

Förord

Expertgruppen för Studier i Offentlig Ekonomi (ESO) presenterade i samarbete med Riksförsäkringsverket (RFV) år 2002 en jämförande studie av sjukfrånvaro i 8 länder (Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Sverige och Tyskland). Studien (Ds 2002:49) baserades på arbetskraftsundersökningarna (AKU) i respektive land, som till följd av samarbetet inom EUROSTAT, genomförs på ett standardiserat och metodologiskt väl utprövat sätt. ESO fortsatte därefter, med ekonomiskt stöd från Socialdepartementet, att komplettera och fördjupa analysen. Inom ramen för den fortsatta analysen har jämförelsen uppdaterats med nya data från AKU och en fördjupad analys av betydelsen av kön, ålder och sektor har genomförts. Vidare har en beskrivning av hur det praktiska arbetet med att bedöma rätten till sjukskrivning och förtidspension är organiserat i de åtta olika länderna, genomförts. Efter ESO:s nedläggning i juni 2003 har huvudansvaret för projektet tagits över av Socialdepartementet.

Rapporten har arbetats fram av ordförande i Försäkrings-Medicinska Sällskapet Bo Mikaelsson (initiativtagare till projektet), professor Jan Ekholm (Karolinska Institutet), socionom Jenny Kärrholm (doktorand vid Karolinska institutet och CFS vid Mitthögskolan), chefsekonom Richard Murray

(Statskontoret), utredare Thomas Sandberg (Statskontoret), utvärderingsråd Joakim Söderberg (Riksförsäkringsverket) och departementsråd Kjell Nyman (Finansdepartementet). Författarna svarar för såväl rapportens innehåll som de slutsatser som dras.

Stockholm i december 2003

Ilija Batljan
Departementsråd

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	9
Summary	17
1 Inledning	25
1.1 Ligger sjukskrivningarnas stora variationer utanför samhällets kontroll?	25
1.1.1 Sjukfrånvaron i Sverige dubbelt så hög som i EU.....	26
1.1.2 Strukturella skillnader förklarar en mycket liten del av den högre sjukfrånvaron	28
1.1.3 Strukturförändringar förklarar inte den snabba ökningen av sjukfrånvaron	32
1.1.4 Vilken betydelse har sysselsättningsgraden och arbetslösheten för sjukfrånvaron bland anställda?	32
1.2 Regelverk och grindvaktsfunktion i fokus	36
1.2.1 En förklaringsmodell för sjukfrånvaro	36
1.2.2 Frågeställning och metod.....	39
2 Socialförsäkringssystemens uppbyggnad.....	43
2.1 Sjukförsäkringen	44
2.1.1 Den offentliga åtagandet	44
2.1.2 Arbetsgivarperioder.....	45

2.1.3	Nivå på ersättningen	49
2.1.4	Sjukintyg vid arbetsförmåga	54
2.2	Anställningstrygghet vid ohälsa	55
2.3	Sjukersättning	58
2.4	Villkor för arbetslösa	66
2.5	Sjukskrivning och arbetslöshet.....	72
2.6	Diskussion	72
3	Läkarnas grindvaktfunktion	75
3.1	Inledning.....	75
3.2	Organisationsenkätens genomförande	77
3.3	Resultat	78
3.3.1	Utbildning i försäkringsmedicin.....	80
3.3.2	Läkares sjukskrivningsrätt, kvalifikationer och arbetsgivarformer.....	80
3.3.3	Krav på läkarintyg.....	81
3.3.4	Partiell sjukskrivning	81
3.3.5	Rehabilitering eller avslutning av sjukskrivning	81
3.3.6	Beslut om sjukpenning och varaktig sjukersättning.....	81
3.3.7	Försäkringsläkares rätt att själva undersöka patienten	82
3.4	Diskussion och slutsatser	82
4	Läkarna som grindvakter i praktiken – fem patientfall.....	87
4.1	Undersökningsmetod	87
4.2	Patientfall.....	89
4.2.1	Fall 1	89
4.2.2	Fall 2	90
4.2.3	Fall 3	90
4.2.4	Fall 4	91
4.2.5	Fall 5	91
4.3	Resultatsammanställning	91

4.3.1	Benägenheten att sjukskriva.....	92
4.3.2	Samma mönster för längden på sjukskrivning	94
4.3.3	Benägenheten att ta hänsyn till patientens bakgrund	95
5	Sammanfattande diskussion.....	97
5.1	Svårt att förklara olikheten i sjukfrånvaro.....	97
5.2	Intuitiva slutsatser.....	100
5.3	Sverige jämfört med övriga studerade länder	103
5.4	Tre huvudmodeller för sjukförsäkringen	105
5.5	Patientfallens sammanlagda ”vanlighet”	106
5.6	Sammanställning av läkarnas kommentarer	106
Bilaga 1	Bedömningarna av de olika fallen.....	109
Bilaga 2	Enkätens utformning – gällande praxis.....	123
Bilaga 3	Enkätens utformning – det försäkrings- medicinska regelverket.....	135
Bilaga 4	Sammanställning av enkätsvaren om gällande praxis	139
Bilaga 5	Informanters allmänna kommentarer	147
Bilaga 6	Är jämförelserna mellan länderna rättvisande?	153
Bilaga 7	Den genomsnittliga industriarbetarlönen (APW) för respektive land år 2001.	157

Sammanfattning

Bakgrund och frågeställning

Sjukfrånvaron i Sverige, Norge och Nederländerna är, som framgick i rapporten "Svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder" (Nyman m.fl. 2002), betydligt högre än i Danmark, Finland, Tyskland, Frankrike och Storbritannien. Den varierar också betydligt mer över tiden. Den höga och kraftigt varierande sjukfrånvaron beror till viss del på att arbetskraftens sammansättning ser annorlunda ut. Sverige har t.ex. tillsammans med Norge, hög kvinnlig förvärvsfrekvens, samtidigt som många personer finns kvar i arbetskraften högt upp i åldrarna. Båda dessa faktorer bidrar till att höja sjukfrånvaron. Sjukfrånvaron bland kvinnor över 50 och män över 60 är även mer konjunkturkänslig än övrig sjukfrånvaro, vilket kan bidra till att förklara en del av de kraftiga variationerna.

I den fördjupade internationella jämförelse, som presenteras i denna rapport, redovisas inledningsvis resultatet av en s.k. standardvägning som visar hur stor del av de tidigare redovisade skillnaderna i sjukfrånvaro som kan förklaras utifrån bakomliggande skillnader i arbetskraftens sammansättning. Den visar att de bakomliggande strukturella skillnaderna (köns- och åldersfördelningen, branschsammanfattning, andelen deltidsarbetande och anställningsförhållandena) mellan Sverige och de fem länder som har låg sjukfrånvaro förklarar, endast cirka en femtedel av skillnaden i sjukfrånvaro mellan Sverige och de övriga fem länderna. Den höga sjukfrånvaron i Norge och Nederländerna

kan i än mindre grad förklaras av underliggande strukturella skillnader.

En faktor vars betydelse visat sig mycket svår att klargöra är sysselsättningsgraden. Sverige, Norge och Nederländerna, som har en markant högre sjukfrånvaro än övriga länder, har också en hög sysselsättningsgrad. Det tyder på att det kan finnas ett samband mellan sjukfrånvaron och hur stor andel av befolkningen i förvärvsarbetande ålder som faktiskt arbetar. Men det finns ett markant undantag – Danmark, som har en lika hög sysselsättningsgrad och en mycket låg sjukfrånvaro. I den tidigare publicerade rapporten presenterades en analys av sysselsättningsgradens betydelse där även andra faktorerers betydelse beaktades simultant. Den visade att sysselsättningsgradens samvariation med sjukfrånvaron till stor del beror på en bakomliggande samvariation med övriga förklaringsfaktorer som ingick i analysen. Det bekräftas även av standardvägningen. Den inverkan som sysselsättningsgraden har på sammansättningen av den grupp som studeras visar sig som tidigare nämnts inte ha någon större betydelse för sjukfrånvaron. Sysselsättningsgraden kan dock i sig inverka på sjukfrånvaron utifrån mekanismer som det inte varit möjligt att kontrollera för med hjälp av den genomförda standardvägningen.

Den i standardvägningarna enskilt viktigaste faktorn för Sveriges del tycks dock vara ålderssammansättningen. En jämförelsevis stor andel av de anställda i Sverige tillhör de ålderskategorier som normalt har en relativt hög sjukfrånvaro. Dessutom kan skillnaderna till viss del även tänkas bero på att man i Sverige i princip kan gå sjukskriven hur länge som helst. I de andra länderna finns det en tidsgräns efter vilken man inte längre räknas som sjukfrånvarande.

Även om dessa båda faktorer visat sig vara mer betydelsefulla än vad som tidigare framkommit, kvarstår ändå det faktum att huvuddelen av skillnaderna i sjukfrånvaro beror på andra faktorer. I den tidigare rapporten framfördes olika hypoteser varav två bedömdes som speciellt intressanta. Den första var att förklaringen kan ligga i ersättningsystemens utformning. Generösa

ersättningssystem, såväl offentliga som avtalsbaserade, kan bidra till att öka antalet personer som är sjukskrivna. Den andra var att förklaringen kan ligga i den s.k. grindvaktsfunktionen. Med grindvakt avsågs uppgiften att upprätthålla försäkringens träffsäkerhet d.v.s. se till att rätt person får rätt ersättning och att antalet personer som får ersättning trots att de vid en närmare granskning troligen inte skulle visa sig vara bidragsberättigade blir så liten som möjligt. Speciellt läkarna har en viktig grindvaktande funktion att fylla eftersom de är de enda som kan bedöma de medicinska grunderna för en sjukskrivning. I denna studie har vi tagit ett första steg för att försöka utröna vilken betydelse som grindvaktsfunktionen kan ha för de stora skillnader i sjukfrånvaro som registrerats. Andra studier har visat att ersättningsnivåerna har betydelse för sjukfrånvaron. Vi gör en jämförelse av ersättningsnivåer och andra villkor som sätter in grindvaktsfunktionen i sitt sammanhang.

Metod

Beskrivningen av ersättningssystemens och grindvaktsfunktionens utformning görs på grundval av en genomgång av de formella regelverken utifrån skriftliga källor och genom två enkäter till sammanlagt 18 erfarna försäkringsläkare i de åtta europeiska länderna som ingick i den tidigare publicerade studien. Sammanställningar har gjorts av t.ex. ersättningsnivåer, karensdagar och maximal längd på sjukskrivningen i de olika länderna. Dessutom har ett antal organisatoriska faktorer kartlagts, t.ex. utbildningen i försäkringsmedicin, de behandlande- resp. försäkringsläkarnas befogenheter, regler om läkarintyg och krav på åtgärder vid långa sjukperioder. Med hjälp av den första enkäten har kompletterande uppgifter samlats in på de punkter där de skriftliga källorna inte ger klara besked. Med hjälp av den andra enkäten har en första översiktlig kartläggning gjorts av gällande praxis för bedömning av konkreta sjukfall. Svar har erhållits från samtliga försäkringsläkare men alla har inte svarat på samtliga frågor.

De insamlade uppgifterna har sedan analyserats i syfte att leta efter systematiska skillnader som kan bidra till att förklara de stora skillnaderna i sjukfrånvaro länderna emellan.

Resultat

Ersättningssystemen

I de data vi fått fram har vi inte kunnat hitta något entydigt samband mellan sjukfrånvaron och ersättningssystemens generositet. Dessutom varierar bilden beroende på vilken av systemens olika komponenter som jämförs. Vissa länder har höga ersättningsnivåer men endast under en begränsad tid. Andra har lägre ersättningsnivåer som dock kan utgå under en längre tid. Det bör dock observeras, att avtalsförsäkringarnas utformning, som också kan ha stor betydelse, inte har granskats i denna rapport.

Sverige är unikt i den bemärkelsen att det är det enda landet i vilken en person i princip har kunnat vara sjukskriven under obegränsad tid. Ersättningsnivån är å andra sidan lägre än i många andra länder. Detta även om man beaktar att många anställda på den svenska arbetsmarknaden har kompletterande avtalsförsäkringar som innebär att ersättningen i praktiken uppgår till 90 procent. I t.ex. Norge, som likt Sverige har mycket hög sjukfrånvaro, är ersättningen 100 procent upp till ett inkomsttak som ligger på en betydligt högre nivå än i Sverige. Än mer generösa är ersättningssystemen för de offentliganställda i Danmark. De har 100 procents ersättning oavsett hur hög lönen är. De privatanställda har också 100 procent i ersättning men endast för inkomster upp till ett tak som ligger på en betydligt lägre nivå än i t.ex. Sverige.

Ersättningsnivån uppgår till 100 procent även i Tyskland och Finland (som likt Danmark har låg sjukfrånvaro). Där sänks dock ersättningsgraden ned till 70 procent efter 6 veckor i Tysklands fall och 4–8 veckor, beroende på avtal, i Finlands fall. Den 70-procentiga ersättningen i Tyskland är emellertid skattefri vilket innebär att nettoersättningen är högre. Den kan variera

upp till maximalt 90 procent av lönen och blir då högre än nettolönen.

I övriga länder är systemen inte fullt lika generösa. I t.ex. Nederländerna, som likt Sverige och Norge har mycket hög sjukfrånvaro, uppgår ersättningen till 70 procent under hela sjukperioden som maximalt kan uppgå till ett år. Speciellt låg ersättning får de som är sjukfrånvarande i Storbritannien. Där ligger sjukpenningen på en mycket låg enhetlig nivå.

För att kunna göra en mer exakt jämförelse av den reella ersättning som sjukfrånvarande får i de olika länderna bör dock mer information inhämtas om framför allt kompletterande avtalsförsäkringar. I de flesta länder finns en stor uppsättning av kollektivavtal som ger ersättningar på olika nivåer och under olika lång tid. Vi har tyvärr inte haft några möjligheter att genomföra någon systematisk undersökning av hur dessa ser ut.

I Sverige var sjukpenningen, fram till den 1 juli 2003, för många anställda, högre än arbetslöshetsersättningen. Liknande asymmetrier mellan dessa olika system finns även i Tyskland och Storbritannien, som trots det har betydligt lägre sjukfrånvaro än Sverige. I Norge, Finland, Danmark och Frankrike är det tvärtom. Där är ersättningen från arbetslöshetsförsäkringen mer generös än ersättningen från sjukförsäkringen. I Frankrike, Tyskland och Nederländerna har flera arbetslösa dessutom rätt till ersättning under mycket lång tid. De äldsta kan i vissa fall få ersättning ända upp till 5 år.

Grindvaktsfunktionen

Bristen på entydiga mönster tycks vara lika stor när man i stället ser på hur grindvaktsfunktionen är organiserad i de olika länderna. De länder som har hög och över tiden kraftigt varierande sjukfrånvaro (Sverige, Nederländerna och Norge) skiljer sig inte på något systematiskt sätt från de länder som har lägre och mer stabil nivå på sjukfrånvaron. Vi har inte hittat några tecken på att grindvaktsfunktionen skulle vara organiserad på ett sämre sätt i Sverige, Norge och Nederländerna.

Såväl Sverige som Norge har, tillsammans med Finland och Frankrike ett jämförelsevis väl utbyggt system för utbildning av läkare i försäkringsmedicin. I Tyskland och Danmark, som har bland den lägsta sjukfrånvaron, finns ingen sådan utbildning.

I Nederländerna med hög sjukfrånvaro, liksom i Finland och Frankrike med låg sjukfrånvaro, måste de som ska arbeta som försäkringsläkare uppfylla vissa speciella kvalifikationer och de nederländska läkarna är i likhet med sina franska kolleger skyldiga att själva undersöka de patienter de ska bedöma. I Nederländerna kan försäkringsläkarna liksom i Frankrike och Tyskland, vidare själva besluta om utbetalning av sjukpenning. Nederländerna och Norge är dessutom tillsammans med Frankrike exempel på länder där de behandlande läkarna efter en tids sjukdom är skyldiga enligt lag att ta initiativ till någon form av rehabilitering, alternativt avsluta sjukskrivningen.

När beslut ska fattas om eventuell, varaktig sjukersättning finns i Sverige, Norge och Finland krav på särskilda formella underlag.

Sverige skiljer sig dock i två avseenden från såväl övriga länder med hög och kraftigt varierande sjukfrånvaro som länder med låg stabil sjukfrånvaro. Den tid under vilken patienten kan gå sjukskriven utan läkarintyg är längst i Sverige. Dessutom är andelen deltidssjukskrivna hög. I Frankrike, Nederländerna och Danmark har läkarna endast rätt att sjukskriva patienter på deltid om det ingår som en del av en rehabilitering.

Inte heller de uppgifter vi fått fram om gällande praxis vid bedömningen av enskilda sjukfall tycks kunna förklara den höga och kraftigt varierande sjukfrånvaron i Sverige, Nederländerna och Norge. I stället visade det sig att Nederländerna tillsammans med Finland, var de två länder i vilka försäkringsläkarna var mest restriktiva i sina bedömningar av gällande praxis. Det gäller såväl vid ställningstagandet till om patienterna skulle bli sjukskrivna eller ej som hur länge de i så fall skulle bli sjukskrivna. De nederländska och finländska försäkringsläkarna var även restriktiva i sina bedömningar av möjligheten att få förtidspension. Bedömningarna som gjordes av försäkringsläkarna i Sverige och

Norge låg för det mesta någonstans mitt i mellan de bedömningar som gjordes av de mest respektive minst restriktiva läkarna från övriga länder.

De svenska läkarna var dock, tillsammans med de danska, mer benägna att ändra sina bedömningar när uppgifterna om patienternas ålder, tidigare arbetslöshetsperioder och personliga problem ändrades. Läkarna i dessa båda länder tycks med andra ord vara mer benägna att grunda sina bedömningar på patientens situation i sin helhet. Även den sannolika längden på en eventuell sjukskrivning bedömdes vara lång i Sverige. Den sannolika sjukperioderna var dock klart längst i Storbritannien.

Allmänt sett var benägenheten att sjukskriva och bevilja varaktig sjukersättning för de standardiserade patientfallen förvånansvärt stor i de flesta länder. Skillnaden i de bedömningar som gjordes av försäkringsläkarna i de olika länderna var relativt liten. Med tanke på att de konkreta fall som läkarna ställdes inför, konstruerats för att spegla vanligt förekommande försäkringsmedicinska gränfall, skulle vi, om det de facto vore stora skillnader i praxis länderna emellan, rimligen ha fångat upp en del av dessa i våra svar. Detta trots att urvalet av försäkringsläkare är mycket litet. Den lilla variation som registrerades var dessutom nästan lika stor och i vissa fall till och med större, mellan försäkringsläkare från ett och samma land som mellan försäkringsläkare från olika länder.

Man kan dock identifiera vissa faktorer som kännetecknar flera av de länder som på ett framgångsrikt sätt begränsat sjukfrånvaron. För det första, rimligt god försäkringsmedicinsk utbildning. För det andra, en väl fungerande försäkringsmedicinsk administration. För det tredje, oberoende och kvalificerade försäkringsmedicinska experter.

Behovet av ytterligare studier

En studie, som vänder sig till en större grupp av olika befattningshavare inom sjukförsäkringsadministrationen och läkarkåren skulle behöva göras för att skapa större kunskaper om de

skillnader och likheter som finns mellan de olika länderna. Den skulle behöva vända sig till hela kedjan från den behandlande läkaren till omprövningsinstanserna och dessutom även innefatta mer detaljerade uppgifter om ersättningssystemens utformning, inkl. avtalsförsäkringar. Föreliggande studie kan närmast ses som en förstudie, som blottlagt en del av den väv av samverkande orsaksfaktorer, som tillsammans kan förklara skillnader i sjukfrånvaron mellan länder. Den har visat att det krävs inte bara djupare utan även bredare jämförelser för att kunna förklara de stora skillnader som finns i sjukfrånvaron. Med tanke på att sjukförsäkringarna och de olika ländernas socioekonomiska faktorer i övrigt trots allt i många avseenden liknar varandra är det förvånande att sjukfrånvaron kan skilja sig mellan länderna och variera så mycket som den gjort under de senaste 15–20 åren.

Summary

Swedish sickness absence – an international perspective

As has been shown in the report “Svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder” (*The Swedish disease – sickness absence in eight countries*) sickness absence is much higher in Sweden, Norway and the Netherlands than in Denmark, Finland, Germany, France and the United Kingdom. It also varies much more over time in the first three countries. Some of this high and strongly varying sickness absence could be explained by differences in the composition of the labour force. For example, in Sweden and Norway the female participation rate is high and many relatively old people are still in the labour force. Both these factors increase the rate of sickness absence. Sickness absence among women over 50 and men over 60 also varies more over the business cycle, which could explain some of the registered variation over time.

The in-depth study presented in this report begins by quantifying the extent to which the rate of sickness absence can be explained by the composition of the labour force. The analysis shows that underlying differences in the composition of the labour force (gender, age, industries, number of part-time workers and employment conditions) explain only one fifth of the differences between the rate of sickness absence in Sweden and the average of the five countries with the lowest rate. Norway and the Netherlands both have a more favourable composition of employees in terms of sickness absence.

In the case of Sweden age seems to be the most important factor. A comparatively high share of employees have reached an age at which the risk of being sick is higher. In addition some of the registered differences may also have to do with the fact that, in contrast to other countries, there is no limit for an employee to the permitted length of sickness absence in Sweden.

Although both of these factors seems to be more important than previously assumed, the main part of the differences still remains to be explained. The earlier report presented several hypotheses for possible explanations, two of which were considered as particularly interesting. The first is the design of the system of financial compensation. Generous compensation from public systems, as well as through occupational agreements, could lead to a higher rate of sickness absence. The second is what is called the gatekeeping function. This is the task of ensuring that only people who are eligible for compensation under the rules actually receive compensation. In this instance doctors play a particularly important role, as they are the only professionals able to make the necessary medical judgements. In the present study we have taken the first step towards trying to determine how important these two factors could be in explaining the huge differences registered in sickness absence.

Methods

The description of compensation systems and the design of the gatekeeping function are based on a survey of formal rules and on two questionnaires to two medical insurance experts in each of the eight countries that were included in the earlier study¹. Compilations have been made of compensation rates, qualifying no-benefit days, limits on the maximum number of days with benefit, etc. In addition a number of organisational factors were mapped in the first questionnaire, e.g. training in insurance medicine, authority of practising doctors and insurance doctors,

¹ In Sweden the questionnaires were sent out to four medical insurance experts.

rules about sickness certificates and obligations to take action for long-term sickness absence. The second questionnaire was designed to provide a preliminary outline of actual practice in doctors' assessments of specific cases. We have received answers from all the medical insurance experts, but some of them have not answered all the questions.

Results

In this limited study it is difficult to find a conclusive connection between the scale and variation of sickness absence, on one hand, and the level of benefits in public sickness insurance and the rules of the gatekeeper system, on the other. However, many other interesting facts have emerged from the comparison of social security schemes and gatekeeping systems in the different countries.

Social security schemes

Making international comparisons is not an easy task. There are a lot of methodological pitfalls, easily comparable data are by no means always available and it is not always easy to interpret the data. In the data we have analysed, there is no unambiguous connection between sickness absence and the generosity of social security schemes. Moreover, the picture varies considerably depending on which components of the schemes are being compared. Some countries have high levels of benefits, but these benefits are only payable for a limited period of time, while other countries have lower levels of benefits that may be payable for a longer period of time. Sweden is unique in the sense that it is the only country in which an individual can – in principle – be on sickness leave for an unlimited period of time. On the other hand, the level of benefits is lower than in many other countries. This is true, even taking account of the fact that the vast majority of employees in the Swedish labour market have different

kinds of supplementary occupational insurance schemes that raise the actual level of benefits to 90 per cent. The level in Norway, which like Sweden has a very high level of sickness absence, is 100 per cent up to an income ceiling that is considerably higher than the ceiling in Sweden. The level of benefits for public sector employees in Denmark, where the absence rate is low, is, however, even more generous. They receive 100 per cent regardless of their income level. The benefit level for private sector employees is also 100 per cent up to an income ceiling that is, however, much lower than the Swedish level.

Benefit levels in Germany and in Finland (which like Denmark also have low levels of sickness absence) are also 100 per cent. The benefit levels drops, however, to 70 per cent after 6 weeks in Germany and after 4 to 8 weeks in Finland (depending on type of occupational agreement). The benefit level of 70 per cent in Germany is not, however, taxable, so the actual net benefit is higher – up to a maximum of 90 per cent of income.

The sickness insurance systems of the remaining countries are not quite as generous. The Netherlands, where sickness absence has developed in a similar way to in Sweden and Norway, has benefit levels of 70 per cent for the entire sick period (for a maximum of one year). Statutory sick pay in the United Kingdom is even lower and is paid at a flat rate.

In order to successfully make more precise comparisons between different social security schemes it is necessary, in the first place, to incorporate data concerning supplementary occupational agreements and other kinds of insurance that affect benefit levels.

In Sweden sickness benefit was higher for many employees (up to 1 July 2003) than the benefit received from unemployment benefit. Similar asymmetries between these different schemes can also be observed in Germany and the United Kingdom, which nevertheless observe considerably lower levels of sickness absence. The opposite applies in Norway, Finland and Denmark, where benefits received from unemployment benefit are higher than the benefit received from the sickness

benefit. Moreover, unemployed people in France, Germany and the Netherlands are entitled to benefits for an appreciable period of time. In some cases the oldest unemployed may receive unemployment benefit for as much as five years.

Gatekeeper function

Countries with high and strongly varying sickness absence (Sweden, Norway and the Netherlands) do not differ systematically from countries with a low and stable level of sickness absence as regards the organisation of the doctor's gatekeeper function. No signs have been found that the gatekeeper function of doctors is organised in a worse way in Sweden, Norway and the Netherlands than in the other countries.

Sweden, Norway, Finland and France have a relatively well-developed training system in insurance medicine for doctors. In Germany and Denmark, which have among the lowest levels of sickness absence, there is no such training.

In the Netherlands, which has high sickness absence, as well as in Finland and France, which have low sickness absence, a doctor who is going to work as an insurance doctor must meet certain criteria concerning training and experience. The Netherlands, Norway and France are examples of countries in which the doctor who has issued the sickness certificate is obliged, after a certain period of time, to initiate rehabilitation actions or terminate the sickness absence.

The same general result seems to emerge from the view that medical insurance experts in the different countries take about doctors' likely assessment of specific cases. Countries with high and strongly varying rate of sickness absence did not differ systematically from countries with a low and stable level of sickness absence. In contrast to the expected pattern the questions put to the medical insurance experts indicated that it was doctors in the Netherlands together with their colleagues in Finland who probably make the most restrictive assessments. That seems to be the case both for willingness to write sickness certificates and

for the likely duration of the certified sickness absence. Doctors in these countries also seem less willing to certify access to different kinds of early retirement schemes. The assessments that are made by Swedish and Norwegian doctors did not differ much from the average assessments made by doctors in the other countries.

There seem, however, to be good examples of countries that succeed quite well in limiting the level of sickness absence in the population. We find these countries to be France, Germany and Finland. In these countries we have found a mixture of three components:

- 1) reasonably good education and training of doctor in insurance medicine (however, not Germany) and of medical insurance experts
- 2) good monitoring measures by the authorities in charge of implementation of the legislation
- 3) independent and professional status of medical experts, which has a great impact on decisions taken by their insurance organisation.

Sweden differs in three ways from all other countries that have been examined. Firstly, in Sweden the period during which an individual can be absent from the workplace on the basis of the individual's own assessment, without a doctor's certificate, is seven days. No other country has such a long period. In the Netherlands the length of this period varies, but it is seldom as long as in Sweden. Secondly, as already been mentioned, in Sweden it is possible to receive benefit from public sickness insurance for an unlimited period of time. Thirdly, the proportion of people on part-time sick leave is high in Sweden. In the Netherlands, France and Denmark doctors are allowed to write part-time sickness certificates, but only when they combined this with rehabilitation actions.

A general problem in all eight countries studied seems to be the great influence that the individual himself has on the question of whether to obtain and extend sickness certification by a

doctor. There also seems to be dissatisfaction about the lack of professional monitoring of the core of legislation in the field. In the three countries mentioned above we see definite signs of a higher rate of success, in the face of these obstacles, in keeping sickness absence at a “medically reasonable” level. In these countries sickness absence is only available for a limited period of time – commonly only one year – before being replaced by a disability pension, and certification by a doctor is required early in the sickness period – first to third day of sickness absence.

In addition, unemployment compensation is available for a long time in these three countries, as in all the other countries studied with the exception of Sweden. The reasons for the high rate of sickness absence in Norway and the Netherlands still remain to be determined.

A need for further study

To further deepen our knowledge about similarities and differences in the rules and practice of the different countries, questions would need to be sent out to a broader group of doctors and administrators. All kinds of professions that are involved in the decision-making process at different levels would have to be included. The study presented in this report could be seen as a preliminary study that has detected some of the interconnected patterns determining the rate of sickness absence. The great variation in the rate of sickness absence between countries that have a lot in common in many other ways remains puzzling.

1 Inledning

1.1 Ligger sjukskrivningarnas stora variationer utanför samhällets kontroll?

Sedan ett par år har de ökande sjukskrivningarna stått i fokus för mediabevakning och politisk debatt. Från 1997 till år 2002 har kostnaderna för sjukförsäkringen ökat från 13,9 till 41,3 miljarder kronor. Det är framförallt de långa sjukskrivningar som ökat.

Det är viktigt att betrakta sjukskrivningarna ur rätt perspektiv. Sjukskrivningarna är inte lika omfattande som de var toppåret 1988. Då var i genomsnitt – mätt med arbetskraftsundersökningarnas (AKU) mått¹ – mer än 5,5 procent av de anställda mellan 20 och 64 år frånvarande mätveckan på grund av sjukdom. År 2002 låg sjukfrånvaron en och en halv procentenhet lägre.

Oron för utvecklingen har förstärkts dels av att sjukfrånvaron ökat så snabbt, dels av att långtidssjukskrivningarna ökat dramatiskt. På bara fem år (1997–2002) nästan tredubblades sjukfrånvaron och med den statens utgifter. För varje år ökade kostnaderna med mellan 5 och 10 miljarder kronor.

Likadant var det åren 1983–1988 och 1973–1976. Sjukfrånvaron ökade mycket snabbt och medförde stora finansiella bekymmer för staten. Under dessa år var det dock i första hand korttidssjukskrivningarna som ökade.

¹ Frånvarande p.g.a. egen sjukdom hela mätveckan. D.v.s. att kortare sjukfrånvaro inte innefattas. Om sjukfrånvaron varat mer än en vecka beaktas detta heller inte.

Mellan dessa ökningar har sjukfrånvaron minskat lika mycket. Från toppåret 1988 till år 1997 minskade sjukfrånvaron med över hälften.

Det är uppenbart att dessa väldiga variationer i sjukfrånvaron inte motsvaras av lika stora variationer i sjuklighet. Det är ytterligare en anledning till oro. Vad är det då som styr sjukskrivningarna?

Även om sjukfrånvaron ännu inte nått samma nivå som 1988 och nu förefaller att vara på väg att minska igen, finns det ytterligare en anledning till oro. Det är att sjukfrånvaron förefaller vara mycket högre i Sverige än i andra länder. Och så tycks det ha varit under en längre tid.

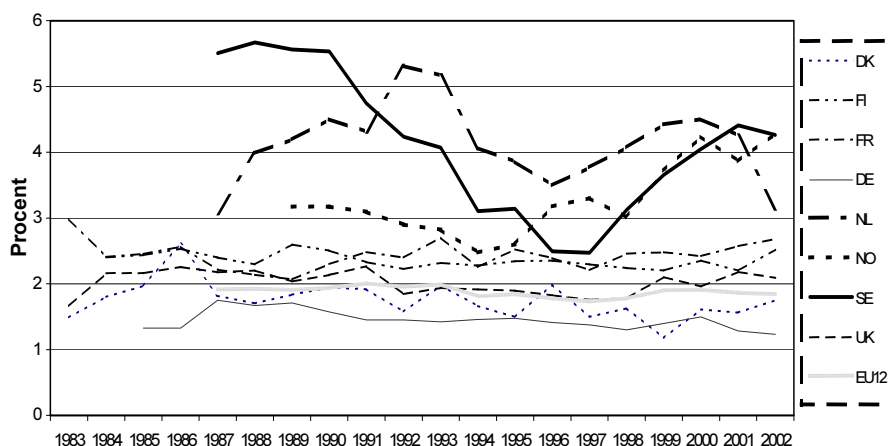
Det är svårt att belysa skillnader i sjukfrånvaro mellan länder pga. skillnader i karensdagar, arbetsgivarinträde, maximal sjukskrivningsperiod, förtidspensioneringar m.m., som gör att sjuktal och sjukskrivningar inte avser samma sak i olika länder. Det enda tillgängliga material som medger sådana jämförelser är arbetskraftsundersökningar (AKU). Dessa undersökningar mäter sjukfrånvaron på ett approximativt sätt, men gör det på samma sätt i alla länder. Därför lämpar de sig för jämförelser mellan länder och över tid. Vi har i denna studie använt oss av detta material. Det är samma material som Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) använde för att göra en jämförelse av sjukfrånvaron i åtta europeiska länder (Den svenska sjukan, Ds 2002:49).

1.1.1 Sjukfrånvaron i Sverige dubbelt så hög som i EU

AKU bygger på enkäter till ett slumpmässigt urval av personer i åldern 20–64 år. I enkäten ställs frågan om sysselsättningen under en vecka och om man varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom. Frånvarande från arbete p.g.a. sjukdom avser bara hela veckan. Kortare sjukdom registreras inte, ej heller huruvida frånvaron varat mer än en vecka. Måttet på sjukfrån-

varon är således approximativt². I diagram 1.1 redovisas sjukfrånvaron bland anställda för åtta länder och ett genomsnitt av 12 EU-länder, vägt med antal anställda.

Sjukfrånvaron bland anställda



anm. År 2002 ändrades formuleringen av frågan i den nederländska arbetskraftsundersökningen så att det årets siffra ej är fullt jämförbar med föregående års. Den kraftiga nedgången i sjukfrånvaro kan delvis vara försäskad av detta.

Data har inhämtats även för år 2002. Uppgifter för detta år fanns inte tillgängliga när ESO-rapporten presenterades³.

Jämförelsen av sjukfrånvaro enligt AKU visar att i genomsnitt är anställda i Sverige borta från jobbet på grund av sjukdom dubbelt så ofta som anställda i de 12 länder som varit medlemmar i EU under hela den tidsperiod som studerats. Det finns skillnader mellan EU-länderna men de är inte så stora. Frankrike, Tyskland (f.d. Västtyskland), Storbritannien, Danmark och Finland har

² Huruvida jämförelserna mellan länderna är rättvisande behandlas i appendix till detta kapitel.

³För Tyskland saknas uppgifter för år 2002.

betydligt lägre sjukfrånvaro än Sverige. Det är bara Nederländerna (i den grupp EU-länder som specialgranskats) som har en sjukfrånvaro av samma omfattning som i Sverige. Dessutom har också Norge en sjukfrånvaro på samma nivå som Sverige. Skillnaden mellan de tre länderna med hög sjukfrånvaro och länderna med låg är så stor att det inte kan bero enbart på skillnader i befolkningens hälsa. De tre länderna med hög sjukfrånvaro visar också stor variabilitet i sjukskrivningarna. I alla tre länderna förefaller sjukfrånvaron följa konjunktorens svängningar. När arbetslösheten går upp går sjukskrivningarna ner och omvänt. Så är det inte i de andra länderna. I exempelvis Tyskland ligger sjukfrånvaron med små variationer på samma nivå år efter år. I Danmark är de relativa variationerna väl så stora, men verkar inte följa konjunkturen.

1.1.2 Strukturella skillnader förklarar en mycket liten del av den högre sjukfrånvaron

Analysen av sjukfrånvaron i ESO-rapporten kartlade faktorer som bidrar till en högre sjukfrånvaro och som är gemensamma för alla länder. Eftersom flera faktorer inverkar samtidigt gjordes denna analys med en multivariat analysmetod, d.v.s. att en faktors inverkan bedöms efter att hänsyn tagits till andra faktors inverkan. Analysen visade att en hög andel kvinnor och äldre bland de anställda tenderar att pressa upp sjukfrånvaron. Eftersom Sverige har både en något större andel kvinnor och en något större andel äldre i arbetskraften så bidrar det att dra upp sjukfrånvaron totalt.

Även andra förhållanden spelade in. Anställningsformen visade sig ha betydelse: tillsvidareanställda var mer sjukfrånvarande än tillfälligt anställda. Andelen tillfälligt anställda är större i Sverige än i andra länder, vilket tenderar att pressa ner sjukfrånvaron. I några länder, däribland Sverige, är deltidsanställda sjukfrånvarande i högre utsträckning än heltidsanställda. Men i andra länder är det tvärtom. Branschammansättningen analyserades tidigare bara i ett avseende: offentlig kontra privat sektor. I näs-

tan alla länder visade det sig att kvinnor i offentlig sektor var mer sjukfrånvarande än kvinnor i privat sektor. Det gäller särskilt i länderna med hög sjukfrånvaro totalt sett. För män gäller inte detta.

För att ta reda på hur stor del av skillnaden mellan Sverige och andra länder som kan förklaras med dylika skillnader i sammansättningen av de anställda har vi fördjupat den analys som presenterades i ESO-studien genom att göra en s.k. standardvägning av sjukfrånvaron i Sverige och de andra länderna med hög sjukfrånvaro (se tabell 1.1).

Tabell 1.1 Sjukfrånvaro år 2000¹ bland anställda i Sverige om sammansättningen av anställda hade varit densamma som i Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland tillsammans.

	Procent från- varande minst en vecka	Skillnad i för- hållande till faktisk sjukfrån- varo
Faktisk sjukfrånvaro	4,04 ²	
Om könssammansättningen varit densamma	3,95	-2,2 %
Om ålderssammansättningen varit densamma	3,72	-7,9 %
Om branschsammansättningen varit densamma	3,97	-1,7 %
Om andelen deltidsanställda varit densamma	4,02	-0,5 %
Om andelen med tillfällig anställning varit densamma	4,14	+2,5 %
Om sammansättningen varit densamma i alla dessa avseenden	3,68	-8,9 %

¹ Vi saknar jämförbara data för Västtyskland år 2001.

² Beräknad på de grupper som ingår i den standardvägda sjukfrånvaron. Vissa grupper fanns inte i Sverige år 2000. Deras andel av det totala antalet anställda uppgick till 2,1 procent.

Med den metoden kan man svara på frågan hur stor sjukfrånvaron skulle ha varit i Sverige om vi haft samma sammansättning av anställda som i de fem länderna med låg sjukfrånvaro. Eftersom data för vissa länder saknas för år 2001 och 2002 har vi valt att genomföra analysen för år 2000.

Om sammansättningen av de anställda i Sverige i de avseenden som framgår av tabellen skulle ha varit precis densamma som i de länder som hade låg sjukfrånvaro skulle sjukfrånvaron ha varit ca 0,4 procentenheter eller 8,9 procent lägre än den faktiskt var i Sverige år 2000. Det innebär att endast knappt en femtedel av skillnaden mellan Sverige och de övriga 5 länderna, där sjukfrånvaron i genomsnitt uppgick till ca 2 procent, kan förklaras med skillnader i sammansättningen av gruppen anställda.

Om enbart sammansättningen av män och kvinnor varit densamma i Sverige som i Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland tillsammans hade sjukfrånvaron varit 2,2 procent lägre. Beräkningarna bygger på antagandet att män och kvinnor har den sjukfrånvaro de har i Sverige. När man lägger ihop dem så blir resultatet beroende på hur många män respektive kvinnor som ingår i gruppen. Eftersom andelen kvinnor bland de anställda i Sverige är större än i de jämförda länderna drar det upp sjukfrånvaron i Sverige.

I Sverige är också andelen äldre större än i andra länder. Om ålderssammansättningen varit densamma som i de jämförda länderna skulle det ha minskat sjukfrånvaron med 7,9 procent. Det är den faktor som visade sig bidra mest till den högre sjukfrånvaron i Sverige. Branschsammansättningen avviker på ett sätt som drar upp sjukfrånvaron i Sverige med 1,7 procent och andelen deltidssysselsatta drar upp sjukfrånvaron med endast 0,5 procent. Om däremot andelen med tillfälliga anställningar varit densamma som i de jämförda länderna skulle sjukfrånvaron ha varit 2,5 procent högre.

Branschsammansättningen spelar en förhållandevis liten roll för att förklara skillnaden i sjukfrånvaro mellan Sverige och de jämförda länderna, trots den relativt stora skillnaden i sjukfrånvaro mellan privat och offentlig sektor. Detta stämmer med ESO-rapportens resultat (a.a. s. 87). I ESO-rapporten gjordes bara en uppdelning på offentlig och privat anställning. Vi delar upp de anställda på nio branscher⁴. Skillnaden i sjukfrånvaro

⁴ Branschindelningen är inte helt klar när det gäller åtskillnad mellan privat och offentlig sektor. I den senare ingår ideella organisationer och en del privata tjänster. Samma problem vidlåder den uppdelning i privat och offentligt som gjordes i ESO-studien.

mellan branscherna är ganska stor – den varierar mellan 1,9 och 4,9 procent av de anställda. Att detta ändå inte påverkar den totala sjukfrånvaron i Sverige i förhållande till de jämförda länderna mer än marginellt beror på att branschammansättningen är ungefär densamma.

De strukturella skillnaderna spelar således en mycket liten roll för att förklara varför Sverige har en så hög sjukfrånvaro bland anställda. Vi ställer därför motsvarande fråga rörande Norge och Nederländerna som också har en hög sjukfrånvaro.

Tabell 1.2 Sjukfrånvaro år 2000 i Norge och Nederländerna om sammansättningen av anställda skulle ha varit densamma som i Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland tillsammans.

	Procent från- varande minst en vecka	Skillnad i förhåll- ande till faktisk sjukfrånvaro
Faktisk sjukfrånvaro i Norge	4,25	
Om sammansättningen varit densamma i Norge som i de jämförda länderna	4,30	+1,2 %
Faktisk sjukfrånvaro i Nederländerna	4,61	
Om sammansättningen varit densamma i Nederländerna som i de jämförda länderna	4,84	+5,0 %

Både Norge och Nederländerna har en sammansättning av de anställda som gör att sjukfrånvaron är lägre än den skulle ha varit med sammansättningen i de jämförda länderna. Störst är denna effekt i Nederländerna. Dessa länder kan alltså överhuvudtaget inte alls skylla på en ogynnsam struktur för att förklara sin höga sjukfrånvaro. Detta till skillnad från Sverige vars demografiska struktur drar upp sjukfrånvaron något.

1.1.3 Strukturförändringar förklarar inte den snabba ökningen av sjukfrånvaron

En analys har också gjorts över tiden för att bedöma om förändringar i sammansättningen av anställda har spelat in på utvecklingen av sjukfrånvaron. Den jämförelse som görs innebär att man frågar sig hur stor sjukfrånvaron skulle ha varit år 2001 om sammansättningen av de anställda varit densamma som 1988 respektive 1997. Dessa två år har valts för att sjukfrånvaron (för den period som vi har mätningar från) var som störst 1988 och som lägst 1997 enligt AKU. Resultatet framgår av tabell 1.3.

Tabell 1.3 Sjukfrånvaro bland anställda år 2001 om sammansättningen hade varit densamma som 1988 respektive 1997

	Procent från- varande minst en vecka	Skillnad i förhåll- ande till faktisk sjukfrånvaro
Faktisk sjukfrånvaro år 2001	4,40	
Om sammansättningen varit densamma som 1988	4,38	- 0,5 %
Om sammansättningen varit densamma som 1997	4,42	+ 0,5 %

Vi ser att förändringar i sammansättningen av de anställda inte spelat någon egentlig roll för hur sjukfrånvaron utvecklats. Det är andra faktorer som förklarar varför sjukfrånvaron först sjönk med 58 procent från 1988 till 1997 och sedan steg med 87 procent till år 2001. Förändringen av ålderssammansättningen mellan år 1997 och 2001 ledde till att sjukfrånvaron ökade med 0,7 procent. Övriga faktorer verkade i andra riktningen.

1.1.4 Vilken betydelse har sysselsättningsgraden och arbetslösheten för sjukfrånvaron bland anställda?

Om Sverige har en lägre arbetslöshet och en högre andel sysselsatta än andra länder så skulle det kunna dra upp sjukfrånvaron i

Sverige genom att grupper som i andra länder inte arbetar gör det i Sverige.

Standardvägningen fångar in sysselsättningsgradens betydelse genom att sammansättningen av de anställda förändras. Förändringar eller skillnader i andelen äldre, andelen kvinnor, deltidsanställda, på tillfälliga kontrakt och i olika branscher till följd av att andelen sysselsatta förändras eller skiljer sig påverkar sjukfrånvaron. Standardvägningen innefattar denna effekt.

Som exempel kan följande beräkning anföras: av den mycket stora ökningen i sjukfrånvaro mellan 1996 och 2001 berodde 5 procent på förändringar i befolkningens ålderssammansättning. Tar man också hänsyn till att sysselsättningsgraden förändrades i olika åldersgrupper så berodde endast 1,5 procent av ökningen på kombinationen av förändrad ålderssammansättning och sysselsättningsgrad. Förändringen i sysselsättningsgrader i de olika åldersgrupperna bidrog med andra ord till att minska sjukfrånvaron med 3,5 procent.

Därutöver finns dock en effekt som standardvägningen inte fångar. Inom varje grupp – åldersmässig, könsmässig osv. – kan sjukfrånvaron påverkas av att sysselsättningsgraden förändras eller skiljer sig. Det tycks finnas ett påtagligt samband mellan sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro. Nedanstående diagram visar sambandet mellan sysselsättningsgraden för personer i åldern 20–64 år och sjukfrånvaron enligt AKU år 2001.



Danmark och Frankrike bryter mönstret. Eljest tyder diagrammet på att ökad sysselsättningsgrad leder till ökad sjukfrånvaro. Men Danmark visar att det går att ha en hög sysselsättningsgrad och samtidigt en låg sjukfrånvaro. Frankrike däremot har en högre sjukfrånvaro än väntat med tanke på den förhållandevis låga sysselsättningsgraden.

Sysselsättningsgraden sammanhänger nära med arbetslöshet och förtidspensioneringar. I den tidigare nämnda ESO-studien visades att det i Sverige och Nederländerna fanns ett klart samband mellan arbetslöshetens upp och nedgång och den starkt varierande sjukfrånvaron, även sedan man kontrollerat för förändringar eller skillnader i sammansättning av de anställda⁵.

Arbetslösheten kan tänkas påverka sjukfrånvaron på olika sätt. En hypotes är att när personer avskedas är det de med högst

⁵ Om Norge ingått i den multivariata analysen i ESO-studien är det troligt att resultatet skulle visat att arbetslösheten spelar en liknande roll i detta land.

frånvaro som får gå först. När arbetslösheten faller ökar möjligheten återigen för dessa personer att börja arbeta vilket innebär att sjukfrånvaron stiger. Detta kallas för "selektionseffekten".

En annan hypotes är att arbetslöshet har en "disciplinerande" effekt på de anställda. När arbetslösheten ökar blir det mer riskabelt att vara mycket sjukfrånvarande. Det kan leda till att den anställde är mer obenägen att sjukskriva sig när det är hög arbetslöshet, trots att det kunde vara befogat.

Den "disciplinerande" effekten har inte så mycket med sjukdom att göra, vilket väcker frågan hur det kan komma sig att sjukskrivningar ändå tycks påverkas av arbetslöshet. Om en stor mängd sjukskrivningar inte har med sjukdom att göra så måste det ha att göra med hur sjukskrivningar sköts av dem som ansvarar för denna verksamhet, dvs. av läkare och socialförsäkringsadministration.

Det är inte lätt att skilja mellan dessa olika orsaker till sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Arai och Skogman Thoursie (2001) har i sin forskning ställt "selektionseffekten" mot "disciplineringsseffekten" och kommit fram till att det är den senare effekten som är starkast.

ESO-studien ger ytterligare belägg för slutsatsen att det inte är en selektionseffekt. Sysselsättningsgraden har bara betydelse för sjukfrånvaron för äldre anställda (sedan hänsyn tagits till övriga faktorer)⁶. Det ovan illustrerade sambandet skulle alltså ha andra, bakomliggande förklaringar.

Om varken strukturförändringar, selektionseffekter eller förändringar i anställdas hälsa kan förklara den höga nivån och väldiga variationerna i sjukfrånvaro i Sverige måste förklaringarna sökas någon annans stans.

⁶ Slutsatserna vad gäller sysselsättningsgradens betydelse i olika åldersgrupper ändras inte om arbetslöshet inkluderas i regressionsmodellen eller inte (Ds2002:49, s. 98)

1.2 Regelverk och grindvaktsfunktion i fokus

1.2.1 En förklaringsmodell för sjukfrånvaro

I de studier av sjukskrivningar och sjukfrånvaro som gjorts har många olika förklaringar prövats. Förklaringarna ligger på olika nivåer, alltifrån att hela samhället och den ekonomiska situationen påverkar sjukfrånvaron till den enskilde läkarens agerande. Alla dessa tänkbara samband beskrivs kortfattat i nedanstående övergripande förklaringsmodell för sjukfrånvaro.

Modellen syftar till att beskriva alla de viktigaste sambanden som direkt eller indirekt har betydelse för sjukfrånvaron.

- I vänsterspalten anges förklaringsfaktorer. Faktorer av samma karaktär är samlade under en gemensam rubrik.
- I högerspalten förklaras på vilket sätt dessa faktorer inverkar direkt på sjukfrånvaron eller på andra faktorer som i sin tur inverkar på sjukfrånvaron. Ett exempel kan underlätta förståelsen för modellens uppbyggnad: faktorerna under samlingsrubriken **Samhälle** inverkar på faktorerna under **Anställda** på flera olika sätt, men också på faktorer som hör hemma under **Arbetsplatserna** och **Grindvaktsfunktionen**. Branschstrukturen påverkar exempelvis vilka som blir anställda (ålder, kön, utbildning) och vilka arbetsplatsrelaterade sjukdomar som uppstår.
- Samtidigt som faktorerna interagerar har de en självständig betydelse. Exempelvis är **Anställdas** sjuklighet i första hand en faktor med en självständig betydelse, i andra hand en faktor som påverkas av **Arbetsplatsernas** karaktär och utformning.

Förklaringsfaktorer/utfall	Samband
<p>Samhälle</p> <ul style="list-style-type: none"> – konjunktur, arbetslöshet – branschstruktur – strukturuomvandling 	<p>Hur samhället, dess socio-ekonomiska struktur och dess ekonomiska verksamhet m.m. ser ut och utvecklas påverkar de Anställda på flera sätt (vilka får arbete, vilka sjukdomar som är vanliga, anställdas attityder), liksom det påverkar vilka arbeten som finns, Arbetsplatsernas miljö, arbetsgivares attityder och arten av ledarskap. Hur samhället ser ut och utvecklas kan också påverka hur Grindvaktfunktionen utövas.</p>
<p>Arbetsplatser</p> <ul style="list-style-type: none"> – anställningskontrakt – arbetsmiljö, fysisk, psykisk – ledarskap 	<p>Hur arbetsmiljö och ledarskap ser ut påverkar de Anställdas sjuklighet och attityder till sjukskrivning och vilka som blir anställda. Osäkerheten i anställningskontraktet påverkar de anställdas attityder.</p>
<p>Anställda</p> <ul style="list-style-type: none"> – demografi – sjuklighet – attityder 	<p>Sammansättningen av de anställda (ålder och kön), förekomst av sjukdomar och anställdas attityder har betydelse för i vilken omfattning anställda behöver och vill sjukskriva sig, kort sagt för sjukfrånvaron.</p>
<p>Regelverk/Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> – kriterier för sjukskrivning – ersättningsnivåer, längd på sjukskrivning – andra socialförsäkringar – skatter och bidrag – organisation av sjukförsäkringsadministrationen – ansvarsfördelning anställd/företag/läkare/kassa 	<p>Regelverket har betydelse för såväl Anställdas önskan som möjligheter att utnyttja sina rättigheter som för arbetsgivares, läkares och försäkringskassors (Grindvaktens) beteende. Samspelet med andra socialförsäkringar (förtidspension, arbetslöshetsersättning, arbetsskadeförsäkring etc.) och övriga bidrag och skatter är viktigt att uppmärksamma. Ansvarsfördelningen mellan olika aktörer (rätt att sjukskriva sig i 8 dagar utan sjukintyg,</p>

	arbetsgivares befogenheter att kontrollera anställds sjukdom, försäkringsdomstolars möjlighet att överpröva läkares sjukskrivningar etc.) påverkar deras beteende – utövandet av grindvaktfunktionen.
Grindvakt – personalpolitiken på arbetsplatser – läkares sjukskrivningspraxis – försäkringsläkares tillsyn – försäkringskassors och socialförsäkringsnämnders praxis i sjukskrivnings- och förtidspensioneringsärenden	Hur personalchefer, behandlande läkare, försäkringsläkare, socialförsäkringsnämnder och kassatjänstemän tillämpar regelverket avgör slutligen sjukfrånvarons och förtidspensioneringens omfattning. Deras tillämpning påverkas bl.a. av samhällsklimat, ekonomiska och sociala problem, den förhärskande socialpolitiken, av arbetsgivares och anställdas attityder och av hur försäkringsadministrationen är uppbyggd och fungerar.
Sjukfrånvaro och förtidspensionering	Alla dessa faktorer samverkar och interagerar och bestämmer omfattningen av anställdas sjukfrånvaro och förekomst av förtidspensionering.

Tidigare, svenska studier har analyserat samhällets betydelse, framför allt konjunkturens inverkan på sjukskrivningarna via påverkan på anställda och grindvakter (Lantto och Lindblom, 1987, Hesselius, 2003). Åtskilliga studier har sett på regelverkets roll för benägenheten att sjukskriva sig, framförallt på ersättningsnivåernas betydelse och samspelet med andra socialförsäkringar (Henreksson och Persson, 2003, Börsch-Supan, 2000, Barmby et. al., 1997). Arbetsmiljöns betydelse för sjukfrånvaron har studerats i stor omfattning – såväl dess fysiska egenskaper som ledarskapets betydelse. Även grindvaktfunktionen har studerats. Läkares och försäkringskassors praxis har befunnits variera kraftigt och kunnat förklara stora skillnader i sjukfrånvaro (Edlund 2003).

Skillnader i sjukfrånvaro mellan länder har däremot inte studerats i någon större omfattning. Ett undantag utgör det neder-

ländska institutet AStri, som gjort diverse internationella jämförelser. Se t.ex. Henti och Prins (1999), Van der Giezen och Prins (1999), Prins, Veerman och Koster (1998) och Börsch-Supan (2000) och Barmby, Ercolani och Treble (2002).

I den internationella jämförelse som gjordes i ESO-studien, Den svenska sjukan (Ds 2002:49), ingick en del av förklaringsfaktorerna såsom samhällsekonomin (konjunkturen och branscher). Två aspekter av arbetsplatsfaktorerna ingick: anställningskontrakt och heltid/deltid. Förklaringsfaktorer med anknytning till de anställda ingick utom sjuklighet som studerades separat.

Två kategorier av förklaringsfaktorer saknades dock helt: regelverk och grindvaktfunktion. Det är dessa förklaringsfaktorer som denna studie är inriktad på.

1.2.2 Frågeställning och metod

Frågan i denna studie är i första hand i vilken utsträckning regelverk och grindvaktfunktion skiljer sig mellan länderna och om dessa skillnader kan bidra till att förklara de mycket stora skillnaderna vad gäller sjukfrånvaron.

Regelverk

Skillnaderna i regelverken beskrivs i kapitel 2 och 3. Beskrivningarna innefattar en sammanställning av ersättningsnivåer, karensdagar, maximal längd på sjukskrivningen, på vad sätt administrationen av sjukförsäkringen skiljer mellan länder, om den är centraliserad eller decentraliserad, privat-offentlig ansvarsfördelning, regler beträffande läkarintyg och kontroller, läkares utbildning i försäkringsmedicin, läkares, försäkringsläkares och försäkringsadministratörers övriga befogenheter och skyldigheter m.m. Även angränsande regelverk av betydelse för sjukförsäkringen behandlas, nämligen regler för förtidspensionering, för arbetslöshetsersättning och för anställningstrygghet.

Beskrivningen görs på grundval av en genomgång av de formella regelverken ur skriftliga källor och en enkät till erfarna försäkringsläkare i de jämförda länderna. Enkäten fyller funktionen att fylla ut informationen på de punkter där de skriftliga källorna inte ger klara besked.

Grindvaktfunktionen

Regelverket ger ramarna för läkares, försäkringsläkares och försäkringsadministratörers handlande. Vi kallar dessa aktörer för ”grindvakter”. I den andra delen av denna studie görs ett försök att beskriva hur grindvakterna fungerar när det gäller sjukskrivning och varaktig sjukersättning (det som tidigare kallades förtidspension).

Med begreppet grindvaktfunktion avses åtgärder som syftar till att upprätthålla träffsäkerheten i försäkringen. Grindvaktens uppgift är att se till att rätt person ska få rätt ersättning och att antalet personer som inte uppfyller kraven för att bli sjukskrivna eller bli förtidspensionerade ska bli så litet som möjligt. Grindvaktfunktionen och regelverket är i viss mening utbytbara. Ju generösare ersättning som ges desto större blir trycket på grindvakten och desto större krav ställs på grindvakten att göra en korrekt bedömning.

Grindvaktfunktionen utövas av flera instanser. Det första ledet i en sjukskrivning står patienten själv för. Den sjukskrivnes omgivning utgör den första grindvakten. Arbetsgivare och personalansvariga utövar en roll som grindvakter på ett tidigt stadium, en roll som accentuerats av sjuklöneperioden.

I nästa led står läkarna, som utfärdar sjukintyg, dels vid patientens första besök, dels när en eventuell förlängning beslutas. Inför beslut om varaktig sjukersättning är det läkare som tar fram underlaget.

I sista ledet står försäkringsadministrationen. Försäkringskassans roll är att godkänna att den sjukskrivne är försäkrad och har rätt till sjukpenning, samt vilken ersättning som är den kor-

rekta. Vid förtidspension bedömer socialförsäkringsnämnden läkares underlag och tolkar rättsläget.

Denna studie fokuserar på läkarnas roll och den medicinska bedömningen. Den är inriktad på situationen när en tidigare, inte så lång sjukskrivning ska förlängas och kanske övergå i långtids-sjukskrivning. Hur läkare hanterar fall som aktualiserar förtidspension ska också studeras. Det är i dessa situationer som de allra svåraste och för samhället kostsammaste besluten tas.

Metod

Regelverket inhämtas genom andra och egna utredningar samt en enkät till erfarna försäkringsläkare i de jämförda länderna och kompletterande muntliga upplysningar.

Den medicinska grundvaktfunktionen som läkarna fyller studeras medelst ytterligare en enkät till samma erfarna försäkringsläkare, två i varje land och fyra i Sverige. Enkätens syfte är att belysa praxis i de jämförda länderna. Försäkringsläkarna har tillställts fallbeskrivningar som i komprimerad form motsvarar det underlag som en läkare, behörig att sjukskriva, har att tillgå när läkaren ställs inför en patient och ska besluta om sjukskrivning eller rekommendation om varaktig sjukersättning. Den behandlande läkaren har givetvis därutöver tillgång till journaler, undersökningsresultat och utlåtanden som styrker uppgifterna.

Försäkringsläkarna har instruerats att inte besvara enkäten så som de själva skulle handla i de olika fallen. Istället har de instruerats att svara hur de bedömer att landets behöriga läkare skulle handla. Syftet är att få dessa erfarna försäkringsläkare att på detta sätt belysa praxis i sina respektive länder.

Patientfallen representerar en stor andel av aktuella och svåra bedömningsärenden som läkare ställs inför i Sverige. Det är möjligt att andra länder därtill har andra fall av samma svårbedömda natur, men detta har inte kunnat undersökas på den korta tid som stått till studiens förfogande.

Även om de utvalda försäkringsläkarna är mycket erfarna och bör ha en god bild av förhållande i sina respektive länder är det

ett litet urval. De har valts ur ett internationellt nätverk för försäkringsläkare. Risken är naturligtvis stor att de ändå inte bedömer praxis på ett rättvisande sätt.

Likväl görs ett försök att summera deras bedömningar och dra generaliserande slutsatser. Slutsatserna måste betraktas som synnerligen hypotetiska. De bör kunna tjäna som preliminära slutsatser, vilka kan ge uppslag i sökandet efter förklaringar till varför sjukfrånvaron är så mycket mer omfattande och varierar så mycket mer i Sverige än i andra länder.