

2 Socialförsäkringssystemens uppbyggnad

De olika ländernas socialförsäkringssystem skiljer sig åt i en mängd olika avseenden. Det gäller såväl vem som kan få ersättning för inkomstbortfallet under sjukfrånvaro som under vilka omständigheter och när ersättning utgår. Även förmånsperiodens maximala längd och förekomsten av karenstid, ersättningsnivån samt eventuella partiella förmåner varierar mellan länderna vilket bl.a. kan påverka antalet ersatta sjukdagar per försäkrad och år. De drivkrafter som skapas utifrån regelverkens utformning påverkar människors benägenhet att utnyttja försäkringen vid nedsatt arbetsförmåga.

Det finns olika sätt att tillhandahålla en obligatorisk försäkring. Systemen kan vara privat eller offentligt administrerade och det är också möjligt att tillhandahålla försäkringen genom olika former av avtal. Vidare kan försäkringen bestå av ett eller flera olika system och kan vara inkomstrelaterade, behovsprövade eller obligatoriska. Dessutom kan systemen ha mer eller mindre privata inslag och innehålla olika grader av frivilliga lösningar.

I de länder som ingår i denna studie ersätts de anställdas inkomstbortfall under sjukfrånvaro antingen av arbetsgivaren i form av lön eller av den offentliga sjukförsäkringen i form av sjukpenning eller liknande. Dessutom kan det förekomma olika former av avtalsförsäkringar mellan parterna. Utöver detta förekommer det även privata eller fackliga sjukförsäkringar. För samtliga länder i denna studie kombineras flera ersättningsformer. Den vanligaste kombinationen är förutom eventuella avtal, sjuklön i början av sjukfrånvaroperioden och ersättning från sjukförsäkringen.

Den sammanställning och jämförelse av regelsystemen i de åtta olika länderna, som presenteras i detta kapitel, begränsas enbart till de lagstadgade ersättningarna för anställda.¹ Syftet är att ge en överblick av hur sjukförsäkringssystemen och angränsande socialförsäkringssystem är uppbyggda i de olika länderna. Intentionen med detta avsnitt är inte att utvärdera effektiviteten i de olika socialförsäkringssystemen. Anledningen är att det inte är självklart vad som utgör den bästa grunden för hur en komparativ presentation av den information som karakteriserar de olika systemen skall genomföras. Det står heller inte klart att enbart högre ersättningsnivåer i ett system nödvändigtvis innebär en bättre socialförsäkring. Förenklade normativa slutsatser i beskrivningen av nedanstående länders socialförsäkringssystem bör därför undvikas.

I detta kapitel behandlas först de olika ländernas sjukförsäkringssystem med avseende på arbetsgivarperioder, ersättningsnivå och krav på läkarintyg. Eftersom individernas rättigheter i form av anställningstrygghet vid sjukfrånvaro kan utgöra incitament i socialförsäkringen följer därefter en summarisk genomgång av hur anställningstryggheten skiljer sig åt i de olika länderna. I det därpå följande avsnittet beskrivs hur systemen för sjukersättning (tidigare förtidspension och sjukbidrag) skiljer sig åt mellan länderna. Kapitlet avslutas med en beskrivning av arbetslöshetssystemen i respektive land.

2.1 Sjukförsäkringen

2.1.1 Det offentliga åtagandet

Huvudansvaret för försäkringen skiftar mellan länderna. I Sverige, Finland, Norge och Storbritannien administreras försäk-

¹ Källorna i detta kapitel utgörs främst av MISSOC och NOSOSCO. OECD, Taxing wages and Social Security Online. Se också "Social trygghet vid arbetsförmåga. En jämförelse mellan tio länder. Rapport till utredningen om Den Arbetslivsinriktade Rehabiliteringen" av Per Johansson och Sisko Bergendorff. (SOU 2000:78). Se även "Schematisk översikt över försäkringssystemen", kapitel sju och bilaga sju i nämnda rapport och "Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar" SOU 1998:104.

ringen av en nationell försäkringsmyndighet (dvs ett statligt åtagande) medan kommunen är försäkringsgivare i Danmark. De danska kommunerna står dessutom för 50 procent av kostnaderna för såväl sjukpenning som förtidspension. I Tyskland och i Frankrike däremot är systemen kopplade till olika branscher och administreras huvudsakligen av arbetsmarknadens parter. I Nederländerna är systemen till stora delar privatiserade.

2.1.2 Arbetsgivarperioder

Även om socialförsäkringen administreras via det offentliga finns det privata inslag i samtliga studerade länder. Detta eftersom arbetsgivarna, i varierande grad, i samtliga länder inledningsvis ansvarar för att ersättning betalas ut. Denna period av privata inslag – sjuklöneperioden – skiljer sig däremot åtskilligt mellan länderna och är avsevärt längre i Nederländerna och Storbritannien jämfört med de nordiska länderna. I Frankrike varierar sjuklöneperioden mellan kollektivavtal medan den i Tyskland är lagreglerad och lika lång för de allra flesta arbetare och tjänstemän. I Finland får de flesta anställda full lön enligt avtal från den första sjukskrivningsdagen.

Samtliga länder har således någon form av arbetsgivarperiod som sträcker sig från 14 dagar i Danmark, 16 i Norge, 21 i Sverige som har de kortaste perioderna till 6 veckor i Tyskland, 28 veckor i Storbritannien och upp till 104 veckor (2 år) i Nederländerna. I Frankrike kan en arbetsgivarperiod förekomma – beroende på avtal. Även i Finland finns i praktiken en arbetsgivarperiod om 10 dagar enligt lagen om arbetsavtal, men genom kollektivavtal kan den uppgå till ett par månader.

Tabell 2.1 Sjukförsäkringssystemens utformning för anställda

Land	Arbetsgivarperiod/sjuklön	Karens-dagar	Ersättningsnivå vid full arbetsoförmåga	Deltids-sjukskrivning*	Maximittid
Sverige	3 v (från 1/7 2003. Tidigare 2 veckor)	1 dag för anställda	77,6 % (från 1/7 2003. Tidigare 80 %) upp till SKR 4 240 (€ 457) per vecka. Före 1/7 2003 SKR 4 374 (€ 471) per vecka. Förmånen är beskattningsbar.	Ja	I princip obegränsad
Danmark	2 v Offentliganställda 52 v	Nej	100 % upp till DKK 3 016 (€ 405) per vecka. Stat och kommun 100 % utan tak. Förmånen är beskattningsbar.	Nej	52 v under 18 månader
Finland	10 dagar. Arbetsgivare skyldig betala i 10 dagar	10 dagar Full lön utgår dock enligt avtal från dag 1.	Kollektivavtal ger 100 % de första 4–8 veckorna. Därefter regressiv. 70 % € 980 – 25 515 plus 40 % av € 25 516 – 39 256 plus 25 % för inkomst över € 39 256. Förmånen är beskattningsbar.	Nej	300 vardagar inkl. lördagar inom 2 år
Norge	16 dagar	Endast vid tillfällig anställning, 14 dagar	100 % upp till NOK 5 926 (€ 740) per vecka. Förmånen är beskattningsbar.	Ja	52 v inom 3 år

Land	Arbetsgivarperiod/sjuklön	Karens-dagar	Ersättningsnivå vid full arbetsoförmåga	Deltids-sjukskrivning*	Maximittid
Storbritannien	28 veckor (för lön över GBP 72 per vecka)	3 dagar	Enhetligt belopp GBP 62,20 (€ 99) per vecka. Tillägg för försörjningsbörda. Förmånen är beskattningsbar.	Nej	52 v
	Nej (lön lägre än GBP 72 per v)	3 dagar	GBP 52,20 (€ 84) per vecka. Tillägg för försörjningsbörda. Förmånen beskattas ej.	Nej	52 v
Frankrike	Kan förekomma i kollektivavtal	3 dagar	50–68,66 % € 39,20 – 53,76 per dag anpassat efter försörjningsbörda. (Ca € 195 – 270 per v)Förmånen beskattas efter avdrag om mellan 10 till 20 %	Nej	360 dagar under en 3-årsperiod. Vissa sjukdomar 3 år.
Tyskland	6 veckor	Nej	6 veckor : 100 %, Förmånen är beskattningsbar. Därefter 70 % men ej över 90 % av nettoinkomsten. Ej beskattningsbar.	Nej	78 v under en 3-årsperiod
Nederländerna	52 v	Nej	70 % av en max lön om € 159 per dag (Ca € 795 per vecka). Förmånen är beskattningsbar.	Nej	52 v

Källa: SOU 2000:78, bilaga 7, NOSOSCO 2002, MISSOC 2002

*I ett flertal länder förekommer partiell sjukskrivning i samband med rehabilitering.

I Sverige har arbetsgivarna betalningsansvaret under de första 21 dagarna i sjukfallet.² För den första dagen utgår ingen sjuklön – dvs. 1 dags karenstid. Efter sjuklöneperioden betalar Försäkringskassan ut sjukpenning. Försäkringskassan skall under den tid som individen får sjukpenning verka för att personen rehabiliteras så att denne kan försörja sig själv. Sjukpenning betalas i regel inte ut för längre än ett år. Emellertid kan sjukpenning bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension eller sjukbidrag) först när det i det enskilda fallet är utrett att arbetsförmågan är varaktigt nedsatt. Någon bortre tidsgräns för en sådan utredning finns däremot inte.

I Danmark betalar privata arbetsgivare sjuklön under de 2 första veckorna i sjukperioden. Mindre arbetsgivare med upp till 20 anställda kan försäkra sig mot denna kostnad (som täcker 50 procent av utgifterna). Offentliga arbetsgivare betalar sjuklön (100 procent) för anställda under hela sjukperioden, dvs. upp till ett år.

I Norge betalas sjukpenning från det offentliga systemet efter en arbetsgivarperiod på 16 dagar. Ersättningen betalas ut för maximalt 248 dagar under en treårsperiod. Tjugosex veckor efter föregående sjukperiod avslutats startar emellertid en ny treårsperiod (om 248 dagar).

I Finland finns i praktiken en arbetsgivarperiod och arbetsgivaren är skyldig att betala full lön för insjuknandedagen och de 9 därpå följande vardagarna. Men i allmänhet innebär kollektivavtal på branschnivå att utbetalning av lön sker för en längre tid, t.ex. 1–2 månader.

I Frankrike och i Tyskland bygger sjukförsäkringen främst på ett system med avtalsförsäkringar. Den främsta skillnaden mellan dessa länder gäller rätten till ersättning i samband med sjukdom. I Frankrike ställs krav på inbetalda avgifter medan det i Tyskland varken ställs krav på tidsmässigt medlemskap eller inbetalda avgifter. Vidare saknas en lagstadgad arbetsgivarperiod i Frankrike (men kan förekomma beroende på kollektivavtal) medan den uppgår till sex veckor i Tyskland. Socialförsäkrings-

² Från och med den 1 juli 2003. Tidigare 14 dagar.

systemet i dessa länder består av flera olika system som är kopplade till olika branscher. Förmåner, kvalifikationsvillkor, formaliteter och administrationen varierar mellan de olika branschrelaterade systemen och karaktäriseras av separata program för ett antal yrkesmässigt avgränsade kategorier av förvärvsarbete. Systemen administreras i huvudsak via arbetsmarknadens parter där rätten till ersättning är kopplad till arbete. De olika förmånerna, kvalifikationsvillkoren och administrationen är kopplade till olika branscher och varierar betydligt mellan systemen däremot regleras sjukpenningen i lag.

I Storbritannien betalar arbetsgivarna hela kostnaden för den lagstadgade sjuklönen om maximalt GBP 62,20 (€ 52) per vecka, under 28 veckor. Karenstiden är 3 dagar. Om arbetsoförmågan kvarstår efter denna period får den anställde ansöka om ersättning i det statliga systemet. Ersättningen utgår i två nivåer med eventuellt tillägg för försörjningsbördan där den högre nivån är beskattningsbar. De flesta anställda har rätt till sjuklön givet att sjukdomsperioden är minst 4 dagar. De som inte är berättigade till sjuklön får sjukpenning från socialförsäkringen under motsvarande tid.

I Nederländerna har arbetsgivarna ansvaret för hela sjukförsäkringssystemet. Inom ramen för detta system har de anställda rätt till sjuklön under maximalt 52 veckor. Sedan den 1 april 2003 gäller dock en ny lag som innebär att arbetsgivaren riskerar att betala upp till ytterligare 52 veckor i fall då det ej anses att denne inte gjort tillräckligt för att få den sjukskrivne tillbaka till arbetet. På motsvarande sätt kan individen bli utan sjuklön under den andra 52-veckorsperioden om det bedöms att han eller hon ej gjort tillräckligt för att förbättra sin hälsa.

2.1.3 Nivå på ersättningen

Även ersättningsnivåer skiljer sig mellan länderna. I tabellen nedan redovisas den beräknade ersättningen som en individ med en genomsnittlig industriarbetarlön får före skatt i respektive

land.³ Beräkningarna utgår ifrån de lagstadgade ersättningarna från socialförsäkringen för löneanställda och har ställts i relation till respektive lands genomsnittliga industriarbetarlön (APW).⁴ I vissa länder kan ersättningen bli högre då den kan vara anpassad efter eventuell försörjningsbörda. I beräkningen ingår inte heller eventuella kollektivavtal eller privata försäkringar som de flesta löntagare har. Detta innebär att den verkliga ersättningen i många fall är betydligt högre än den som redovisas nedan. Sjukpenningen beskattas helt eller delvis i samtliga länder utom i Tyskland, där skatt endast betalas för den lön man får under de inledande 6 veckorna av en sjukperiod.

Sammantaget kan det konstateras att villkoren för kompensation för inkomstbortfallet under sjukfrånvaro verkar vara mer generösa i Nederländerna, Norge, Tyskland och i Sverige och minst generösa i Storbritannien och Frankrike. Det ska tilläggas att förutom den lagstadgade rättigheten till ersättning som här redovisats tillkommer för de flesta individer även ersättning från olika former av kollektivavtal eller andra individuella privata försäkringar. Den svenska sjukförsäkringen är dessutom unik såtillvida att det inte finns någon maximiperiod för sjukpenning. Där emot föreligger skyldighet att särskilt utreda ärendet efter ett års sjukskrivning. I de övriga länderna är maximiperioden i princip begränsad till högst ett år. Utmärkande är att endast Sverige och Norge har partiella förmåner i sjukförsäkringen vilket är unikt för länderna i denna studie. Men det skall tilläggas att det i samband med rehabilitering tillbaka till arbete (reintegrering) kan förekomma deltidssjukskrivning även i de andra länderna.

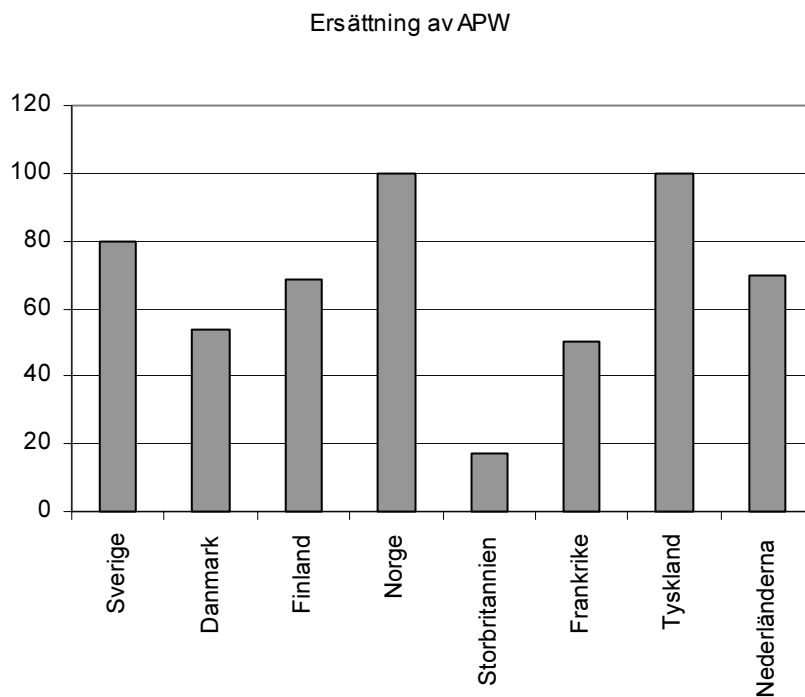
I några av länderna praktiseras karenstid innan sjuklön eller sjukpenning börjar utgå. I Sverige infördes en karensdag år 1992. I Frankrike och Storbritannien finns tre karensdagar. Längst karenstid finns i den finska sjukförsäkringen, anmälningsdagen och nio påföljande vardagar (inklusive lördagar) dock saknas i praktiken karens då de anställda får en ersättning enligt lagen om

³ Se Taxing Wages 2001–2002, OECD 2003.

⁴ Se bilaga 7 för respektive lands genomsnittliga industriarbetarlön.

arbetsavtal från och med första frånvarodagen. I Tyskland, Nederländerna och i Danmark finns ingen karensdag.

Diagram 2.1 Beräknad ersättningsnivå av en genomsnittlig industriarbetarlön (APW). Procent



Källa: OECD, Taxing wages 2001–2002, MISSOC 2002

I Norge och Danmark är kompensationsgraden 100 procent upp till ett inkomsttak. I Norge motsvarar taket 6 basbelopp om NOK 308 160 (€ 38 465) och i Danmark fastställs den maximala ersättningstaket varje år i januari månad. I Sverige är ersättningen

sedan den 1/7 2003 77,6 procent⁵ upp till ett inkomsttak (7,5 prisbasbelopp vilket 2003 motsvarar 289 500 kronor). De tre första veckorna med sjuklön ersätts dock fortfarande med 80 procent. Den maximala ersättningen i Sverige uppgår till SKR 4 374 (€ 471) per vecka under de sjuklöneperioden och ca SKR 4 240 (€ 457) per vecka därefter. I Danmark är den maximala ersättningen DKK 3 016 (€ 405) per vecka och i Norge maximalt NOK 5 926 (€ 740). Även i Sverige förekommer kollektivavtal för merparten av de anställda vilket innebär att ersättningen för de flesta löntagare i praktiken uppgår till 90 procent av lönen under det första året. Eftersom inkomsttaket är högst i Norge och Danmark har det lägsta taket av de skandinaviska länderna innebär detta att ersättningsnivån för en genomsnittlig industriarbetare endast är 54 procent i Danmark medan den är 80 procent i Sverige och 100 procent i Norge.

Ersättningsgraden är 100 procent även i Tyskland under de sex första veckorna av sjukfrånvaroperioden. Under denna period betalar arbetsgivaren full lön från den första dagen i sjukfallet. Efter sjuklöneperioden betalas sjukpenning ut dock högst 78 veckor under en 3-årsperiod. Under vissa förutsättningar kan sjukpenning beviljas i ytterligare en 3-årsperiod. Ersättningen motsvarar då 70 procent av bruttolönen, upp till max 90 procent av nettoinkomsten och är inte skattepliktig. Partiell sjukskrivning förekommer inte i Tyskland men kan ändå förekomma vid reintegration på arbetsplatsen.

I Frankrike motsvarar ersättningen vid tillfällig arbetsförmåga under grundperioden (som motsvarar högst sex månader fr.o.m. den första sjukskrivningsdagen) 50 procent av den genomsnittliga dagsinkomsten upp till inkomsttaket (Ca € 56 448). Efter grundperioden inträder dels en minimigräns för ersättningen dels en höjning av maximibeloppet per dag. Kontant-ersättningen kan höjas till ca 67 procent efter dag 30 i sjukfallet om man har 3 barn eller fler att försörja. Arbetsgivarperiod kan förekomma beroende på de kollektiva avtal som råder på arbetsmarknaden. Partiell sjukpenning förekommer inte heller i

⁵ Tidigare var ersättningen 80 procent.

Frankrike. Den maximala ersättningen som en individ kan uppbära ligger mellan € 39,20 och € 53,76 per dag (Ca 195 – 270 per vecka) beroende av försörjningsbördan.

I Finland är ersättningen inkomstrelaterad och utges efter en ”trestegsmodell”. Sjukersättningen är regressiv med 70-procentig ersättning för inkomster upp till € 25 515 per år. I ett mellanskikt upp till € 39 256 uppgår ersättningen till 40 procent. För alla inkomster över denna gräns ersätts 25 procent. Ersättningen till en person med genomsnittlig industriarbetarlön är ca: 68 procent, men de flesta anställda har kollektivavtal vilket innebär att ersättningen de första veckorna (varierar mellan 4 – 8) är 100 procent.

I Nederländerna motsvarar ersättningen 70 procent av inkomsten upp till ett tak om maximalt € 159 per dag (ca € 795 per vecka). Sjuklönen är beskattningsbar. Men sammantaget med kollektivavtal blir compensationen av inkomstbortfallet mycket generös eftersom sjuklön med 70 procents ersättning kompletteras med en ersättning enligt kollektivavtal och erbjuder då de flesta anställda i Nederländerna full lönekomensation under sjukfrånvaron. Ersättningen utbetalas från den första sjukdagen. Partiell sjukpenning förekommer inte. Arbetsgivaren kan försäkra sig mot sjuklönekostnaderna via privata försäkringsbolag som under ett år motsvarar cirka 6–7 procent av lönesumman.

I Storbritannien utgår den lagstadgade ersättningen med ett fast belopp och är alltså inte inkomstrelaterad, utan de flesta får samma låga ersättning på drygt GBP 62,20 (€ 99) per vecka (Ca SEK 3 200 i månaden) i 28 veckor vilket innebär att en genomsnittlig industriarbetare endast får ca 17 procent av lönen i ersättning. Ersättningen är däremot något högre för anställda med barn och vid längre sjukfrånvaro än 28 veckor. För de flesta anställda är dock ersättningen högre än denna lagstadgade nivå genom olika former av kollektivavtal eller särskilda kontrakt med arbetsgivaren.

2.1.4 Sjukintyg vid arbetsförmåga

I samtliga länder krävs det att individen uppvisar ett sjukintyg för att styrka sin arbetsförmåga. Men det skiljer sig i när och hur detta intyg skall frambringas. I de flesta länder krävs att ett läkarintyg presenteras under den första veckan utom för Sverige, Nederländerna och Storbritannien.

I Sverige krävs ett läkarintyg från och med den 8:e sjukdagen men individen måste anmäla sjukfrånvaron till arbetsgivaren eller Försäkringskassan från dag ett. En fördjupad bedömning – ett särskilt läkarutlåtande – skall ske efter den 29:e dagen. När det finns särskilda skäl ska Försäkringskassan (från halvårsskiftet 2003) dessutom begära in ett särskilt läkarutlåtande.

I Storbritannien krävs också ett läkarintyg från den 8:e dagen (www.law-cite.com). Detta skall vara utfärdat av en familjedoktor och gäller under de första 28 dagarna ("own occupation test"). Därefter krävs ett nytt sjukintyg baserat på ett test för arbetsförmåga i andra yrken ("all work test").

I Danmark kan arbetsgivaren kräva ett skriftligt intyg från den anställde den andra dagen i sjukfallet och ett sjukintyg från en läkare från den fjärde dagen. Efter sjuklöneperioden (om 2 veckor) eller i de fall kommunen utbetalar ersättning så krävs en medicinsk rapport senast en vecka efter sjukfallet inträffat eller en vecka efter sjuklöneperiodens slut.

I Tyskland krävs ett läkarintyg senast från den 3:e dagen. En del arbetsgivare kräver dock att ett arbetsgivarintyg presenteras tidigare. Men ersättning betalas endast ut från och med den period som läkarintyget stipulerar. För att få ersättning krävs alltså ett intyg för den dag som läkaren fastställt arbetsförmågan. Läkarintyg krävs således från första sjukdagen, men teoretiskt kan ett intyg lämnas in i efterhand om läkaren kan intyga startdagen för arbetsförmågan (Sozialgesetzbuch V).

I Finland krävs också ett läkarintyg från den första sjukdagen men arbetsgivaren kan besluta om att ett intyget presenteras först senare, exempelvis efter 3 dagar. Även i Frankrike krävs ett sjukintyg från en läkare redan fr.o.m. den 1:a dagen, där det även ska framgå för hur länge arbetsnedsättningen förväntas bestå.

Efter 3 månader skall en fördjupad bedömning ske. Kontroll och uppföljning sker kontinuerligt av försäkringsläkare.

I Norge kan individen under de tre första dagarna i sjukfallet själv anmäla detta till arbetsgivaren. Från den 4:e dagen måste dock ett läkarintyg inkomma till arbetsgivaren. Sjukpenningen dras in efter åtta veckor om inget fördjupat läkarutlåtande inklusive den sjukskrivnes egen förklaring till arbetsförmågan har inkommit.

I Nederländerna krävs inte heller något läkarutlåtande från den första dagen utan där skall individen, då denne rapporterat sig sjuk, följa vissa regler: Individen ska stanna hemma tills en inspektör ("implementation institution inspector") tagit kontakt. Individen måste tillåta att inspektören gör hembesök samt meddela inspektören var han eller hon befinner sig. Slutligen ska individen göra allt för att underlätta sitt eget återhämtande samt komma till utsatta möten med inspektören.

2.2 Anställningstrygghet vid ohälsa

De försäkrades rättigheter vid sjukdom och rehabilitering varierar i omfattning från en mycket stark anställningstrygghet i Finland och Sverige till en svag anställningstrygghet i Danmark. Sammantaget förefaller anställningstryggheten vid sjukdom vara starkast i Sverige, där individer som uppbär tidsbegränsad sjukersättning (tidigare sjukbidrag) fortfarande i laglig mening har sin anställning kvar. Till de strängaste regler som förekommer i de åtta länderna hör den lagliga att avskeda sjukskrivna privatanställda tjänstemän (gäller även arbetare) efter 120 dagars sjukfrånvaro. I Tyskland och Frankrike förekommer kvotering av personer med nedsatt arbetsförmåga, något som saknas i de nordiska länderna. I Storbritannien, Danmark och i Tyskland finns ett utvecklat stöd vid rehabilitering och återgång till arbete som aktivt förutsätter arbetsgivarens medverkan.

Tabell 2.2 Anställningstrygghet

Land	Anställningstrygghet	Kvotering	Stöd vid rehabilitering /återgång i arbete
Sverige	Ja	Nej	
Danmark	Möjligt att avskeda privata tjänstemän efter 120 dagars sjukskrivning. Gäller ej offentlig-anställda.	Nej	Medhjälpare på arbetet
Finland	Ja	Nej	
Norge	i.u.	Nej	
Storbritannien	Ja	Nej.Diskrimineringslag.	Personliga vägledare/medhjälpare på arbetet
Frankrike	Ja. Arbetsgivaren måste skaffa ett annat arbete vid eventuellt avsked.	Ja	
Tyskland	Ja. Arbetsgivaren kan dock ansöka om tillstånd att avskeda hos en särskild myndighet.	Ja	En intern medhjälpare på företaget kan avlönas helt eller delvis av myndigheterna.
Nederländerna	I princip upp till 2 år under förtidspension	Nej	

Källa: SOU 2000:78, bilaga 7, NOSOSCO 2002, MISSOC 2002
i.u. – ingen uppgift.

I Sverige är anställningstryggheten vid arbetsförmåga mycket stark. Sjukdom utgör ingen grund för uppsägning. Även i Finland är anställningstryggheten vid arbetsförmåga stark. I extrema fall kan en arbetsgivare i Finland, enligt Arbetsdomstolens tolkning, vara skyldig att skräddarsy arbetsuppgifter för en anställd som efter en sjukdom eller skada inte har kunnat utföra sina ordinarie arbetsuppgifter. Efter ett år kan arbetsgivaren dock avskeda den anställda om arbetsgivaren inte kan ordna en omplacering till ett lämpligt arbete.

Anställningstryggheten vid sjukskrivning är svag i Danmark. Anställda inom den privata sektorn kan sägas upp efter att ha

varit sjukskrivna 120 dagar under ett år. De offentliganställda har via kollektivavtal avskaffat denna möjlighet. Avskedas den anställda under sjukperioden övertar de offentliga myndigheterna ansvaret. I det danska systemet erbjuds anställda med nedsatt arbetsförmåga stöd av medhjälpare och vägledare på arbetsplatsen. Detta gäller sedan 1994 även i det brittiska systemet. Från 1995 finns även en lag i Storbritannien som förbjuder diskriminering av personer med nedsatt arbetsförmåga vid nyanställning och vid erbjudande av nya arbetsuppgifter, anställningsvillkor och liknande. Det är inte heller tillåtet att avskeda personer med nedsatt arbetsförmåga och arbetsgivaren skall genomföra anpassningar av arbetsplatsen för att möta individens möjligheter.

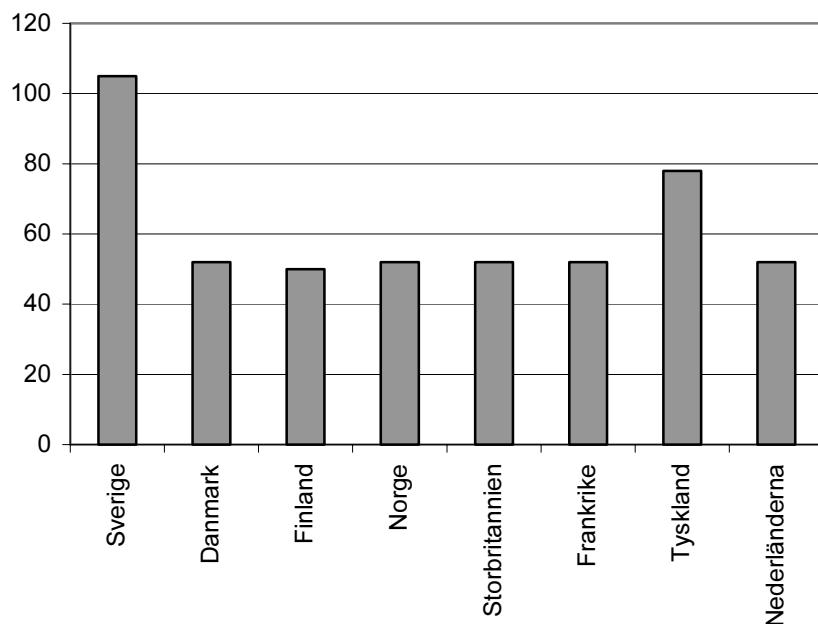
På arbetsplatser i både i Frankrike och i Tyskland tillämpas kvotering av personer med nedsatt arbetsförmåga, vilket är unikt för länderna i denna studie. I Tyskland omfattas arbetstagare av ett starkt anställningsskydd. De har däremot inte alltid rätt till sitt gamla arbete efter en sjukskrivningsperiod. Vid lång frånvaro och där återgång inte ligger i företagets intresse kan arbetsgivaren ansöka om tillstånd att avskeda den anställda hos en speciell statlig myndighet. Om myndigheten inte vill godkänna avskedandet, kan arbetsgivaren vända sig till arbetsdomstolen för ett avgörande.

Även i Nederländerna är de försäkrades rättigheter vad gäller anställningstrygghet vid sjukdom och rehabilitering relativt starka. Arbetarskyddsmyndigheter svarar för förebyggande arbete genom kontroller av arbetsmiljön och rådgivning i anpassning av arbetsplatser. Därutöver har arbetsgivaren en skyldighet att tillhandahålla företagshälsovård med ansvar att följa de anställdas hälsoutveckling.

2.3 Sjukersättning

För individer med varaktigt nedsatt arbetsförmåga inträder efter en tid normalt någon form av sjukersättning (tidigare förtidspension eller sjukbidrag). I diagram 2.2 visas maximal tid med sjukpenning innan sjukersättningssystemet tar vid. I några av länderna inträder sjukersättning automatiskt efter en viss tid med sjukskrivning medan detta inte gäller för andra länder. Längst period innan sjukersättning inträdde finns i Sverige där den genomsnittliga tiden med sjukpenning 2002 uppgick till 2 år och 1 månad. Denna tid är beräknad då det i Sverige inte finns någon maximal tid med sjukpenning innan sjukersättning tar vid. Övriga länder har en maximal period om 50–52 veckor med sjukförsäkring innan systemet med sjukersättning tar vid utom i Tyskland som har 78 veckor (1 år och 6 månader). Eftersom den genomsnittliga tiden med sjukpenning endast är beräknad för Sverige innebär detta att perioderna inte är helt jämförbara. Huruvida perioderna i övriga länder innebär en över- eller en underskattning av tid med sjukpenning innan sjukersättning tar vid är svårt att uttala sig om då praxis i de övriga länderna inte är känd men förmodligen överskattas perioderna i de övriga länderna.

Diagram 2.2 Tidsperiod i veckor med sjukpenning innan sjukersättning



utgår.

Not: I Sverige är perioden med sjukpenning obegränsad. Siffran är ett genomsnitt av tiden av de som fick sjukersättning år 2002.

Källa: NOSOSCO 2002, MISSOC 2002, RFV

I samtliga länder i denna studie omfattas hela befolkningen av ett system för varaktig nedsättning av arbetsförmåga – sjukersättning. Systemet finansieras i huvudsak med arbetsgivaravgifter i Finland, Norge, Storbritannien, Frankrike, Nederländerna och Sverige och via den vanliga inkomstskatten i Danmark. I Tyskland finansieras den till lika delar av arbetsgivare och försäkrade. För samtliga länder krävs medicinska skäl för sjukersättning men i Finland och Danmark tas hänsyn till sociala eller ekonomiska skäl vid bedömningen av arbetsförmåga.

Det är viktigt att poängtera att, liksom för sjukförsäkringssystemet, finns utöver de ersättningsnivåer som här redovisas även olika former av kollektivavtal, avtalsförsäkringar och privata försäkringar. Detta innebär att den sammantagna ersättning som utgår till individen kan vara högre än den som här anges.

Som en sammanfattning kan det konstateras att i samtliga länder omfattas hela befolkningen av ett system för sjukersättning (tidigare förtidspension). I de flesta länder tar sjukersättningssystemet vid efter 50 till 52 veckor. Längst period med sjukpenning innan sjukersättningen tar vid finns i Tyskland (1 år och 6 månader) och i Sverige, som inte har en bortre parentes i sjukförsäkringen, med en genomsnittstid på 2 år och en månad. I alla länder utom Storbritannien är sjukersättningen inkomstrelaterad. Det förefaller som om de tyska, finska, svenska och det norska systemen är något generösare än de övriga ländernas vad gäller både ersättningsnivå och varaktighet med sjukpenning innan sjukersättningssystemet träder in.

Tabell 2.4 Sjukersättningssystemens utformning i olika länder.

<i>Land</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/andel</i>	<i>Omprövning</i>
Sverige	Från 19 år. Bedömning av varaktig nedsättning av arbetsförmåga (minst 1 år) med minst en fjärdedel. Enbart medicinska skäl som grund	Inkomstrelaterad: Uppgår till 64 % av lönen enligt särskilda beräkningsregler. Max SEK 14 761 (€ 1 590) per månad. Ca SEK 177 100 (€ 19 080 per år). Beskattningsbar efter avdrag.	Ja, 25 %, 50 %, 75 %	Ja, kan förekomma.
Danmark	Från 18 år. Minst 50 % nedsättning av arbetsförmåga. Medicinska skäl/sociala skäl.	2 generella och 2 behovsprövade förmåner. Enhetliga belopp. DKK 77 196 – 138 012, € 10 378 – 18 553 per år. Beskattningsbar.	Ja, 67 %, 50 %	Ingen information

<i>Land</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/andel</i>	<i>Omprövning</i>
Finland	<p>Generell: Från 16 år. Inkomstprövad. Hänsyn till hälsa, ålder, yrkesskicklighet m.m.</p> <p>Inkomstrelaterad: Från 14 år. Minst 40 % nedsättning av arbetsförmåga. Även sociala och ekonomiska skäl.</p> <p>Båda: Även individuell förtidspension 58–64 år (ålder, arbetsförhållanden, slitage)</p>	<p>Generell: Mellan € 411 och 488 per månad. (€ 4 932 – 5 856 per år) Generell + Inkomstrelaterad Ca 60 % inget tak.</p> <p>Tillkommer ytterligare bidrag för merkostnader 3 kategorier € 50,87, 126,65, 253,28 per månad. Beskattningsbar över miniminivå.</p>	<p>Nej</p> <p>100 %, 50 %</p>	Ingen information
Norge	<p>Från 18 år Generell: Minst 50 % nedsättning av arbetsförmåga. Medicinska skäl huvudorsak</p> <p>Inkomstrelaterad: Minst 50 % nedsättning av arbetsförmåga, 3 års avgifter över basbeloppet. Medicinska skäl huvudorsak</p>	<p>Generell: Upp till 100 % av basbeloppet, minst 50 % av förväntad ålderspension. Beskattningsbar. inkomstrelaterad: 42 % av basbeloppet multiplicerat med pensionspoäng för de bästa 20 åren. Max NOK 202 358 (€ 25 258) per år. Beskattningsbar.</p>	<p>Proportionell till arbetsförmågan</p> <p>Proportionell till arbetsförmågan</p>	Ingen information

<i>Land</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/andel</i>	<i>Omprövning</i>
Storbritannien	a) Avgifter inbetalda i två år. Medicinska skäl. b) Från 16 år. Medicinska skäl	GBP 69,75 (€ 111) per v + ev. andra förmåner Ca GBP 3 627 (ca € 5 772) per år. GBP 42,15 (€ 67) Per vecka. Bidrag vid grav invaliditet + ev. andra förmåner. Ca 2 192 (€ 3 484) per år. Ålderstillägg: under 35: GBP 14,65 (€ 23) per v. Mellan 35 och 44 GBP 7,35 (€ 12) per v. Beskattningsbar efter avdrag	Nej Nej	Nej
Frankrike	Minst 2/3 nedsättning av försörjningsförmåga i alla yrken. Medicin skall skäl.	50 % Max € 14 112 per år. Beskattning på de inkomster över viss lägstanivå.	30 % € 8 467 per år	Kan omprövas när som helst
Tyskland	Avgifter inbetalda i minst 60 månader. Yrkesförmåga: minst 50 % nedsättning Medicinska skäl. Arbetsförmåga: minst 6/7 nedsättning. Medicinska skäl.	Beskattningsbar men ej om minimiinkomst. Om förtidspension p.g.a. yrkesförmåga reduceras pensionen med pensionsfaktor 0,667.	Nej Nej	Nej

<i>Land</i>	<i>Kvalifikationskrav</i>	<i>Ersättningsnivå vid full arbetsförmåga</i>	<i>Partiella förmåner/andel</i>	<i>Omprövning</i>
Nederländerna	Från 15 år Minst 15 % nedsättning av arbetsförmåga. Medicinska skäl.	70 % av tak om € 159 per dag. Detta ger max € 103 per dag (Ca € 26 780 per år)	Sex partiella förmåner	Omprövas efter 1 år och därefter vart tredje år efter en läkarundersökning

Källa: SOU 2000:78, bilaga sju, NOSOSCO 2002, MISSOC 2002, RFV, Social Security Online 2002.

I Sverige kan en person vars arbetsförmåga är nedsatt för avsevärd tid (minst 1 år) ansöka om sjukersättning (tidigare förtidspension). Liksom i Norge, Finland och i Danmark kan ersättning utgå dels i form av en inkomstrelaterad sjukersättning, dels som ett grundskydd. Nivån uppgår till ca 64 procent av lönen. I genomsnitt uppgick den år 2000 till SKR 8 796 per månad för män och 7 221 för kvinnor. Genom kompletterande avtal kan förtidspensionen i praktiken uppgå till ca 75–80 av lönen. Därtill kan individen dessutom vid arbetsskada erhålla livränta vilket kan höja ersättningen till närmare 100 procent. För rätt till inkomstrelaterad ersättning krävs 1 år med pensionsgrundande inkomst under en viss tid (ramtid närmast före det år försäkringsfallet inträffat). Ersättningen kan ges ut partiellt. För den som saknar eller har låg inkomstrelaterad sjukersättning lämnas garantiersättning.

I Danmark består sjukersättning av två enhetliga grundbelopp och två enhetliga tillägg. Sjukersättning är inte inkomstrelaterad. De två grundbeloppen är behovsprövade utifrån både hälsoskäl

och sociala skäl medan de två tilläggen inte är det. En kombination av tre eller fyra av dessa förmåner kan beviljas. Kombinationer av förmåner ger olika utfall beroende på tidigare inkomst och graden av nedsättning av arbetsförmågan. I genomsnitt var den år 2000 DKR 9 891 per månad för män och 9 561 för kvinnor. För full förmån krävs bosättning i Danmark 80 procent av tiden mellan 15-årsåldern och tidpunkten för arbetsoförmågan. Olika kombinationer av förmåner gör att sjukersättningen i praktiken är inkomstrelaterad. Rätt till sjukersättning utgår från 18 års ålder och till personer vilkas arbetsförmåga inte har orsakats av ett olycksfall i arbetet eller en arbetssjukdom.

I Finland finns en generell och en inkomstrelaterad sjukersättning som tillsammans kan uppgå till högst 60 procent av den pensionsgrundande inkomsten utan tak. I genomsnitt var den € 981 per månad år 2000 för män och € 773 för kvinnor (NOSOSCO 2002). En person med sjukersättning som genomgår rehabilitering får högre sjukersättning under rehabiliteringstiden. Medan en generell sjukersättning kan beviljas från och med 16 års ålder kan en inkomstrelaterad sjukersättning utgå från och med 14 års ålder om sjukpenning har utgått i minst 300 dagar. Endast hel förmån finns i det generella systemet. I den inkomstrelaterade sjukersättningen kan hel sjukersättning och rehabiliteringsstöd utgå om arbetsförmågan är nedsatt med minst 60 procent. I båda försäkringar ingår en så kallad individuell sjukersättning som kan beviljas från och med 58 årsåldern enligt lindrigare medicinska kriterier än den egentliga sjukersättningen. Dessutom utgår i tre kategorier ersättning för ökade levnadsomkostnader till följd av sjukdom eller annan skada. Till detta kan det dessutom utgå ett bostadsbidrag som är proportionellt mot inkomst och bostadskostnad.

Även i Norge består sjukersättningen av två delar: en generell och en inkomstrelaterad. Den generella sjukersättningen består av en behovsprövad grundförmån för extra kostnader i samband med handikapp och en stödförmån för särskild omsorg eller vård. Alla förvärvsarbetande med inkomst över ett basbelopp (NOK 51 360, € 6 411) har dessutom rätt till den inkomstrelate-

rade sjukersättningen. Vid full arbetsförmåga kan förmånen från den generella sjukersättningen uppgå till 100 procent av basbeloppet givet att avgifter är inbetalda under 40 år. I genomsnitt var ersättningen NOK 10 685 per månad för män och 7 789 för kvinnor (NOSOSCO 2002). En partiell nedsättning av arbetsförmågan berättigar till en ersättning som är proportionerlig till nedsättningen.

I Storbritannien utgör sjukersättning ett grundskydd och rätten till sjukersättning aktualiseras automatiskt när sjukpenning utgått i 364 dagar, givet att individen betalat avgifter till försäkringen under två års tid. Ersättningen är GBP 69,75 (€ 111) per vecka. Till detta kommer ett ålderstillägg om GBP 14,65 (€ 23) per vecka om under 35 och GBP 7,35 (€ 12) per vecka om mellan 35 och 44 år. Den som inte är berättigad till långvarig ersättning vid arbetsförmåga kan från och med 16-årsåldern beviljas ett icke inkomstprövat bidrag vid grav invaliditet efter minst 28 veckors arbetsförmåga. sjukersättningsbeloppet är enhetligt och dess storlek beror på försörjningsbördan för den enskilde. Det finns ingen partiell förmån. Ett ålderstillägg betalas ut om arbetsförmågan inträder före 45-årsåldern.

I Frankrike är rätten till sjukersättning alltid tillfällig och kan omprövas när som helst. Sjukersättningen kan ändras, uppskjutas eller dras in av medicinska skäl. Storleken baseras på den genomsnittliga arbetsinkomsten under de senaste tio åren. Ersättningen uppgår till 50 procent vid total arbetsförmåga, till 30 procent vid partiell arbetsförmåga upp till 50 procent av inkomsttaket (€ 28 224) vilket innebär en maximum om € 14 112 per år (Ca € 270 per vecka) vid total arbetsförmåga. Arbetsförmågan skall vara nedsatt med minst 2/3 och den bedöms i förhållande till alla på arbetsmarknaden förekommande arbeten.

I Tyskland används två olika begrepp för rätt till ersättning: arbetsförmåga i yrket och arbetsförmåga i alla yrken. Ingen maximal nivå finns i Tyskland. Arbetsförmåga i det nuvarande yrket berättigar till en lägre sjukersättning än en generell arbetsförmåga (sjukersättningen reduceras med en faktor om 0,667). Arbetsgivaren är skyldig att erbjuda arbetsplatser för sina an-

ställda som är anpassade för att så långt som möjligt garantera bestående arbetsförmåga. Den yrkesmässiga rehabiliteringen i Tyskland omfattar hjälp för individen att behålla eller finna nytt arbete genom yrkesvägledning, arbetsprövning, arbetsträning samt vidareutbildning och omskolning. Förutsättningar för att få yrkesmässig rehabilitering kan t.ex. vara att individen utan denna åtgärd skulle vara berättigad till sjukersättning eller om yrkesfrämjande åtgärder är nödvändiga för en framgångsrik rehabilitering. Partiell förmån betalas inte ut.

I Nederländerna omprövas, i likhet med i Frankrike, rätten till sjukersättning regelbundet. Sjukersättningen är inkomstrelaterad och vid en arbetsförmåga på minst 80 procent beräknas ersättningen som 65 procent av daglönen upp till ett tak om maximalt € 159 per dag (€ 26 780 per år). För en nedsättning av arbetsförmågan med mellan 15 och 25 procent är ersättningsnivån 13 procent. Till skillnad från sjukpenning kan sjukersättning alltså utgå med partiell nivå (6 partiella nivåer). Sjukersättning finansieras med generella och differentierade avgifter från arbetsgivare. Den differentierade avgiften kan utgöra en försäkringspremie hos en privat försäkringsgivare. Alla omfattas av försäkringen och endast hälsoskäl berättigar till sjukersättning. Arbetsförmågan bedöms i förhållande till alla förekommande arbeten.

2.4 Villkor för arbetslösa

Det inkomstbortfall vid arbetsförmåga som sjukförsäkringen ersätter kan inte ses helt isolerad från samhällets övriga försörjningssystem. De olika system som finns för ersättning för någon form av frånvaro, antingen i form av ersättning vid sjukdom eller vid arbetslöshet, är i praktiken ofta kommunicerande kärl. Om villkoren för ersättning i de olika systemen skiljer sig kraftigt påverkar det strömmarna av individer till dessa. Exempelvis utgör möjligheten att uppbära sjukpenning vid arbetslöshet en sådan systemegenskap som kan påverka ersatt sjukfrånvaro.

Tabell 2.3 Villkor för arbetslösa

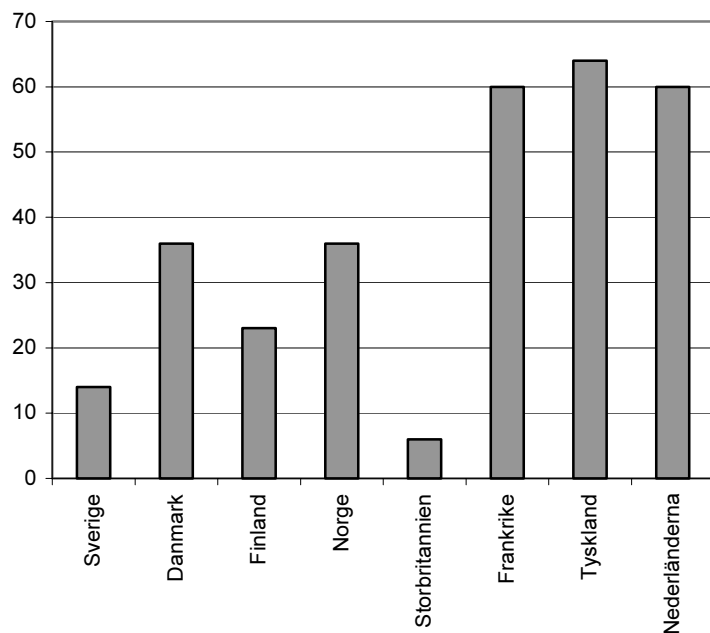
Land	Arbetsvillkor	Varaktighet	Ersättningsnivå
Sverige	6 månader inom 1 år	14 månader (300 dagar) 450 dagar för personer över 57. Kan bli förlängd till 20 månader (600 dagar)	Grundförsäkring: SEK 270 (€ 29) per dag. Inkomstrelaterad: 80 % max SEK 680 per dag (€ 73) per dag de första 100 dagarna
Danmark	52 v inom senaste 3 åren	Två perioder: En initial om 1 år och en om 3 år	90 % max DKK 3 020 (€ 406) per vecka
Finland	43 veckor inom de senaste 2 åren	23 månader (500 arbetsdagar)	Regressiv. Inget tak. Från € 22.75 per dag (grundbelopp) + Inkomstrelaterad: 42 % av skillnaden mellan grundbelopp och daglönen. För månadslön över 90 gånger basbeloppet (€ 1 972) 20 %.
Norge	Inkomst NOK 64 200 (€ 8 013) föregående kalenderår	156 v. 78 v om inkomst under 2 basbelopp (NOK 102 720, € 12 822)	Normalt ca 62,4 % kompensationsgrad. Max NOK 5 664 (€ 707) per vecka.
Storbritannien	Nej. Måste ha betalat in avgifter	Avgiftsbestämd del: 6 mån. (182 dagar). Den behovsrelaterade delen är obegränsad om villkoren uppfylls	Enhetligt belopp baserat på ålder: 25–år : GBP 53.05 (€ 85) per v 18–24 år: GBP 42 (€ 67) per v 16–17 år: GBP 31.95 (€ 51) per v
Frankrike	4 månader (122 dagar) de senaste 18 månaderna	Varierar beroende av avtalsmodell och ålder: Mellan 4 och 60 månader	Inget tak. Bäst av två metoder: 40.4 % + € 9.74 per dag eller mellan 57,4 och 75 % av lönen. Min € 23.88 per dag.
Tyskland	12 månader inom de senaste 3 åren	Varierar beroende på ålder och försäkringens varaktighet: Mellan 12 och 64 mån.	Inget tak. Med barn: 67 % av nettolön. Utan barn: 60 %

<i>Land</i>	<i>Arbetsvillkor</i>	<i>Varaktighet</i>	<i>Ersättningsnivå</i>
Nederländerna	26 v inom 39 v	Varierar (arbetade år)vid 4 år: 6 månader 5–10 år: 9 månader 10–15 år: 1 år 15–20 år: 1½ år 20–25 år: 2 år 25–30 år: 2½ år 30–35 år: 3 år 35–40 år :4 år 40– år: 5 år	70 % av en max lön om € 159 per dag.

Källa: MISSOC 2002

I samtliga länder gäller särskilda villkor för att erhålla ersättning från arbetslöshetsförsäkringen. Förutom att individen skall vara försäkrad gäller att arbetslösheten skall vara ofrivillig och att han eller hon ska stå till arbetsmarknadens förfogande och vara bosatt i landet. För personer som inte uppfyller kraven utgår ersättning från andra, ofta behovsprövade, system. Ersättningsperiodens maximala längd skiljer sig märkbart i de olika länderna och är längst i Tyskland med 64 månader och kortast i Storbritannien med 6 månader, se diagram 2.3. I Nederländerna och i Frankrike utgår ersättning i 60 månader, i Norge och i Danmark kan en individ uppbära ersättning i maximalt 36 månader. I Finland och i Sverige är den maximala tiden 23 respektive 14 månader.

Diagram 2.3 Den maximala perioden en person kan uppbära ersättning från arbetslöshetssystemet i månader



Källa: MISSOC 2002, NOSOSCO 2002

Den svenska arbetslöshetsförsäkringen består av en grundförsäkring och en inkomstbortfallsförsäkring. Rätt till arbetslöshetsersättning från Inkomstbortfallsförsäkringen har de som har försäkrat sig och uppfyller arbetskraven och har varit medlem i en arbetslöshetskassa i minst 12 månader samt vara inskriven på arbetsförmedlingen. Om kraven är uppfyllda är ersättningsgraden ca 80 procent av lönen (max SEK 680 (€73) per dag) under de första 100 dagarna. Om inte kraven är uppfyllda kan individen få ersättning från grundförsäkringen med ett enhetligt belopp om SEK 270 (€ 29) per dag.

I Danmark gäller, liksom i Sverige att den arbetslöse skall vara inskriven vid en arbetsförmedling för att vara berättigad till ersättning. Den uppgår till 90 procent av lönen men max DKK 3 020 (€ 406) per vecka. Unga individer kan efter utbildning få DKK 2 475 (€ 333) per vecka. Ersättningen är begränsad till 12 månader men kan bli förlängd till 3 år om denne deltar i arbetsmarknadsprogram. För unga under 25 år perioden begränsad till 6 månader med en förlängning på 3,5 år vid deltagande i arbetsmarknadsprogram.

I Norge är arbetslöshetsförsäkringen obligatorisk. I likhet med Sverige och Danmark skall den arbetslöse vara registrerad på arbetsförmedlingen för att vara berättigad till ersättning. Den är inkomstrelaterad och baseras på tidigare inkomst och eventuell försörjningsbörda för barn i hushållet (NOK 17 (€ 2,12) per dag och barn). Nivån uppgår normalt till ca 62,4 procent av lönen men max ca NOK 5 664 (€ 707) per vecka. Ersättningsperioden är begränsad till 36 månader.

Arbetslöshetsförsäkringen i Finland utgår som en inkomstrelaterad ersättning och en grundförsäkring. För ersättning från den frivilliga inkomstrelaterade försäkringen krävs medlemskap i en arbetslöshetskassa samt 43 veckors anställning under de senaste två åren. Ersättningen baseras på ett genomsnitt av de senaste 43 veckornas inkomst – utan tak. För inkomster från grundbeloppet på € 22,75 per dag och € 1 972 i månaden erhålls en kompensation på 42 procent. För inkomster där utöver uppgår ersättningen till 20 procent. Ersättningen är anpassad efter försörjningsbörda (€ 4,31, 6,33 eller 8,16 per dag för ett, två resp. fler barn). Grundförsäkringen utgår efter en enhetlig ersättning om € 22,75 per dag (€ 113,75 per vecka). Unga mellan 17 och 24 år har rätt till olika former av arbetsmarknadsprogram.

Även i Tyskland är arbetslöshetsförsäkringen obligatorisk. Villkor för ersättning är att personen varit försäkrad under 12 månader under de senaste tre åren. Förmånen baseras på den genomsnittliga lönen de senaste 52 veckorna, maximalt € 4 500 per månad (1 038 per vecka). Detta motsvarar ca 67 procent av nettoinkomsten för individer med barn och ca 60 procent för

dem utan barn. Den maximala tiden en person kan uppbära ersättning beror dels på ålder men också på försäkringens täckningsgrad. Detta innebär i normala fall att den maximala perioden ligger mellan 12 månader, för de yngsta, och 64 månader för de äldre. För långtidsarbetslösa individer finns en behovsprövad ersättning om 57 procent av nettoinkomsten för individer med barn och 53 procent för dem utan barn.

Även den franska arbetslöshetsförsäkringen är obligatorisk. Förmånen baseras på de inkomster som avgifter betalats in för under den senaste 12 månadsperioden. Ersättningsnivån motsvarar 75 procent av den anställdas lön, maximalt € 9 408 per månad (ca 2 171 per vecka). Den maximala tiden varierar med ålder och försäkringens omfattning och är minst 4 månader och som mest 60 månader. För långtidsarbetslösa finns en särskild förmån som är behovsprövad. Ersättningen är enhetlig och utgår med € 13,36 per dag om personen är under 55 år och € 19,19 per dag för de som är äldre (93,52 – 134,33 per vecka).

I Storbritannien består arbetslöshetsersättningen av två delar. Den delen som är avgiftsbestämd ger en ersättningsperiod om maximalt 6 månader till en enhetlig nivå beroende på ålder. För personer som är 16–17 år ersättningen GBP 31,95 (€ 51) per vecka, för ålder mellan 18 och 24 år ersättningen GBP 42 (€ 67) och för dem 25 år och äldre är ersättningen GBP 53,05 (€ 85) per vecka. Den andra delen utgörs av en inkomstrelaterad behovsrelaterad förmån som är obegränsad i tid och som beaktar familjens sammanlagda tillgångar vid beräkning av storlek på ersättningen.

I Nederländerna kan arbetslöshetsersättningen utgå i tre former. Den första är relaterad till lönen och ger 70 procent av en maximal lön om € 159 per dag. Ersättningsens storlek avgörs av ålder och anknytning till arbetsmarknaden. Ersättningsperiodens längd varar mellan 6 månader och 5 år beroende på hur länge personen innehaft en anställning. För personer med svag anknytning till arbetsmarknaden utgår en förmån som ger 70 procent av lagstadgad minimilön. Denna förmån är menad att endast betalas ut under maximalt 6 månader. Slutligen finns en uppföljnings-

förmån som kan betalas ut under 24 månader. Personer som är 57 år och 6 månader eller äldre kan bli beviljade denna förmån fram till den de fyller 65 år.

2.5 Sjukskrivning och arbetslöshet

Sjukförsäkring som ersätter inkomstbortfall vid arbetsförmåga kan inte ses isolerad från samhällets övriga försörjningssystem. Möjligheten att uppbära sjukpenning vid arbetslöshet är en ytterligare systemegenskap som kan påverka ersatt sjukfrånvaro.

I Finland, Norge, Danmark och i Frankrike är arbetslöshetsersättningen högre än ersättningen för sjukdom medan det omvända råder i Tyskland, Storbritannien och Sverige. I Sverige kan från och med den 1 juli 2003 ersättningen från sjukförsäkringen inte längre överstiga den högsta ersättningen som kan erhållas från arbetslöshetsförsäkringen. I Nederländerna är nivån på ersättningarna i de båda systemen densamma. Arbetslösa som får ersättning från den allmänna arbetslöshetsförsäkringen får behålla denna ersättning vid sjukdom.

I Danmark är arbetslösa och personer i arbetsmarknadsåtgärder berättigade till samma nivå som i arbetslöshetsersättningen om de skulle bli sjuka. Om en arbetssökande blir sjuk i Norge så kommer arbetslöshetsersättningen att utgöra inkomstgrunden för beräkning av sjukpenning.

I Tyskland gäller att om en arbetslös person som uppbär ersättning från arbetsförmedlingen blir sjuk övergår ersättningen till en sjukersättningsfond som betalar motsvarande nivå som den från arbetsförmedlingen. I Frankrike däremot finns inga särskilda villkor för arbetslösa som blir sjuka.

2.6 Diskussion

Som det konstaterades i inledningen av detta kapitel finns det stora problem med jämförelser av effektiviteten i de olika ländernas socialförsäkringssystem. Svårigheten beror bland annat på

socialförsäkringens komplexitet och bristen på jämförbar statistik över dessa system. Dessutom försvåras jämförelsen av att olika befolkningsgrupper i olika länder i samma situation kan täckas av helt olika delar av socialförsäkringen. Exempelvis är sjukförsäkringen där det inte finns någon bortre parentes i det svenska systemet medan sjukförsäkringsperioden är begränsad till mellan 50 veckor i Finland och 78 veckor i Tyskland. Dessutom är de ekonomiska ersättningarna i vissa länder beskattningsbara – andra inte. Utifrån denna jämförelse av de olika ländernas socialförsäkringssystem är det således svårt att dra några entydiga slutsatser av skillnader i effektivitet mellan det svenska socialförsäkringssystemet och de övriga ländernas system. Utöver de rent metodologiska svårigheterna av att jämföra de olika systemen tillkommer dessutom skillnader i praxis mellan dels de olika länderna och dels mellan olika aktörer inom samma land. I kapitel 3 och 4 diskuteras skillnader i praxis mellan länder via den enkätstudie som genomförts till försäkringsläkare i de studerade länderna.

3 Läkarnas grindvaktsfunktion

3.1 Inledning

I kapitel 2, ovan, beskrivs skillnaderna i socialförsäkringssystemens regelverk för att kunna belysa i vilken utsträckning regel-systemens ramar för olika aktörer att utöva sina grindvaktsfunktioner skiljer sig åt mellan länderna. Men också för att därmed kunna förklara de stora skillnaderna länderna emellan vad gäller sjukfrånvaro. Läkarnas grindvaktsfunktioner är betydelsefulla för utfallet i sjukförsäkringen. Därför är det av intresse att även försöka belysa om skillnader i hur läkarnas grindvaktsfunktioner är organiserade, understödda med t.ex. utbildning, integrerade i de rättsliga systemen m.m., skulle kunna relateras till skillnaderna i utfall mellan länderna vad gäller sjukskrivning och sjukersättning (tidigare förtidspension och sjukbidrag). I detta kapitel presenteras en sådan genomgång. Den information som presenteras och analyseras har i första hand inhämtats via en enkätundersökning.

I frontlinjen för att bedöma behovet av sjukskrivning befinner sig de behandlande läkarna. Läkarintyget ger fortsatt tillgång till ersättning från trygghetssystemen, men kan också vara ett medel att komma tillbaka till arbete. Detta under förutsättning att läkarna aktivt bidrar med korrekta bedömningar av patientens funktionstillstånd och särskilt arbetsförmågan. Kliniskt verk-samma läkare har goda möjligheter att tidigt – i vissa länder redan från första dagen – åstadkomma en rimlig precision i han-teringen av sjukförsäkringen; att förhindra ”felaktig” sjukskriv-ning (t.ex. för kort, för omfattande, för lång eller av felaktiga

skäl) och att tidigt diagnostisera de reella orsakerna till upplevd arbetsförmåga. De kliniskt verksamma läkarna har dessutom möjlighet att tidigt i sjukfallet introducera relevanta behandlings- och rehabiliteringsåtgärder för att reducera sjukfallslängden och i så hög utsträckning som möjligt leda till återkomst till arbetslivet.

Läkarnas grindvaktstfunktioner kan i princip ses som något som inträder under olika faser i en sjukskrivningsprocess. Den första fasen inträffar när den egna individens rätt att sjukskriva sig själv upphör, vilket i Sverige infaller den 8:e dagen efter sjukansmälningen. Då fordras ett läkarintyg för att sjukskrivningen ska fortsätta. Den andra, och kanske viktigare, fasen är när det första sjukintyget ska förlängas, vilket i Sverige kan vara vid t.ex. 28:e dagen¹. Här kan man tala om övergång från korttids-sjukskrivning till långtidssjukskrivning. Grindvaktstfunktionen är här viktig eftersom de stora kostnaderna för socialförsäkringen bl.a. ligger i de långa sjukskrivningarna. Den tredje, och lika viktiga fasen av grindvaktandet gäller övergång från långtidssjukskrivning till varaktig sjukersättning (tidigare förtidspension), vilket minskar utbetalningen av sjukpenning men ökar utbetalningen av sjukersättning.

I den aktuella enkätstudien av omständigheter kring läkarna som grindvakter belyses alla tre faserna av grindvaktandet något, i de upplysningar som de tillfrågade försäkringsläkarna (informerarna) ger som svar på de givna frågorna.

Inget av de studerade länderna har en helt ”fri” sjukskrivning i så måtto att den försäkrade (d.v.s. patienten) själv kan besluta om att vara sjukskriven, efter den korta inledande intygsfria tidsperiod som finns i flertalet länder. Läkarnas roll i sjukförsäkringen är därför central eftersom de utgör det första ledet i fortsättningen på sjukskrivningsprocessen; läkarna intygar att patienten av medicinska skäl är oförmögen att arbeta. Läkaren intygar, att arbetet utgör en ökad hälsorisk för patienten. Förlängning av sjukskrivning sker av läkarna på samma grunder.

¹ Fram till sommaren 2003 användes en annan typ av sjukintygsformulär. Från och med 1 juli 2003 avgör i stället försäkringskassan i varje enskilt fall när det finns skäl att infordra ett särskilt läkarutlåtande.

Speciella läkare är i flertalet länder involverade som grindvakter längre fram i förloppet av ett sjukskrivningsärende, nämligen som granskare av den behandlande läkarens medicinska grund för sjukskrivning. Dessa läkare utgör medicinska rådgivare eller försäkringsmedicinska konsulter/expertyper åt försäkringsgivaren, som kan vara offentlig administration, och/eller ett privat försäkringsbolag. I Sverige benämns dessa läkare försäkringskassans försäkringsläkare eller medicinska rådgivare.

Huvudsyftet med denna enkätstudie är att ta reda på i vilken utsträckning omständigheterna kring läkarnas grindvaktande skiljer sig åt och därmed skulle kunna förklara de stora skillnaderna mellan länderna vad gäller sjukfrånvaro. Enkätstudiens målsättning är att försöka belysa olikheter och likheter i organisationen av läkarnas grindvaktande arbetssätt. Följande frågeställningar tas upp: Vilka krav finns på utbildning i försäkringsmedicin? Vilka kvalifikationer erfordras för att få sjukskriva patienter eller att arbeta som försäkringsläkare? Hur många sjukintygsfria dagar har man vid sjukfrånvaro. Finns deltidssjukskrivning? Hur ser praxis ut beträffande beslut om sjukpenning eller sjukersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag)? Hur är samarbetet mellan behandlande läkare och försäkringsläkare upplagt?

3.2 Organisationsenkätens genomförande

Samma läkareexperter, som svarat på enkäten vars resultat redovisas i nästa kapitel, har ombetts att fylla i ett separat frågeformulär med frågor om krav på utbildning i försäkringsmedicin, krav på behörighet i ämnet, läkarnas möjligheter att använda sjukskrivning som ett medicinskt hjälpmedel för behandling och rehabilitering, samt besluts-/påverkansmöjligheter enligt reglerna. Undersökningen bygger alltså på dessa försäkringsläkares uppfattningar om hur läkarnas grindvaktfunktioner i deras länder är organiserade och om några villkor för detta. Svarsfrekvensen var 12 av utlämnade 14 frågeformulär, men svar finns

från alla länder. Underlaget för Sveriges del har tagits fram inom arbetsgruppen.

Flera frågor hade öppen svarsform och studier av det här slaget utgår delvis från traditionen inom området för den kvalitativa forskningsmetodik och syftar snarast till att skapa möjligheter till att formulera nya hypoteser. Avsikten är därför inte att redovisa frekvenser av vissa svar utan snarare att inhämta fakta och sätta innehållet i varje informants svar i fokus.

3.3 Resultat

Tabell 3.1 Utbildning, ansvar och befogenheter betr. grindvaktstjänster i samband med sjukförsäkring för läkare i praxis och försäkringsläkare¹

Variabel	FR	GB	NL	DE	DK	NO	SE	FI
Ges alla läkare utbildning i försäkringsmedicin under studietiden?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej*	Ja	Ja	Ja
Om ja, totalt antal dagar?	–	–	–	–	–	5–10	3–5 Var.	15
Erbjuds försäkringsmedicinsk utbildning under vidare-/specialistutbildningen?	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Är utbildningen obligatorisk?	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Antal dagar med försäkr. med. utb. under vidareutbildningen.	4	–	–	–	–	1–3	1*	–
Har alla leg. läkare oinskränkt rätt att sjukskriva en patient?	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Från vilken dag krävs läkarintyg för att erhålla sjukpenning?	1	7	Var.	4	4	4	8	4
Är partiell sjukskrivning möjlig enligt landets regelverk?	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Om ja, ungefär hur stor andel av sjukskrivningarna är partiella? (%)	10	–	10	–	10–25	20–21	20	–

Variabel	FR	GB	NL	DE	DK	NO	SE	FI
Har beh. läkaren laglig skyldighet att efter en tid få tillstånd någon rehab. eller avslut på sjukfallet?	Ja	Nej	Ja	Nej	Rek.	Ja	Nej	Nej
Krävs viss kvalifikation för försäkringsläkare/motsvarande?	Ja	–	Ja	Nej	Ja/Nej	Nej	Nej	Ja
Statlig arbetsgivare för försäkringsläkare/motsvarande?	Ja	–	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Privata arbetsgivare för försäkringsläkare/motsvarande?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har försäkringsläkare kontroll över beh.läkares bedömningar?	Ja	–	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	?
Har försäkringsläkare skyldighet att samverka med beh. läk?	Ja	–	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	?
Beslutar försäkringsläkare/motsv. personligen om utbetalning av sjukpenning?	Ja	–	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Har försäkringsläkare/motsvar.skyldighet att ge beh. läk. rekom. om åtgärder eller rehabilitering?	Ja	–	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	?
Har försäkringsläkare/motsv. rättighet att undersöka pat. själv?	Ja	–	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Har försäkringsläkarna/motsv. skyldighet att undersöka pat själv?	Ja	–	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Sjukvårdsövervakande arbetsuppgifter för försäkringsläkarna?	Ja	–	–	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Beslutar försäkringsläkare eller motsvarande personligen om förtidspension?	Nej	–	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Variabel	FR	GB	NL	DE	DK	NO	SE	FI
Ger försäkringsläkare eller motsvarande råd till myndighet om beslut av förtidspension?	Ja	–	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Behövs särskilda formella underlag från behandlande läkare för beslut om förtidspension?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja

¹ Läkarnas uppgifter om praxis enligt organisationsenkäten.

Förklaringar: * = varierande i landet, Var. = varierande,

Rek. = rekommenderat, – = inte tillämpligt, ? = svar saknas.

Källa: Organisationsenkät till försäkringsläkare/försäkringsmedicinska rådgivare, febr. 2003.

3.3.1 Utbildning i försäkringsmedicin

Utbildning i försäkringsmedicin för läkare under grund- eller vidareutbildning förekommer i Frankrike, Norge, Sverige och Finland. Utbildningens uppgivna omfattning varierade från ett par dagar till ett par veckor. Obligatorisk vidareutbildning i försäkringsmedicin finns i Frankrike och Norge.

3.3.2 Läkares sjukskrivningsrätt, kvalifikationer och arbetsgivarformer

Alla legitimerade läkare har rätt att sjukskriva i samtliga undersökta länder utom Nederländerna. Där har endast företagsläkare eller försäkringsläkare (läkare anställda av försäkringsgivaren) rätt att sjukskriva.

Särskild kvalifikation krävs för att fungera som försäkringsläkare i Frankrike, Nederländerna, Danmark och Finland, men inte i Tyskland, Norge och Sverige.

Varken i England eller i Tyskland finns offentliganställda försäkringsläkare, men i övriga länder förekommer det. I samtliga länder finns det dessutom privatanställda försäkringsläkare.

3.3.3 Krav på läkarintyg

Den dag efter sjukfrånvarons början då läkarintyg fordras varierar, enligt läkarnas uppgifter om praxis, från dag 1 i Frankrike till dag 8 i Sverige. I Tyskland, Danmark, Norge och Finland fordras läkarintyg från dag 4. I England dag 7 och i Nederländerna varierar dagen med vilket avtal den enskilde har med sin arbetsgivare.

3.3.4 Partiell sjukskrivning

Möjlighet till partiell sjukskrivning (deltidssjukskrivning) finns i Frankrike, Nederländerna, Danmark, Norge och Sverige och används då i 10–25% av det totala antalet sjukskrivningar. I de flesta av länderna förekommer det dock endast i samband med rehabilitering, undantaget är Sverige och Norge.

3.3.5 Rehabilitering eller avslutning av sjukskrivning

Den behandlande läkaren har skyldighet att vidta åtgärd för rehabilitering eller avslutning av den påbörjade sjukskrivningen i Frankrike, Nederländerna och Norge (och det rekommenderas i Danmark). Sådan skyldighet saknas i Sverige, England, Tyskland och Finland.

3.3.6 Beslut om sjukpenning och varaktig sjukersättning

Försäkringsläkarna beslutar personligen om utbetalningen av sjukpenningen i Frankrike, Nederländerna och Tyskland och således inte i de Nordiska länderna där bedömningen av arbetsförmågan görs av behandlande läkare. Där ligger besluten om ersättning hos tjänstemän på försäkringskassorna eller motsvarande.

I inget av länderna beslutar försäkringsläkarna personligen om varaktig sjukersättning (förtidspension). I Sverige tas sådana beslut av de politiskt sammansatta Socialförsäkringsnämnderna

efter föredragning av en försäkringskassetjänsteman. Försäkringsläkarna ger råd till myndighet om beslut om varaktig sjukersättning (förtidspension) i Frankrike, Nederländerna, Tyskland, Sverige och Finland. Formella underlag (i form av yttranden och liknande) från behandlande läkare i samband med ställningstagande till varaktig sjukersättning (förtidspension) behövs inte i Frankrike, England, Nederländerna och Tyskland medan detta krävs i Sverige, Norge och Finland.

3.3.7 Försäkringsläkares rätt att själva undersöka patienten

Försäkringsläkare har rättighet och skyldighet att själva undersöka patienter i Frankrike och Nederländerna (i Tyskland endast rättighet) men inte i de Nordiska länder som ingår i studien.

3.4 Diskussion och slutsatser

Utbildning av läkare i försäkringsmedicin ökar rimligtvis förutsättningarna för en effektiv grindvaktfunktion. En studie som genomförts i nordvästra sjukvårdsområdet i Sörmland, visar att effekterna av utbildning ger ett starkt genomslag i utvecklingen av sjuktal och ohälsotal (Mikaelsson, 2000). I Sverige har regeringen nyligen tagit beslut om att skyndsamt utöka utbildningen i försäkringsmedicin för praktiserande läkare (Prop 2002/03:89). Att Finland har längsta utbildningstiden under grundutbildningen skulle kunna stämma med den uppfattningen. Men två av lågsjukskrivningsländerna, Tyskland och Danmark, har ingen sådan särskild utbildning alls. I Sverige och Norge ges utbildning såväl på grundnivå som efteråt och ändå har man hög sjukskrivning. Troligen skulle avsaknad av utbildning ändå ge ännu högre tal för sjukskrivning och beviljande av sjukersättning (förtidspension/sjukbidrag). Förekomst av utbildning kan dock av tillgängliga data inte förklara skillnaderna i sjukfrånvaro.

I alla länderna, utom Nederländerna, har alla legitimerade läkare oinskränkt rätt att sjukskriva patienter, så detta är inte heller

särskiljande beträffande grindvaktsfunktionen. Att företagen i Nederländerna lägger sjukskrivningen på läkare kopplade till företagen är naturligt mot bakgrund av att arbetsgivarna där betalar all sjukskrivning upp till 12 månader. Det tycks dock ej leda till låg sjukskrivning.

Det kan finnas vissa attitydskillnader mellan de jämförda ländernas sjukskrivande- och försäkringsläkare. I Sverige var inriktningen tidigare att ett socialmedicinskt perspektiv kunde tillämpas, d.v.s. att till viss del kunde även sociala faktorer tas hänsyn till i samband med en helhetsbedömning av patientens situation. Efter den renodlingsreform som genomförts, skulle detta synsätt upphöra och enbart ”rent” medicinska faktorer på arbetsförmågan tas hänsyn till vid bedömningen. En förändring av detta slag kan ta sin tid att bli likartat tillämpad i ett helt land, varför regionala ”kultur-”skillnader kan tänkas finnas (Edlund m.fl, 2003). I den aktuella rapporten är frågan om Sverige, Norge och Nederländerna skulle kunna ha kvar mer av en bedömning som inkluderar socialmedicinska aspekter än övriga länder? Detta går inte att avgöra men undersökningen tyder på att läkare i Sverige och Danmark var mer benägna att ta hänsyn till patientens bakgrund och därmed ändra sina bedömningar än i övriga länder (kap. 4).

Den läkarintygsfria perioden vid frånvaro från arbetet är längst i Sverige. I Norge är perioden dock lika lång (3 dagar) som i flera länder där sjukfrånvaron är låg t.ex. Tyskland och Danmark. Något entydigt mönster kan därför inte påvisas. I Nederländerna varierar längden med företagets avtal med den anställde, så materialet medger här ingen bedömning.

I Sverige bedömer den försäkrade själv om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom eller skada med minst en fjärdedel under 7 dygn. Motsvarande period är i de övriga länderna varierande men kan vara lång även i Nederländerna. Detta kan ha betydelse för hur den försäkrade uppfattar rätten att sjukskriva sig. Det faktum att perioden är ovanligt lång i Sverige kan leda till uppfattningen att det är den enskildes rättighet att vara frånvarande från arbetet. Ytringar av detta kan ibland ses i dags-

pressen, när t ex vissa grupper av anställda i samband med konflikter anger som ett "hot" att om inte vissa önskemål tillgodoses så kommer "man att sjukskriva sig". Det är möjligt att attityder i befolkningarna kan vara olika och att svenskar och ev. nederländare i högre grad anser att sjukskrivning som ersättning för frånvaro från jobbet är en rättighet som inte så strikt relaterar till sjukdomens eller skadans påverkan på arbetsförmågan. En förkortning av den intygsgfria perioden skulle i så fall kunna vara en åtgärd för att ändra på denna attityd, i kombination med information om att försäkringen gäller sjukdom eller skada och att ersatt frånvaro inte är en allmän rättighet.

Möjlighet till partiell sjukskrivning finns i de tre högsjukskrivningsländerna, men också i Frankrike och Danmark. I Sverige uppfattas möjligheten till partiell sjukskrivning av praktiserande läkare som ett verktyg att undvika hel sjukskrivning. Men det kan inte uteslutas att partiella sjukskrivningar istället leder till längre sjukskrivningsperioder.

Den lagliga skyldigheten för den behandlande läkaren att efter någon tid av sjukskrivning vidta åtgärd för rehabilitering eller avslutning av sjukskrivning är ett intressant inslag som borde verka i grindvaktande riktning, genom att stimulera till avkortning av sjukskrivningsperioden. Denna skyldighet, som inte finns i Sverige, finns dock i två av högsjukskrivningsländerna, nämligen Nederländerna och Norge, vilket i och för sig talar emot att denna regel skulle vara ett effektivt verktyg mot sjukfrånvaro. Det kan möjligen också bero på den s.k. bortre parentesens och hur regeln tillämpas; svårt att ta ansvar för att avsluta sjukskrivningen om den ska avslutas efter ett år, oavsett tillfrisknande eller rehabilitering. Skyldigheten finns i Frankrike och som rekommendation i Danmark. Den grindvaktstfunktion som syftar till att avsluta en påbörjad sjukskrivning borde studeras mer och bättre metoder för tillämpning borde utvecklas. Detta är särskilt viktigt i Sverige där det i praktiken inte finns någon "bortre parentes" för hur länge en sjukskrivning kan fortgå (se kapitel 2) och som särskiljer Sverige från alla de övriga länderna i fråga om "generositet" i försäkringstillämpningen. Detta skulle i

stället kunna vara en gynnsam förutsättning för behandlande läkare i Sverige för att kunna ta ansvar för att också avsluta sjukskrivningen.

Sambandet mellan tidsbegränsning av sjukskrivning och möjlighet till rehabilitering är komplext. Många länder har ett år som gräns men den viktiga frågan är vad utfallet blir vid den tidpunkten. Om regeln leder till att relevanta rehabiliteringsåtgärder sätts in tidigare, så att den försäkrade verkligen återkommer till arbetslivet, så är det en positiv effekt. Men om den fixerade tidpunkten vid vilken sjukskrivningen automatiskt upphör i stället leder till arbetslöshet eller till en övergång i varaktig sjukersättning, så verkar detta i negativ riktning. Vissa patientkategorier behöver ofta fleråriga lite större rehabiliteringsinsatser såsom tillstånd efter brännskada, andra olycksfall eller multitrauma t ex inkluderande hjärnskada och för dessa skulle en tidsgräns för sjukskrivning vara negativ. Specifika arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser är för dessa patienter ofta för tidiga att göra under första året av sjukskrivning.

Att det i samband med prövning av varaktig sjukersättning behövs särskilda formella underlag utarbetade av den behandlande läkaren gäller i Sverige, Norge och Finland men inte i övriga länder. Tanken bakom detta i Sverige har bl.a. varit att den behandlande läkaren har mest information om den aktuella patienten och på så sätt bäst möjlighet att ge underlag för ett så riktigt beslut som möjligt. Sverige och Norge är dock två av högsjukskrivningsländerna så man kan ju ställa sig frågan huruvida denna företeelse skulle kunna verka i ogynnsam riktning i fråga om grindvaktning. Det skulle i så fall möjligen kunna vara om den behandlande läkaren, som kanske lärt känna patienten väl under en lång sjukdomsperiod tenderar att bli patientens ”advokat” snarare än en objektiv bedömare, vilket är det som regelsystemet i Sverige förutsätter. Om det är så skulle möjligen en läkare som inte känner patienten ha lättare att göra en neutral bedömning, som då eventuellt skulle leda till färre beviljanden av varaktig sjukersättning (förtidspensioneringar) eller till lägre grad av sjukersättning.

Att försäkringsläkare i Sverige inte själva undersöker patienter, utan grundar sina bedömningar på skrivna dokument, har debatterats i bl.a. rättsliga och etiska sammanhang. Ståndpunkten att försäkringsläkaren bör göra egna undersökningar har ibland framförts. En sådan skyldighet finns endast i Frankrike och Nederländerna. Det tycks då inte vara någon garanti för hög grindvaktningfunktion. Att så många länder avstår från detta kan höra ihop med sjukvårdens organisation där det i regel finns en primärvårdsnivå och en specialistnivå. I princip är specialister på en viss typ av sjukdomar mest kompetenta att göra utredningar och bedömningar beträffande just dessa sjukdomstillstånd och det skulle då kunna bli problematiskt för en försäkringsläkare, som inte råkar vara specialist på just det området, att överpröva specialistens bedömning även efter egen undersökning. Lagstiftningen kring journalföring och intygsskrivning gör att tillfredställande dokumentation inom hälso- och sjukvården i regel går att få fram.

Syftet med denna delstudie var att göra ett försök att beskriva omständigheterna kring läkarna som grindvakter i socialförsäkringssystemen för att kunna se hur de skiljer sig åt och därmed möjligen bidra till att förklara de stora skillnaderna mellan länderna vad gäller sjukfrånvaro. Beskrivningen och analysen har lett till att bilden klarnat beträffande komplexiteten i en eventuell förklaringsmodell. Däremot har inte något entydigt mönster kunnat påvisas beträffande de organisatoriska förhållandena för behandlande/sjukskrivande läkare och försäkringsläkare. Det kan vara av intresse att göra andra landsjämförande studier av yrkeskategorier som också har grindvaktfunktioner, så som handläggare på försäkringskassorna och förtroendevalda i socialförsäkringsnämnder och deras motsvarigheter.