredovisningen. Om uppgift dessutom skall lämnas om åldersfördelningen kan överlämnas till företagets egen bedömning.

*Förslag till lagstiftning*

Kravet att lämna uppgift om sjukfrånvaron i årsredovisning bör införas genom ett tillägg (kursiverat nedan) i ÅRL 5 kap 18 § första stycket enligt följande:

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

För att undanta uppgift om sjukfrånvaron i koncernredovisningen bör 7 kap 14 § ändras enligt följande:

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

Bokföringsnämnden bör ges i uppdrag att utfärda riktlinjer för beräkningen av sjukfrånvaron vilket t ex kan ske genom en komplettering av BFN R 4.

Stockholms den 22 maj 2001

Hans Edenhammar



# Bilaga 7 Arbetsgivarens ansvar - nuvarande regler

## **1 Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering m.m.**

En arbetsgivare har en central roll när det gäller anställdas arbetsmiljö samt rehabilitering vid sjukdom. Bestämmelser om arbetsmiljön finns bl.a. i arbetsmiljölagen (1977:1150, AML), som är en ramlag. I denna lag finns grundläggande regler om arbetsmiljöns utformning. Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för rehabilitering finns i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Vidare har arbetsgivaren ett arbetsrättsligt ansvar för en anställd vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Bestämmelser om detta finns i lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS).

## **2 Arbetsmiljön**

Arbetsmiljöregleringen är omfattande och detaljerad. I det följande lämnas därför endast en översiktlig redovisning av nuvarande förhållanden inom detta område. AML är en ramlag med allmänt hållna programförklaringar och principer. Den kompletteras av arbetsmiljöförordningen (1977:1166) samt av föreskrifter som beslutas av Arbetsmiljöverket (tidigare Arbetarskyddsstyrelsen).

I 1 kap. AML finns bestämmelser om lagens ändamål och tillämpningsområde. Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. I 2 kap. AML finns allmänna bestämmelser om arbetsmiljöns beskaffenhet. Bestämmelser om vilka som har ansvaret för arbetsmiljörätten finns i 3 kap. Det är främst arbetsgivare som har ett ansvar för arbetsmiljön men ett ansvar läggs också på arbetstagare

och tillverkare m.fl. I 4 kap. finns bemyndigande för regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Arbetsmiljöverket att meddela straffsanktionerade föreskrifter om förhandskontroll i olika former. Regeringen har genom 18 § arbetsmiljöförordningen bemyndigat Arbetsmiljöverket att meddela föreskrifter för verkställighet av AML. Vidare finns i 5 kap. särskilda bestämmelser om minderåriga, varmed avses en person som inte har fyllt 18 år. I 6 kap. AML finns bestämmelser om den lokala skyddsverksamheten i företag och förvaltningar. Den lokala skyddsverksamheten bygger på en princip om samverkan i organiserade former mellan arbetsgivare och arbetstagare. I 7-9 kap. finns bestämmelser om tillsyn, påföljder och överklagande.

## **2.1 Arbetsmiljöns beskaffenhet**

I 2 kap. AML finns allmänna bestämmelser om arbetsmiljöns beskaffenhet. Kraven på arbetsmiljöns beskaffenhet preciseras genom föreskrifter som meddelas av Arbetsmiljöverket.

Enligt 2 kap. 1 § AML skall arbetsmiljön vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt hänseende. Dessutom skall arbetstagaren ges möjlighet att medverka i utformningen av arbetsituationen samt i förändrings- och utvecklingsarbetet rörande det egna arbetet. Vidare skall teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Även löneformer och arbetstider skall beaktas i detta sammanhang. Starkt styrt eller bundet arbete skall undvikas eller begränsas. Det skall eftersträvas att arbetet ger möjlighet till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter. Vidare skall eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässigt ansvar.

Det finns i 2 kap. AML också bestämmelser om att arbetet skall plan-läggas och anordnas så att det kan utföras i en sund och säker miljö. Vidare skall arbetslokalen vara lämplig från arbetsmiljösynpunkt. De arbetshygienska förhållandena, såsom luft-, ljud- och ljusförhållanden skall vara tillfredsställande och det skall vidtas betryggande skyddsåtgärder mot skada genom fall, ras, brand, explosion, elektriskt ström eller liknande. Förekommande

tekniska anordningar skall vara så beskaffade och placerade och användas på sådant sätt betryggande säkerhet ges mot ohälsa och olycksfall. Farliga ämnen får användas endast under förhållanden som ger betryggande säkerhet. Kan betryggande skydd mot ohälsa eller olycksfall inte uppnås på annat sätt, skall personlig skyddsutrustning användas. Arbetsgivaren skall tillhandahålla sådan utrustning. I den utsträckning som föranleds av arbetets art och arbetstagarnas behov skall det finnas personalutrymmen samt anordningar för första hjälp vid olycksfall eller sjukdom.

Vidare anges i AML att bestämmelser om arbetstid finns i arbetstidslagen (1982:673). Med stöd av 5 kap. 5 § AML och 18 § arbetsmiljöförordning har emellertid dåvarande Arbetarskyddsstyrelsen utfärdat föreskrifter om minderåriga (AFS 1996:1). Dessa innehåller tvingande maximiregler för minderårigas arbetstid. Som exempel kan nämnas att för en minderårig arbetstagare som fullgjort sin skolplikt och fyller minst 16 år under kalenderåret får ordinarie arbetstid jämte eventuell övertid och jourtid sammanlagt inte överstiga åtta timmar per dag och inte heller 40 timmar per vecka.

## **2.2 Skyldigheter beträffande arbetsmiljön**

I 3 kap. AML anges vilka som har ansvaret för arbetsmiljön. Enligt en allmän bestämmelse i 3 kap. 1 a § skall arbetsgivare och arbetstagare samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Närmare samverkansregler finns i 6 kap.

Huvudansvaret ligger dock väsentligen på arbetsgivaren. Denne skall enligt 3 kap. 2 § vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Ansvaret begränsas enligt förarbetena (prop. 1976/77:149 s. 253f) på så sätt att de insatser som krävs för att förbättra arbetsmiljön inte får vara orimliga i förhållande till de resultat som kan uppnås. Däremot tas i princip ingen hänsyn till arbetsgivarens ekonomiska situation. Arbetsgivaren skall vidare beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam. Vidare föreskrivs i nämnda paragraf att lokaler samt maskiner, redskap, skyddsutrustning och andra tekniska anordningar skall underhållas väl.

Har olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet föranlett dödsfall eller svårare personskada eller samtidigt drabbat flera arbetstagare, skall enligt 2 § arbetsmiljöförordningen arbetsgivaren

utan dröjsmål underrätta Arbetsmiljöverket. Detsamma gäller vid tillbud som har inneburit allvarlig fara för liv eller hälsa. Enligt 2 a § nämnda förordning skall läkare till Arbetsmiljöverket anmäla sjukdom som kan ha samband med arbete och är av intresse från arbetsmiljösynpunkt, samt lämna verket upplysningar och biträde.

### *Internkontroll av arbetsmiljön*

I 3 kap. 2 a § AML regleras arbetsgivarens ansvar för internkontroll av arbetsmiljön samt arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamhet (prop. 1990/91:140, bet. 1990/91:AU22, rskr. 1990/91:302). I bestämmelsens första stycke om internkontroll föreskrivs att arbetsgivaren skall systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten så att arbetsmiljön uppfyller kraven dels i AML dels med stöd av lagen lämnade föreskrifter. Arbetsgivaren har också en skyldighet att utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och även vidta åtgärder som kan krävas i anledning därav. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidsplaneras. Enligt andra stycket följer en skyldighet för arbetsgivaren att i vissa fall dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna. Av bestämmelsens tredje stycke framgår vidare att arbetsgivaren även skall se till att det i verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för att uppfylla de krav som ställs i AML och 22 kap. AFL. Av 22 kap. 3 § AFL följer att arbetsgivaren är skyldig att svara för att arbetstagarens behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Ytterligare föreskrifter om internkontroll finns i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1), som träder i kraft den 1 juli 2001. Samtidigt upphävs Arbetskyddsstyrelsen kungörelse (AFS 1996:6) med föreskrifter om internkontroll av arbetsmiljön. Enligt 3 kap. 2 § AML har arbetsgivaren huvudansvaret för arbetsmiljön i verksamheten, medan det i 3 kap. 2 a § anges övergripande hur ansvaret skall uppfyllas. Föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete utvecklar och preciserar hur arbetsgivaren skall gå tillväga för att uppfylla sitt ansvar. Andra föreskrifter från Arbetskyddsstyrelsen och Arbetsmiljöverket kompletterar i olika hänseenden reglerna om arbetsmiljöarbetet. Jämfört med tidigare föreskrifterna AFS 1996:6 är den grundläggande metodiken i det systematiska arbetsmiljöarbetet oförändrad. Det har emellertid i de nya föreskrifterna



införts krav på att den som hyr in arbetskraft skall bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete. Vidare har det tillkommit bestämmelser om företagshälsovård.

Med systematiskt arbetsmiljöarbete menas enligt 2 § AFS 2001:1 arbetsgivarens arbete med att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås. Enligt 5 § nämnda föreskrifter skall det finnas en arbetsmiljöpolicy som beskriver hur arbetsförhållandena skall vara för att ohälsa och olycksfall i arbetet skall förebyggas och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås.

Vidare skall enligt 8 § nämnda föreskrifter arbetsgivaren regelbundet undersöka arbetsförhållandena och bedöma riskerna för att någon kan komma att drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet. Råkar en arbetstagare ut för ohälsa eller olycksfall i arbetet skall arbetsgivaren enligt 9 § utreda orsakerna så att risker för ohälsa och olycksfall kan förebyggas. Samma gäller om något allvarligt tillbud inträffar i arbetet. Enligt 10 § skall arbetsgivaren omedelbart eller så snart det är praktiskt möjligt genomföra de åtgärder som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet. Arbetsgivaren skall också vidta åtgärder i övrigt som behövs för att få en tillfredsställande arbetsmiljö. Åtgärder som inte genomförs omedelbart skall föras in i en skriftlig handlingsplan

#### *Företagshälsovård*

Enligt en tidigare bestämmelse i 3 kap. 2 § andra stycket AML skulle arbetsgivaren, om arbetsförhållandena påkallade det, föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten krävde. Sedan den 1 januari 2000 gäller en ny bestämmelse, som har införts i 3 kap. 2 b § första stycket. Enligt denna skall arbetsgivaren svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Syftet med den nya bestämmelsen är att samordna arbetsgivarens skyldighet att svara för att företagshälsovård i vissa lägen finns att tillgå med reglerna i 3 kap. 2 a § om internkontroll samt arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamhet. Den nya lydelsen avser att omfatta alla de situationer när det enligt reglerna om internkontroll samt arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamhet är nödvändigt att arbetsgivaren vidtar särskilda åtgärder för att kunna uppfylla sin skyldighet enligt AML.

I andra stycket nämnda paragraf har det införts en definition av *företagshälsovård*. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Enligt 12 § första stycket AFS 2001:1 skall arbetsgivaren när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån.

#### *Anpassning av arbetsförhållandena*

Enligt 3 kap. 3 § tredje stycket arbetsmiljölagen skall arbetsgivaren genom att anpassa arbetsförhållandena eller genom att vidta andra lämpliga åtgärder ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid arbetets planläggning och anordnande av arbetet skall beaktas människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifterna. Enligt 3 kap. 2 a § tredje stycket skall arbetsgivaren se till att det i hans verksamhet finns en arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet som är organiserad på lämpligt sätt för fullgörande av de uppgifter som enligt AML och 22 kap. AFL vilar på honom.

Dävarande Arbetarskyddsstyrelsen har preciserat arbetsgivarens skyldigheter enligt 3 kap. 3 § AML genom föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering, AFS 1994:1. Som vägledning vid tillämpningen av föreskrifterna finns allmänna råd, som inte är juridiskt bindande men ofta har stor betydelse vid bedömningen av enskilda fall. Arbetsgivaren skall enligt föreskrifterna fortlöpande ta reda på vilka behov av anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder som finns bland arbetstagarna och så tidigt som möjligt påbörja arbetet med anpassning av arbetssituationen och rehabilitering av de arbetstagare som har behov av detta. Vidare skall arbetsgivaren enligt 6 § föreskrifterna klargöra hur arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering skall fördelas. Den som arbetar med arbetsanpassning och rehabilitering skall ha de befogenheter, resurser och den kompetens som behövs för uppgifterna. I styrelsens kommentar till 6 § sägs att arbetsgivaren i arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering kan ha stor nytta av att anlita

företagshälsovården och dess kunnande i medicinskt, tekniskt och beteendevetenskapligt avseende. Vidare sägs att företagshälsovården kan aldrig överta arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Där-  
emot kan företagshälsovården bistå arbetsgivaren med att planera och följa upp olika åtgärder.

Anpassnings- och rehabiliteringsarbetet skall enligt 7 § organiseras så att det kan ske i samarbete med de berörda arbetstagar-  
na, försäkringskassan och andra myndigheter.

Enligt 12 § föreskrifterna skall arbetsgivaren anpassa de enskilda  
arbetstagarernas arbetssituation med utgångspunkt från deras  
förutsättningar för arbetsuppgifterna. Därvid skall särskilt beaktas  
om den enskilde arbetstagararen har någon funktionsnedsättning  
eller annan begränsning av arbetsförmågan. Av de allmänna råden  
till 12 § framgår att arbetssituationen bör för samtliga anställda  
utformas utifrån det faktum att människor till exempel har olika  
utbildningsbakgrund, att tidigare yrkeserfarenheter varierar, att  
funktionshinder är relativt vanliga och att människor åldras och  
därmed drabbas av åldersförändringar. Målsättningen med den  
individuella arbetsanpassningen är att vidta sådana åtgärder att  
arbetstagararen kan vara kvar eller återkomma till sitt vanliga arbete.

Med det vanliga arbetet avses i första hand det arbete som  
arbetstagararen faktiskt utför eller brukar utföra. Om det inte är  
möjligt att anpassa det vanliga arbetet så att det passar  
arbetstagararen bör andra arbetsuppgifter, eventuellt efter anpassning  
av arbetssituationen, som ligger inom arbetstagararens arbets-  
skyldighet erbjudas den anställde.

De anpassningsåtgärder som nämns i de allmänna råden till AFS  
1994:1 är

1. anskaffning av tekniska hjälpmedel och särskilda arbetsredskap,
2. förändringar i den fysiska arbetsmiljön eller arbetsorganisa-  
tionen,
3. förändring av arbetsuppgifter, arbetsfördelning, arbetstider,  
arbetsmetoder samt de psykologiska och sociala förhållandena,
4. personella stödinsatser,
5. särskilda informationsinsatser,
6. arbetsträning eller arbetsprövning och
7. omplacering.

Det finns naturligtvis en gräns för hur mycket man kan kräva av en  
arbetsgivare, men eftersom AML är en ramlag anger den inte någon  
klar gräns för ansvaret. Vilka krav man kan ställa på arbetsgivaren

stysr bland annat av den tekniska utvecklingen och den nytta arbetstagaren kan ha av åtgärden. Vad som är rimligt att kräva av arbetsgivaren måste avgöras efter en prövning av omständigheterna i det enskilda fallet där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in.

### *Tillsyn och sanktioner*

I 7 kap. AML finns bestämmelser om tillsyn. Tillsyn över att arbetsmiljöreglerna följs utövas enligt 1 § av Arbetsmiljöverket. Såvitt avser örlogsfartyg utövas tillsynen dock av Sjöfartsverket. I fråga om örlogsfartyg gäller vad som i AML sägs om Arbetsmiljöverket i stället Sjöfartsverket.

Enligt 3 § har tillsynsmyndigheten rätt att erhålla de upplysningar, handlingar och prov samt påkalla undersökningar som behövs för tillsyn enligt AML. I 4 § ges en upplysningsplikt i förhållande till tillsynsmyndigheten. På begäran skall den som i sin verksamhet använder en viss produkt eller uppdragit åt annan att utföra ett visst arbete lämna upplysning om vem som har levererat produkten eller utför arbetet. Enligt 5 § har tillsynsmyndigheten tillträde till arbetsställe och får där göra undersökningar och ta prov. Därvid skall polismyndigheten lämna handräckning, om så behövs.

Arbetsmiljöverket har enligt 7 § möjlighet att gentemot den som på en arbetsplats har skyddsansvar meddela de förelägganden och förbud som behövs för att AML eller föreskrifter som har meddelats med stöd av denna lag skall efterlevas. I sådant föreläggande eller förbud får sättas ut vite. Om någon inte följer ett föreläggande som meddelats av Arbetsmiljöverket, får verket förordna om rättelse på arbetsgivarens bekostnad, s.k. tvångsutförande.

Beträffande förelägganden och förbud enligt 7 § kan nämnas att det vid tiden för ingripandet ännu inte behöver ha inträtt något missförhållande i skyddshänseende. Det räcker att myndigheten på grund av t.ex. en anmälan om planerad åtgärd anser att det finns behov av att ingripa med föreläggande eller förbud i förebyggande syfte.

Vidare kan ett skyddsombud enligt 6 kap. 7 § avbryta ett arbete i avvaktan på ställningstagande av Arbetsmiljöverket. Detta gäller om ett arbete innebär omedelbar och allvarlig fara för arbetstagarens liv eller hälsa.

I 8 kap. AM finns bestämmelser om påföljder. Den som bryter mot föreläggande eller förbud som har meddelats av Arbetsmiljöverket kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år. Detta gäller dock inte om föreläggandet eller förbudet har förenats med vite.

Vidare kan den dömas till böter om han anlitar en minderårig i strid med vissa bestämmelser i 5 kap. AML eller som bryter mot vissa av de föreskrifter som meddelats med stöd av 4 kap. AML. Samma gäller den som vid fullgörande av upplysningsskyldighet lämnat oriktig uppgift till tillsynsmyndigheten eller den som utan giltigt skäl tagit bort en skyddsanordning eller satt den ur bruk. Det får dock inte dömas till ansvar om det för överträdelsen har utfärdats föreskrifter om sanktionsavgift enligt 8 kap. 5 §.

År 1994 infördes i 8 kap. 5 § arbetsmiljölagen möjligheter för regeringen eller, efter regeringens bestämmande, Arbetarskyddstyrelsen (numera Arbetsmiljöverket) att föreskriva att en särskild avgift ska betalas om överträdelse har skett av en föreskrift som har meddelats stöd av ett bemyndigande i något avseende som anges i vissa lagrum i arbetsmiljölagen. Avgiften ska betalas även om överträdelsen inte skett uppsåtligt eller av oaktsamhet. Frågor om påförande av sanktionsavgift prövas enligt 7 § av länsrätten efter ansökan av Arbetsmiljöverket. Avsikten är att Arbetsmiljöverket genom föreskrifter efter hand skall pröva om det är lämpligt att införa sanktionsavgifter på angivna områden. I 9 § ges även viss möjlighet att lägga avgift genom avgiftsföreläggande som utfärdas av Arbetsmiljöverket. Har ett sådant föreläggande godkänts av den det riktar sig till, gäller det som domstols lagakraftvunna avgörande varigenom avgift påförts.

### **3 Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering enligt AFL**

Nuvarande bestämmelser om rehabilitering och rehabiliteringsersättning i 22 kap. AFL har i huvudsak gällt sedan år 1992. En bärande tanke bakom dessa bestämmelser kan sägas vara att den enskilde arbetstagarens nedsatta arbetsförmåga skall uppmärksamma och åtgärdas på ett så tidigt stadium att denne inte hinner anpassa sig till en tillvaro utanför arbetslivet (jfr prop. 1990/91:141 s. 32).

Det ankommer enligt regelverket i 22 kap. AFL på arbetsgivaren att ta reda på om en arbetstagare behöver särskilda rehabiliteringsåtgärder. Vad som avses med arbetsgivare och

arbetstagare anges inte i AFL. Frågan om när en arbetsgivares ansvar inträder torde få avgöras med ledning av de allmänna rättsregler och praxis som gäller i fråga om när en person anses anställd. Ett rehabiliteringsansvar förutsätter inte att arbetstagaren har börjat utföra arbete utan det räcker med att det föreligger ett anställningsförhållande. En arbetstagare som har återkommande kortvariga anställningar hos flera olika arbetsgivare kommer förmodligen inte att få tillgång till arbetslivsinriktad rehabilitering, såvida inte försäkringskassan erbjuder sådana åtgärder.

Bestämmelser om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar finns i 22 kap. 3 § AFL. Enligt dessa skall den försäkrades arbetsgivare i samråd med den försäkrade svara för att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Om det inte framstår som obehövt skall arbetsgivare påbörja en rehabiliteringsutredning. Detta gäller när en försäkrad helt eller delvis har varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom under längre tid än fyra veckor i följd eller när den försäkrades arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder. I förarbetena (prop. 1990/91:141 s. 89) anges som utgångspunkt för vad som utgör ofta förekommande avbrott frånvaro vid i vart fall sex tillfällen under en tolv månadersperiod. Arbetsgivaren skall dessutom göra en rehabiliteringsutredning på begäran av den försäkrade. Det kan nämnas att utredningsansvaret ligger på arbetsgivaren oavsett hur rehabiliteringsbehovet har uppstått.

I 22 kap. 3 § tredje stycket finns bestämmelser om att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning skall tillställas försäkringskassan inom åtta veckor. För utredning på grund av sjukfrånvaro under längre tid än fyra veckor räknas tidsfristen från dagen för sjukanmälan. I fall med ofta förekommande sjukavbrott räknas tidsfristen från dagen för anmälan av det sjukfall som senast föregick rehabiliteringsutredningen. Har den försäkrade arbetstagaren själv begärt att utredning skall göras, räknas tidsfristen från den dag då begäran gjordes hos arbetsgivaren.

Kan en rehabiliteringsutredning inte slutföras inom den angivna tiden, skall detta enligt fjärde stycket nämnda paragraf anmälas till försäkringskassan inom samma tid. Uppgift skall lämnas om orsaken till dröjsmålet och om när utredningen beräknas vara avslutad. Sedan utredningen slutförts skall den omgående tillställas försäkringskassan.

Utredningsansvarets omfattning anges inte närmare i AFL. Däremot uttalas i förarbetena (prop. 1990/91:141 s. 45) bl.a. följande. En rehabiliteringsutredning bör beskriva de åtgärder som

anses nödvändiga för att den anställde skall kunna återgå i arbete. Utredningsansvaret skall inte begränsas till att omfatta åtgärder på arbetsplatsen. Det bör också ingå i arbetsgivarens ansvar att göra en bedömning av orsakerna till arbetsförmågan och utreda behovet av åtgärder om dessa står att finna utanför arbetsplatsen. Av inte minst av integritetsskäl bör dock mer omfattande utredningar av förhållanden utanför arbetsplatsen inte vara en uppgift för arbetsgivaren. När orsakerna till arbetsförmågan finns utanför arbetsplatsen, bör det vara en uppgift för försäkringskassan att se till att erforderliga rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd. Av utredningen skall också framgå vem som skall vidta de åtgärder som arbetstagaren behöver. Arbetsgivaren skall svara för de åtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen eller i syfte att arbetstagaren skall kunna vara kvar på arbetsplatsen.

En förutsättning för att det skall göras en rehabiliteringsutredning är, som tidigare nämnts, att det inte framstår som obehövt. Som ett exempel på när en utredning är obehövlig nämns i specialmotiveringen (prop. 1990/91:141 s. 88) till ifrågasvarande bestämmelse att det för arbetsåtergång inte krävs några särskilda åtgärder. Vidare nämns att någon utredning heller inte behövs när det klart framgår att de åtgärder som skall vidtas i rehabiliteringssyfte ryms inom arbetsgivarens grundläggande skyldigheter enligt t.ex. AML. Exempel på när en utredning bör komma till stånd är när rehabiliteringsbehoven är oklara eller det kan förmodas att det kan komma att krävas en rehabiliteringsåtgärd, vid vilken ersättning skall utges från socialförsäkringen, eller när andra än parterna på arbetsplatsen är bäst lämpade att handha rehabiliteringsåtgärden.

Utredningens omfattning och karaktär får enligt förarbetena avgöras med utgångspunkt i omständigheterna i det enskilda fallet. I vissa fall kan utredningen vara av mycket enkel beskaffenhet, medan den i andra fall behöver göras betydligt mer omfattande. – Enligt Riksförsäkringsverkets allmänna råd 1991:12 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL) bör det av rehabiliteringsutredningen framgå hur den anställdes förhållanden på arbetsplatsen är, vilka åtgärder som åtgärder som eventuellt redan har vidtagits och vilka åtgärder som behövs för återgång till arbetet. Det är enligt de allmänna råden också viktigt att den anställdes färdigheter, kunskaper och intressen utanför arbetslivet framgår av utredningen, eftersom dessa kan utgöra en grund för inriktningen av eventuella rehabiliteringsåtgärder.

I många fall kan arbetsgivaren behöva stöd för att göra en fullständig utredning. Företagshälsovården är den resurs som i första hand är aktuell för detta. Medverkan från försäkringskassan kan också bli aktuellt utan att kassan övertar ansvaret för utredningen. Om arbetsgivaren behöver hjälp med att göra en rehabiliteringsutredning, bör enligt prop. 1990/91:141 försäkringskassan undantagsvis kunna lämna sådant stöd.

Försummar en arbetsgivare upprepade gånger sitt ansvar att göra en rehabiliteringsutredningen trots att kassan har försökt hjälpa till rekommenderar Riksförsäkringsverket i sina allmänna råd 1991:12 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning enligt lagen om allmän försäkring (AFL) att försäkringskassan underrättar yrkesinspektionen, så att yrkesinspektionen kan överväga åtgärder med stöd av AML.)

I AFL anges inte närmare vilka rehabiliteringsåtgärder arbetsgivaren skall vidta. Enligt 22 kap. 3 § första stycket AFL skall denne svara för att "de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering". I förarbetena (prop. 1990/91:141 s. 42 och 89) sägs emellertid bl.a. följande. I arbetsgivarens ansvar bör ingå att vidta de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten. Exempel på sådana åtgärder är arbetsprövning, arbetsträning, utbildning och omplacering. Vidare bör det kunna komma i fråga att vidta tekniska åtgärder eller att anskaffa särskild utrustning för att ändra den fysiska miljön och minska arbetsbelastningen. Det kan även gälla åtgärder beträffande arbetsinnehåll och arbetsorganisation. Inriktningen bör vara att den anställda skall beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren.

Merparten av de arbetslivsinriktade åtgärder som arbetsgivaren skall vidta enligt AFL finns angivna i Arbetsmiljöverkets (tidigare Arbetarskyddsstyrelsens) föreskrifter och allmänna råd. Av betydelse är därvid bl.a. Arbetsskyddsstyrelsens föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1). AFL anknyter till arbetsgivarens skyldigheter enligt arbetsmiljörégleringen genom att dessa ingår som en del i arbetsgivarens rehabiliteringsskyldigheten enligt 22 kap. AFL. I 3 kap. 2 a § tredje stycket AML föreskrivs också att arbetsgivaren skall se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassning- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt den lagen och enligt 22 kap. 3 § AFL vilar på honom.

Den försäkrade är skyldig att medverka vid rehabiliteringsutredningen och att delta i rehabiliteringen. Han eller hon



skall enligt 22 kap. 4 § AFL lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga rehabiliteringsbehovet samt skall efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen. Rehabiliteringsåtgärderna skall dock enligt 22 kap. 2 § andra stycket AFL planeras i samråd med den försäkrade och utgå från dennes individuella förutsättningar och behov. Vidare skall utredningen göras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det (22 kap. 3 § fjärde stycket).

Försäkringskassan skall enligt 22 kap. 3 § sista stycket överta ansvaret för rehabiliteringsutredningen, om det finns skäl till det. I specialmotiveringen till bestämmelsen anfördes (prop. 1990/91:141 s. 89) att försäkringskassan i vissa fall skulle ta över ansvaret för utredningen. Detta kunde bli aktuellt t.ex. när det var fråga om en liten arbetsplats, när arbetsgivaren saknade kompetens eller resurser för ändamålet eller därmed jämförbara situationer. Övertagande kunde också bli aktuellt i situationer där arbetsgivaren, trots påpekande, av någon anledning inte gjorde någon utredning eller där en utredning försvärades på grund av förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagarare.

Det kan också nämnas att enligt 8 § förordningen (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd skall anmälan om arbetsskada göras till försäkringskassan, om skadan har medfört eller kan antas medföra rätt till sjukvårdsersättning, sjukpenning eller rehabiliteringsersättning enligt AFL eller sjuklön.

Vidare ankommer det på arbetsgivaren att enligt bestämmelser i lagen (1991:1047) om sjuklön att betala sjuklön under de första 13 dagarna efter karensdagen vid sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Enligt 12 § nämnda lag skall arbetsgivaren till försäkringskassan anmäla sjukdomsfall som har gett arbetstagarare hos honom rätt till sjuklön, om sjukperioden fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång.

#### **4 Arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar**

Arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar regleras i lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS). Enligt 7 § LAS skall uppsägning från arbetsgivarens sida vara sakligt grundad. En uppsägning är inte sakligt grundad, om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagararen annat arbete hos sig.

En anställd kan ha nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller ålder. Enligt förarbetena till LAS utgör som huvudregel sådana omständigheter inte saklig grund för uppsägning.

En arbetstagares anställningsskydd medan rehabiliteringsinsatser pågår hänger intimt samman med de regler som gäller allmänt för anställningsskydd under sjukdom. När LAS infördes uttalade departementschefen i förarbetena som sin principiella inställning att sjukdom och därav följande nedsatt arbetsförmåga inte i sig utgjorde saklig grund för uppsägning. Enligt departementschefen kunde det dock förekomma fall där en av sjukdom föranledd nedsättning av arbetsförmågan kunde åberopas som saklig grund för uppsägning. Detta gällde om nedsättningen av arbetsförmågan kunde bedömas som stadigvarande och så väsentlig att arbetstagaren inte längre kunde utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Enligt departementschefen borde dock inte en anställning normalt kunna bringas att upphöra förrän arbetstagaren fått rätt till sjukbidrag eller förtidspension, och i vart fall inte så länge arbetstagaren uppbär sjukpenning (prop. 1973:129 s. 126).

En arbetsgivare har således normalt inte rätt att säga upp en arbetstagare på grund av att denne är sjuk. Uppsägning på grund av sjukdom kan ske endast om arbetsförmågan på grund av sjukdomen blivit varaktigt nedsatt i sådan mån att arbetstagaren inte längre kan utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren. Arbetsdomstolen har i ett antal avgöranden lagt fast en praxis som ytterligare klargör hur LAS ska tillämpas vid uppsägning på grund av en arbetstagares sjukdom. I dom 1997 nr 39 sammanfattade arbetsdomstolen sin uppfattning om rättsläget såvitt avser sjukdom som saklig grund för uppsägning. Arbetsdomstolen hänvisade till ovan nämnda motivuttalande och konstaterade vidare.

"Dessa motivuttalanden är tillämpliga även i fråga om den nu gällande anställningsskyddslagen (jfr prop. 1981/82:71 s. 66). Av fast praxis i arbetsdomstolen framgår, i enlighet med dessa uttalanden, att det är endast i undantagsfall som en arbetsgivare har saklig grund för uppsägning med hänvisning till arbetstagarens sjukdom (se t.ex. domarna 1987 nr 164 och 1996 nr 115). Ett sådant undantag föreligger om arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren."

Samma uppfattning hävdas även i doktrinen. Lunning menar att uppsägning som regel inte får ske på grund av sjukdom om arbetstagaren rimligen kan antas återvinna sin hälsa. Lunning menar vidare att uppsägning på grund av sjukdom normalt inte anses kunna komma i fråga så länge arbetstagaren uppbär sjukpenning

från försäkringskassan. I den mån ålder, sjukdom, olycksfall eller arbetsskada däremot medför en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som är så väsentlig att arbetstagaren inte längre kan förväntas utföra arbete av någon betydelse, görs dock undantag från huvudregeln. Uppsägning anses då få ske (Lunning, Anställningsskydd, 1989, s. 246 f).

Det kan nämnas att arbetsdomstolen i sina domar (se t.ex. nedan angående AD 1993 nr 42) vid sin prövning inte har lagt någon avgörande vikt vid vilken ersättningsform som den anställda har från försäkringskassan på grund av sin sjukdom.

#### **4.1 Rehabiliteringsåtgärders betydelse för anställningsskyddet**

För att det skall finnas saklig grund för uppsägning i en sjukdomssituation krävs att arbetsgivaren har uppfyllt de krav som ställs på honom i AML och AFL i fråga om anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder. Det allmänna kravet på arbetsgivaren i 7 § andra stycket LAS att han skall ha prövat möjligheterna till omplacering innan den anställda sägs upp är också tillämpliga.

Arbetsdomstolen har i ett antal domar prövat frågan om möjligheten att säga upp en person mot bakgrund av om arbetsgivaren uppfyllt kravet på rehabiliteringsåtgärder. I målet 1993 nr 42 förde arbetsdomstolen ett resonemang om vilka krav i rehabiliteringshänseende som kunde ställas på en arbetsgivare med anledning av AML och AFL. Arbetsdomstolen anförde bland annat följande.

"I arbetsgivarens ansvar inom den allmänna försäkringen ingår att vidta de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som kan genomföras inom eller i anslutning till den egna verksamheten, t.ex. arbetsträning, utbildning och omplacering (prop. 1990/91:141 s. 42). Häri ligger inte att arbetsgivarens skyldigheter att medverka till rehabiliteringsåtgärder är begränsade endast till sådana åtgärder som kan vidtas på den egna arbetsplatsen. Det kan krävas av arbetsgivaren att denne medverkar till att finna exempelvis relevant arbetsprövning, arbetsträning och omskolning utanför den egna arbetsplatsen och att arbetsgivaren när det behövs medger arbetstagaren tjänstledighet för att genomföra sådan rehabilitering (jfr a. prop. s. 43). Förarbetena ger dock inte stöd för att arbetsgivaren kan åläggas ett längre gående ansvar för arbetstagarens rehabilitering än att vidta sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren

ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Men i denna del kan ansvaret inte anses vara begränsat till att avse endast rehabiliteringsåtgärder för en återgång till arbete inom ramen för anställningen. Även möjligheterna att efter rehabilitering omplacera arbetstagaren till andra arbetsuppgifter inom företaget måste givetvis övervägas. Också i detta hänseende måste frågan om vidden av arbetsgivarens skyldigheter avgöras efter omständigheterna i det enskilda fallet, där såväl arbetstagarens som arbetsgivarens förhållanden och förutsättningar vägs in (jfr prop. 1990/91:140 s. 52). Som också uttalas i motiven kommer det att i en del fall inte vara möjligt att finna lösningar som gör det möjligt att anställningen består. Det blir då en uppgift för samhället att medverka till att den enskilde kan finna ett annat och lämpligare arbete (prop. 1990/91:141 s. 43)."

I dom 1998 nr 20 slår Arbetsdomstolen fast att en arbetsgivare normalt måste anses sakna saklig grund för uppsägning, om uppsägningen beror på sjukdom, i sådana fall där arbetsgivaren har underlåtit att göra en rehabiliteringsutredning eller underlåtit att överlämna utredningen till försäkringskassan. Trots att domstolen inte ansåg sig ha anledning att pröva frågan om arbetsgivaren hade gjort en rehabiliteringsutredning eller ej ville domstolen göra följande tillägg i domskälen.

"Av 22 kap. 3 § lagen om allmän försäkring framgår att en arbetsgivare under de förutsättningar som anges där, är skyldig att göra en rehabiliteringsutredning och överlämna den till försäkringskassan. Av lagen och dess förarbeten följer att man med bestämmelserna i 22 kap. eftersträvar en samverkan mellan arbetsgivaren, arbetstagaren och försäkringskassan och i förekommande fall också andra samhällsorgan, t.ex. arbetsförmedling och socialtjänst. Om det inte går att finna en lösning som gör det möjligt att arbetstagarens anställning består, blir det en uppgift för samhället att medverka till att den enskilde kan finna något annat och lämpligare arbete. Om inte heller detta går, får övervägas vilket stöd i övrigt som samhället kan erbjuda (se närmare prop. 1990/91:141).

För arbetstagaren är det av vitalt intresse att den i lagen föreskrivna ordningen iakttas. Genom en samverkan mellan arbetsgivaren och berörda samhällsorgan stärks, till fördel också för arbetsgivaren, den samlade kompetensen avseende den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Vidare medför försäkringskassans ansvar för samordning och tillsyn över de insatser som krävs enligt lagen om allmän försäkring för den enskildes rehabilitering bl.a.

den tryggheten för arbetstagaren, att om hans anställningsförhållande upplöses kan samhället direkt gå in och erbjuda det ytterligare stöd som står till buds."

Arbetsdomstolen fastslog även i målet 1993 nr 42 att det i anställningsskyddshänseende inte har någon avgörande betydelse huruvida arbetstagaren vid uppsägningen uppbär sjukpenning/rehabiliteringsersättning. Vad som i stället enligt arbetsdomstolen skall vara avgörande är om en fortsatt rehabilitering kan förväntas leda till att den anställda kan återgå till arbete hos arbetsgivaren. Om det visar sig att arbetstagaren inte kan förväntas kunna utföra arbete av någon betydelse för arbetsgivaren kan den anställda sägas upp även om något beslut om sjukbidrag eller förtidspension inte föreligger. Arbetsdomstolen slog således fast att en arbetsgivares ansvar för rehabilitering av en anställd inte sträcker sig längre än att medverka till sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren skall komma tillbaka till arbete hos arbetsgivaren.

## 4.2 Omplacering

Arbetsgivarens omplaceringsskyldighet regleras i 7 § första stycket LAS. Där sägs att uppsägning från arbetsgivarens sida ska vara sakligt grundad. Saklig grund föreligger inte om det är skäligen att kräva att arbetsgivaren bereder arbetstagaren annat arbete hos sig.

Omplaceringsskyldigheten gäller i första hand arbete på samma arbetsplats eller inom samma företagsenhet som den där arbetstagaren redan är placerad. Om detta inte låter sig göras skall arbetsgivaren undersöka om det finns arbete inom någon annan del av företaget. Har företaget flera driftenheter ska undersökningen ta sikte på samtliga. För myndigheter gäller omplaceringsskyldigheten hela anställningsmyndighetens verksamhetsområde. Inom det kommunala och landstingskommunala området gäller omplaceringsansvaret samtliga förvaltningsområdena. Omplaceringsskyldigheten omfattar inte andra företag inom en koncern och inte heller andra myndigheters verksamhetsområden. Inte heller omfattas självständiga rörelsegrenar på andra orter, i synnerhet inte om varje rörelsegren har egen personalavdelning som självständigt sköter rekrytering och andra personalfrågor.

Arbetsdomstolen uttalade i rättsfallet 1993 nr 42 att omplaceringsskyldigheten inte sträcker sig så långt att det krävs av arbetsgivaren att denne omorganiserar arbetet för andra

arbetstagare så att dessa får ett försämrat arbetsinnehåll bara för att den sjuke, som klarar endast lättare arbetsuppgifter, ska kunna behålla sin anställning. Lunning anför i sin kommentar till lagen om anställningsskydd att omplaceringsskyldigheten mot bakgrund av arbetsgivarens principiella rätt att besluta om sin verksamhet inte innebär en skyldighet för arbetsgivaren att inrätta nya permanenta tjänster för att undvika uppsägningen. Omplaceringsskyldigheten omfattar således endast redan befintliga lediga befattningar eller vad som kan jämföras därmed (Lunning, Anställningsskydd, 1989, s. 267).

Det arbete som arbetsgivaren bör erbjuda skall så långt möjligt var likvärdigt med det arbete som arbetstagaren haft tidigare. Om detta inte är möjligt bör det vara ett arbete som är lämpligt med hänsyn till arbetstagarens förutsättningar. Omplaceringsskyldigheten kan inte kringgås genom ett oskäligt erbjudande om arbete när mer lämpliga arbeten finns att tillgå hos arbetsgivaren.

Omfattningen av omplaceringsskyldigheten har också varit uppe till arbetsdomstolens bedömning bl.a. i rättsfallen 1981 nr 51 och 1997 nr 115. I det förra förklarade Arbetsdomstolen att det i omplaceringsskyldigheten låg att det ankom på arbetsgivaren att göra en noggrann utredning i omplaceringsfrågan och därvid verkligen ta till vara föreliggande möjligheter att ordna en omplacering. AD förklarade vidare att eventuella oklarheter huruvida en omplacering kunnat ske normalt innebär att omplaceringsskyldigheten inte ansågs fullgjord. I 1997 års rättsfall, det så kallade Perstorpsfallet, förtydligade arbetsdomstolen ytterligare kraven på en omplaceringsutredning. Domstolen uttalade att en omplaceringsutredning bör omfatta både en noggrann undersökning av arbetstagarens önskemål och förutsättningar och en systematisk genomgång av eventuellt lediga anställningar. Arbetsdomstolen framhöll dock att arbetsgivaren inte hade någon skyldighet att utvidga sin organisation för att bereda den anställde arbete.

I sistnämnda rättsfall var också frågan om arbetsgivaren hade fullgjort sitt anpassningsansvar enligt AML uppe till prövning. Detta mot bakgrund av att Yrkesinspektionen i ett beslut förelagt arbetsgivaren att anpassa arbetsförhållandena för den anställde så att hon kunde beredas andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. I målet framkom att en bedömning av den anställdes förutsättningar att återgå i arbete hade på uppdrag av försäkringskassan gjorts av ett bolag som sysslade med rehabiliteringstjänster. Enligt bolagets bedömning saknade den anställda helt förutsättningar att klara ens

ett anpassat arbete. Arbetsdomstolen konstaterade i sina domskäl att ytterligare anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder från arbetsgivarens sida, såvitt framkommit, inte skulle ha medfört att den anställda skulle ha kunnat återgå i arbete hos arbetsgivaren.

I Perstorpsfallet förelades arbetsgivaren med stöd av AML av Yrkesinspektionen att anpassa arbetsförhållandena så att arbetstagaren skulle kunna beredas andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. Föreläggandet överklagades till Arbetarskyddsstyrelsen, som i sitt beslut uttalade att skyldighet att anpassa arbetsförhållandena begränsas av anställningsavtalet mellan arbetstagaren och arbetsgivaren. Prövningen i Arbetsdomstolen går något längre. I Perstorpsfallet hänvisar AD till en tidigare dom 1993:42 där AD uttalar följande.

"Förarbetena ger dock inte stöd för att arbetsgivaren kan åläggas ett längre gående ansvar för arbetstagarens rehabilitering än att vidta sådana åtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Men i denna del kan ansvaret inte anses vara begränsat till att avse endast rehabiliteringsåtgärder för en återgång till arbete inom ramen för anställningen. Även möjligheterna att efter rehabilitering omplacera arbetstagaren till andra arbetsuppgifter inom företaget måste givetvis övervägas."

Som tidigare har konstaterats ingår anpassning av arbetsituationen enligt AML som en del av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Skyldigheten att anpassa arbetsituationen begränsas inte, enligt den prövning som Arbetsdomstolen gör, till det arbete som omfattas av anställningsavtalet, utan gäller även för det arbete som arbetsgivaren enligt LAS är skyldig att erbjuda arbetstagaren innan eventuell uppsägning vidtas. Av Perstorpsfallet framgår även att omplaceringsskyldigheten inte var begränsad till den enskilda förvaltningen utan gällde inom hela kommunen. Domstolen konstaterade att i föreliggande fall skulle ytterligare anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder från kommunens sida inte medföra att arbetstagaren kunnat beredas fortsatt arbete hos kommunen.

I det ovan relaterade fallet 1993 nr 42 kom Arbetsdomstolen också fram till att ett mindre företag hade rätt att säga upp två arbetstagare trots att de fortfarande uppbar sjukpenning och genomgick rehabiliteringsåtgärder. Anledningen till detta var att det vid uppsägningstillfället stod klart att de båda inte skulle kunna återvända i arbete vid företaget eftersom det inte gick att omplacera dem till något ledigt passande arbete och att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar därför hade upphört.

I rättsfallet 1997 nr 39 berörde Arbetsdomstolen arbetstagarens roll i samband med omplacering. Arbetsdomstolen uttalade att den anställdes agerande har betydelse på så sätt att det vid bedömningen av omplaceringsskyldigheten finns anledning att beakta om den anställde uppfyller sin skyldighet att själv medverka till rehabiliteringsinsatser. Arbetsdomstolen väger in arbetstagarens agerande vid bedömningen av vilka erbjudanden om annat arbete som arbetsgivaren skäligen borde ha lämnat i ett visst fall.

#### **4.3 Den anställdes vägran att medverka**

Om den anställde utan giltigt skäl undandrar sig att medverka i rehabiliteringsåtgärder kan arbetsgivaren säga upp anställningsavtalet. Vägrar den anställde delta i rehabiliteringsåtgärderna blir följden att det anses som att arbetsgivarens rehabiliteringsansvar har fullgjorts. I de båda rättsfallen AD 1993 nr 96 och 1997 nr 39 fann domstolen att en sådan vägran kan leda till att anställningen kan avslutas efter arbetsgivarens uppsägning. I det första rättsfallet hade Stockholms landsting sagt upp ett köksbiträde som uppbar sjukbidrag på grund av brösttryggsbesvär. Landstinget anmodade arbetstagaren att inställa sig för arbetsprövning på ett annat sjukhus än det han tidigare arbetat vid. Den anställde vägrade inställa sig till arbetsprövningen eftersom han menade att han inte skulle arbetsträna vid annat sjukhus än det där han var anställd. Arbetsdomstolen fann dock att landstinget inte var skyldigt att erbjuda arbetstagaren någon annan omplacering än den erbjudna och att det på grund av arbetstagarens vägran förelåg saklig grund för uppsägning. I rättsfallet 1997 nr 39 ansåg AD att arbetsgivaren hade saklig grund för sin uppsägning av en postsorterare när denne inte medverkade till rehabiliteringsåtgärder utan bland annat avstod från att gå erbjuden utbildning under återopande av att han var tvungen att passa sina barn.

#### **4.4 Uppsägningslön**

Enligt 12 § LAS har en arbetstagare som blivit uppsagd rätt att under uppsägningstiden behålla sin lön och andra anställningsförmåner, även om han inte får några arbetsuppgifter.



Vid en uppsägning är det normalt att arbetstagaren arbetar som vanligt under uppsägningstiden och får sin vanliga lön. Vid omplacering till sämre betalt arbete får han eller hon behålla sin gamla lön.

Det anses självklart att arbetstagaren inte får någon lön, om han inte inställer sig för att utföra arbetet.

I rättsfallet AD 1988 nr 78 gällde frågan om en arbetstagare hade rätt till lön för uppsägningstiden. Arbetsgivaren avsåg att inte ge den uppsagde några arbetsuppgifter under uppsägningstiden. Arbetstagaren var under uppsägningstiden helt sjukskriven. Arbetsdomstolen konstaterade att om en uppsagd arbetstagare vid sådant förhållande skall ha rätt till lön förutsätts att denne likväl står till arbetsgivarens förfogande. Så var enligt domstolen inte fallet om och i den mån arbetstagaren var arbetsoförmögen på grund av sjukdom. Någon rätt till uppsägningslön ansågs inte föreligga i det aktuella målet.



## Bilaga 8 Särskild konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor

Om ett förslag i ett betänkande har betydelse för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, skall enligt 15 § kommittéförordningen (1998:1474) dessa konsekvenser anges i betänkandet. Analysen skall ske i den omfattning som är påkallad i det enskilda fallet. I 3 § förordningen (1998:1820) om särskild konsekvensanalys av reglers effekter för små företags villkor anges ett antal frågeställningar som skall ingå i konsekvensanalysen.

Några av HpH:s förslag kan inverka på företags villkor. Detta gäller förslagen att arbetsgivare skall upprätta rehabiliteringsunderlag (se avsnitt 6.6), att en arbetsgivare skall betala en förseningsavgift om rehabiliteringsunderlag inte lämnas inom föreskriven tid (se avsnitt 6.7), att sjuklöneperioden skall förlängas (se avsnitt 6.8), och att det skall införas obligatoriskt högstkostnads-skydd för småföretag (se avsnitt 6.9). Även förslaget om att det skall vara obligatoriskt för en arbetsgivare att i verksamhetsberättelse redovisa sjukfrånvaro (se avsnitt 6.4) kan inverka på företags villkor. Med undantag för förslaget om högstkostnadsskydd gäller förslagen alla företag oavsett deras storlek.

I det följande görs en konsekvensanalys med avseende på förslagen rörande rehabiliteringsunderlag, sjuklöneperiod, högstkostnadsskydd och obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro. Därvid behandlas de frågor som anges i ovan nämnda förordning.

### *Arbetsgivarens skyldighet att upprätta rehabiliteringsunderlag*

Enligt nuvarande bestämmelser i 22 kap. 3 § AFL är en arbetsgivare skyldig att göra en rehabiliteringsutredning, om den försäkrades sjukfrånvaro överstiger fyra veckor, om den försäkrade har upprepad sjukfrånvaro eller om den försäkrade begär det. Utredningen skall lämnas till försäkringskassan inom åtta veckor.

Enligt HpH:s förslag skall i stället för sådan utredning arbetsgivaren lämna ett rehabiliteringsunderlag. HpH föreslår att det i en bestämmelse skall anges vilka uppgifter som skall ingå i underlaget. Detta innebär i huvudsak att rehabiliteringsunderlaget motsvarar den hittillsvarande rehabiliteringsutredningen. I underlaget skall dock alltid ingå ett yttrande från företagshälsovård eller motsvarande.

I dag iakttas ofta inte skyldigheten att lämna rehabiliteringsutredning. För att komma till rätta med detta föreslår HpH att försäkringskassan skall besluta att en arbetsgivare skall betala en avgift, om ett rehabiliteringsunderlag inte har lämnats inom föreskriven tid till försäkringskassan.

HpH saknar anledning att i detta sammanhang göra någon bedömning av om små företags villkor påverkas av att de i större utsträckning nödgas att iakttä en utredningsskyldighet som de redan har genom bestämmelser som riksdagen antog år 1991.

Beträffande förslaget att arbetsgivare skall upprätta och lämna rehabiliteringsunderlag tar konsekvensanalysen sikte endast på de konsekvenser HpH:s förslag kan få. De effekter som den nuvarande ordningen med att en arbetsgivare skall göra och lämna en rehabiliteringsutredning finns det inte anledning att beröra särskilt i detta sammanhang.

Som nämnts inledningsvis ersätter HpH begreppet rehabiliteringsutredning med rehabiliteringsunderlag. Detta innebär i sig inte någon utvidgad utredningsskyldighet, vare sig för små eller stora företag. I det följande talas om rehabiliteringsunderlag, vilket i huvudsak motsvarar hittillsvarande rehabiliteringsutredning. Däremot innebär HpH:s förslag en viss utvidgning av i vilka fall sådant underlag skall upprättas och lämnas till försäkringskassan. Undantag skall inte längre göras för fall i vilka det framstår som obehövligt. Å andra sidan skall rehabiliteringsunderlaget på grund av sjukfrånvaro under minst fyra veckor lämnas endast om sjukfallet fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång, vilket innebär en begränsning av antalet rehabiliteringsunderlag. (HpH föreslår att sjuklöneperioden skall förlängas till 60 dagar.) I sammanhanget bör nämnas att år 1999 avslutades 70 procent av sjukfallen inom 60 dagar. Underlaget skall arbetsgivaren i sådant fall lämna samtidigt som arbetsgivaren lämnar en anmälan om fortsatt sjukfrånvaro enligt 12 § SjLL. Förslaget innebär en mindre utvidgning av skyldigheten att lämna underlag.

Rehabiliteringsunderlag som upprättas på grund av upprepad sjuk-frånvaro eller på begäran av den försäkrade skall enligt HpH:s förslag lämnas inom 60 dagar mot åtta veckor enligt nuvarande bestämmelser. Det är emellertid inte vanligt att den försäkrade begär att rehabiliteringsutredning skall göras.

#### *Förlängd sjuklöneperiod och högkostnadsskydd*

HpH:s förslag om en förlängning av sjuklöneperioden till 60 dagar innebär en ökad riskexponering för de minsta företagen. Upprepad sjukfrånvaro med flera sjuklöneperioder hos någon enstaka anställd kan få genomslag i företagets samlade kostnadsbild. Generellt sett har emellertid små företag lägre sjukfrånvaro än större företag. Oaktat detta kan dock inte bortses från att små företag är mer sårbara för ökade kostnader och ökad administration. HpH:s förslag om ett högkostnadsskydd för sjuklönekostnader för små företag skall ses mot denna bakgrund.

Syftet med högkostnadsskyddet är således att minska den redan i dag oacceptabla riskexponeringen för småföretag och möjliggöra en nödvändig förlängning av sjuklöneperioden. Kombinationen av förlängd sjuklöneperiod och högkostnadsskydd för sjuklönekostnader har fördelar för just små företag. Högkostnadsskyddets effekter i form av marginellt ökat administration skall bedömas mot denna bakgrund.

#### *Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro i verksamhetsberättelser etc.*

HpH föreslår att det skall införas en redovisningsskyldighet för arbetsgivare att redovisa sjukfrånvaro samt lägger i denna del fram ett förslag till ändring i årsredovisningslagen (1995:1554), (se avsnitt 6.4 och författningsförslag 3). Vidare förutsätter HpH att motsvarande ändringar görs i de regler som gäller för myndigheter och organisationer som inte omfattas av årsredovisningslagen (ÅRL). Det bör i sammanhanget noteras att de föreslagna bestämmelserna i ÅRL inte kommer att omfatta de minsta företagen. S.k. 10/24-bolag (företag som har färre än 10 anställda och en balansslutning som understiger 24 milj. kr.) omfattas nämligen inte av de föreslagna bestämmelserna i ÅRL om redovisning av sjukfrånvaron, eftersom dessa enligt nuvarande bestämmelser inte behöver offentliggöra någon redovisning.

*Frågor enligt förordningen om särskild konsekvensanalys av regler  
effekter för små företags villkor*

*1. Vilket är problemet och vad händer om någon reglering inte sker?*

Rehabiliteringsutredning (rehabiliteringsunderlag) görs inte i den utsträckning som behövs för att rehabiliteringsinsatser skall kunna upptäckas och sättas in på ett tidigt stadium. Om någon reglering inte sker för att motverka detta, kommer arbetet med att minska sjukfrånvaron inte att bli effektivt. Detta kommer i sin tur medföra en fortsatt ökning av sjukfrånvaron och därmed ökade kostnader för samtliga arbetsgivare inklusive små företag.

Sjukfrånvaron från arbetet har ökat. Sjuklöneperioden skall enligt HpH:s förslag förlängas till 60 dagar dels för att försäkringskassorna skall kunna koncentrera sin verksamhet på de längre sjukskrivningarna, dels för att skapa ett incitament för arbetsgivarna att vidta åtgärder på arbetsplatserna för att motverka sjukfrånvaro. Om sjuklöneperioden inte förlängs, kommer sjukfrånvaron att fortsätta att stiga. Arbetsgivaravgiften i form av sjukförsäkringsavgiften skall sänkas som kompensation för den förlängda sjuklöneperioden. Detta innebär en omfördelning av kostnader för sjukfrånvaron från arbetsgivare med liten sjukfrånvaro till dem med stor sjukfrånvaro.

För ett litet företag med få anställda kan emellertid upprepad sjukfrånvaro hos någon enstaka anställd medföra att kännbara extra kostnader för sjuklön. HpH föreslår där ett högkostnads- skydd som skall vara obligatoriskt för alla småföretag. Om den nuvarande frivilliga småföretagarförsäkringen behålls kommer det att på sikt medföra en dyr försäkringslösning. Det är nämligen främst företag som löper särskild risk att få höga sjuklönekostnader som ansluter sig till försäkringen med påföljd att försäkrings- avgiften efter hand kommer att drivas upp. Den nuvarande frivilliga småföretagarförsäkringen kan således inte på sikt ge ett tillfreds- ställande riskskydd. Införs inte ett nytt högkostnadsskydd, kommer små företag att framdeles att få en mer utsatt situation med avseende på sjuklönekostnader.

Tanken bakom förslaget att det skall vara obligatoriskt för arbetsgivare att redovisa sjukfrånvaron är att sådan information är ett viktigt instrument för att nedbringa sjukfrånvaron samt är av värde för företagets intressenter. En låg sjukfrånvaro är ett tecken på att verksamhet bedrivs effektivt i ett långsiktigt perspektiv, vilket kan vara av intresse för en potentiell kreditgivare. En

obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro möjliggör också en jämförelse mellan olika arbetsgivare, vilket kommer att stimulera till en utveckling mot mer hälsosamma arbetsplatser. Vidare kan redovisning av sjukfrånvaron vara ett stöd i skyddsombudens verksamhet. Det ligger också ett intresse bland arbetsökanden att få kunskap om sjukfrånvaron på olika arbetsplatser.

## *2. Finns det några alternativa lösningar?*

Ett alternativ vore att frånta arbetsgivarna det nuvarande ansvaret för utredning av rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsinsatser. En sådan lösning förutsätter antingen att det allmänna bygger upp resurser för och ansvarar för rehabiliteringsutredning och rehabiliteringsåtgärder eller att detta ombesörjs via kollektiva eller privata försäkringslösningar. För att ett rehabiliteringsunderlag (utredning) skall vara användbart måste det ingå en bedömning av förhållandena på den försäkrades arbetsplats. Om inte arbetsgivarens utredningsansvar effektiviseras, måste externa krafter undersöka arbetsplatsen. En sådan lösning skulle medföra ökade kostnader för sjukförsäkringen, vilka arbetsgivarna skulle få bära i form av höjd sjukförsäkringsavgift.

Ett annat alternativ vore att inte förlänga sjuklöneperioden och då heller inte sänka sjukförsäkringsavgiften eller införa ett nytt högkostnadsskydd. En sådan lösning innebär i praktiken att arbetsgivare med låg sjukfrånvaro kommer att via sjukförsäkringsavgiften få svara för kostnaderna för sjukfrånvaron hos företag som har hög sjukfrånvaro. Med hänsyn till att små företag generellt har lägre sjukfrånvaro än stora företag skulle denna lösning missgynna små företag. Vidare kommer försäkringskassorna med en sådan lösning att få ägna för mycket tid åt att handlägga korttidssjukfall i vilka det inte finns något rehabiliteringsbehov.

Enligt HpH:s förslag skall sjuklöneperioden förlängas i syfte att förbättra hälsan i arbetslivet dels genom att ge arbetsgivarna ökat incitament till åtgärder i detta hänseende, dels genom att ge försäkringskassorna möjlighet att koncentrera sin verksamhet på mer långvariga sjukfall. Med hänsyn till att små företag är mer sårbara för ökade kostnader föreslår HpH ett särskilt högkostnadsskydd för dem. Ett alternativt förslag vore att exkludera små företag från den förlängda sjuklöneperioden. En sådan lösning är emellertid oacceptabel om man vill uppnå en förbättrad hälsa i

arbetslivet. Ett sådant förslag skulle medföra att små företag skulle gå miste om den avgiftsreduktionen.

Vad gäller förslaget om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro finns det inga andra alternativ som ger arbetsgivaren insikt om sjukfrånvaron i den egna verksamheten än att arbetsgivaren, som en integrerad del av företagets totala verksamhet, själv tar fram uppgifter om sjuk-frånvaron.

### *3. Vilka administrativa, praktiska eller andra åtgärder måste småföretagen vidta till följd av regleringen?*

Småföretagen och alla andra företag måste, liksom idag, hålla sig informerade om sina skyldigheter i rehabiliteringshänseende. Kontakt, i den mån sådan inte redan finns, måste knytas med företagshälsovård eller liknande för att den med kort varsel skall kunna yttra sig om rehabiliteringsbehovet i ett enskilt fall. Det är angeläget att det finns en något bättre beredskap att upprätta rehabiliteringsunderlag. Emellertid gäller detta oavsett de föreslagna bestämmelserna om rehabiliteringsunderlag. Arbetsgivaren bör ha rutiner för att snabbt kunna upptäcka om en anställds sjukfrånvaro tenderar att vara upprepad. Små företag torde i allmänhet ha bättre förutsättningar att ha överblick över de anställdas sjukfrånvaro än stora företag. HpH anser inte att småföretaget behöver vidta några särskilda administrativa, praktiska eller andra åtgärder till följd av den föreslagna regleringen angående rehabiliteringsunderlag.

Vad gäller den förlängda sjuklöneperioden i sig medför förslaget inte att småföretagen måste vidta några andra administrativa, praktiska eller andra åtgärder. Däremot kan framför allt små företag göra en ekonomisk vinst genom att sätta in åtgärder i syfte att minska sjuk-frånvaron. Åtgärder som sätts in för att minska sjukfrånvaron får direkt effekt på det ekonomiska resultatet.

Beträffande högkostnadsskyddet kan följande nämnas. Ersättning förutsätter att ansökan därom görs skriftligen hos försäkringskassan. Ansökan skall göras på blankett, som fastställs av RFV. I ansökan skall lämnas sådana uppgifter att försäkringskassan har ett underlag för att ta ställning till rätten till ersättning samt i förekommande fall kunna beräkna ersättnings storlek.

Uppgifter skall därför lämnas om årlig lönesumma för det år ersättning söks. Ansökan skall göras senast den 1 mars året efter



det att sjuklönekostnaden uppkom och lönesumman bör då vara känd. Vidare skall uppgift lämnas om sjuklönekostnaderna för varje anställd. Det bör ligga i varje företags intresse att oavsett rätten till ersättning ha kontroll på sjuklönekostnaderna. De uppgifter som skall lämnas i en ansökan om ersättning för sjuklönekostnader är sådana som en företagare normalt ändå bör känna till. Det uppkommer därför inte några extra kostnader för att ta fram grunduppgifter för en sådan ansökan. En annan sak är att en företagare kan få ägna någon tid åt beräkningar, om han eller hon vill göra en bedömning av om det finns anledning att ansöka om ersättning.

Försäkringskassan ges med den föreslagna ordningen bättre förutsättningar att aktivt stödja arbetsplatser där det finns hälsoproblem. Ansökan om ersättning för sjuklönekostnader kan fungera som en signal till försäkringskassan att kontakta berörd arbetsgivare och ta initiativ till en dialog om de problem som finns och vilka åtgärder som kan vara befogade.

Beträffande förslaget om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro kan företagen initialt, beroende nuvarande rutiner för redovisning och informationshållning, behöva bygga upp nya administrativa rutiner. Dessa bör utformas så att det fortlöpande under räkenskapsåret lagras sådan information om sjukfrånvaron som kan läggas till grund för motsvarande uppgifter i årsredovisningen. Detta är emellertid väsentligen en engångsåtgärd. När rutiner för en fortlöpande informationshållning har tagits fram, blir det ett försumbart merarbete att i årsredovisning ta med uppgifter om sjukfrånvaron.

Dessutom kan med fog hävdas att det ligger i ett företags eget intresse av att hålla sig med information av aktuellt slag. I framtiden, med dess brist på arbetskraft, blir det ännu mer angeläget för företag att på ett tidigt stadium sätta in förebyggande insatser mot ohälsa på arbetsplatsen. Den som inte gör det kan nämligen få allvarliga problem med att rekrytera ersättningspersonal för anställda som är sjukskrivna. Information om sjukfrånvaron blir därför ett viktigt instrument för en arbetsgivare att på ett tidigt stadium upptäcka, om det finns behov av att vidta förebyggande och rehabiliterande åtgärder i syfte att hålla sjukfrånvaron nere.

Ett företag som däremot underlåter att se till att ha rutiner för fortlöpande informationshållning beträffande sjukfall kommer att drabbas av ett större merarbete, om det inför varje årsredovisning i efterhand skall inhämta uppgifter om sjukfrånvaron. Om särskild

hänsyn tas till företag som inte tar de anställdas hälsa på allvar, skulle det motverka huvudsyftet med förslagen i denna rapport, nämligen att öka hälsan i arbetslivet.

#### *4. Vilken tidsåtgång kan reglerna föra med sig för småföretagen?*

Upprättandet av ett rehabiliteringsunderlag kommer normalt sett inte att ta längre tid än den hittillsvarande rehabiliteringsutredningen.

Antalet rehabiliteringsunderlag som skall upprättas kommer att vara något större än antalet rehabiliteringsutredningar som *skulle* ha gjorts enligt nuvarande regler. Det finns dock anledning att framhålla att en framtida ökning av antalet främst beror på brister i efterlevnaden av det hittillsvarande regelsystemet.

Den förlängda sjuklöneperioden medför inte någon märkbar ökad tidsåtgång i administrativt hänseende.

Den effektiva tidsåtgången för att upprätta en ansökan om ersättning bör normalt understiga en timme, eftersom erforderliga uppgifter normalt bör finnas tillgängliga för arbetsgivaren och att en förtryckt blankett skall användas.

Tidsåtgången för att i årsredovisningen ta med uppgifter om sjuk-frånvaro kommer, som framgår av svaret under fråga 3, att vara försumbar för den som har byggt upp rutiner för fortlöpande rapportering av sjukfrånvaro. Däremot kan det bli tidskrävande för den som saknar sådana rutiner att inför årsredovisningen få fram dessa uppgifter. Detta problem ökar naturligtvis med antalet anställda och utgör således inte något särskilt problem för små företag.

#### *5. Vilka lönekostnader, andra kostnader eller resursbelastning i övrigt för småföretagen kan reglerna leda till?*

Ökade kostnader kan uppkomma för småföretag och andra företag på grund av att dessa kommer att upprätta rehabiliteringsunderlag i större omfattning än de hittills har gjort rehabiliteringsutredningar. Kostnaden för att upprätta ett rehabiliteringsunderlag kommer dock inte att vara högre än för genomföra en rehabiliteringsutredning enligt nuvarande regler. Samma gäller tidsåtgången för att upprätta ett sådant underlag.

HpH:s förslag att det i underlaget skall ingå yttrande från företagshälsovården (eller motsvarande) kan medföra en extra kostnad vid upprättande av underlaget, om ett företag inte redan har ett sådant avtal med företagshälsovården som inkluderar yttrande angående rehabiliteringsbehov. Kostnaden för ett enskilt yttrande torde normalt uppgå till cirka 1 000 kr, för såvitt det inte redan täcks av ett avtal med företagshälsovården.

Skyldigheten att göra rehabiliteringsunderlag utökas något genom HpH:s förslag att skyldigheten att upprätta rehabili skall vara ovillkorlig i de tre situationer i vilka det skall påbörjas en rehabiliteringsutredning enligt nuvarande bestämmelser (22 kap. 3 § andra stycket AFL). Någon bedömning skall inte längre göras av om det framstår som obehövt att påbörja utredning. Detta innebär handfasta regler som begränsar tolkningsutrymmet för när underlag skall upprättas. Den ökning av antalet rehabiliteringsunderlag som detta kommer att medföra gäller underlag av enkel beskaffenhet, eftersom underlaget får anpassas efter omständigheterna i det enskilda fallet. (Skulle antalet komplicerade underlag öka, beror det på att nuvarande bestämmelser tillämpats på felaktigt sätt.)

Ett företag kan drabbas av ökade kostnader på grund av att en avgift skall tas ut om rehabiliteringsunderlag inte lämnas inom föreskriven tid. Som anges i avsnitt 6.7 skall sådan avgift inte påföras, om det kan anses ursäktligt att underlag inte har lämnats inom föreskriven tid. I den mån en arbetsgivare får ökade sjuklönekostnader på grund av att rehabiliteringsunderlag inte har lämnats inom föreskriven tid är dessa kostnader självvalda. Det finns inte anledning att i detta hänseende ta någon särskild hänsyn till småföretag, eftersom syftet med denna avgift i sådant fall skulle motverkas. Med hänsyn till att små företag har lägre sjukfrånvaro torde, statistiskt sett, ett företag med få anställda inte behöva upprätta rehabiliteringsunderlag varje år.

Den förlängda sjuklöneperioden medför ökade kostnader för sjuklön, om det förekommer en sjukfrånvaro som överstiger 14 dagar. Å andra sidan skall enligt HpH:s förslag arbetsgivaravgiften i form av sjukförsäkringsavgift sänkas i motsvarande mån. Syftet med förslaget att förlänga sjuklöneperioden är inte att övervältra kostnaderna för sjukförsäkringen på arbetsgivarna. Det finns tre syften med förslaget att förlänga sjukperioden. Ett syfte är naturligtvis att skapa ett ekonomiskt incitament för arbetsgivarna att vidta sådana åtgärder att sjukfrånvaron hålls på en låg nivå. Vidare innebär förlängningen av sjuklöneperioden att försäkrings-

kassan ges möjlighet att koncentrera sin verksamhet på de sjukfall som överstiger två månader. Det är främst i dessa fall det finns behov av rehabiliteringsåtgärder. Det tredje syftet är att omfördela kostnaderna mellan arbetsgivarna. Genom att sänka sjukförsäkringsavgiften som beräknas i förhållande till den totala lönesumman och i stället låta arbetsgivaren betala sjuklön under en längre tid, får arbetsgivare med låg sjukfrånvaro sänkta kostnader. Dessa arbetsgivare kommer framdeles att i mindre utsträckning finansiera andra arbetsgivares sjukfrånvaro via sjukförsäkringsavgiften. En väsentlig omständighet i sammanhanget är att små företag generellt har en lägre sjukfrånvaro än större företag. Gruppen små företag gynnas således av en växling från sjukförsäkringsavgift till sjuklönekostnader.

Små företag är i allmänhet emellertid mer ekonomiskt sårbara än stora. För ett litet företag med få anställda kan upprepade sjukfrånvaro hos någon enstaka anställd därför medföra kännbara extra kostnader för sjuklön. HpH föreslår därför att det skall införas ett högkostnadsskydd mot sjuklönekostnader för små företag. Enligt förslaget skall ersättning från högkostnadsskyddet utbetalas årsvis.

För att undvika att små företag som drabbats av höga sjuklönekostnader redan inledningsvis av ett kalenderår har HpH föreslagit att det inom högkostnadsskyddet skall finnas en möjlighet att erhålla förskott.

Även om högkostnadsskyddet kommer att omfatta alla små företag som uppfyller villkoren för att i detta sammanhang anses som små företag, så är det frivilligt att utnyttja skyddet. Den företagare som anser att det besvär som kan vara förenat med att ansöka om ersättning för sjuklönekostnader är för stort i förhållande till den aktuella ersättningen kan naturligtvis avstå från att ansöka.

Förslaget om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro medför enligt HpH inga konsekvenser i form av lönekostnader, andra kostnader eller resursbelastning i övrigt för småföretagen.

*6. Kan reglerna komma att snedvrida konkurrensförhållandena till nackdel för småföretagen eller i övrigt försämra deras konkurrensförutsättningar?*

Sjukfrånvaron är generellt lägre hos små företag än stora. Typiskt sett medför detta enligt gällande bestämmelser att små företag

kommer att vara skyldiga att göra en rehabiliteringsutredning i väsentligt färre fall än större även sett i förhållande till antalet anställda. De förändringar som HpH föreslår i skyldigheten att upprätta rehabiliteringsunderlag (rehabiliteringsutredning) innebär sammantaget en viss utvidgning i skyldigheten att upprätta rehabiliteringsunderlag. Emellertid kommer detta att på grund av de omständigheter som nyss nämnts att få betydelse främst för de något större företagen. Detta utesluter i och för sig inte att även små företag kan få upprätta rehabiliteringsunderlag i något större omfattning än man tidigare var skyldig att göra rehabiliteringsutredning. Med hänsyn till att de ökade kostnader för rehabiliteringsunderlag generellt torde bli större för stora än för små företag kan HpH:s förslag rörande rehabiliteringsunderlag inte anses snedvrída konkurrensförhållanden till nackdel för de små företagen.

Konkurrensförhållandena mellan företag kan i viss mån påverkas av förlängningen av sjuklöneperioden och minskningen av sjukförsäkringsavgiften. En arbetsgivare som har låg sjukfrånvaro får sammantaget lägre kostnader i form av arbetsgivaravgifter och sjuklöner än övriga arbetsgivare. Generellt har små företag lägre sjukfrånvaro än större. Detta medför att HpH:s förslag om partiell växling från sjuk-försäkringsavgifter till sjuklönekostnader minskar små företags omotiverade subvention av stora företags kostnader för sjukfrånvaro.

Förslaget till högkostnadsskydd innebär att företag som har en årlig lönesumma som högst uppgår till 160 prisbasbelopp (dvs. för närvarande 6 032 000 kr) under vissa förutsättningar kan få ersättning från högkostnadsskyddet. Denna lönesumma kan anses motsvara cirka 30 årsarbetare. För att komma i åtnjutande av ersättning genom högkostnadsskyddet kommer att krävas att sjukfrånvaron per anställd uppgår till minst tio dagar. De flesta företag har lägre sjukfrånvaro än så och får därför en vinst genom sänkt avgift.

Möjligtvis kan det ifrågasättas om företag som har en lönesumma som något överstiger gränsen för att omfattas av högkostnadsskyddet skulle försöka komma att omfattas av högkostnadsskyddet i syfte att uppnå en konkurrensfördel. Genom att hålla nere den årliga lönesumman skulle ett företag komma att omfattas av högkostnadsskyddet. Så skulle kunna ske t.ex. genom att dela upp företaget på ett sådant sätt att det inte uppkommer något koncernförhållande eller genom att underlåta att redovisa samtliga lönekostnader.

Till en början kan konstateras att enbart det förhållandet att ett företag omfattas av högkostnadsskyddet inte påverkar konkurrensförhållandena. Det är först när högkostnadsskyddet genererar någon ersättning som ett företag får ett direkt ekonomiskt utbyte av att tillhöra den skyddade företagskretsen. Ersättning utbetalas endast om sjuklönekostnaderna överstiger en viss nivå, som står i viss relation till den genomsnittliga sjuklönekostnaden för samtliga arbetsgivare. (Ersättning skall enligt förslaget utges för den del av sjuklönekostnaden som överstiger ett sjuklönetak, som skall motsvara 75 procent av den genomsnittliga sjuklönevoten för samtliga arbetsgivare. Se vidare förslaget till förordning om högkostnadsskydd jämte författningskommentar.)

Det förefaller mindre troligt att ett företag skulle delas endast i syfte att kunna få ersättning för sjuklönekostnader för den händelse de kommer att överstiga 75 procent av den genomsnittliga sjuklönevoten. Att dela upp företag är nämligen en långsiktig åtgärd, som även kan medföra nackdelar av olika slag. Den som på oriktiga grunder vill omfattas av högkostnadsskyddet kan också hålla nere den redovisade årliga lönesumma genom att använda s.k. svart arbetskraft. Ett sådant förfarande torde dock i första hand motiveras av andra syften än att just omfattas av högkostnadsskyddet. Som tidigare nämnts är det först när ersättning erhålls från högkostnadsskyddet som detta får någon mer nämnvärd ekonomisk effekt. Med andra ord skulle den som genom olika kringgåendeåtgärder försöker att komma att omfattas av högkostnadsskyddet spekulera i höga sjuklönekostnader. Risken för ett sådant förfarande får anses liten. Dessutom torde en arbetsgivare knappast ansöka om ersättning för "svarta" sjuklöner. I en ansökan om ersättning från högkostnadsskyddet skall nämligen sjuklönerna redovisas för varje anställd.

I syfte att minska intresset av kringgående och göra skyddet mer konkurrensneutralt är det naturligtvis möjligt att utforma högkostnadsskyddet så att ersättning utges med viss avtrappning efter företags storlek. Detta skulle emellertid komplicera bestämmelserna och minska förutsebarheten. Det sistnämnda är särskilt allvarligt för den som har fått förskott. Vid beviljande av sådant har man nämligen utgått från en viss ersättningsnivå, medan företaget vid slutavräkningen kanske skulle vara berättigat till en lägre ersättningsnivå. HpH anser mot denna bakgrund att det inte finns tillräckliga skäl för att utforma högkostnadsskyddet med någon avtrappning av ersättningsnivån.

Förslaget om obligatorisk redovisning kan inte anses snedvrída konkurrensförhållandena till nackdel för småföretagen.

*7. Kommer reglerna att i andra avseenden påverka småföretagen?*

Bestämmelserna om arbetsgivares skyldighet att upprätta rehabiliteringsunderlag kan inte anses påverka små företag i andra avseenden.

Såvitt nu kan bedömas kommer reglerna om sjuklön och högkostnadsskydd inte att påverka småföretagen i några andra avseenden.

Inte heller reglerna om obligatorisk redovisning torde påverka småföretagen i några andra avseenden.

*8. Går det att kontrollera efterlevnaden av reglerna, och hur kommer reglernas effekter för småföretag att uppmärksammas och granskas?*

Möjligheterna att kontrollera efterlevnaden av de nya reglerna om skyldighet att upprätta rehabiliteringsunderlag kommer att förbättras i de fall sådant underlag skall lämnas tillsammans med en anmälan om fortsatt sjukfall efter sjuklöneperiodens utgång. Till en sådan anmälan skall nämligen alltid fogas ett rehabiliteringsunderlag. Möjligheterna att kontrollera efterlevnaden kommer inte att påverkas i övriga fall när rehabiliteringsunderlag skall upprättas.

Förändringen av sjuklöneperioden medför inte några förändringar av hittillsvarande möjligheter till kontroll.

Möjligheterna av att kontrollera efterlevnaden av högkostnadsskyddet förändras inte jämfört med dem som finns beträffande den hittillsvarande frivilliga småföretagarförsäkringen mot sjuklönekostnader. Vid taxeringsrevision finns det möjlighet att få fram faktiska uppgifter som kan avstämmas mot de uppgifter ett företag har lämnat i en ansökan om ersättning från högkostnadsskyddet.

De formella möjligheterna att kontrollera att redovisningen av sjukfrånvaron genomförs på avsett sätt är de samma som för övrigt kontroll av årsredovisningen.

*9. Bör reglerna gälla endast viss begränsad tid för att hindra eventuella negativa effekter för småföretagen?*

De nuvarande reglerna om arbetsgivares skyldighet att svara för rehabiliteringsutredning är inte tidsbegränsade utan utgör en del i ett permanent system för rehabilitering. HpH:s förslag om rehabiliteringsunderlag utgör närmast en modifiering av detta system. Mot den bakgrunden skulle det framstå som meningslöst att låta de reformerade bestämmelserna om rehabiliteringsunderlag vara tidsbegränsade för att därefter åter tillämpa de gamla reglerna.

Syftet med de föreslagna reglerna om sjuklön och högkostnadsskydd skulle förfelas, om de skulle gälla under endast en begränsad tid. De effekter reglerna kan ha på små företags villkor är heller inte av den karaktären att det motiverar en tidsbegränsad giltighet.

Huvudsyftet med de nya bestämmelserna om förlängd sjuklöneperiod är att minska sjukfrånvaron och detta syfte är inte temporärt. De nya bestämmelserna måste dessutom tillämpas en tid innan de kan få effekt på sjukfrånvaron. En tidsbegränsning skulle därför motverka syftet med den förlängda sjuklöneperioden. Något behov av tidsbegränsning av bestämmelserna om sjuklöneperiod kan inte anses föreligga. Inte heller för högkostnadsskyddet finns det anledning till tidsbegränsning.

Beträffande redovisning av sjukfrånvaro kan följande nämnas. När väl ett företag har anpassat sina administrativa rutiner så att det har en fortlöpande intern registrering av sjukfrånvaron, uppkommer inte några negativa effekter av administrativ art. Däremot kan det uppkomma svårigheter med att rekrytera personal för ett företag som redovisar en hög sjukfrånvaro i förhållande till andra företag i samma bransch. Personalrekryteringsproblem av denna art skall lösas genom att sjukfrånvaron minskas. Något skäl för att tidsbegränsa reglerna finns inte.

*10. Behöver särskilda hänsyn tas till småföretagens villkor när det gäller tiden för reglernas ikraftträdande?*

Redan enligt nuvarande bestämmelser är arbetsgivarna inklusive små företag skyldiga att svara för rehabiliteringsutredning. En småföretagare bör i likhet med övriga arbetsgivare ha information (se nästa fråga) om sina skyldigheter med avseende på de anställdas hälsa samt ha någon beredskap för att upprätta rehabili-



teringsunderlag. Detta gäller emellertid även enligt nuvarande ordning. Med hänsyn till de nya bestämmelserna om att det i ett rehabiliteringsunderlag skall ingå ett yttrande från företagshälsovården kan det finnas anledning för varje arbetsgivare att se över eventuella avtal med företagshälsovården eller etablera kontakt med denna för framtida behov. Behov av någon längre tid för att anpassa sig till de nya bestämmelserna om skyldigheten att upprätta rehabiliteringsunderlag kan emellertid inte anses föreligga.

Något behov av att ta sådana hänsyn kan inte heller anses föreligga beträffande den förlängda sjuklöneperioden och högkostnadsskyddet.

Bestämmelserna om redovisning av sjukfrånvaro kommer att träda i kraft minst ett och ett halvt år efter utfärdandet av bestämmelserna. På så sätt får företagen möjlighet att anpassa sina administrativa rutiner så att de fortlöpande under räkenskapsåret kan registrera sådana uppgifter om sjukfrånvaron som skall ingå i årsredovisningen. Detta gäller för alla som kommer att vara skyldiga att redovisa sjukfrånvaron. Några särskilda bestämmelser för små företag är inte erforderliga.

#### *11. Finns det behov av speciella informationsinsatser?*

Det är naturligtvis angeläget med informationsinsatser angående de nya reglerna. Detta gäller generellt i förhållande till alla arbetsgivare och övriga aktörer. HpH föreslår också att regeringen skall inbjuda arbetsmarknadens parter till en gemensam informationskampanj avseende ökad hälsa i arbetslivet. I detta ligger också att sprida information om de nu föreslagna reglerna.

#### *12. Hur har samråd som behövs skett med näringslivet och med myndigheter som särskilt berörs, och vilka synpunkter av betydelse har kommit fram?*

HpH har diskuterat frågor rörande förlängd sjuklöneperiod och högkostnadsskydd med representanter för Företagarnas Riksorganisation. Den huvudsakliga invändning mot förslaget som därvid framförts mot förslaget om förlängd sjuklöneperiod och ett samtidigt införande av ett högkostnadsskydd är att det förekommer en misstro mot att sjukförsäkringsavgiften sänks i sam-

band med att sjuklöneperioden förlängs och framför allt att den därefter löpande anpassas till de faktiska försäkringskostnaderna.

Vidare har samråd skett med SimpLex-enheten inom Näringsdepartementet och med Näringslivets nämnd för regelgranskning (NNR), såvitt gäller konsekvensanalysen.