

Regeringens proposition

2002/03:89

Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet

Prop.
2002/03:89

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 13 mars 2003

Göran Persson

Hans Karlsson
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I denna proposition lämnar regeringen förslag till olika förändringar inom sjukförsäkringen som syftar till att öka hälsan i arbetslivet.

Flertalet av förslagen avser åtgärder för att öka precisionen vid sjukskrivning. Huvudinriktningen är att på ett konkret sätt förverkliga de intentioner som har kommit till uttryck i tidigare propositioner på området. Tanken är således att de nuvarande bristerna i tillämpningen av regelsystemet skall avhjälpas. De föreslagna åtgärderna innehåller aktiva moment som på olika sätt främjar kontakten med den försäkrades arbetsplats.

Deltidssjukskrivning bör enligt regeringens bedömning användas i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad främst mot den arbetsförmåga en försäkrad har – inte arbetsförmågan. Vidare bör de medicinska skälen för sjukskrivning preciseras och tydliggöras. Dessutom bör passiviseringens negativa verkningar vid längre sjukskrivning uppmärksammas mer.

Regeringen anser att väsentligt fler s.k. avstämningsmöten bör komma till stånd. Vid sådana möten deltar förutom den försäkrade och försäkringskassan även t.ex. den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren och företagshälsovården. Vid mötena klarläggs det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Regeringen föreslår även att försäkringskassan vid behov skall kunna inhämta ett särskilt läkarutlåtande för att kunna bedöma i vilken utsträckning den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt.

Regeringen föreslår att skyldigheten för en försäkrad att vid en viss tidpunkt inkomma med en skriftlig särskild försäkran skall upphöra att gälla. I stället skall en sådan försäkran ges in om försäkringskassan begär det.

De intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin bör enligt regeringens bedömning förstärkas. Vidare bör försäkringsläkarnas arbetsuppgifter preciseras ytterligare. Uppgifterna bör i ökad utsträckning inriktas mot mer direkta insatser för att minska sjukfrånvaron. Försäkringsläkarna bör också ha en nyckelroll i utbildningen i försäkringsmedicin. Dessutom bör fler försäkringsläkare anställas hos försäkringskassorna för att öka kvaliteten vid den medicinska bedömningen.

Förutom åtgärder för att öka precisionen vid sjukskrivning föreslår regeringen en skärpning av reglerna om arbetsgivarens skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar. Dessutom föreslår regeringen att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för att betala ut sjukpenning.

I propositionen lämnas vidare förslag som rör försäkrade som uppbär sjukersättning. Den tid dessa försäkrade skall kunna ha förmånen vilande för att pröva att arbeta utan att förmånen får dras in eller minskas föreslås bli utsträckt från längst 12 till längst 24 kalendermånader. Det innebär att möjligheten att få bostadstillägg (BTP) kommer att finnas under hela den tid som en försäkrads sjukersättning är vilande, dvs. under sammanlagt längst 24 månader.

Åtgärderna och förändringarna inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet föreslås bli införda respektive träda i kraft den 1 juli 2003.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	4
2	Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	5
3	Ärendet och dess beredning.....	13
4	Bakgrund	14
4.1	Utvecklingen av sjukfrånvaron och sjukförmånerna	14
4.2	Regeringens program för ökad hälsa i arbetslivet.....	16
5	Ökad precision vid sjukskrivning	17
5.1	Problemen vid sjukskrivning	17
5.1.1	Kort beskrivning av problemen	17
5.1.2	Hur problemen kan lösas	19
5.2	Ökad användning av deltidssjukskrivning	20
5.3	Betonning av den medicinska grunden för sjukskrivning...22	
5.4	Möjligheterna att fördjupa beslutsunderlaget	27
5.5	Övriga frågor om beslutsunderlag	31
5.6	Förstärkt utbildning i försäkringsmedicin.....	34
5.7	Fler försäkringsläkare samt en ändrad roll för dessa	36
5.8	Följder av förslagen	37
6	Obligatorisk rehabiliteringsutredning.....	39
6.1	Förslag om obligatorisk rehabiliteringsutredning.....	39
6.2	Effekter av förslaget för små företag	42
7	Åtgärder som rör sjukersättning och aktivitetsersättning	44
7.1	Utbyte av sjukpenning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning	44
7.1.1	Bakgrund.....	44
7.1.2	Överväganden och förslag	45
7.1.3	Administrativa och ekonomiska konsekvenser.....	47
7.2	Förlängd tid med vilande sjukersättning för att pröva förvärvsarbete.....	48
8	Författningskommentar	50
8.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	50
Bilaga	Förteckning över remissinstanser	54
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 13 mars 2003	55

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2002/03:89

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

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

Prop. 2002/03:89

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring¹

dels att 16 kap. 17 § skall upphöra att gälla,

dels att 3 kap 5, 8 och 8 a §§, 16 kap. 1, 8, 16 och 18 §§, 18 kap. 15 §, 20 kap. 3 § och 22 kap. 3 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

5 §²

Den allmänna försäkringskassan skall besluta om en försäkrads tillhörighet till sjukpenningförsäkringen och fastställa sjukpenninggrundande inkomst. För en försäkrad som inte är bosatt i Sverige gäller detta så snart anmälan om hans inkomstförhållanden gjorts hos kassan. Av beslutet skall framgå i vad mån den sjukpenninggrundande inkomsten är att hänföra till anställning eller till annat förvärvsarbete. Sjukpenningförsäkringen skall omprövas

a) när kassan fått kännedom om att den försäkrades inkomstförhållanden eller andra omständigheter har undergått ändring av betydelse för rätten till sjukpenning eller för sjukpenningens storlek,

b) när sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt denna lag eller särskild efterlevandepension enligt lagen (2000:462) om införande av lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn beviljas den försäkrade eller sådan ersättning eller pension som redan utges ändras med hänsyn till ändring i den försäkrades arbetsförmåga eller, vid särskild efterlevandepension, förmåga eller möjlighet att bereda sig inkomst genom arbete,

c) när delpension enligt särskild lag beviljas den försäkrade eller redan utgående sådan pension ändras med hänsyn till ändring i den försäkrades arbets- eller inkomstförhållanden,

d) när tjänstepension beviljas den försäkrade,

e) när ett beslut om vilandeförklaring av sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 kap. 16 eller 17 § upphör, samt

e) när ett beslut om vilandeförklaring av sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 kap. 16 § upphör, samt

f) när livränta beviljas den försäkrade enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller redan utgående livränta ändras.

Ändring som avses i första stycket skall gälla från och med den dag då anledningen till ändringen uppkommit. Den sjukpenninggrundande inkomst som ändrats enligt första stycket a får dock läggas till grund för ersättning tidigast från och med första dagen i den ersättningsperiod som inträffar i anslutning till att försäkringskassan fått kännedom om inkomständringen.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

Senaste lydelse av 16 kap. 17 § 2001:489.

² Senaste lydelse 2002:226.

Under tid som anges under 1–6 får, om inte första stycket b, c eller d är tillämpligt, den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten sänkas lägst till vad den skulle ha varit närmast dessförinnan om försäkringskassan då känt till samtliga förhållanden. Detta gäller tid då den försäkrade

1. bedriver studier enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

3. deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd eller står till arbetsmarknadens förfogande enligt de grunder som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer,

4. är gravid och avbryter eller inskränker sitt förvärvsarbete tidigast sex månader före barnets födelse eller den beräknade tidpunkten härför,

5. är helt eller delvis ledig från förvärvsarbete för vård av barn, om den försäkrade är förälder till barnet eller likställs med förälder enligt 1 § föräldraledighetslagen (1995:584) och barnet inte har fyllt ett år. Motsvarande gäller vid adoption av barn som ej fyllt tio år eller vid mottagande av sådant barn i avsikt att adoptera det, om mindre än ett år har förflutit sedan den försäkrade fick barnet i sin vård,

6. fullgör tjänstgöring enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt.

För en försäkrad som avses i tredje stycket 1 eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd skall försäkringskassan, vid sjukdom under den aktuella tiden, beräkna sjukpenningen på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid. Om därvid den sjukpenninggrundande inkomsten helt eller delvis är att hänföra till anställning, skall årsarbetstiden beräknas på grundval av enbart det antal arbetstimmar som den försäkrade kan antas ha i ifrågavarande förvärvsarbete under den aktuella tiden.

För en försäkrad som får sådan behandling eller rehabilitering som avses i 7 b § eller 22 kap. 7 § och som under denna tid får livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning enligt en annan författning skall försäkringskassan, vid sjukdom under den tid då livränta betalas ut, beräkna sjukpenningen på en sjukpenninggrundande inkomst som har fastställts på grundval av enbart den inkomst av eget arbete som den försäkrade kan antas få under denna tid.

För en försäkrad som avses i 10 c § första stycket 1 eller 2 skall dock under studieuppehåll mellan vår- och hösttermin, då den försäkrade inte uppbär studiesocial förmån för studier som avses i tredje stycket 1, sjukpenningen beräknas på den sjukpenninggrundande inkomst som följer av första–tredje styckena, om sjukpenningen blir högre än sjukpenning beräknad på den sjukpenninggrundande inkomsten enligt fjärde stycket.

Fjärde stycket tillämpas även för försäkrad som avses i tredje stycket 6 när den försäkrade genomgår grundutbildning som är längre än 60 dagar.

Omprövning av sjukpenningförsäkringen enligt första stycket a skall ej omfatta ändring av den försäkrades inkomstförhållanden på grund av sådant förvärvsarbete som avses i 16 kap. 15 §.

8 §³

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in en skriftlig försäkran för sjukpenning. Försäkran skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en

³ Senaste lydelse 1995:508.

beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan. Uppgifterna i försäkringen skall lämnas på heder och samvete.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen *till dess sådant läkarutlåtande som anges i tredje stycket har getts in till kassan.*

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in *ett särskilt läkarutlåtande och en skriftlig särskild försäkringen för att styrka* nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom *senast från och med den tjugotonde dagen efter sjukanmälningsdagen. Det särskilda läkarutlåtandet skall innehålla uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga på grund av sjukdom samt läkarens bedömning av i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan.* Den särskilda försäkringen skall innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmåga än försäkringen enligt första stycket. Uppgifterna i den särskilda försäkringen skall lämnas på heder och samvete.

Regeringen *eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket får meddela* föreskrifter dels om undantag i vissa fall från skyldighet att lämna läkarintyg, *läkarutlåtande, försäkringen och särskild försäkringen,* dels om att sådan skyldighet skall gälla från och med en annan dag än vad som anges i denna paragraf.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen.

Den försäkrade skall *om försäkringskassan begär det* till kassan ge in en skriftlig särskild försäkringen *avseende nedsättningen av arbetsförmågan* på grund av sjukdom. Den särskilda försäkringen skall innehålla en utförligare beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmågan än försäkringen enligt första stycket. Uppgifterna i den särskilda försäkringen skall lämnas på heder och samvete.

Regeringen, *eller den myndighet regeringen bestämmer, meddelar* föreskrifter dels om undantag i vissa fall från skyldighet att lämna läkarintyg och försäkringen, dels om att sådan skyldighet skall gälla från och med en annan dag än vad som anges i denna paragraf.

Den allmänna försäkringskassan skall, om det *är nödvändigt* för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

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

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

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

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

Den allmänna försäkringskassan skall, om det *behövs* för att kunna bedöma i vilken mån den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga, begära att han eller hon genomgår utredning *eller deltar i ett särskilt möte (a v s t ä m n i n g s m ö t e)* för bedömning av hans eller hennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

Försäkringskassan skall, *om det behövs* för bedömningen av rätt till sjukpenning eller åtgärder enligt 7 b § eller 22 kap., under sjukperioden

1. infordra *ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande* av viss läkare eller annan sakkunnig.

Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, meddelar närmare föreskrifter om sådant avstämningsmöte som avses i första stycket och om särskilt läkarutlåtande enligt tredje stycket 1.

För kostnader som den enskilde har med anledning av en sådan utredning som avses i första eller tredje stycket *eller som den enskilde eller en läkare har med anledning av ett sådant avstämningsmöte som avses i första stycket* lämnas ersättning i enlighet med vad *som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer*.

⁴ Senaste lydelse 2001:1114.

16 kap.

1 §⁵

Den som önskar sjukersättning eller aktivitetsersättning skall göra ansökan hos allmän försäkringskassa i enlighet med vad regeringen förordnar.

Uppbär en försäkrad sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård eller rehabiliteringspenning enligt denna lag, får försäkringskassan tillerkänna honom eller henne sjukersättning eller aktivitetsersättning utan hinder av att han eller hon inte gjort ansökan därom. Detsamma skall gälla då en försäkrad uppbär sjukpenning, ersättning för sjukhusvård eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning som utges enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande.

Uppbär en försäkrad sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård eller rehabiliteringspenning enligt denna lag, får försäkringskassan tillerkänna honom eller henne sjukersättning eller aktivitetsersättning utan hinder av att han eller hon inte gjort ansökan därom. Detsamma skall gälla då en försäkrad uppbär sjukpenning, ersättning för sjukhusvård eller livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring eller motsvarande ersättning som utges enligt annan författning eller på grund av regeringens förordnande. *Om den försäkrade uppbär sjukpenning skall försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen ha utrett om det finns förutsättningar för att tillerkänna den försäkrade sjukersättning eller aktivitetsersättning.*

Uppbär en försäkrad tidsbegränsad sjukersättning eller aktivitetsersättning, får den tid för vilken förmånen skall utges förlängas utan att ansökan har gjorts.

För kostnader för läkarundersökning och läkarutlåtande vid ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning skall ersättning lämnas i enlighet med vad regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket föreskriver.

8 §⁶

Den som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning är skyldig att utan oskäligt dröjsmål anmäla till allmän försäkringskassa om han eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större omfattning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15–17 §§, eller om hans eller hennes arbetsförmåga väsentligt förbättras utan att han

Den som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning är skyldig att utan oskäligt dröjsmål anmäla till allmän försäkringskassa om han eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större omfattning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15 och 16 §§, eller om hans eller hennes arbetsförmåga väsentligt förbättras utan att han

⁵ Senaste lydelse 2001:489.

⁶ Senaste lydelse 2001:489.

eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större utsträckning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15–17 §§. Om den försäkrade har en god man eller förvaltare enligt föräldrabalken, har denne motsvarande skyldighet att göra anmälan, om det kan anses ingå i uppdraget.

Underlåts anmälan som avses i första stycket utan giltigt skäl, får sjukersättningen eller aktivitetsersättningen dras in för viss tid eller tills vidare.

eller hon börjar förvärvsarbete, börjar förvärvsarbete i större utsträckning än tidigare eller fortsätter att förvärvsarbete efter tid som avses i 15 och 16 §§. Om den försäkrade har en god man eller förvaltare enligt föräldrabalken, har denne motsvarande skyldighet att göra anmälan, om det kan anses ingå i uppdraget.

16 §⁷

Försäkringskassan får förklara sjukersättningen eller aktivitetsersättningen vilande för tid efter den period som har bestämts i beslut enligt 15 §. Om något beslut enligt 15 § inte har fattats får försäkringskassan i stället besluta att sjukersättningen eller aktivitetsersättningen skall förklaras vilande från och med den månad som anges i ansökan.

Sjukersättningen får vilandeförklaras enligt första stycket under högst *tolv* månader, dock längst till utgången av *tolfte* månaden från och med den första månad som beslutet enligt 15 § omfattar. Om något beslut enligt 15 § inte har fattats får sjukersättningen vilandeförklaras längst till utgången av *tolfte* månaden från och med den första månad som beslutet omfattar.

Aktivitetsersättningen får vilandeförklaras enligt första stycket längst till utgången av den period som beslutet om aktivitetsersättning omfattar.

Sjukersättningen får vilandeförklaras enligt första stycket under högst *tjugofyra* månader, dock längst till utgången av *tjugofjärde* månaden från och med den första månad som beslutet enligt 15 § omfattar. Om något beslut enligt 15 § inte har fattats får sjukersättningen vilandeförklaras längst till utgången av *tjugofjärde* månaden från och med den första månad som beslutet omfattar.

18 §⁸

Ett beslut om vilandeförklaring enligt 16 eller 17 § skall upphävas om den försäkrade begär det.

Försäkringskassan får utan att den försäkrade har begärt det upphäva ett beslut om vilandeförklaring om den försäkrade insjuknar och beräknas bli långvarigt sjuk. Detsamma gäller om den försäkrade har vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning enligt 16 § och helt eller delvis avbryter det

Ett beslut om vilandeförklaring enligt 16 § skall upphävas om den försäkrade begär det.

Försäkringskassan får utan att den försäkrade har begärt det upphäva ett beslut om vilandeförklaring om den försäkrade insjuknar och beräknas bli långvarigt sjuk. Detsamma gäller om den försäkrade har vilande sjukersättning eller aktivitetsersättning och helt eller delvis avbryter det arbetsförsök

⁷ Senaste lydelse 2001:489.

⁸ Senaste lydelse 2001:489.

arbetsförsök som legat till grund för beslutet om vilandeförklaring för att i stället uppbära föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning eller havandeskapspenning.

som legat till grund för beslutet om vilandeförklaring för att i stället uppbära föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning eller havandeskapspenning.

18 kap.

15 §⁹

I en allmän försäkringskassa skall det finnas en eller flera försäkringsläkare och försäkringstandläkare för att hjälpa försäkringskassan med medicinsk och odontologisk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan försäkringskassan och de läkare och tandläkare som är verk samma inom försäkringskassans område.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar närmare föreskrifter om behörighetskrav och arbetsuppgifter för samt fortbildning av försäkringsläkare.

20 kap.

3 §¹⁰

Ersättning enligt denna lag får dras in eller sättas ned, om den som är berättigad till ersättningen

a) ådragit sig sjukdomen eller skadan vid uppsåtligt brott som han har dömts för genom dom som har vunnit laga kraft;

b) vägrar att genomgå undersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter;

c) underlåter att ge in sådant läkarintyg, *läkarutlåtande*, försäkran eller *särskild försäkran* som skall ges in till försäkringskassan enligt 3 kap. 8 §;

c) underlåter att ge in *ett* sådant läkarintyg eller *en sådan* försäkran som skall ges in till försäkringskassan enligt 3 kap. 8 § eller *vägrar ge in en särskild försäkran enligt tredje stycket samma paragraf*;

d) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktig eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning.

Vägrar en försäkrad utan giltig anledning att genomgå sådan behandling, utredning eller rehabilitering som avses i 3 kap. 7 b och 8 a §§, 7 kap. 3 b § eller 22 kap. 4, 5 och 7 §§ får sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning helt eller delvis tills vidare förvägras honom eller henne, under för-

Vägrar en försäkrad utan giltig anledning att genomgå sådan behandling, utredning eller rehabilitering som avses i 3 kap. 7 b och 8 a §§, 7 kap. 3 b § eller 22 kap. 4, 5 och 7 §§ *eller delta vid ett sådant avstämningsmöte som anges i 3 kap. 8 a §* får sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning

⁹ Senaste lydelse 1998:87.

¹⁰ Senaste lydelse 2001:489.

utsättning att han eller hon erinrats om denna påföljd.

helt eller delvis tills vidare förvägras honom eller henne, under förutsättning att han eller hon erinrats om denna påföljd.

Om någon som är berättigad till ersättning enligt denna lag i annat fall underlåter att lämna uppgifter i enlighet med vad som anges i 8 § eller vägrar att ta emot besök som anges där, får ersättningen dras in eller sätts ned om omständigheterna motiverar det.

22 kap.

3 §¹¹

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

Om det inte framstår som obehövligt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning

Arbetsgivaren skall påbörja en rehabiliteringsutredning

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

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

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

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

3. när den försäkrade begär det.

3. när den försäkrade begär det.

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

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

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

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

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2003.

2. 16 kap. 8 och 18 §§ i deras äldre lydelse samt den upphävda 16 kap. 17 § skall fortsätta att gälla under tid för vilken förtidspension eller sjukersättning före ikraftträdandet förklarats vilande enligt 16 kap. 17 §.

3. 16 kap. 1 § i dess äldre lydelse skall fortfarande tillämpas vid sjukfall där sjukansökan gjorts tidigare än åtta månader före ikraftträdandet.

¹¹ Senaste lydelse 1991:1040.

I budgetpropositionen för 2002 (prop. 2001/02:1, utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.2) presenterade regeringen ett åtgärdsprogram i 11 punkter för ökad hälsa i arbetslivet. Som en punkt i programmet angavs att formerna för sjukskrivningsprocessen skulle utvecklas.

Regeringen redogör i budgetpropositionen för 2003 (prop. 2002/03:1, utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) för den fortsatta strategin för ökad hälsa i arbetslivet. Vad gäller sjukskrivningsprocessen anser regeringen att sjukskrivningsinstrumentet är utomordentligt kraftfullt. Det är därför ytterst angeläget att vidta åtgärder för att begränsa den negativa utvecklingen vad gäller främst de långa sjukskrivningarna. I propositionen anges ett antal områden inom vilka regeringen avser att återkomma med mer detaljerade förslag. Det gäller bl.a. förbättrad utbildning i försäkringsmedicin för intygsskrivande läkare, ett ökat antal försäkringsläkare hos försäkringskassorna samt olika åtgärder för att öka antalet deltidssjukskrivningar.

Arbetet med sjukskrivningsfrågorna i Regeringskansliet har fortsatt under hösten 2002. Olika förslag till åtgärder på området redovisas i promemorian Åtgärder för ökad precision vid sjukskrivning som presenterades i januari 2003. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilagan* till denna proposition. Remissvaren finns tillgängliga i Socialdepartementet (dnr S2003/541/SF).

En av åtgärderna i 11-punktsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet som redovisades i budgetpropositionen för 2002 har varit att genomföra trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter. I slutrapporten från trepartssamtalen i februari 2003 redovisas bl.a. olika synpunkter på sjukskrivningsprocessen.

Samtidigt med promemorian Åtgärder för ökad precision vid sjukskrivning presenterades bl.a. promemorian Utbyte av sjukpenning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning. Den remissbehandlades vid samma tillfälle. De frågor som berörs i den promemorian utvecklas närmare i avsnitt 7.1.

I denna proposition lämnar regeringen även ett förslag om en skärpning av reglerna om arbetsgivares skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar. Förslaget presenteras i avsnitt 6. Det utgår från det förslag HpH-utredningen presenterade i sitt slutbetänkande Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5). Betänkandet har tidigare remissbehandlats. En sammanställning över remissvaren finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2002/137/SF).

Regeringen föreslår vidare att den försäkrade skall lämna in en särskild försäkran när försäkringskassan begär det. Regeringens förslag bygger på ett förslag från Riksförsäkringsverket. Dessutom föreslår regeringen att kostnader som en försäkrad kan ha med anledning av ett avstämningsmöte bör ersättas. Dessa frågor har beretts inom Regeringskansliet samt med Riksförsäkringsverket.

Förslaget att tiden för vilande sjukersättning för att pröva förvärvsarbete skall förlängas utan att förmånen dras in eller minskas har utarbetats inom Socialdepartementet. Förslaget har beretts inom Regeringskansliet samt med Riksförsäkringsverket.

Lagrådet

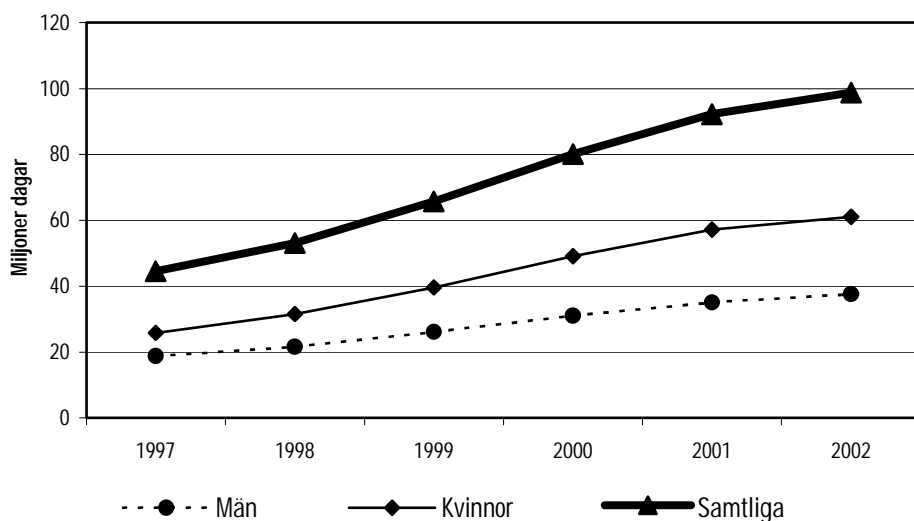
Förslaget i lagen (1962:381) om allmän försäkring avseende arbetsgivares rehabiliteringsutredning är av sådan karaktär att det bör granskas av Lagrådet. Ändringen är dock av så enkel beskaffenhet att Lagrådets hörande skulle sakna betydelse. Lagrådets yttrande över förslaget har därför inte inhämtats.

4 Bakgrund

4.1 Utvecklingen av sjukfrånvaron och sjukförmånerna

Sjukfrånvaron har ökat kraftigt under de senaste åren. Utvecklingen framgår av följande diagram:

Diagram 1. Antal sjukpenningdagar¹, miljoner dagar netto



¹Inkl. dagar med rehabiliteringspenning, m.m.

Av diagrammet framgår att det totala antalet sjukpenningdagar (netto) uppgick till knappt 100 miljoner år 2002. Motsvarande antal 1997 var ca 45 miljoner dagar. Kvinnor har en väsentligt högre sjukfrånvaro än män. Det framgår även att ökningstakten i sjukfrånvaron har minskat något under 2002.

Andelen deltidssjukskrivningar har ökat under 2002. I januari 2002 svarade dessa sjukskrivningar för 25,5 procent av antalet ersatta dagar. I december 2002 var motsvarande andel 28,8 procent. Andelen deltidssjukskrivningar under perioden november 2002 – januari 2003 var 28,7 procent. Den genomsnittliga andelen under motsvarande perioder sedan november 1997 var 25,3 procent. Detta innebär att andelen deltidssjukskrivningar har ökat påtagligt.

Av de sjukskrivna i slutet av oktober 2002 hade 124 300 varit sjukskrivna i mer än ett år. Det var 12 400 fler än i oktober 2001, vilket innebär en ökning med 11 procent. Av de långtidssjukskrivna i oktober 2002 var 65 procent kvinnor och 35 procent män.

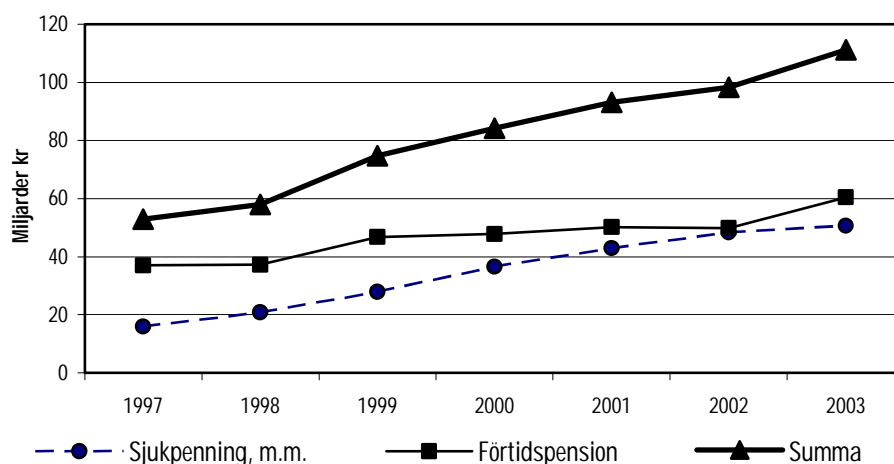
Sjukpenning i fall som varat längre än ett år svarar för 35 procent av det totala antalet sjukpenningdagar netto. Det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar per person som får ersättning har ökat kraftigt. Enbart ökningen av ersatta dagar i fall längre än ett år svarade för 74 procent av den totala ökningen av antalet sjukpenningdagar under 2002. Ökningen av kvinnornas långa sjukfall svarade för närmare hälften av den totala ökningen.

Samtidigt som de långa sjukfallen blivit väsentligt fler ökar antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag (numera benämnda sjukersättning och aktivitetsersättning). Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag har ökat kontinuerligt sedan slutet av 1997, huvudsakligen beroende på den kraftiga ökningen av de långa sjukskrivningarna. Under 2001 övergick drygt 45 000 sjukskrivna till förtidspension eller sjukbidrag. Antalet personer som uppbär förtidspension har ökat från ca 417 000 i december 1998 till närmare 488 000 i december 2002. Detta innebär en ökning med ca 70 000 personer eller nästan 17 procent.

Antalet nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag uppgick under 2002 till ca 67 000, vilket innebär en ökning med 23 procent jämfört med 2001. Detta antal är historiskt sett mycket högt. Det är till stor del en följd av försäkringskassornas satsning på att säkerställa att rätt förmån utges i de enskilda fallen. Den stora gruppen långtidssjukskrivna och den alltjämt pågående ökningen av denna grupp i kombination med den demografiska utvecklingen det närmaste decenniet leder med största sannolikhet till en fortsatt successiv ökning av antalet sjukersättningar och aktivitetsersättningar de närmaste åren, oavsett hittills vidtagna och aviserade åtgärder. I praktiken innebär detta bl.a. att antalet personer som uppbär sjukersättning eller aktivitetsersättning kommer att passera 500 000 under 2003.

De sammanlagda utgifterna för nämnda ersättningar från sjukförsäringen, inklusive statliga ålderspensionsavgifter, uppgick år 2002 till 98,7 miljarder kronor. Det innebär en ökning under året med ca 10 miljarder kronor eller drygt 11 procent. Utgiftsutvecklingen framgår av följande diagram:

Diagram 2. Sammanlagda utgifter för ersättningar från sjukförsäkringen



Kommentarer

1. I utgifterna för förtidspension (sjuk- och aktivitetsersättning) ingår statliga ålderspensionsavgifter fr.o.m. 1999.
2. Utgifterna för 2003 är beräknade enligt Riksförsäkringsverkets budgetunderlag för 2004–2006.
3. En del av ökningen av sjuk- och aktivitetsersättningen 2003 beror på reformeringen av förtidspensionssystemet.

4.2 Regeringens program för ökad hälsa i arbetslivet

För att möta den kraftiga ökningen av antalet sjukskrivna och förtidspensionerade presenterade regeringen i budgetpropositionen för 2002 ett åtgärdsprogram i elva punkter för ökad hälsa i arbetslivet (se även avsnitt 3). Programmet tar bl.a. upp punkter som rör mål för ökad hälsa i arbetslivet, ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa, trepartssamtalen samt formerna för sjukskrivningsprocessen. De förslag som lämnas i denna proposition om ökad precision vid sjukskrivning är en del av detta arbete.

I budgetpropositionen för 2003 redogör regeringen för den fortsatta strategin för hälsa i arbetslivet. Regeringen föreslår bl.a. att ett mål sätts upp som innebär att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivningar – exklusive sjuklöneperioden – skall halveras fram till 2008. Att bryta ohälsoutvecklingen är en av regeringens största utmaningar under mandatperioden. Regeringen framhåller även att det är nödvändigt att vidta ytterligare åtgärder under de närmaste åren på följande områden: ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare, sjukskrivningsprocessen, rehabilitering, sjuk- och aktivitetsersättning samt förstärkt förebyggande arbete m.m.

I detta avsnitt redovisar regeringen olika förslag som avser att öka precisionen vid sjukskrivning. De föreslagna åtgärderna innehåller aktiva moment som på olika sätt främjar kontakten med den försäkrades arbetsplats.

5.1 Problemen vid sjukskrivning

5.1.1 Kort beskrivning av problemen

Allmänt

Det finns enligt regeringens uppfattning flera förklaringar till den ökande sjukfrånvaron. Mycket talar för att en stor del av ökningen kan ha samband med de ökade krav som har ställts i arbetslivet under de senaste åren. Orsakssambanden är dock komplexa. Denna proposition tar sikte endast på de problem som är förknippade med sjukskrivning. Problem som kan tänkas ha samband med eller orsakas av t.ex. brister i arbetsmiljön kommer att tas upp i annat sammanhang.

Det finns inslag av slentrianmässiga och mindre genomtänkta sjukskrivningar som måste förändras. Det olämpliga i dessa sjukskrivningar kan bestå i att hel sjukskrivning tillgrips i stället för deltidssjukskrivning eller att sjukskrivningar blir för långa. Det kan även förekomma att personer som har full arbetsförmåga blir sjukskrivna.

De slentrianmässiga sjukskrivningarna avser i många fall sjukfall där diagnoserna är oprecisa, s.k. symtomdiagnoser (t.ex. smärta, ryggbesvär eller lättare psykiska besvär). Dessa diagnoser är mycket vanliga, i synnerhet hos långtidssjukskrivna (mer än 60 dagar) där de utgör ca 30 procent av fallen.

Den bristande precisionen vid sjukskrivning ökar risken för att den försäkrade inte får det individuellt anpassade stöd som är nödvändigt för rehabiliteringen. Dessutom ökar risken för att den försäkrade passiviseras och därmed får svårt att komma tillbaka till arbete. Det blir även ett problem för hela samhällsekonomin, eftersom många människor i onödan ställs utanför arbetslivet.

I detta avsnitt lämnas endast en översiktlig och kortfattad beskrivning av problemen vid sjukskrivning. Problemen beläggs samt utvecklas närmare i de följande avsnitten.

Annat än sjukdom leder till sjukskrivning

I oktober 1995 ändrades reglerna för bedömning av när sjukdom föreligger (prop. 1994/95:147, bet. 1994/95:SfU10, rskr. 1994/95:343). För att tydliggöra sjukdomsbegreppet beslöts att man skulle bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden när arbetsförmågan bedöms. I propositionen nämndes problem av s.k. existentiell art som exempel på sådana liknande förhållanden. Problem som i grunden inte är medicinskt betingade bör således i första hand hanteras med arbetsmarknads- eller socialpolitiska medel. Ytterligare förtydliganden gjordes med verkan från januari 1997 (prop. 1996/97:28, bet.

1996/97:SfU6, rskr. 1996/97:125). Enligt regeringens uppfattning tyder mycket på att dessa förändringar inte har fått tillräckligt genomslag. Fortfarande pågår en förskjutning i tillämpningen av sjukdomsbegreppet hos patienter, läkare och inom socialförsäkringsadministrationen. Som påpekats i prop. 1994/95:147 (s. 21) är det angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkringen utges för sociala och generella livsproblem. Som även påpekats i denna proposition skall dock givetvis sjukdomstillstånd som har utlösts av de nämnda problemen eller förhållandena kunna ge rätt till sjukpenning. Den förskjutning som har skett innebär emellertid vidare att sjukförsäkringen riskerar att utvecklas i riktning mot en allmän inkomstbortfallsförsäkring, något som befarades redan i början av 1990-talet (prop. 1990/91:141, bet. 1990/91:SfU16, rskr. 1990/91:303).

Den intygsskrivande läkaren kan ha svårt att bedöma arbetsförmågan

Intygsskrivande läkare har på grund av tids- och resursbrist ofta ett starkt tryck på sig att prioritera behandlingen av patienterna. Intygsskrivandet får därför många gånger komma i andra hand. Detta problem har accentuerats genom att antalet läkarbesök som resulterar i sjukskrivning har ökat dramatiskt under de senare åren och genom att längden på sjukskrivningarna har ökat.

I de flesta fallen saknar den intygsskrivande läkaren närmare kunskap om den enskildes arbetsförhållanden. Läkaren har därför i regel svårare att intyga sambandet med arbetsförmågan än att intyga att sjukdom föreligger. Den tid som läkaren har till sitt förfogande att närmare utreda arbetsförmågan är dessutom sällan tillräcklig. Det finns därför risk för slentrianmässiga sjukskrivningar och bedömningar av arbetsförmågan.

Den stora och ökande ärendemängden hos försäkringskassorna har medfört att utbetalningarna av sjukpenning har prioriterats. Kvalitetssäkring av underlagen har kommit i andra hand.

Många läkare har inte tillräcklig utbildning i försäkringsmedicin

I budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) konstateras att de intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin behöver förbättras. Den nuvarande utbildningen inom ramen för grund- och vidareutbildningen har en mycket begränsad omfattning. Den otillräckliga utbildningen i försäkringsmedicin samt tids- och resursbristen leder till att alltför många läkarintyg och läkarutlåtanden är ofullständiga eller bristfälliga i övrigt.

Ändrat förhållningssätt hos försäkrade och läkare

Undersökningar visar på en viss attitydförändring bland försäkrade. Numera anser fler att det är legitimt att sjukanmäla sig trots att man inte är sjuk. Dessutom förekommer det fortfarande att sjukskrivning eller hot om sjukskrivning används som medel för att uttrycka missnöje med arbetsförhållanden. Vidare kan läkare värna om patientens försörjningsbehov när de inte finner andra tillfredsställande lösningar. Det förändrade

förhållningssättet hos både försäkrade och läkare kan i vissa fall leda till att det i praktiken blir patienten som sjukskriver sig själv. Prop. 2002/03:89

Remissinstanserna

Den ovanstående problembeskrivningen överensstämmer med den som finns i den remitterade promemorian Åtgärder för ökad precision vid sjukskrivning. De remissinstanser som kommenterat problembeskrivningen instämmer i huvudsak i denna. *Arbetsgivarverket* konstaterar att det i promemorian görs en mycket belysande beskrivning av problemen inom sjukskrivningsprocessen. De problem som beskrivs utgör enligt verkets uppfattning förmodligen en stor del av förklaringen till att utgifterna för sjukfrånvaron har ökat så kraftigt under de senaste åren. *Sveriges läkarförbund* påpekar att läkarna har en viktig roll i sjukskrivningsprocessen men att den inte får överskattas när det gäller möjligheterna att påverka den ökande sjukfrånvaron. Läkarna arbetar under pressade förhållanden och ges i dag inte rätta förutsättningar för att göra omfattande arbetsförmågebedömningar. Förbundet påpekar även att befolkningens värdering av sjukdom och rätten till sjukpenning inte är i linje med vad regelverket föreskriver. Sjukförsäkringssystemet har ibland fungerat som ett försörjningsstöd. *Riksrevisionsverket* anser att det saknas drivkrafter för läkarna att försöka bidra till så korta sjukskrivningar och så precisa sjukskrivningsintyg som möjligt. Kostnaderna för sjukskrivningarna drabbar inte landstingen utan arbetsgivarna och staten. Verket anser att det skulle behövas en tydligare koppling mellan läkarnas sjukskrivningar och kostnadsansvaret för dessa.

5.1.2 Hur problemen kan lösas

Att definiera sjukdomsbegreppet kan innebära svåra avvägningar mellan vad som skall anses som sjukdom eller inte. Enligt regeringens mening finns det dock inte anledning att tro att den utvidgning genom domstolspraxis som har skett sedan det nuvarande sjukdomsbegreppet infördes har inneburit att det generellt sett är för generöst. Den tillämpning av sjukdomsbegreppet som utvecklats genom denna domstolspraxis utgör inte heller en tillräcklig bestämning av vad som skall avses som sjukdom. En precisering av begreppet sjukdom torde inte heller – mer än i vissa undantagsfall – underlätta situationen för de läkare som har att göra bedömningen om sjukdom föreligger eller inte. En förändring av sjukdomsbegreppet skulle troligtvis endast skapa nya gränsdragningsproblem.

Förskjutningen i tillämpningen av sjukdomsbegreppet innebär som nämnts ovan att sociala och generella livsproblem i vissa fall kan leda till sjukskrivning. Regeringen anser att detta inte är något som det går att i första hand lösa genom ytterligare förändringar i regelsystemet utan det måste göras främst genom förstärkta utbildnings- och informationsinsatser samt genom ändrade former för intygsskrivande och genom fördjupning av beslutsunderlagen.

Sammanfattningsvis har regelsystemet enligt regeringens uppfattning genom riksdagsbesluten i anslutning till prop. 1994/95:147 och

prop. 1996/97:28 förtydligats i en utsträckning som egentligen borde vara tillräcklig. Trots detta är tillämpningen av reglerna fortfarande bristfällig. En åtgärd är att göra ytterligare motivuttalanden i propositioner kopplade till smärre regeländringar för att försöka uppnå en större precision vid sjukskrivning. Innehållet i föreliggande proposition avser att utgöra en grund för detta. Det är dock svårt att se att det går att komma tillräckligt långt enbart med detta. I stället bör huvudinriktningen vara att på ett konkret sätt förverkliga de intentioner som har kommit till uttryck i de nämnda propositionerna. Tanken är således att de nuvarande bristerna i tillämpningen av regelsystemet skall avhjälpas. Dessutom bör vissa av aktörerna i sjukskrivningsprocessen ges tydligare roller. Det är viktigt att Riksförsäkringsverket mycket noga följer upp effekterna av de i denna proposition framlagda förslagen om ökad precision vid sjukskrivning.

Regeringen bedömer att vissa av problemen vid sjukskrivning har samband med administrationen av socialförsäkringen. I den pågående översynen av socialförsäkringsadministrationen skall det enligt direktiven (dir. 2002:166) prövas hur en förstärkt lednings- och samordningsfunktion på nationell nivå skulle kunna utformas. I denna översyn skall även tillsynsrollen för Riksförsäkringsverket förtydligas.

5.2 Ökad användning av deltidssjukskrivning

Regeringens bedömning: En försäkrads återstående arbetsförmåga bör tas till vara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad främst mot den arbetsförmåga en försäkrad har – inte arbetsoförmågan. Därför bör sjukskrivning på heltid inte bli ett förstahandsalternativ. I stället bör deltidssjukskrivning användas i ökad omfattning. Detta synsätt ligger till grund för de åtgärder som regeringen föreslår i denna proposition, t.ex. förstärkt utbildning för intygsskrivande läkare samt olika informationssatsningar.

Promemorians bedömning: Överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: Nästan samtliga remissinstanser har yttrat sig över bedömningen i promemorian och stöder denna. *Riksförsäkringsverket* påpekar att deltidssjukskrivning hittills använts i relativt liten utsträckning och att den sällan förekommer i början av en sjukskrivning. Verket anser att deltidssjukskrivning måste diskuteras inledningsvis i samband med varje ställningstagande om sjukskrivning. För att tidigt ta till vara den återstående arbetsförmågan antar verket att sjukskrivning till 75 procent oftare kan vara ett alternativ till heltidssjukskrivning. Tillämpningen skall främja en successiv återgång i arbete och inte permanenta deltidsarbete. Verket påpekar vidare att det i dag finns en uppenbar risk att sjukskrivning till 25 procent blir en väg till långsiktig arbetstidsförkortning. Denna farhåga delas av flera remissinstanser. *Sveriges läkarförbund* påpekar att det ofta är svårt och tidskrävande att övertyga en patient som inte anser sig kunna återgå i arbete att hel sjukskrivning inte alltid är den bästa lösningen. *Svenska Läkaresällskapet* anser att deltidssjukskrivning som norm bör gälla alla diagnoser, inte enbart symtomdiagnoser. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* anser att sjukskrivning på deltid kan vara bra särskilt vid besvär från

på deltid kan vara bra särskilt vid besvär från rörelseorganen. Vid utbrändhet kan dock deltidssjukskrivning vara direkt olämplig. *Föreningen Svenskt Näringsliv* påpekar att det i vissa branscher och för vissa arbetsgivare är mycket svårt att erbjuda möjligheter till deltidsarbete. Flera remissinstanser påpekar att möjligheterna till deltidsarbete förutsätter byte av arbetsplats eller arbetsuppgifter.

Skälen för regeringens bedömning: För många försäkrade är krämpor och besvär vanliga inslag i tillvaron. Dessa märks mer vid ökad ålder. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har i sitt remissyttrande påpekat att smärta i ländryggen och i nacken är mycket vanligt förekommande. Ländryggssmärta drabbar upp till 80 procent av alla människor någon gång under livet och nacksmärta drabbar upp till 50 procent av befolkningen. För den helt dominerande andelen människor som får ryggsmärtor är det inte någon signal på en allvarlig sjukdom eller ett tecken på att man bör avstå från sina normala dagliga aktiviteter. Tvärtom visar tillgängliga vetenskapliga studier att det gynnar tillfrisknandet att fortsätta att vara aktiv, återgå till sitt arbete och motionera i lagom och ökande omfattning.

När arbetsförmågan är nedsatt under en längre tid är det viktigt att behålla kontakten med arbetsplatsen. Om man inte gör det blir det svårare att komma tillbaka i arbete. De förändringar i sjukskrivningsprocessen som regeringen föreslår i denna proposition innehåller aktiva moment som på olika sätt främjar kontakten med arbetsplatsen. De föreslagna åtgärderna kan även bidra till att uppnå regeringens sysselsättningsmål att 80 procent av befolkningen mellan 20 och 64 år skall vara sysselsatt år 2004.

Den eventuella återstående arbetsförmåga som finns skall tas till vara. Det finns med stöd i forskningsresultat om självläkning anledning att anta att den försäkrade efter en viss tid bör kunna vara deltidssjukskriven, såvida inte särskilda skäl talar för motsatsen. Således bör särskilda skäl finnas för att hel ersättning skall komma i fråga i sådana situationer. Det ligger i linje med regeringens uppfattning i budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) att läkarintyget vid hel nedsättning av arbetsförmågan utförligt skall motivera vari den hela arbetsoförmågan består.

För närvarande är det mest typiska sjukskrivningsmönstret följande. Heltidsarbete – hel sjukskrivning – heltidsarbete. Regeringen anser att följande mönster i stället bör stimuleras. Heltidsarbete – deltidssjukskrivning – heltidsarbete. Arbete i viss omfattning bör således ses som en del av tillfrisknandet. Om hel sjukskrivning trots detta blir aktuell bör tiden för denna förkortas. Den hela sjukskrivningen bör i slutet av perioden ersättas med deltidssjukskrivning inför återgången till heltidsarbete. Om en försäkrad inledningsvis arbetar t.ex. endast 2 timmar per dag bör det i många fall finnas förutsättningar att successivt öka arbetstiden inför återgången till heltidsarbete. Många av de längre hela sjukskrivningarna avslutas på en söndag. Initiativ bör tas till att uppmärksamma de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen på möjligheten att den försäkrade som en avslutning av sjukfallet i stället börjar arbeta deltid på t.ex. torsdagen och fredagen i samma vecka.

För att andelen deltidssjukskrivningar skall öka i någon större omfattning behöver enligt regeringens uppfattning arbetsgivaren i större ut-

sträckning än i dag ta ett aktivt ansvar för att anpassa den anställdes arbetsuppgifter med hänsyn till hans eller hennes förändrade förutsättningar eller finna andra lämpliga arbetsuppgifter. För att ytterligare betona vikten av att deltidssjukskrivningar bör användas i ökad utsträckning bör arbetsgivarens rehabiliteringsutredning innehålla uppgifter om möjligheterna att vidta sådana åtgärder.

I budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) framhålls att deltidssjukskrivning bör vara utgångspunkten i samband med eventuell sjukskrivning. Syftet är att återstående arbetsförmåga skall tas till vara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad främst mot den arbetsförmåga den försäkrade har – inte arbetsoförmågan. Därmed blir sjukskrivning på heltid inte ett förstahandsalternativ. Detta synsätt ligger till grund för de åtgärder som regeringen föreslår i denna proposition, t.ex. förstärkt utbildning för intygsskrivande läkare samt olika informationssatsningar.

Avsikten är således att deltidssjukskrivning i många fall bör framstå som ett lämpligare alternativ än hel sjukskrivning. Deltidssjukskrivningen bör naturligtvis inte användas under en längre tid utan den måste ses som en tillfällig lösning. Det bör vara en normal rutin hos försäkringskassan att i samband med deltidssjukskrivning tillsammans med den försäkrade samt dennes läkare och arbetsgivare ta fram en plan för återgång i heltidsarbete. Om deltidssjukskrivningen riskerar att bli långvarig bör det utredas närmare vilket reellt arbetsutbud den försäkrade har.

Riksförsäkringsverket har under en tvåårsperiod studerat förekomsten av deltidssjukskrivning och utvecklingen av sjukfall där deltidssjukskrivning ingår. Studien redovisas i rapporten Partiell sjukskrivning (RFV Redovisar 2001:4). Jämfört med hel sjukskrivning ledde successiv återgång i arbete till friskskrivning i större utsträckning under tvåårsperioden. Successiv återgång följdes dessutom av färre återfall under året efter friskskrivningen.

5.3 Betoning av den medicinska grunden för sjukskrivning

Regeringens bedömning: I tidigare propositioner på området har den medicinska grunden för sjukskrivning betonats. Detta synsätt bör förverkligas på ett konkret sätt och det bör ligga till grund för förslagen till åtgärder på området.

De medicinska skälen för sjukskrivning bör preciseras och tydliggöras. Dessutom bör passiviseringens negativa verkningar vid längre sjukskrivning uppmärksammas mer.

Intygandet vid sjukskrivning bör avse endast sådana förhållanden som läkaren kan ta ansvar för med utgångspunkt i sin medicinska kompetens. Därför bör intygandet i vissa fall kunna begränsas. Det behöver inte göras en fullständig bedömning av arbetsförmågans nedläggning i de sjukfall som förväntas bli kortvariga.

Sjukskrivning som behandlingsmetod bör uppmärksammas i större utsträckning. Sjukskrivning bör ses som en ordination eller ett instrument med terapeutiskt syfte.

Promemorians bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Promemorians synpunkter om en ökad betoning av den medicinska grunden för sjukskrivning får stöd hos remissinstanserna. *Sveriges läkarförbund* delar uppfattningen att passiviseringens negativa verkningar bör uppmärksammas mer. Det kan vara bra att påpeka att läkaren skall precisera och tydliggöra de medicinska skälen för sjukskrivning och varför patienten bör avhålla sig från arbete. *Svenska Läkaresällskapet* framhåller att det beträffande symtomdiagnoser är viktigt att en medicinsk utredning initieras senast efter en sjukskrivningsperiod på åtta veckor så att diagnosen närmare preciseras. Patientens sjukdom bör således betraktas inte enbart ur perspektivet patientens arbetsförmåga, utan en medicinsk utredning bör ske parallellt. *Arbetsgivarverket* erinrar om att det fria läkarvalet gör att en person som inte blir sjukskriven av en läkare kan uppsöka en annan läkare för att bli sjukskriven. För att förhindra ett sådant beteende bör den icke sjukskrivande läkaren få en möjlighet att underrätta försäkringskassan om sitt ställningstagande.

Skälen för regeringens bedömning:

Bakgrund

Som påpekats i avsnitt 5.1.1 är alltför många läkarintyg och läkarutlåtanden ofullständiga eller bristfälliga i övrigt. Åtta försäkringskassor har gjort en studie av beslutsunderlag. Studien redovisas i rapporten Underlag för beslut – en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv (2002-10-10). I studien redovisas bl.a. att merparten av de intyg som ligger till grund för sjukskrivningar innehåller väsentliga kvalitetsbrister och därför bör kompletteras. I studien anges dessutom att påbörjade insatser behöver förstärkas väsentligt för att höja kvaliteten i kommunikationen med hälso- och sjukvården när det gäller sjukskrivningar. Vidare sägs att kvaliteten i läkarintygen är central för bedömningen av rätten till sjukpenning och rehabilitering samt att ofullständiga intyg får flera oönskade konsekvenser. Detta gäller inte minst ur den sjukskrivnes synvinkel när det gäller förväntningar för framtiden.

Liknande resultat redovisas i rapporten I gränssnittet mellan medicin och försäkring – en studie av läkarintygs kvalitet (Rapport 2003:1) från Försäkringsmedicinskt Centrum och Linköpings Universitet. I rapporten påpekas att det såväl inom sjukvården som vid försäkringskassans handläggning förekommer en växande andel patienter med tillstånd – fysiska, psykiska och psykosomatiska – där uppgivenhet och bristande tillit ingår i bilden. I studien redovisas att det i läkarintygen med en diagnos som hänförs till rörelseorganen förekom oprecisa besvärsupplevelser i 35 procent av intygen. Dessa symptomkomplex förekommer ofta vid långa sjukskrivningar och brukar förorsaka försäkringsmedicinska problem. Det framkom även att merparten av läkarintygen (73 procent) utgör ett bristfälligt underlag inför beslut om rätt till sjukpenning.

Bedömning av om sjukdom föreligger

I prop. 1994/95:147 (bet. 1994/95:SfU10, rskr. 1994/95:343) utvecklas närmare hur sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringen är tänkt att tillämpas.

Bland annat framhålls att det är angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkringen utges för sociala och generella livsproblem utan att en utvidgning av det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet har skett genom domstolspraxis eller lagändring.

När det gäller grundprinciperna för rätt till sjukpenning och förtidspension anføres i prop. 1996/97:28 (bet. 1996/97:SfU6, rskr. 1996/97:125) att problem som i grunden inte är medicinskt betingade i första hand bör hanteras med arbetsmarknads- eller socialpolitiska medel. Kostnader till följd av ohälsa kommer då att redovisas inom ramen för socialförsäkringen, medan kostnader som uppkommer till följd av arbetslöshet eller andra problem för en försäkrad att finna ett arbete kommer att redovisas inom arbetsmarknadspolitiken. Genom att kostnader redovisas inom det område de hör hemma ger de bättre underlag för framtida beslut om åtgärder för att komma till rätta med problem och prioriteringar mellan välfärdspolitikens olika områden. Om en försäkrad har svårigheter att ta till vara den arbetsförmåga han eller hon har kvar, sin sjukdom till trots, är detta i första hand ett arbetsmarknadsproblem.

Ovanstående motivuttalanden föranledde inte några erinringar vid utskottsbehandlingarna. Det synsätt som etablerades i uttalandena bör enligt regeringens uppfattning ligga till grund för förslagen till åtgärder på området.

Långa sjukskrivningar leder till ökade svårigheter att komma tillbaka till arbetslivet. I den allmänna debatten och i olika studier hävdas dessutom att långtidssjukskrivning kan vara ett inslag i behandlingen av patienten som kan få svåra biverkningar. Rehabiliteringspotentialen, dvs. möjligheten att återkomma i arbete, minskar mycket snabbt redan efter tre månaders sjukskrivning. Passiviseringens negativa verkningar vid längre sjukskrivning bör därför enligt regeringens mening uppmärksammas mer. Ett sätt att hantera detta problem är att kräva att den intygsskrivande läkaren närmare anger det medicinska syftet med sjukskrivningen och därvid särskilt motiverar varför den försäkrade av medicinska skäl bör avhålla sig från arbete. Läkaren bör även kunna ange på vilket sätt det främjar patientens tillfrisknande att han eller hon inte arbetar. De diskuterade åtgärderna innebär att sjukskrivningen blir en mer integrerad del av vård- och behandlingsprocessen än vad som gäller för närvarande. Med utgångspunkt i den medicinska utredningen görs en plan för behandling och rehabilitering. I planen utgör riktlinjer för vilka aktiviteter som bör undvikas av den försäkrade – t.ex. visst arbete – ett integrerat moment.

Många akuta sjukdomar har självläkt efter en viss tid. I långa sjukfall bör man därför ställa särskilda krav på läkarens intygande att det fortfarande är sjukdom som förorsakar arbetsförmågans nedsättning. Detta bör klarläggas senast i samband med avstämningsmötet (se avsnitt 5.4) som också ger bättre underlag för det fortsatta intygandet.

Allt detta kan leda till att det blir svårare att motivera att vissa av den försäkrades upplevda sjukdomstillstånd eller besvär efter viss tid fortfarande skall berättiga till sjukpenning, i vart fall inte till hel ersättning. Exempelvis bör det vid ryggbesvär krävas ett utförligt underlag för att efter en viss tid fortfarande kunna motivera fortsatt vila och fullständig frånvaro från arbetet (jfr. även vad SBU yttrat om ryggsmärtor, avsnitt 5.2).

Dessa åtgärder bör enligt regeringens mening medföra att de medicinska skälen för sjukskrivning preciseras och tydliggörs. Därigenom torde förutsättningarna öka för att kunna klargöra i vilken mån det finns andra än medicinska skäl för den försäkrade att vara frånvarande från arbetet. Detta kan initiera en diskussion om vilka andra åtgärder som kan vara ändamålsenliga för att underlätta den försäkrades situation.

Det bör betonas att intygandet vid sjukskrivning bör avse endast sådana förhållanden som läkaren kan ta ansvar för med utgångspunkt i sin medicinska kompetens. Åtgärderna syftar till en ökad nyansering vid försöken att klarlägga de problem som ligger bakom patientens begäran om sjukskrivning. Därigenom motverkas den automatik som många gånger kännetecknar den nuvarande tillämpningen, eftersom ett läkarintyg sällan ifrågasätts av försäkringskassan.

Om läkaren har skäl att anta att den försäkrades besvär i första hand rör den psykosociala arbetsmiljön, arbetsförhållandena, allmän olust, existentiella problem, missnöje med arbetsuppgifterna eller liknande bör läkaren hänvisa till andra åtgärder än sjukskrivning. Det kan gälla åtgärder på arbetsmarknadspolitiken och socialpolitikens område. Det är naturligtvis viktigt att den försäkrade inte därigenom hamnar mellan olika myndigheters ansvarsområden. Sjukdomstillstånd som har utlösts av de nämnda problemen eller förhållandena skall dock givetvis kunna motivera sjukskrivning.

I avsnitt 5.1.1 beskrivs problem med de slentrianmässiga sjukskrivningarna. I många fall avser de sjukfall där diagnoserna är oprecisa, s.k. symtomdiagnoser. I korta sjukfall är det inte alltid möjligt att göra en fullständig arbetsförmågebedömning i sådana fall med symtomdiagnoser. Sjukskrivning kan därför vara motiverad. När sjukskrivningen har pågått en något längre tid är det nödvändigt att precisera diagnosen dels för att kunna bedöma rätten till sjukpenning, dels för att läkaren skall kunna bedöma vilken behandling som är lämplig.

Det förekommer att försäkrade blir sjukskrivna under längre tid än nödvändigt, eftersom sjukskrivningen förlängs slentrianmässigt under den tid den försäkrade väntar på undersökning eller behandling av specialist. Dessa fall av felaktiga eller olämpliga sjukskrivningar bör uppmärksammas och åtgärdas.

Bedömning av arbetsförmågans nedsättning i vissa fall

Som påpekats ovan bör intygandet vid sjukskrivning avse endast sådana förhållanden som läkaren kan ta ansvar för med utgångspunkt i sin medicinska kompetens. Det bör därför övervägas i vilken utsträckning det skall tas ställning till frågan om arbetsförmågans nedsättning. I de diskussioner som förs inom läkarkåren hävdas ofta att det inte är rimligt att alla läkare skall göra detta eftersom så många läkares kunskaper i sådana frågor är bristfälliga.

Ett sätt att hantera problemet är att begränsa intygandet så att det inte nödvändigtvis behöver göras en fullständig bedömning av arbetsförmågans nedsättning i de sjukfall som förväntas bli kortvariga. I dessa fall kan uppgifterna om behovet av att den försäkrade skall avhålla sig från förvärvsarbete väga tyngre. Om det finns utförliga uppgifter om detta behov skulle tillräcklig grund kunna föreligga för att i dessa fall anse att

arbetsförmågan är nedsatt (helt eller delvis). Detta utesluter dock inte att den intygsskrivande läkaren skall kunna göra en arbetsförmågebedömning i kortare sjukfall av mindre komplicerad karaktär.

Sjukskrivning som behandlingsmetod

För att ge ytterligare stöd åt läkarna bör sjukskrivning som behandlingsmetod uppmärksammas i större utsträckning. Sjukskrivning bör ses som en ordination eller ett instrument med terapeutiskt syfte. Passiviseringens negativa verkningar bör därvid betonas, liksom det särskilda ansvar läkaren har att minska riskerna för detta.

Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik bedriver för närvarande ett projekt som skall sammanställa forskningen om sjukfrånvaro samt identifiera ytterligare behov av forskning på området. Speciellt fokus skall läggas på forskningsresultat om positiva och negativa konsekvenser av sjukskrivning vid olika sjukdomstillstånd. Avsikten är att den systematiska kunskapssammanställningen skall bidra till att ett bättre underbyggt och mer effektivt användande av sjukskrivningsinstrumentet uppnås.

Tillsyn och uppföljning

Regeringen förutsätter att Riksförsäkringsverket vid sin tillsyn och uppföljning av regelverket särskilt uppmärksammar hur regeringens intentioner om den ökade betoningen av den medicinska grunden för sjukskrivning kommer att förverkligas.

Socialstyrelsen skall utöva tillsyn som utifrån ett patientperspektiv skall bidra till att förbättra kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. Styrelsen skall även genomföra andra insatser som är särskilt inriktade på att det nationella målet för regeringens hälsoarbete uppfylls.

5.4 Möjligheterna att fördjupa beslutsunderlaget

Regeringens förslag: Försäkringskassan skall vid behov begära att en försäkrad skall delta i ett avstämningsmöte för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Om en försäkrad utan giltig anledning vägrar detta skall sjukpenningen kunna dras in eller sättas ned.

Försäkringskassan skall vid behov infordra ett särskilt läkarutlåtande.

Regeringens bedömning: Väsentligt fler avstämningsmöten bör komma till stånd. Eftersom försäkringskassan redan har ett samordningsansvar för den försäkrades rehabilitering bör kassan ta initiativ till ett avstämningsmöte.

Om försäkringskassan bedömer att ett avstämningsmöte inte ger ett tillräckligt beslutsunderlag bör kassan förbättra och fördjupa detta underlag. Avstämningsmötet kan t.ex. kompletteras med ett särskilt läkarutlåtande.

Det bör finnas två olika typer av särskilt läkarutlåtande i långa sjukfall, ett för hel sjukskrivning och ett annat för deltidssjukskrivning. Särskilda krav bör ställas på kvaliteten i de uppgifter som lämnas på utlåtandet för hel sjukskrivning.

Ambitionen bör vara att utredningsåtgärderna skall sättas in snarast möjligt, dock senast efter åtta veckor.

Promemorians förslag och bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag och bedömning.

Remissinstanserna: Promemorians olika förslag och bedömningar för att förbättra och fördjupa beslutsunderlaget får stöd hos de flesta av remissinstanserna. I likhet med många andra instanser tillstyrker *Sveriges läkarförbund* förslaget om ett ökat antal avstämningsmöten. Förbundet anser dock att mötena fyller samma funktion som det föreslagna fördjupade underlaget och menar därför att ytterligare intyg blir överflödiga. Förbundet har tidigare föreslagit ett obligatoriskt avstämningsmöte efter åtta veckor, men har i princip inte något att invända mot att det kan komma redan efter 40 dagar. Förbundet betonar även företagshälsovårdens betydelse vid avstämningsmötena. *Föreningen Svenskt Näringsliv* stöder förslaget om ett ökat antal avstämningsmöten. Däremot finns det inte anledning att författningsreglera mötena. Det kan enligt föreningens uppfattning inte heller vara arbetsgivarens uppgift att ta initiativ till sådana möten. *Kooperationens förhandlingsorganisation (KFO)* anser att det i många fall ter sig naturligt att det i varje fall är större arbetsgivare som kallar till avstämningsmöten.

Skälen för regeringens förslag och bedömning:

Inledning

I budgetpropositionen för 2003 (finansplanen, avsnitt 1.6) påpekas att individen har ett stort ansvar för att återgå i arbete och för sin egen försörjning. I finansplanen framhålls även att det faktum att man inte kan återgå till tidigare arbete inte är skäl för fortsatt sjukskrivning. Som på-

pekats i prop. 1996/97:28 (bet. 1996/97:SfU6, rskr. 1996/97:125) bör problem som i grunden inte är medicinskt betingade i första hand hanteras med arbetsmarknads- eller socialpolitiska medel.

För närvarande gäller att den försäkrade skall lämna en skriftlig försäkran respektive en särskild försäkran enligt bestämmelser i 3 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Skriftlig försäkran samt särskild försäkran skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av arbetsuppgifterna och den försäkrades egen bedömning av sin arbetsförmåga. En möjlighet att förbättra beslutsunderlaget i den del som rör den försäkrades arbetsförmåga bör vara att den försäkrade ges en tydligare skyldighet att medverka i processen. Det är därvid av avgörande betydelse vilken motivation eller vilket förhållningssätt den försäkrade har till fortsatt arbete.

Det har gjorts ett flertal undersökningar om försäkrades förhållningssätt till sjukskrivning. Läkaren och forskaren Lars Englund har studerat förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001. I doktorsavhandlingen *Sick-listing – Attitudes and Doctors' practice* redovisas följande. Bland de patienter distriktsläkaren bedömde att man *inte* skulle sjukskriva om inte patienten hade begärt det sjukskrevs 87 procent. Det visade sig även att den viktigaste faktorn som påverkade sjukskrivningens längd var patientens inställning. Samma resultat redovisas i en jämförande studie från 2001.

Avstämningsmöten

Uppgifter om motivation och förhållningssätt torde vara svåra att inhämta i skriftlig form. Däremot bör det vara möjligt att göra detta vid de möten (flerpartssamtal) mellan t.ex. den försäkrade, den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren, företagshälsovården och arbetsförmedlingen som försäkringskassan redan i dag i många fall tar initiativ till. Det kan även förekomma att en facklig företrädare på den försäkrades begäran deltar vid mötena. Vid dessa möten bör det kunna ytterligare klarläggas hur den försäkrades arbetsförmåga skall kunna tas till vara. Möjligheterna till anpassningar på den försäkrades arbetsplats och möjligheterna till deltidssjukskrivning i stället för heltidssjukskrivning bör stå i centrum under samtalen. Erfarenheten är att det ofta finns fler möjligheter än den försäkrade föreställer sig. Den försäkrade behöver således bli medveten om möjligheterna att undvika passivisering. Vid ett sådant möte – som lämpligen kan benämnas avstämningsmöte – bör det även klarläggas i vilken mån det är annat än sjukdom som föranleder frånvaron från arbetet. Även eventuellt andra skäl bör således lyftas fram vid dessa möten. Detta skulle kunna ske bl.a. genom att man hämtar in den försäkrades och arbetsgivarens syn på den försäkrades aktuella arbetsuppgifter och arbetsförhållanden. Det är dock naturligtvis önskvärt att så mycket som möjligt har klarlagts redan på det tidigare intygs-, försäkrans- och utredningsstadiet. Därvid bör den kunskap om den försäkrade som den behandlande läkaren har tas till vara i första hand.

Avstämningsmötena torde i regel vara till gagn för den försäkrade och bör kunna leda till lägre sjukfrånvaro. Därigenom skulle kostnaderna för sjukfrånvaron minska. Exempelvis redovisar Riksförsäkringsverket följande i sin rapport *Partiell sjukskrivning* (RFV Redovisar 2001:4). I sjuk-

fall där ett avstämningsmöte genomfördes blev 40 procent av männen deltidssjukskrivna jämfört med 27 procent av männen utan samtal. Motsvarande andelar för kvinnorna var 43 respektive 36 procent.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det är angeläget att försäkringskassan får till stånd väsentligt fler avstämningsmöten. Problemet är att de är resurskrävande, eftersom det i regel finns flera aktörer inblandade. Det finns dock flera exempel på andra former av samverkan som lett till goda resultat. I Sörmland finns handläggare från försäkringskassan regelbundet på plats under fast angivna tider på varje vårdcentral och på vissa sjukhuskliniker. Även i Värmland står vårdcentralerna i centrum vid en sådan samverkan. En viktig del i verksamheten uppges vara att försöka klarlägga vari den försäkrades problem egentligen består.

Ett avstämningsmöte kan jämföras med den multidisciplinära bedömning som i vissa fall förekommer bl.a. hos företagshälsovården. Ett sådant möte torde många gånger kunna leda till att ett särskilt läkarutlåtande eller en särskild försäkringsmedicinsk utredning inte blir nödvändig. Mötet skall således inte ha karaktär av något som liknar en muntlig förhandling för avgörande av ersättningsrätten. Vidare bör informationen om orsaken till sjukfrånvaron göras tillgänglig för arbetsgivaren endast med den försäkrades samtycke. Regeringen utgår från att ett sådant samtycke i regel kommer att lämnas av den försäkrade (se även avsnitt 6.1).

Försäkringskassan har i dag ett samordningsansvar för den försäkrades rehabilitering. Det är därför följdriktigt att det är kassan som tar initiativ till ett avstämningsmöte. Det är dock enligt regeringens mening önskvärt att även arbetsgivaren i större utsträckning tar ett sådant initiativ. Det bör övervägas olika åtgärder som kan främja detta. Det ligger även i linje med gällande bestämmelser om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Man bör därför se arbetsgivarens deltagande i ett avstämningsmöte som ett av flera sätt att fullgöra detta ansvar. Även andra intressenter – t.ex. den försäkrade, den behandlande läkaren eller läkaren som skall skriva det särskilda läkarutlåtandet – bör uppmärksammas på möjligheten att ta initiativ till ett avstämningsmöte.

För att avstämningsmötet skall bli en allmänt använd utredningsmetod bör denna metod författningsregleras. Regeringen föreslår därför att försäkringskassan enligt 3 kap. 8 a § AFL skall kunna begära att den försäkrade deltar i mötet eftersom dennes närvaro i de flesta fall torde vara av största betydelse. Den närmare regleringen av formerna för avstämningsmötet – liksom för övriga här föreslagna utredningsåtgärder – bör ske i förordning eller myndighets föreskrifter. Om försäkringskassan begär att den försäkrade skall delta i ett avstämningsmöte och han eller hon utan giltig anledning vägrar detta bör sjukpenningen kunna dras in eller sättas ned. En sådan åtgärd kan redan i dag vidtas vid andra fall då en försäkrad vägrar medverka i utredningen. En förutsättning härför bör som i andra fall vara att den försäkrade erinrats om denna åtgärd. Ändringarna föreslås gälla från och med den 1 juli 2003.

Fördjupat underlag vid behov

Om försäkringskassan bedömer att ett avstämningsmöte inte skulle ge ett tillräckligt beslutsunderlag finns det andra möjligheter att förbättra och fördjupa detta. Vid ytterligare behov av uppgifter kan avstämningsmötet

kompletteras t.ex. med ett särskilt läkarutlåtande. Försäkringskassan kan därigenom få ett samlat bedömningsunderlag som kan innehålla läkarutlåtande, minnesanteckningar från avstämningsmötet samt eventuellt annan utredning. Detta underlag kan ligga till grund dels för den följande bedömningen av ersättningsrätten, dels för rehabiliteringsutredningen. I de fall deltidssjukskrivning är aktuell bör rehabiliteringsutredningen innehålla en plan för återgång till heltidsarbete (se avsnitt 6.1).

I budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) gör regeringen bedömningen att om sjukperioden pågår längre tid än åtta veckor – och om underlaget för beslut inte räcker – skall försäkringskassan inhämta ett fördjupat underlag som rör den försäkrades arbetsförmåga m.m. från en annan läkare. Det är således inte frågan om en obligatorisk prövning av annan läkare. Många remissinstanser anser att avstämningsmötena har stor betydelse för möjligheterna att få fram ett fördjupat beslutsunderlag. Sveriges läkarförbund bedömer att mötena fyller samma funktion som det föreslagna fördjupade underlaget från en annan läkare och menar därför att ytterligare intyg blir överflödiga. I rapporten från trepartssamtalen framförs uppfattningen att det behövs ett avstämningsmöte där den behandlande läkaren ges möjlighet att samråda med andra aktörer, i stället för att en annan läkare skall göra en ny bedömning av patienten. Regeringen ansluter sig till den uppfattning som remissinstanserna framfört och som framkommit vid trepartssamtalen och anser att ett fördjupat underlag från en annan läkare i första hand bör användas som ett komplement till avstämningsmötena.

Försäkringskassan kommer i regel i kontakt med den försäkrade tidigast när sjukfallet pågått i 15 dagar. Egentligen löper den försäkrade risk att passiviseras och bli långtidssjukskriven redan då, om inte lämpliga åtgärder sätts in. Ur strikt saklig synpunkt är det således motiverat att ställa stora krav på beslutsunderlaget redan vid detta tillfälle. Detta har av främst resursskäl visat sig inte vara möjligt. Ambitionen bör vara att de utredningsåtgärder som diskuteras och föreslås i detta avsnitt skall sättas in snarast möjligt, dock senast efter åtta veckor.

Det bör finnas två olika typer av särskilt läkarutlåtande i långa sjukfall, ett för hel sjukskrivning och ett annat för deltidssjukskrivning. Särskilda krav bör ställas på kvaliteten i de uppgifter som lämnas på utlåtandet för hel sjukskrivning. Ett sådant läkarutlåtande bör utformas på så sätt att det utförligt skall motiveras varför arbetsförmågan är helt nedsatt. Det skall även särskilt anges vari nedsättningen av arbetsförmågan består. Dessutom bör det uppges varför den försäkrade av medicinska skäl bör avhålla sig helt från arbete. Det bör därutöver krävas att läkaren närmare skall ange hur han eller hon har kännedom om den försäkrades arbetsförhållanden. De ökade kraven på det medicinska underlaget vid hel sjukskrivning innebär dock inte att kraven vid deltidssjukskrivning skall minska i jämförelse med vad som gäller i dag.

Enligt nuvarande bestämmelser åligger det *den försäkrade* enligt 3 kap. 8 § AFL att ge in ett särskilt läkarutlåtande senast från och med den tjugooåttonde dagen efter sjukanmälningsdagen. Riksförsäkringsverket har med stöd av ett bemyndigande meddelat vissa undantag från denna skyldighet. Om det behövs för att kunna bedöma i vilken utsträckning den försäkrades arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom bör i stället gälla att *försäkringskassan* inhämtar ett särskilt läkarut-

låtande. Regeringen anser att huvudregeln bör vara att det är en läkare med fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som utfärdar ett sådant intyg. Avsikten är att utbildningen i försäkringsmedicin skall förstärkas (se avsnitt 5.6). Det kommer dock att ta viss tid innan den avsedda utbildningen får fullt genomslag vid sjukskrivning av försäkrade. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör meddela närmare föreskrifter om särskilt läkarutlåtande samt om krav på den intygsskrivande läkarens kompetens.

5.5 Övriga frågor om beslutsunderlag

Regeringens förslag: Skyldigheten för en försäkrad att vid en viss tidpunkt inkomma med en skriftlig särskild försäkran skall upphöra att gälla. I stället skall en sådan försäkran ges in om försäkringskassan begär det.

Ersättning skall lämnas för en försäkrads och en läkares kostnader i samband med avstämningsmöten i enlighet med vad som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer.

Regeringens bedömning: Det är angeläget att könsperspektivet uppmärksammas och beaktas när beslutsunderlag tas fram.

För att underlätta för bl.a. läkare att avsätta tid för avstämningsmöten bör ersättning betalas ut. Ersättningen bör utges i form av ett tim-arvode.

Det är viktigt att samtliga intygsskrivande läkare får kännedom om det förändrade synsätt på sjukskrivning som denna proposition avser att uppnå. Lämpliga informationsinsatser bör därför övervägas. Informationen bör lämpligen rikta sig även till de försäkrade och arbetsgivarna.

Promemorians bedömning i frågan om ersättning för den tid läkare avsätter för deltagande i avstämningsmöten överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som tagit upp frågan instämmer i bedömningen.

Skälen för regeringens förslag och bedömning:

Den särskilda försäkran

Som nämnts i avsnitt 5.4 skall den försäkrade lämna en skriftlig försäkran för sjukpenning i samband med ett sjukdomsfall och en skriftlig särskild försäkran för att styrka nedsättningen av arbetsförmågan på grund av sjukdom senast från och med den tjugoåttonde dagen efter sjukanmälningsdagen. Riksförsäkringsverket har vid ett flertal uppföljningar uppmärksammat att den senare försäkran inte tillför ärendet några ytterligare uppgifter som inte redan finns. Mot bakgrund av vad som framkommit vid bl.a. dessa uppföljningar föreslår regeringen att lagregleringen av skyldigheten att vid en viss tidpunkt inkomma med en skriftlig särskild försäkran bör upphöra att gälla. Regeringen föreslår i stället att den försäkrade skall lämna in en särskild försäkran när försäkringskassan begär det. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer bör utfärda

föreskrifter om när en skriftlig särskild försäkran skall begäras av den försäkrade. Att själva bestämmelsen föreslås bli upphävd innebär således inte att regeringens uppfattning har ändrats vad gäller värdet och behovet av en skriftlig särskild försäkran. Syftet med regeringens förslag är enbart att ge socialförsäkringsadministrationen större möjlighet att satsa på kvalitet i stället för kvantitet i sitt arbete med sjukfallen.

Ersättning för avstämningsmöten

Flera remissinstanser har framfört att det är angeläget att finansieringen i samband med avstämningsmöten tryggas så att bristande ekonomiska resurser inte hindrar att dessa möten kommer till stånd. Avstämningsmötena kan många gånger bli helt avgörande för att försäkringskassan skall få tillgång till ett fullgott bedömningsunderlag i samband med sjukskrivning och rehabilitering. I dessa fall är det nödvändigt att även den intygs-skrivande läkaren och företagsläkaren medverkar i avstämningsmötet.

För att underlätta för läkare och framför allt deras arbetsgivare att avsätta tid för avstämningsmötena bör enligt regeringens uppfattning ersättning för dessa läkarinsatser betalas ut. Ersättningen bör utges i form av ett timarvode.

Även försäkrade kan ha kostnader med anledning av ett avstämningsmöte. Regeringen anser att sådan ersättning bör lämnas i enlighet med vad som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer.

Skillnader i beslutsunderlaget för kvinnor respektive män

I början av 1980-talet var lika många kvinnor som män sjukskrivna. Därefter har kvinnornas andel av de sjukskrivna ökat successivt. I slutet av 2002 var andelen 63 procent. Kvinnors förvärvsfrekvens har sedan början av 1990-talet varit oförändrad. Den motsvarar 45 procent av arbetskraften. Kvinnornas ökande andel av sjukfallen kan således inte förklaras av ett högre arbetslivsdeltagande. Den sjukdomstyp som har ökat kraftigast under senare år bland de långvarigt sjukskrivna är de psykiska sjukdomarna. Särskilt dramatisk har denna utveckling varit bland kvinnorna där andelen långtidssjukskrivna för psykisk ohälsa har ökat från 16 till 30 procent. Den främsta orsaken till sjukskrivning bland kvinnor är dock fortfarande sjukdom i rörelseorganen. I Riksförsäkringsverkets rapport *Kvinnor, män och sjukfrånvaro* (RFV Redovisar 2001:5) redovisas följande. Med största sannolikhet är det redan kända faktorer – t.ex. arbetsmiljön – som förklarar att kvinnor har betydligt högre sjukfrånvaro än män. Mekanismerna bakom kvinnornas högre sjukfrånvaro har troligtvis förstärkts under senare delen av 1990-talet. Ett exempel på detta är den försämrade arbetsmiljön inom den offentliga sektorn med verksamheter som vård, omsorg och skola, där kvinnorna är kraftigt överrepresenterade.

I budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) föreslås att målet för ökad hälsa i arbetslivet skall vara att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008. Parallellt skall antalet nya sjuk- och aktivitetsersättningar minska. Hänsyn

skall även tas till den demografiska utvecklingen under perioden. I propositionen anges vidare att det vid arbetet med att halvera sjukskrivningarna särskilt måste fokuseras på kvinnors arbetsplatser, arbetsmiljöer och arbetsvillkor. Vidare anges att det är viktigt att målet följs upp årligen och att särskild uppmärksamhet bör riktas mot utvecklingen av kvinnors ohälsa.

Försäkringskassan i Stockholms län har tagit upp frågan om sjukskrivningslängd och partiell sjukskrivning i rapporten Socialförsäkring, kön och agenda – formella och reella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa (2002). Det konstateras att de skillnader som visade sig föreligga i bedömningen mellan kvinnor och män var mycket konsekventa, och att det av allt att döma tycks finnas underliggande strukturer i samhället och socialförsäkringen som medverkar till dessa skillnader. Sådana strukturer förefaller vara vissa av socialförsäkringens beslutsstrukturer där tidiga individuella beslut i beslutsprocessen om rätt till sjukpenning tenderar att befästa ett visst beslutsmonster. Detta visade sig vara särskilt påtagligt vid deltidssjukskrivning, där inledande individuella beslut om rätt till sjukpenning gav intryck av att vara avgörande för de slutliga utfallen, trots ett formellt stort handlingsutrymme i den efterföljande beslutsprocessen. Även om beslutsstrukturerna inte aktivt medverkar till att kvinnor och män bedöms olika vid deltidssjukskrivning tycks dock dessa medverka till att initiala skillnader i bedömningen befästs under hela beslutsprocessen. Frågan om hur avgörande beslutsstrukturerna är för sjukskrivningar och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är dock svår att besvara, eftersom det i stor utsträckning saknas studier av den försäkrades möten med läkaren respektive försäkringskassan.

I den i avsnitt 5.2 nämnda rapporten från Riksförsäkringsverket samt i en rapport från Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap (CUFS) vid Luleå tekniska universitet (2001) har frågan om partiell sjukskrivning studerats närmare. Av Riksförsäkringsverkets rapport framgår att kvinnor har en något högre andel partiella sjukdagar jämfört med män. Av rapporten från CUFS framgår däremot att en så stor andel som 80 procent av de partiellt sjukskrivna i Norrbottens och Västerbottens län under åren 1998 och 1999 var kvinnor.

Enligt regeringens uppfattning är det mot denna bakgrund angeläget att könsperspektivet uppmärksammas och beaktas när beslutsunderlag tas fram. Det kan gälla t.ex. vid bedömning av s.k. symtomdiagnoser (se avsnitt 5.3). Det kan även gälla i samband med en utredning om möjligheterna att ta till vara en restarbetsförmåga vid sjukskrivning.

Informationsinsatser

Regeringen anser att det är viktigt att samtliga intygsskrivande läkare får kännedom om det förändrade synsätt på sjukskrivning som denna proposition avser att uppnå. Det gäller främst vid de tillfällen den försäkrade tar initiativ till sjukskrivning, men då läkaren är tveksam eller avvisande. Lämpliga informationsinsatser kommer därför att övervägas för att ge läkaren stöd i dessa situationer. Informationen bör betona de stora riskerna för passivisering vid långa sjukskrivningar. Informationen om det förändrade synsättet på sjukskrivning kommer att rikta sig även till de försäkrade och arbetsgivarna.

Regeringens bedömning: De intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin bör förstärkas. I ett första skede bör utbildningsinsatserna inriktas på dels en kortare utbildning som vänder sig till alla läkare, dels en utbildning som ger fördjupade kunskaper i försäkringsmedicin.

Promemorians bedömning: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser tillstyrker att utbildningen i försäkringsmedicin förstärks. *Arbetsmiljöverket* anser dessutom att grundutbildningen i arbetsmiljökunskap för läkare bör förstärkas. *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* framför att en utbildningssatsning av den omfattning som är nödvändig inte låter sig göras så snabbt. Förbunden anser dock att behovet av utbildning är mycket stort och att en utbildningssatsning är absolut nödvändig för att det skall finnas utsikter att nå framgång. *Sveriges läkarförbund* anser att den fördjupade utbildningen i försäkringsmedicin riktad till vissa läkare inte skall genomföras utan att resurserna i stället bör riktas till alla läkare som har behov av en sådan fördjupad utbildning.

Skälen för regeringens bedömning: Det finns inte någon allmänt vedertagen definition av begreppet försäkringsmedicin. I rapporten *Försäkringsmedicinsk forskning – en litteraturgenomgång* (Rapport 2000:1) från Försäkringsmedicinskt Centrum och Linköpings Universitet nämns bl.a. följande:

Försäkringsmedicin är vetenskapen om hur diagnostik, behandling och förebyggande av sjukdom påverkar och påverkas av försäkringsförmåner som är baserade på medicinska kriterier.

I budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) framhåller regeringen att de intygsskrivande läkarnas utbildning i försäkringsmedicin behöver förbättras. Den nuvarande utbildningen är mycket begränsad till omfattningen. För att förbättra situationen har ett resurstillskott på 20 miljoner kronor avsatts för 2003 respektive 2004. Dessa insatser bör kunna påbörjas redan under våren 2003. Det handlar dels om en kortare allmänt utformad utbildning avsedd för flertalet läkare som utfärdar intyg, dels en påbyggnadsutbildning riktad till läkare som behöver fördjupa sina kunskaper inom området. Denna utbildning bör vända sig till de läkare som försäkringskassan avser använda för att inhämta fördjupade underlag. Regeringen anser vidare att det är viktigt att utbildningen i försäkringsmedicin stärks under läkarutbildningens alla delar.

Som tidigare nämnts finns det ofta brister i läkarintyg och läkarutlåtanden. Dessa brister kan antas bero på att läkaren har otillräckliga kunskaper i försäkringsmedicin. Det är naturligtvis inte enbart detta som gör att många intyg och utlåtanden är ofullständiga. Även intygsskrivande läkares arbetsförhållanden – t.ex. tidsbrist – kan vara ett skäl till att intygen inte alltid håller den kvalitet som är önskvärd.

Det kan enligt regeringens mening inte vara realistiskt att tänka sig att alla intygsskrivande läkare skall ges möjlighet att under den närmaste tiden inhämta de relativt omfattande kunskaper i försäkringsmedicin som

behövs. I ett första skede bör därför utbildningsinsatserna inriktas på dels en kortare utbildning som vänder sig till alla läkare, dels en utbildning som ger fördjupade kunskaper i försäkringsmedicin.

För att lägga grund till ett nytt förhållningssätt vid sjukskrivning krävs att helst alla intygsskrivande läkare ges möjlighet att delta i någon form av allmän utbildning i försäkringsmedicin. Antalet läkare uppgår till ca 25 000 och flertalet av dessa utfärdar intyg eller utlåtanden. Läkare inom primärvården står för merparten av de utfärdade intygen och utlåtandena. En allmän utbildning som under en relativt kort period skall kunna nå dessa läkare bör vara utformad på ett enhetligt sätt. En första utbildningsomgång bör genomföras regionalt. Utbildningen bör därefter föras ned på lokal nivå.

För att tillgodose behovet i vissa fall av kompletterande intyg efter en viss tids sjukskrivning behövs enligt regeringens uppfattning även en mer omfattande utbildning i försäkringsmedicin. Utbildningen bör vända sig till läkare som vill fördjupa sina kunskaper i försäkringsmedicin. Läkarna inom företagshälsovården är i regel väl införstådda med arbetsplatsens möjligheter att hjälpa den som är sjuk att återgå i arbete. Företagsläkarna har därmed många gånger bäst förutsättningar att ge arbetsgivaren och den försäkrade ett medicinskt stöd. Utbildningen bör därför särskilt inriktas mot denna grupp av läkare. Eftersom primärvården utgör basen i hälso- och sjukvården bör även utbildningen av läkare inom primärvården prioriteras. Som framgår av avsnitt 5.4 anser regeringen att väsentligt fler avstämningsmöten bör komma till stånd. Dessa kan jämföras med den multidisciplinära bedömning som förekommer bl.a. hos företagshälsovården, hos vilken arbetet med patienterna i många fall bedrivs i team. Mot den bakgrunden kan det i vissa fall vara befogat att låta även andra yrkeskategorier än läkare kunna få del av utbildningen i försäkringsmedicin.

Riksförsäkringsverket har den 13 februari 2003 fått i uppdrag (dnr S2003/1501/SF) att i samråd med Socialstyrelsen och efter kontakt med Försäkringskassaförbundet klargöra omfattningen av utbildningsbehovet, utarbeta utbildningsmaterial samt initiera och ansvara för att de ovan nämnda utbildningsinsatserna genomförs. Inriktningen är att de första utbildningsinsatserna skall påbörjas under maj 2003. Det är enligt regeringens uppfattning viktigt att könsperspektivet uppmärksammas och beaktas i samband med utbildningsinsatserna.

Forskning och utveckling hör nära samman med de aktuella utbildningarna. Det är därför angeläget att hitta former som leder till en forskningsmässig, yrkesmässig och akademisk kompetenshöjning i försäkringsmedicin. I nämnda uppdrag ingår även att Riksförsäkringsverket i samverkan med Socialstyrelsen skall verka för att forskning och utveckling inom området försäkringsmedicin stärks.

5.7 Fler försäkringsläkare samt en ändrad roll för dessa

Regeringens bedömning: Det bör ankomma på regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela närmare föreskrifter om behörighetskrav och arbetsuppgifter för försäkringsläkare samt om utbildning av dessa.

Fler försäkringsläkare bör anställas hos försäkringskassorna för att öka kvaliteten vid den medicinska bedömningen.

Försäkringsläkarnas arbetsuppgifter bör preciseras ytterligare. Uppgifterna bör i ökad utsträckning inriktas mot mer direkta insatser för att minska sjukfrånvaron. Försäkringsläkarna bör också ha en nyckelroll i utbildningen i försäkringsmedicin.

Riksförsäkringsverket bör ges en samordnande roll för att stödja försäkringsläkarna.

Promemorians bedömning: Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Nästan samtliga remissinstanser tillstyrker att ytterligare försäkringsläkare tillförs socialförsäkringsadministrationen samt att försäkringsläkarnas roll ändras så att de skall arbeta mer aktivt med de intygsskrivande läkarna. Detta skall ske bl.a. genom en mer utvecklad dialog i samband med längre sjukskrivningsfall.

Skälen för regeringens bedömning: I budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) framhåller regeringen att fler försäkringsläkare behöver anställas på försäkringskassorna för att öka kvaliteten vid den medicinska bedömningen av det stora antalet långtidssjukskrivningar. Det är också nödvändigt att försäkringsläkarnas roll ändras så att de i fortsättningen arbetar mer aktivt med de intygsskrivande läkarna, bl.a. genom en mer utvecklad dialog i samband med längre sjukskrivningsfall. Det är nödvändigt att Riksförsäkringsverket ges en samordnande roll för att stödja försäkringsläkarna.

I mars 2000 fanns det sammanlagt 427 försäkringsläkare hos försäkringskassorna. De arbetade i genomsnitt 8 timmar per vecka. Som framgår av budgetpropositionen för 2003 bedömer regeringen att det behövs ytterligare ca 100 försäkringsläkare med halvtidsanställning. Det har avsatts ca 40 miljoner kronor för detta ändamål. Detta innebär en resursökning med ca 60 procent, mätt i tillgänglig arbetstid. I regleringsbrevet för 2003 har det avsatts 22,5 miljoner kronor för ett ökat antal försäkringsläkare.

Enligt 18 kap. 15 § AFL har försäkringsläkarna följande uppgifter:

I en allmän försäkringskassa skall det finnas en eller flera försäkringsläkare och försäkringstandläkare för att hjälpa försäkringskassan med medicinsk och odontologisk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan försäkringskassan och de läkare och tandläkare som är verksamma inom försäkringskassans område.

Regeringen anser att försäkringsläkarnas arbetsuppgifter bör preciseras ytterligare. Uppgifterna bör – förutom att verka för ett gott samarbete – i ökad utsträckning inriktas mot mer direkta insatser för att minska sjukfrånvaron. Exempelvis bör försäkringsläkarna arbeta mer aktivt med intygsskrivande läkare än vad som i regel är fallet i dag. De bör också ha

en nyckelroll i utbildningen – både i de kommande nyhetsutbildningarna och i de löpande utbildningarna. De bör således medverka i kompetensutvecklingen för intygsskrivande läkare. Dessutom bör Riksförsäkringsverket ges en samordnande roll för att stödja försäkringsläkarna.

Riksförsäkringsverket bör enligt regeringens uppfattning svara för att även försäkringsläkarna kontinuerligt ges möjlighet att delta i relevanta utbildningar. Dessa bör bedrivas dels i form av centrala utbildningar på riksnivå för att föra ut övergripande riktlinjer och anvisningar vad gäller t.ex. kvalitetsfrågor vid bedömning av rätten till sjukpenning, dels i form av utbildningar på lokal och regional nivå för att främja idéutbyte mellan de lokalt verksamma försäkringsläkarna och de intygsskrivande läkarna.

Det bör ankomma på regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela närmare föreskrifter om behörighetskrav och arbetsuppgifter för försäkringsläkare samt om utbildning av dessa.

I regleringsbrevet för 2003 har Socialstyrelsen fått i uppdrag att se över om det finns behov av att göra förändringar av det tillsynsansvar som gäller försäkringsläkarna. Samråd skall ske med Riksförsäkringsverket. Uppdraget skall redovisas senast den 31 juli 2004.

5.8 Följder av förslagen

De föreslagna åtgärderna för att öka precisionen vid sjukskrivning bör enligt regeringens bedömning kunna få följande följder.

En ökad betoning av den medicinska grunden för sjukskrivning leder till att intygsskrivande läkare får en allmänt ökad medvetenhet om vad intygandet innebär. Den ökade medvetenheten leder till ökad precision vid sjukskrivning och medför därigenom att antalet slentrianmässiga sjukskrivningar minskar.

Förslagen om avstämningsmöten och särskilda läkarutlåtanden som komplement till dessa leder till ett förbättrat beslutsunderlag. Därmed ökar förutsättningar för att läkare i primärvården får färre återbesök med det huvudsakliga syftet att förlänga sjukskrivningen. Detta bidrar till att underlätta arbetsituationen för dessa läkare och tid frigörs för deltagande i avstämningsmötena.

Regeringen bedömer att det genom de föreslagna åtgärderna ges ökade förutsättningar att kunna minska sjukfrånvaron. Om andelen heltids-sjukskrivningar minskar och därigenom andelen deltidssjukskrivningar ökar, minskar kostnaderna för sjukfrånvaron (allt annat lika). Det finns även skäl att anta att sjukfallens längd kan minska, eftersom man genom den kontinuerliga kontakten med arbetsplatsen torde bli mer observant på vilka arbetsuppgifter man kan respektive inte kan utföra. Genom en ökad andel deltidssjukskrivningar och genom kortare sjukskrivningsperioder minskar även risken för passivisering.

Det är vanskligt att på detta stadium bedöma storleken eller omfattningen av den förväntade minskningen av sjukfrånvaron, eftersom utvecklingen även påverkas av övriga åtgärder som genomförs för att minska sjukfrånvaron. De föreslagna åtgärderna i denna proposition syftar i stor utsträckning till att förändra kunskapsnivån och förhållningssättet hos de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Det är naturligtvis

svårt att i förväg ha en uppfattning om i vilken utsträckning detta kommer att ske.

I avsnitt 4.1 har utvecklingen av sjukfrånvaron och sjukförmånerna beskrivits närmare. Av beskrivningen framgår att andelen deltidssjukskrivningar har ökat påtagligt sedan november 2002. Det finns fog att anta att detta kan ha samband med den uppmärksamhet möjligheterna att sjukskriva på deltid fått under senare tid, t.ex. vid presentationen av budgetpropositionen för 2003. Man kan göra olika antaganden om hur andelen deltidssjukskrivningar kan komma att utvecklas under de närmaste åren. För närvarande är andelen knappt 30 procent. Andelen skulle vid en viss tidpunkt kunna antas uppgå till 35 procent och de sjukfall som annars skulle ha avsett hel sjukskrivning skulle kunna förkortas med 20 procent. Med dessa antaganden skulle det sammanlagda antalet nettosjukpenningdagar vara 8 procent lägre i jämförelse med oförändrad fördelning mellan hel- och deltidssjukskrivning. Detta motsvarar en minskning av utgifterna för sjukpenning med ca 4 miljarder kronor. Om andelen deltidssjukskrivningar i stället antas öka till 40 procent skulle antalet nettosjukpenningdagar vara 11 procent lägre (med samma antagande om förkortning av sjukfallen). Detta skulle innebära en minskning av utgifterna för sjukpenning med ca 5,5 miljarder kronor.

Som påpekats i avsnitt 5.2 ligger de föreslagna åtgärderna om ökad användning av deltidssjukskrivning samt övriga föreslagna åtgärder i denna proposition i linje med regeringens sysselsättningsmål att 80 procent av befolkningen mellan 20 och 64 år skall vara sysselsatt år 2004.

Förslaget om att ge läkare ersättning för deltagande i avstämningsmöten kan få följande kostnadskonsekvenser. Det antal avstämningsmöten som kan bli aktuellt under ett år är svårt att uppskatta, eftersom det kommer att bestämmas dels av i hur många sjukfall ett sådant möte bör aktualiseras, dels på de praktiska möjligheterna att genomföra mötet. Regeringens beräkningar innebär att kostnaderna för läkares medverkan i avstämningsmötena beräknas uppgå till ca 65 miljoner kronor per år.

6.1 Förslag om obligatorisk rehabiliteringsutredning

Regeringens förslag: Rehabiliteringsutredning enligt 22 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring skall vara obligatorisk.

HpH-utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens. Till skillnad från regeringen föreslår utredningen bl.a. att rehabiliteringsutredningen fortsättningsvis skall benämnas rehabiliteringsunderlag, att underlagets innehåll skall regleras i lag, att underlaget skall innehålla ett yttrande från företagshälsovården och att en avgift skall tas ut av de arbetsgivare som kommer in för sent med underlaget.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser tillstyrker utredningens förslag i stort. Det är dock endast ett fåtal instanser som uttalar sig specifikt om förslaget i den del det innebär att möjligheten tas bort för arbetsgivaren att avstå från att påbörja en rehabiliteringsutredning om det framstår som obehövt. En övervägande andel av de remissinstanser som kommenterat utredningens förslag tillstyrker att rehabiliteringsunderlaget skall innehålla ett yttrande från företagshälsovården. Detta gäller exempelvis *Riksförsäkringsverket*, *Arbetsmiljöverket*, *LO*, *TCO*, och *Sveriges läkarförbund*. Remissopinionen är delad vad gäller att en förseningssavgift skall tas ut om rehabiliteringsunderlaget inte kommer in i tid. *LO*, *TCO* och *HSO* tillhör dem som tillstyrker förslaget i denna del. Avstyrker gör bl.a. *Riksförsäkringsverket*, *SACO* och *Svenska kommunförbundet*.

Skälen för regeringens förslag:

Förtydligande av arbetsgivarens ansvar

Sedan 1992 gäller att arbetsgivarens ansvar för de anställdas rehabilitering bl.a. omfattar en skyldighet att svara för att en utredning om behovet av rehabiliteringsåtgärder görs när vissa förutsättningar är uppfyllda. Regeringen konstaterar i likhet med HpH-utredningen att de överväganden som ligger bakom dagens ordning fortfarande har giltighet. Arbetsgivaren bör även i framtiden vara skyldig att utarbeta en rehabiliteringsutredning som kan användas som utgångspunkt för planering av rehabiliteringsåtgärder av såväl arbetsgivaren som försäkringskassan. Utredningen är också viktig för att kassan skall kunna fullgöra sin roll som samordnare av den enskildes rehabilitering.

Det har i olika sammanhang framförts att arbetsgivarna inte gör rehabiliteringsutredningar i den omfattning som borde vara fallet. I rapporten *Försäkringskassornas handläggning av ohälsöförsäkringarna* (RFV Anser 1998:4) konstaterar Riksförsäkringsverket att rehabiliteringsutredning saknades i 75 procent av de ärenden verket granskat när sjukskrivningen hade pågått i 90 dagar.

För att förtydliga arbetsgivarens ansvar bör det enligt regeringens mening göras en skärpning av bestämmelserna om dennes skyldighet att svara för en rehabiliteringsutredning i enlighet med vad HpH-utredningen har föreslagit. Det innebär att möjligheten tas bort för ar-

betsgivaren att avstå från att påbörja en rehabiliteringsutredning om det framstår som obehövt. Det förslag som regeringen presenterar här är dock inte så omfattande att det finns skäl att som utredningen föreslår ändra benämningen på en rehabiliteringsutredning till rehabiliteringsunderlag. Det kan dock finnas anledning att återkomma till förslaget i denna del om det blir aktuellt att göra det obligatoriskt att rehabiliteringsutredningen skall innehålla ett yttrande från företagshälsovården.

Enligt nuvarande lydelse av 22 kap. 3 § andra stycket AFL skall arbetsgivaren i vissa angivna situationer påbörja en rehabiliteringsutredning om det inte framstår som obehövt. För att det inte skall uppstå någon oklarhet om när arbetsgivaren skall påbörja en utredning bör denna möjlighet att avstå från att påbörja en utredning tas bort. Rehabiliteringsutredning enligt nämnda lagrum skall vara obligatorisk. Fortsättningsvis skall således arbetet med rehabiliteringsutredningen ovillkorligen påbörjas i de situationer som anges i bestämmelsen, dvs. om den försäkrade till följd av sjukdom har varit frånvarande från arbetet under längre tid än fyra veckor i följd, om arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller om den försäkrade begär det. Utredningen skall precis som i dag lämnas in till försäkringskassan senast när sjukfallet pågått i åtta veckor.

Rehabiliteringsutredningens omfattning bör dock kunna anpassas med hänsyn till vad som kan anses påkallat i det enskilda fallet. Finns det inte något rehabiliteringsbehov bör utredningen kunna göras i en förenklad form. Det bör gälla t.ex. om arbetstagaren bedöms kunna återgå i arbete några dagar efter det att rehabiliteringsutredningen skall lämnas till försäkringskassan eller om det på annat sätt framstår som uppenbart att någon rehabiliteringsåtgärd inte behövs. I dessa fall kan utredningen begränsas till uppgifter om varför rehabilitering inte behövs.

Rehabiliteringsutredningens innehåll

Regeringen delar HpH-utredningens uppfattning om vilka uppgifter en rehabiliteringsutredning bör innehålla. En rehabiliteringsutredning bör således innehålla uppgift om den anställdes förmåga att utföra sina arbetsuppgifter och en prognos för återgång i arbete. Uppgifter bör också lämnas såväl om behovet av rehabiliteringsinsatser som om vidtagna och planerade åtgärder på arbetsplatsen. I detta sammanhang bör det redovisas vilka möjligheter arbetsgivaren har att anpassa arbetsuppgifterna eller att hitta andra lämpliga arbetsuppgifter åt den anställde. I de fall deltidssjukskrivning är aktuell bör rehabiliteringsutredningen innehålla en plan för återgång till heltidsarbete. Den anställdes uppfattning i frågan om rehabilitering bör anges. I utredningen bör redovisas även de övriga omständigheter som är av betydelse för bedömningen av vilka åtgärder som behövs för att den anställde skall kunna återgå i arbete.

I avsnitt 5.2 betonar regeringen vikten av att deltidssjukskrivning i ökad utsträckning skall användas i stället för heltidssjukskrivning. För att göra deltidssjukskrivning till en reell möjlighet krävs i större utsträckning än i dag att arbetsgivaren anpassar de anställdas arbetsuppgifter eller finner andra lämpliga arbetsuppgifter samt i övrigt vidtar nödvändiga åtgärder i arbetsmiljön. Det är mot denna bakgrund angeläget att rehabiliter-

ingsutredningen innehåller uppgifter om arbetsgivarens möjligheter att vidta sådana åtgärder.

Om en bestämmelse om rehabiliteringsutredningens innehåll skulle införas i 22 kap. AFL skulle lagen enligt regeringens uppfattning i onödan betungas med föreskrifter av verkställighetskaraktär. Regeringen avser att i stället återkomma med sådana bestämmelser i förordning.

Yttrande från företagshälsovården

Regeringen delar HpH-utredningens åsikt att det i rehabiliteringsutredningen bör ingå även ett yttrande från företagshälsovården. Det är dock regeringens bedömning att det inte är lämpligt att presentera ett sådant förslag i denna proposition eftersom tillgången till företagshälsovård inte är tillräckligt stor för att kunna möta den efterfrågan ett sådant förslag skulle medföra. För att stärka företagshälsovården under de kommande åren presenterade regeringen i budgetpropositionen för 2003 (utgiftsområde 10, avsnitt 2.6.3) en rad åtgärder på området. Exempelvis skall omfattningen av utbildningen inom företagshälsovården öka och kvaliteten i utbildningen höjas. För detta anslås 15 miljoner kronor år 2003. Regeringen kommer vidare att tillsätta en utredning som bl.a. skall pröva möjligheterna till certifiering av företagshälsovården samt pröva huvudmannaskapet för utbildningen inom företagshälsovården.

Förseningsavgift

Regeringen är för närvarande inte beredd att som HpH-utredningen föreslå att arbetsgivare som inte har lämnat rehabiliteringsutredning till försäkringskassan inom föreskriven tid skall betala en förseningsavgift med 5 000 kronor. Remissopinionen beträffande utredningens förslag var som redovisats ovan delad. Regeringen anser att det som talar mot utredningens förslag gör att det är lämpligt att avvakta med att lägga ett förslag om förseningsavgift. Invändningarna gäller bl.a. att en enhetlig förseningsavgift drabbar små och stora företag mycket olika samt att förslaget medför en inte obetydligt ökad administrativ börda. I december 2001 gav regeringen Riksförsäkringsverket i uppdrag (S2001/11144/SF) att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I uppdraget ingår bl.a. att utveckla metodiken för hur försäkringskassan arbetar i förhållande till arbetsgivarna. Särskild vikt skall enligt uppdraget läggas vid att arbetsgivarna uppfyller sin lagstadgade uppgift att komma in med en rehabiliteringsutredning till kassan. Ett antal remissinstanser påpekar att kassan i dag i sitt arbete med rehabilitering alltför sällan använder de rehabiliteringsutredningar som faktiskt kommer in. Detta faktum talar också mot att nu införa en förseningsavgift. En avgörande anledning till att kassorna inte i önskad omfattning använder rehabiliteringsutredningarna i sitt arbete är att de varit tvungna att prioritera ned rehabiliteringsarbetet till förmån för uppgiften att betala ut sjukpenning, när antalet sjukfall under senare år ökat kraftigt. Försäkringskassans resurser för rehabiliteringsarbetet har på regeringens förslag förstärkts väsentligt fr.o.m. 2003. Avsikten är att kassorna skall använda resurserna bl.a. för att se till att rehabiliteringsutredningar kommer in från arbetsgivarna och att kassan aktivt

använder dessa utredningar i sitt arbete. Regeringen avser att noga följa effekterna av att skyldigheten att göra rehabiliteringsutredningar blir obligatorisk, av Riksförsäkringsverkets metodutvecklingsarbete samt av resurstillskottet till kassornas rehabiliteringsverksamhet. Skulle det visa sig att effekten inte blir den avsedda är regeringen beredd att återkomma med ett förslag om någon form av sanktion mot de arbetsgivare som inte fullgör sina skyldigheter att upprätta en rehabiliteringsutredning.

Övrigt

Regeringen anser till skillnad från HpH-utredningen att rehabiliteringsutredningen inte skall innehålla den försäkrades läkarintyg. Av förarbetena till nu gällande regler (prop. 1990/91:141, s. 46, bet. 1990/91:SfU16, rskr. 1990/91:303) framgår att informationen om orsaken till sjukfrånvaron, t.ex. sjukdomsdiagnosen, bör göras tillgänglig för arbetsgivaren enbart med den försäkrades samtycke. Det utgicks dock från att ett sådant samtycke i normala fall kommer att lämnas av den försäkrade. Regeringen anser att intresset av att skydda den enskildes personliga integritet gör att nuvarande ordning bör bestå.

Försäkringskassan har enligt 22 kap. 5 § AFL ett generellt ansvar för att den försäkrades rehabiliteringsbehov klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Detta innebär att kassan har ansvar för att en utredning motsvarande en rehabiliteringsutredning görs för försäkrade som inte har någon arbetsgivare. Utredningsansvaret omfattar såväl arbetslösa som egenföretagare, uppdragstagare och studerande. Enligt regeringens mening bör kassan ha upprättat utredningen senast åtta veckor efter sjukanmälningsdagen. Detta motsvarar det krav som ställs på arbetsgivarna. Innehållet i en utredning som kassan upprättar om en person som inte har en arbetsgivare bör i tillämpliga delar motsvara det som regeringen ovan föreslagit skall gälla för personer som har en arbetsgivare. Vissa justeringar kan dock bli aktuella i det enskilda fallet beroende på om personen är arbetslös, egenföretagare, uppdragstagare eller studerande.

Förslaget om obligatorisk rehabiliteringsutredning föreslås träda i kraft den 1 juli 2003.

6.2 Effekter av förslaget för små företag

Förslaget att göra det obligatoriskt för arbetsgivare att göra rehabiliteringsutredningar har effekter av betydelse för små företags arbetsförutsättningar. Dessa effekter analyseras i det följande.

Det har i olika sammanhang framförts att arbetsgivarna inte gör rehabiliteringsutredningar i den omfattning som borde vara fallet. För att tydliga arbetsgivarnas ansvar föreslår regeringen att det görs en skärpning av bestämmelserna om arbetsgivarnas ansvar för att svara för rehabiliteringsutredningar.

Ett alternativ till regeringens förslag skulle kunna vara att informera arbetsgivarna om deras ansvar att svara för rehabiliteringsutredningar. Sådana informationsinsatser har försäkringskassorna dock genomfört tidigare utan avsedd effekt. Mot denna bakgrund gör regeringen bedöm-

ningen att enbart vidare informationsinsatser inte är ett tillfredsställande alternativ till den föreslagna regleringen. Det är emellertid så att ytterligare informationsinsatser är en viktig förutsättning för att den föreslagna skärpningen av arbetsgivarnas ansvar skall få effekt.

Små företag såväl som större arbetsgivare har redan i dag en skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar. De bör således ha rutiner för hur sådana utredningar skall göras. Småföretagen behöver alltså inte vidta några särskilda administrativa, praktiska eller andra åtgärder med anledning av att rehabiliteringsutredningarna görs obligatoriska.

Regeringens förslag innebär att rehabiliteringsutredningar fortsättningsvis skall göras även i de fall i vilka det enligt nuvarande regler framstår som obehövt. I dessa fall bör dock utredningen i regel kunna göras i förenklad form. Det finns ingen statistik över hur lång tid det tar att göra en sådan förenklad utredning, men tidsåtgången kan uppskattas till i genomsnitt 15 minuter per utredning. Regeringens förslag har uppskattats innebära en ökad tidsåtgång för företag med färre än 20 anställda motsvarande totalt 2 000 timmar. Detta uppskattas motsvara en ökad årlig kostnad för dessa företag om knappt 1,4 miljoner kronor.

Tidsåtgången och kostnaderna har beräknats på följande sätt. Antalet sjukfall som blir åtta veckor eller längre för försäkrade med en arbetsgivare kan uppskattas till ca 360 000 per år. I företag med färre än 20 anställda arbetar ca 20 procent av det totala antalet anställda. Om den genomsnittliga sjukfrånvaron vore densamma i företag med färre än 20 anställda som på övriga arbetsplatser skulle i dessa företag sammanlagt $0,2 \times 360\,000 = 72\,000$ sjukfall per år bli åtta veckor eller längre. Sjukfrånvaron i företag med färre än 20 anställda är dock ungefär hälften så stor som bland övriga arbetsgivare. Det sammanlagda antalet sjukfall i företag med färre än 20 anställda som blir åtta veckor eller längre kan mot denna bakgrund beräknas till 40 000 fall. För flertalet av dessa fall gäller redan med dagens regler att arbetsgivaren skall göra en rehabiliteringsutredning. Det är i en mindre andel av fallen som regeringens förslag innebär en ökad arbetsbelastning för de små företagen. Det gäller de fall där det enligt nuvarande regler framstår som obehövt att lämna en utredning. Det finns inte några säkra uppgifter om i hur många sjukfall som detta kan komma att gälla. Uppskattningsvis gäller detta i ca 20 procent av fallen. Det innebär att regeringens förslag skulle medföra att företagen med färre än 20 anställda skulle behöva göra rehabiliteringsutredningar i ytterligare $0,2 \times 40\,000 = 8\,000$ fall jämfört med i dag. Om tidsåtgången per fall i genomsnitt är 15 minuter innebär det en ökad tidsåtgång på 2 000 timmar. Kostnaden för att göra en rehabiliteringsutredning uppskattas till 680 kronor per timme. Den totala kostnadsökningen blir därmed $2\,000 \times 680 =$ knappt 1,4 miljoner kronor för hela gruppen av små företag. Den totala kostnaden för samtliga arbetsgivare blir om man räknar på motsvarande sätt drygt 12 miljoner kronor.

Regeringen gav i december 2001 Riksförsäkringsverket i uppdrag (dnr S2001/11144/SF) att förnya den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. I uppdraget ingår bl.a. att utveckla metodiken för hur försäkringskassorna arbetar i förhållande till arbetsgivarna. Särskild vikt skall enligt uppdraget läggas vid att arbetsgivarna uppfyller sin lagstadgade uppgift att komma in med en rehabiliteringsutredning till kassan. Verket bör inom ramen för detta förnyelsearbete komma att få kunskap om hur de

nya reglerna efterlevs. Om så inte är fallet bör verket enligt regeringens uppfattning skaffa denna kunskap genom en särskild tillsynsinsats.

Hur samråd har skett med näringslivet och med myndigheter som särskilt berörs framgår av avsnitt 3. De synpunkter som därvid framförts redovisas i inledningen av avsnitt 6.1.

7 Åtgärder som rör sjukersättning och aktivitetsersättning

I detta avsnitt redovisar regeringen olika förslag till åtgärder som rör sjukersättning och aktivitetsersättning. Förslagen avser dels utbyte av sjukpenning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning, dels förlängd tid med vilande sjukersättning för att pröva förvärvsarbete.

7.1 Utbyte av sjukpenning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning

7.1.1 Bakgrund

Enligt gällande regler i AFL betalas sjukpenning ut vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Sjukersättning och aktivitetsersättning är de ersättningar som fr.o.m. 2003 utges till en försäkrad vars arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan anses vara långvarigt nedsatt, dvs. pågår minst ett år, eller anses vara varaktigt nedsatt med minst en fjärdedel. Dessa förmåner benämndes tidigare sjukbidrag och förtidspension. Den som önskar sjuk- eller aktivitetsersättning skall ansöka om detta hos försäkringskassan. Kassan får dock byta ut den försäkrades sjukpenning, rehabiliteringspenning eller ersättning för sjukhusvård enligt AFL, eller motsvarande ersättningar samt livränta enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring mot sjuk- eller aktivitetsersättning, trots att han eller hon inte har ansökt om förmånen.

HpH-utredningen föreslog bl.a. att sjukpenning skall kunna betalas ut längst till och med den 365:e dagen i en sjukperiod eller, om denna inte pågått fortlöpande, när den försäkrade har haft sjukperioder i minst 365 dagar under en 450-dagarsperiod. Om det finns särskilda skäl för det, skall sjukpenning kunna lämnas för längre tid. Försäkringskassan skall genom en särskild prövning av samtliga sjukpenningfall under den tolfte månaden av sjukskrivningsperioden förvissa sig om att aktiv rehabilitering planeras eller pågår i de fall där inte medicinskt motiverad sjukskrivning är uttryckligen den mest adekvata och för patienten bästa behandlingsmetoden. I de fall det vid den särskilda prövningen visar sig att den försäkrades arbetsförmåga anses vara långvarigt eller varaktigt nedsatt, skall sjukpenningen bytas ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning.

HpH-utredningen:s motiv för förslaget var att det är angeläget att försäkringskassan får till stånd adekvata rehabiliteringsinsatser och att handläggningen av de långa sjukfallen stramas upp så att sjukpenningrättsprövning genomförs före en viss senaste tidpunkt för att den försäkrade skall få rätt ersättning när arbetsförmågan är långvarigt eller varaktigt

nedsatt. Syftet med prövningen skulle alltså vara att få underlag för prognos och beslut om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Av Riksförsäkringsverkets årsredovisning för budgetåret 2002 framgår att det fanns 118 000 fall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning som pågått längre tid än ett år och 46 400 fall som pågått två år eller längre. I båda fallen utgjorde kvinnornas andel ca 65 procent. Antalet sjukfall över två år per tusen registrerade försäkrade 16–64 år är 8,3. Skillnaderna mellan försäkringskassorna är stora och varierar mellan 5,7 och 13,6. Den genomsnittliga tiden med sjukpenning före övergången till förtidspension eller sjukbidrag har ökat med en månad under året och är ungefär två år och en månad. Av de sjukfall som avslutats under 2002 har hälften övergått till förtidspension eller sjukbidrag. För sjukfall som pågått två år eller längre är motsvarande andel två tredjedelar. Riksförsäkringsverket konstaterar att eftersom försäkringskassan bör pröva rätten till sjukbidrag eller förtidspension då ett sjukfall inte kan avslutas inom ett år, tyder den stora mängden långa sjukfall på att många personer har fel ersättning. Verket konstaterar vidare att så länge de mycket långa sjukfallen fortsätter att öka är detta administrativa tillkortakommande en bidragande orsak till utvecklingen av sjukförsäkringsutgifterna.

7.1.2 Överväganden och förslag

Regeringens förslag: Försäkringskassan skall senast ett år efter sjukanmälningsdagen ha utrett om det finns förutsättningar för att tillerkänna den försäkrade sjukersättning eller aktivitetsersättning i stället för att utge sjukpenning, trots att den försäkrade inte har ansökt om ersättningen. Bestämmelsen skall träda i kraft den 1 juli 2003. Äldre bestämmelser skall dock fortfarande tillämpas vid sjukfall där sjukanmälan gjorts tidigare än åtta månader före ikraftträdandet.

Promemorians förslag: Överensstämmer i princip med regeringens förslag.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser tillstyrker förslaget. Många betonar att en förutsättning för att förslaget skall kunna genomföras är att alla rehabiliteringsmöjligheter är uttömda innan försäkringskassan fattar beslut om att sjukpenning skall övergå i sjukersättning eller aktivitetsersättning samt att prövningen måste vara seriös. *Riksförsäkringsverket* tillstyrker att det sker en utökad reglering i författning men avstyrker själva förslaget. Verket föreslår i stället att det senast ett år efter första sjukdagen, i samtliga sjukpenningärenden, skall finnas ett ställningstagande till både rätt till ersättning och rätt ersättningsform och att föredragande i socialförsäkringsnämnd skall ta ställning till detta. Verket föreslår även en ändrad lydelse av lagtexten. *Föreningen Svenskt Näringsliv* anser att försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av långsiktiga rehabiliteringsåtgärder inte bör knytas till en viss bestämd tidpunkt. Det avgörande för utredningen och insatser av åtgärder bör vara den försäkrades behov och möjligheter. Den högre sjukpenningen bör utges under ett år och därefter med automatik övergå till den nivå som sjukersättningen ligger på. *Försäkringskassaförbundets* grundinställning är att aktiva åtgärder i form av utrednings- och rehabiliteringsinsatser

inte skall behöva anstå till dess så lång tid som ett år eller mer förflutit i ett sjukfall. Förbundet är skeptiskt till att författningsreglera frågan. *LO* tillstyrker förslaget och betonar att prövningen för sjuk- eller aktivitetsersättning inte sker innan den försäkrade erbjudits relevanta rehabiliteringsåtgärder. En snabbare ökning av antalet försäkrade med tillfällig sjukersättning kommer att medföra en större ekonomisk påfrestning i de kollektivavtalade kompletteringarna vid sjukersättning. Det kan även finnas en risk att om den försäkrade går över till ett nytt mer permanent ersättningssystem kan det bli allt svårare att få tillbaka denne i arbete. På sikt kan det bli allt högre kostnader för sjukfrånvaron. *TCO* avstyrker förslaget. Det är stor skillnad rent arbetsrättsligt på de olika ersättningsformerna då en person har rätt att behålla sin anställning under sjukpenningtid.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen ser mycket allvarligt på den fortsatta ökningen av antalet långtidssjukskrivna. Den är ett hot mot välfärden i samhället. Därför intensifieras arbetet med att förbättra hälsan i arbetslivet genom satsningar på ett flertal områden. Trots satsningarna, främst på rehabiliteringsområdet, måste dock konstateras att alla sjuk-skrivna tyvärr inte kommer att kunna återvinna full arbetsförmåga inom överskådlig tid. Dessa försäkrade kan då uppfylla förutsättningarna för att få sjukersättning eller aktivitetsersättning. Ersättningarna skall utges till den vars arbetsförmåga av medicinska orsaker anses vara långvarigt eller varaktigt nedsatt.

Regeringen delar HpH:s uppfattning att det är angeläget att försäkringskassan får till stånd adekvata rehabiliteringsinsatser tidigt i sjukfallen och att handläggningen av de långa sjukfallen stramas upp. Det förhållandet att många försäkrade som uppbär sjukpenning i själva verket uppfyller förutsättningarna för sjuk- eller aktivitetsersättning kan inte accepteras. Det är av flera skäl viktigt att de försäkrade får rätt ersättning från socialförsäkringen såväl till belopp som till ersättningsslag. Åtgärder måste därför vidtas för att komma till rätta med detta missförhållande. De stora skillnaderna i försäkringskassornas handläggning av de långa sjukfallen som redovisas ovan är ett problem från försäkringsrättslig synpunkt. Det riskerar att undergräva tilltron till försäkringen och kan även sätta den försäkrades rättssäkerhet i fara genom att försäkrade med samma sjukdoms- och arbetsförmågeprognos kan ha olika ersättningsslag.

För att strama upp försäkringskassans handläggning av de långa sjukfallen och därmed undanröja en del av de missförhållanden som nu råder, föreslår regeringen att försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen skall ha utrett om det finns förutsättningar för att byta ut sjukpenningen mot sjuk- eller aktivitetsersättning. Om så är fallet bör ärendet tas upp i socialförsäkringsnämnden för beslut om sådan ersättning. Enligt regeringens uppfattning kan arbetsförmåga i princip inte anses vara varaktigt eller långvarigt nedsatt med minst en fjärdedel förrän det i rehabiliteringshänseende har gjorts vad som rimligen kan komma i fråga i det enskilda fallet. Det innebär att om rehabiliteringsmöjligheterna inte är uttömda och arbetsoförmågan visar sig bestå, kommer den försäkrade även fortsättningsvis ha rätt till sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Den föreslagna regeln innebär således inte någon förändring mot vad som redan nu gäller beträffande bedömningen av arbets-

förmågans nedsättning och varaktighet eller tillhörigheten till sjukpenningförsäkringen.

Den föreslagna regeln innebär inte heller att försäkringskassan skall vänta med prövningen av sjukpenningrätten till dess ett år förflutit om förutsättningarna för att ta upp frågan om utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning föreligger dessförinnan. Regeringen förutsätter vidare att försäkringskassan utreder förutsättningarna för sådant utbyte även i de äldre sjukfallen så fort den försäkrade uppfyller förutsättningarna för sjuk- eller aktivitetsersättning. De äldre sjukfallen omfattas enligt den föreslagna övergångsbestämmelsen inte av den nya bestämmelsen.

Regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa i arbetslivet tar sikte på att fler personer skall vara i arbete. Mot den bakgrunden vill regeringen här framhålla att om hälsotillståndet förbättras för den som erhållit sjuk- eller aktivitetsersättning, kan och bör det bli aktuellt med rehabiliteringsåtgärder så att han eller hon kan återgå i arbete helt eller delvis.

Riksförsäkringsverket föreslår att det senast ett år efter första sjukdagen i samtliga sjukpenningärenden skall finnas ett ställningstagande till både rätt till ersättning och rätt ersättningsform. Det ställningstagande verket avser innebär bland annat att försäkringskassan prövar om den försäkrade trots sin sjukdom kan klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete utan föregående rehabilitering. Om så bedöms vara fallet betraktas den försäkrade som arbetsför även om arbetet inte finns direkt tillgängligt för honom eller henne. Den försäkrade har därmed inte längre rätt till ersättning från försäkringen.

Regeringen delar Riksförsäkringsverkets uppfattning att en prövning av arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden bör vara gjord senast ett år efter första sjukdagen. Detta är dock enligt regeringens mening inte tillräckligt. Det är viktigt att försäkringskassan i samtliga sjukfall gör alla relevanta utredningar och bedömningar i rätt tid och på rätt sätt så att sjukpenningrättsprövningen blir effektiv, att behovet av rehabilitering uppmärksammas, att rehabiliteringsåtgärder igångsätts tidigt i sjukfallen och att utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning sker när den försäkrade uppfyller förutsättningarna för sådan förmån. Regeringen är därför inte beredd att införa den bestämmelse som verket föreslår.

Bestämmelsen föreslås träda i kraft den 1 juli 2003. 16 kap. 1 § AFL i dess äldre lydelse skall fortfarande tillämpas vid sjukfall där sjukanmälan gjorts tidigare än åtta månader före ikraftträdandet. På detta sätt får försäkringskassan rimlig tid att uppfylla det nya utredningskravet.

7.1.3 Administrativa och ekonomiska konsekvenser

Förslaget medför ett visst merarbete och därmed ökade administrationskostnader för försäkringskassan. Socialförsäkringsadministrationens resurser har ökat med 675 miljoner kronor åren 2003 och 2004 och regeringen avser att återkomma till resursfrågan i budgetpropositionen för 2004. Det kan dock konstateras att dels kommer inte alla långa sjukfall att bli föremål för prövning i socialförsäkringsnämnd, dels prövas redan i dag ett stort antal sjukpenningärenden för utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning. Dessa ärenden blir därmed inte en tillkommande arbetsuppgift

på grund av den föreslagna bestämmelsen. De ökade kostnaderna bör också sättas i relation till den minskning av utgifterna som blir följden av att fler försäkrade snabbare får sjuk- eller aktivitetsersättning. Sådan ersättning kommer i normalfallet att bli lägre än den försäkrades sjukpenning. Å andra sidan kommer en övergång från sjukpenning till sjuk- eller aktivitetsersättning att medföra att vissa försäkrade kommer att få rätt till bostadstillägg till pensionärer m.fl. vilket medför en utgiftsökning. Sammantaget innebär dock förslaget en utgiftsminskning för staten.

7.2 Förlängd tid med vilande sjukersättning för att pröva förvärvsarbete

Regeringens förslag: Den tid som en försäkrad får ha sjukersättning vilande, utan att förmånen får dras in eller minskas, skall utsträckas från högst 12 till högst 24 månader.

Regeln om att efter en sådan period ha sjukersättningen vilande utan skydd mot indragning eller minskning upphävs.

De föreslagna lagändringarna skall träda i kraft den 1 juli 2003. Den upphävda regeln skall fortsätta att gälla under tid för vilken förtidspension eller sjukersättning förklarats vilande.

Skälen för regeringens förslag: Från och med år 2000 infördes möjlighet för en försäkrad med förtidspension eller sjukbidrag att pröva att arbeta med förmånen vilande under högst 12 kalendermånader utan att rätten till förmånen skulle gå förlorad.

Enligt av Riksförsäkringsverket gjorda uppföljningar utnyttjade dock betydligt färre personer än väntat denna möjlighet under de första åren. På grund härav gav regeringen verket i uppdrag att genomföra särskilda informationsinsatser om denna möjlighet under 2002. De senaste uppgifterna från verket visar på ett ökat intresse för denna möjlighet. Enligt verket ökade antalet personer med vilande förtidspension/sjukbidrag med 75 procent under 2002. I december 2002 hade ca 2 300 personer sin förmån vilande. Drygt 60 procent av dem var kvinnor. Antalet återtagna förtidspensioner/sjukbidrag har stabiliserats kring 30 procent. Personer med hel förmån återtar denna i större utsträckning än de med partiell förmån. Vidare framgår att den övervägande delen av personerna i vilandesystemet har halv förtidspension. Det framgår också av statistiken att ju längre tid en försäkrad provat på att arbeta desto mindre troligt är det att denne återtar sin förmån.

De nuvarande reglerna innebär sammanfattningsvis att en försäkrad som haft sjukersättning under minst ett år, skall kunna få behålla sin förmån under högst tre månader under en tolv månadersperiod samtidigt som han eller hon prövar att förvärvsarbete. Om den försäkrade därefter fortsätter att arbeta skall han eller hon kunna ha sin förmån vilande under totalt högst 12 kalendermånader utan att förmånen får dras in eller minskas på grund av den då uppvisade arbetsförmågan. Efter de första 12 månaderna med förvärvsarbete kan den försäkrade få ha sin förmån vilande under ytterligare 24 kalendermånader, men om han eller hon under denna tid önskar få tillbaka sin förmån är det emellertid möjligt för försäkringskassan att efter prövning minska eller dra in förmånen om utredning visar

att arbetsförmågan har förbättrats väsentligt. Enligt förslag i propositionen Sjukersättning och aktivitetsersättning i stället för förtidspension (prop. 2000/01:96) har riksdagen beslutat (bet. 2000/01:SfU15, rskr. 2000/01:257) att en försäkrad som fr.o.m. 2003 blir beviljad aktivitetsersättning och som prövar att arbeta skall kunna ha förmånen vilande under återstoden av den period som förmånen beviljats för utan att den då uppvisade arbetsförmågan får läggas till grund för indragning eller minskning av ersättningen.

För att ytterligare stimulera försäkrade med sjukersättning att pröva att förvärvsarbeta utan att förmånen får dras in eller minskas, gör regeringen följande bedömning. Mot bakgrund av det ovan anförda finns det starka motiv för att utsträcka den tid under vilken förmånen kan vara vilande utan att förmånen får dras in eller sättas ned till sammanlagt längst 24 kalendermånader. Genom denna utvidgning av vilandetiden finner regeringen det naturligt att ta bort den del av gällande regelverk som innebär att den försäkrade kan ha sin förmån vilande under ytterligare 24 kalendermånader efter den första tolv månadersperioden med förvärvsarbete. Härigenom förenklas reglerna påtagligt samtidigt som försäkringskassan inte behöver göra någon ytterligare prövning av om förmånen skall kunna vara vilande. De försäkrade som vid ikraftträdandet av de nya bestämmelserna genom beslut av försäkringskassan har förmånen vilande under ytterligare 24 kalendermånader påverkas dock inte av denna ändring.

I likhet med den nuvarande ordningen är det enligt regeringens uppfattning naturligt att även en arbetsskadelivränta som är samordnad med sjukersättning skall förklaras vilande när förmånen görs vilande på grund av förvärvsarbete. Det finns inte heller anledning ändra vad som redan gäller om rätten till sjukpenning, föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning och havandeskapspenning när en försäkrad prövar att arbeta med vilande sjukersättning. Inte heller reglerna i lagen (1982:80) om anställningsskydd påverkas av den föreslagna ändringen.

Vidare anser regeringen att det är naturligt att möjligheten att få bostadstillägg (BTP) skall finnas under hela vilandetiden, dvs. maximalt under 24 månader. Det innebär att även den som fått hela sin sjukersättning förklarad vilande skall kunna få bostadstillägg om reglerna för inkomstberäkning medger det. Att dra in bostadstillägget redan efter 12 månader bedöms medföra sådana negativa margineffekter att de skulle kunna utgöra ett hinder för den som verkligen avser att börja arbeta. Med den nu föreslagna utformningen av reglerna är det därför inte motiverat att dra in rätten till bostadstillägg så länge vilandetiden löper.

De nu föreslagna reglerna avses träda i kraft den 1 juli 2003 och skall gälla även för försäkrade som dessförinnan beviljats sjukersättning. De försäkrade som av försäkringskassan har beviljats ytterligare 24 månader med vilande sjukersättning enligt den regel som nu föreslås bli upphävd påverkas dock inte av ändringen.

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

Propositionen innehåller förslag till ändringar på flera olika områden inom den allmänna försäkringen. Samtliga ändringar görs i lagen (1962:381) om allmän försäkring. För överskådlighetens skull behandlas nedan vissa paragrafer i annan ordning än i nummerföljd.

3 kap. 5 §, 16 kap. 8, 16, och 18 §§

Ändringen i 16 kap. 16 § *andra stycket* föranleds av att möjligheten för försäkrade som uppbär sjukersättning att ha förmånen vilande under tid då han eller hon prövar att förvärvsarbeta, utan att förmånen får dras in eller minskas, förlängs från tolv till tjugofyra månader. Förslaget har beskrivits i avsnitt 7.2. Samtidigt avskaffas den nuvarande möjligheten att efter en sådan period ha förmånen vilande i ytterligare tjugofyra månader utan skydd mot indragning eller nedsättning. Sistnämnda förändring medför att 16 kap. 17 § upphör samt att hänvisningarna till denna i 3 kap. 5 § och 16 kap. 8 och 18 §§ tas bort.

3 kap.

8 §

I denna paragraf anges vilka intyg m.m. den som gör anspråk på sjukpenning har att lämna in till försäkringskassan under en pågående sjukperiod för att styrka arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom. Med anledning av de förändringar i sjukskrivningsprocessen som föreslås och som beskrivs i avsnitt 5, upphör skyldigheten att senast från och med den tjuugoåttonde dagen efter sjukanmälningdagen ge in ett särskilt läkarutlåtande. Vidare upphör skyldigheten för den försäkrade att vid samma tidpunkt ge in en skriftlig särskild försäkran. I stället skall en sådan försäkran ges in om försäkringskassan begär det.

8 a §

Den allmänna försäkringskassan har under ett pågående sjukfall möjligheter enligt denna paragraf att begära att den försäkrade medverkar i olika utredningsåtgärder som syftar till att bedöma om denne uppfyller villkoren för rätt till sjukpenning m.m.

I *första stycket* införs en utredningsmetod som innebär att försäkringskassan vid behov skall hålla ett särskilt möte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Vid ett sådant avstämningsmöte bör delta, förutom den försäkrade, sådana aktörer som den försäkrades arbetsgivare, intygsskrivande läkare, företagshälsovård och arbetsförmedling. Avstämningsmöten förekommer redan i dag men de lagregleras nu med syftet att de skall bli en allmänt använd metod i försäkringskassans arbete med längre sjukfall. Förslaget om avstämningsmöten har beskrivits i avsnitt 5.4. Den närmare regleringen av formerna för avstämningsmöten bör ankomma på regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, att utforma (se nya fjärde stycket). I stycket har även uttrycket ”om det är

nödvändig” bytts ut mot ”om det behövs”. Avsikten med detta är att åtgärderna i fråga skall komma till användning i större omfattning än i dag.

I nuvarande *tredje stycket 1* införs en möjlighet för försäkringskassan att under sjukperioden infordra ett särskilt läkarutlåtande om det behövs för bedömningen av rätt till sjukpenning eller rehabiliteringsåtgärder enligt 3 kap. 7 b § eller 22 kap. AFL. Enligt nuvarande 3 kap. 8 § skall den försäkrade ge in ett sådant utlåtande efter en viss tid från sjukanmälningsdagen. Försäkringskassans möjlighet att begära in ett utlåtande är i första hand tänkt som ett komplement till avstämningsmötet enligt första stycket. Det gäller t.ex. om avstämningsmötet inte ger ett tillräckligt underlag till sjukpenningärendet. Det kan även finnas situationer när ett avstämningsmöte inte kan genomföras. Det särskilda läkarutlåtandet kommer då att utgöra ett självständigt underlag i ärendet. Som utvecklats närmare i avsnitt 5.4 avser regeringen återkomma med närmare föreskrifter om särskilt läkarutlåtande och om behörighetskrav för den som utfärdar ett sådant utlåtande (se även nya fjärde stycket).

I ett nytt *fjärde stycke* upplyses om att regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, meddelar närmare föreskrifter om avstämningsmöte och särskilt läkarutlåtande enligt denna paragraf.

I nuvarande fjärde stycket som blir det *femte stycket* anges att ersättning även skall lämnas för den enskildes respektive läkares kostnader i anledning av ett avstämningsmöte i enlighet med vad som fastställs av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer. Angivandet av Riksförsäkringsverket har tagits bort för att upplysningen om regeringens möjlighet till delegation skall överensstämma med gängse uttryckssätt.

16 kap.

1 §

Den som önskar sjukersättning eller aktivitetsersättning skall enligt huvudregeln ansöka om detta hos den allmänna försäkringskassan. Kassan har dock enligt paragrafens *andra stycke* även möjlighet att tillerkänna en försäkrad sådan förmån utan att denne ansökt därom. Det gäller i fall då denne uppbär vissa i paragrafen angivna förmåner enligt lagen om allmän försäkring eller lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring. Undantaget från ansökningskravet motiveras av att den försäkrade inte kan förväntas ta initiativ till en prövning av sjukersättning eller aktivitetsersättning när en sådan förmån ger en lägre ersättning än t.ex. sjukpenning.

Som framgår av den allmänna motiveringen i avsnitt 7.1 förekommer att försäkrade kan uppbära sjukpenning under långa tider trots att förutsättningarna för sjukersättning eller aktivitetsersättning egentligen är uppfyllda. För att komma tillrätta med detta införs nu en skyldighet för försäkringskassan att för en försäkrad som har sjukpenning, senast efter ett år efter sjukanmälningsdagen ha utrett om förutsättningar finns att tillerkänna henne eller honom sjukersättning eller aktivitetsersättning.

18 kap.

15 §

I denna paragraf finns bestämmelser om försäkringsläkare och försäkringstandläkare. Som angetts i avsnitt 5.7 är det regeringens uppfattning att behörighetskraven för försäkringsläkarna, deras arbetsuppgifter och

fortbildning bör regleras ytterligare. En sådan reglering bör lämpligen ske i författning av lägre valör än lag. En upplysning härom har införts i ett nytt *andra stycke*.

20 kap.

3 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om indragning eller nedsättning av förmåner enligt lagen.

Andra stycket c) har justerats med anledning av ändringarna i 3 kap. 8 §.

I *tredje stycket*, som reglerar sanktioner mot en försäkrad som utan giltig anledning vägrar genomgå rehabilitering och liknande åtgärder, har deltagande i ett sådant särskilt möte som föreslagits i 3 kap. 8 a § lagts till. Det innebär att om en försäkrad utan giltig anledning vägrar delta i ett avstämningsmöte får sjukpenning helt eller delvis tills vidare förvägras henne eller honom. En förutsättning för detta är dock att han eller hon erinrats om denna påföljd.

22 kap.

3 §

Enligt paragrafens nuvarande lydelse skall rehabiliteringsutredningen påbörjas om det inte framstår som obehövt. Som exempel på situationer då det framstår som obehövt att påbörja en sådan utredning har i lagförarbetena angetts att det för arbetsåtergång inte krävs några särskilda åtgärder på arbetsplatsen och när det klart framgår att de åtgärder som skall vidtas i rehabiliteringssyfte ryms inom arbetsgivarens grundläggande skyldigheter enligt t.ex. arbetsmiljölagen (prop. 1990/91:141, s. 88 f.).

Av de skäl som anförts i avsnitt 6.1 föreslår regeringen att något undantag från arbetsgivarens skyldigheten att påbörja en rehabiliteringsutredning inte längre skall finnas. Det kommer således inte längre att kunna anses som obehövt att påbörja en sådan utredning. I de nämnda situationerna som angavs i förarbetena till nuvarande bestämmelse skall fortsättningsvis en rehabiliteringsutredning visserligen utföras, men av naturliga skäl kommer kraven på innehållet i denna att ställas lägre än i normalfallet.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Samtliga lagförslag avses träda i kraft den 1 juli 2003.
2. Möjligheten till vilande sjukersättning enligt 16 kap. 17 § avses upphöra med de nya bestämmelserna. Om en försäkrad före ikraftträdandet beviljats vilande förtidspension eller sjukersättning enligt denna bestämmelse skall beslutet härom kunna fortsätta att gälla till den tidpunkt som bestämts däri. För dessa fall gäller även 16 kap. 8 och 18 §§ i deras äldre lydelse.
3. För att inte alla långa sjukfall som vid ikraftträdandet eller strax därefter varat längre än ett år skall omfattas av den obligatoriska bedömningen av om förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning föreligger anges i denna övergångsbestämmelse att 16 kap. 1 §

i dess äldre lydelse fortfarande skall tillämpas vid sjukfall där sjukanmälan gjorts tidigare än åtta månader före ikraftträdandet. Detta ger försäkringskassorna rimlig tid att uppfylla det nya utredningskravet. Prop. 2002/03:89

Yttranden över promemoriorna Åtgärder för ökad precision vid sjukskrivning samt Utbyte av sjukpenning mot sjukersättning eller aktivitetsersättning

Kammarrätten i Stockholm, Länsrätten i Jönköpings län, Statskontoret, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Handikappombudsmannen, Riksrevisionsverket, Arbetsgivarverket, Institutet för social forskning vid Stockholms universitet, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Jämställdhetsombudsmannen, Integrationsverket, Föreningen Svenskt Näringsliv, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Företagarnas Riksorganisation, Företagareförbundet, Försäkringskassaförbundet, ST-Försäkringskassan, Kooperationens förhandlingsorganisation (KFO), Landsorganisationen i Sverige, Landstingsförbundet, Lantbrukarnas Riksförbund, Privattjänstemannakartellen, Svenska Kommunförbundet, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Akademikers centralorganisation, Sveriges Försäkringsförbund, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, FörsäkringsMedicinska Sällskapet, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska Företagsläkarföreningen, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, Tjänstemännens Centralorganisation, Föreningen för stöd till mobbade, Handikappförbundens samarbetsorgan, Handikappförbundens samarbetsorgan i Västernorrland, Reumatikerförbundet, Riksförbundet för social och mental hälsa.

Utöver remissinstanserna har ett antal privatpersoner yttrat sig.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 13 mars 2003

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Winberg, Ulvskog, Lindh, Pagrotsky, Östros, Messing, Engqvist, Lövdén, Ringholm, Bodström, Karlsson J. O., Sommestad, Karlsson H., Lund, Andnor, Johansson, Hallengren, Björklund

Föredragande: Hans Karlsson

Regeringen beslutar proposition 2002/03:89 Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet