

Till statsrådet Ingela Thalén

Vid sammanträde den 23 juni 1999 beslutade regeringen om direktiv (dir. 1999:54) som gav en särskild utredare i uppdrag att göra en analys av sjukförsäkringen. Den 28 oktober 1999 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv (dir. 1999:82). Tilläggsdirektiven innebar att delbetänkande skulle avges den 1 juli och slutredovisningen flyttades fram till senast den första december 2000. Utredningen har därefter erhållit anstånd med redovisningen av sitt delbetänkande till den 15 augusti 2000. Direktiven till utredningen har i sin helhet bifogats betänkandet (bilaga 1). Utredningen (S 1999:11) har antagit namnet Sjukförsäkringsutredningen.

Med stöd av regeringens bemyndigande förordnade statsrådet Ingela Thalén dåvarande landshövdingen Jan Rydh att från den 27 oktober 1999 vara särskild utredare i utredningen. Som sekreterare i utredningen har sedan den 15 november 1999 tjänstgjort pol mag Rolf Lundgren och sedan den 13 december 1999 fil mag/försäkringsspecialisten Birgitta Målsäter. Ergonomen Per Lindberg (beteendeundersökningar) och fil kand Göran Wikner (prognosmodeller) har i viss utsträckning arbetat som sekreterare i utredningen.

Den 29 december förordnades som sakkunniga att ingå i utredningen departementsrådet Lars Dirke, departementssekreteraren Marie Heiborn, avdelningschefen Inger Marklund och kanslirådet Per Tillander. Till att som experter ingå i utredningen förordnades samma dag vårdcentralchefen Christina Fabian, avdelningsdirektören Annika Hultin, hälsoekonomen Dick Jonsson, departementsrådet Mårten Lagergren, direktören Solveig Lindblom, avdelningsdirektören Dan Ljungberg, försäkringsläkaren Bo Mikaelsson, chefsekonomen Karin Mossler, professorn Åke Nygren, departementssekreteraren Kristina Olofsson, direktören Levi Svenningsson och t.f. enhetschefen Leif Westerlind.

Sjukförsäkringsutredningen överlämnar härmed betänkandet SOU
2000:72 Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter.

Stockholm den 15 augusti 2000

Jan Rydh

*/Rolf Lundgren
Birgitta Målsäter*

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Utredningens uppdrag och arbetsformer	15
1.1 Utredningens uppdrag	15
1.2 Arbetsformer.....	16
2 Nuvarande system.....	19
2.1 Försäkringsskydd vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, enligt lagen om allmän försäkring (AFL).....	19
2.1.1 Vem kan få sjukpenning?	19
2.1.2 Sjukdomsbegreppet.....	20
2.1.3 Sjuklön.....	20
2.1.4 Sjukpenning.....	21
2.1.5 Försäkran och läkarintyg	22
2.1.6 Fördjupad bedömning av sjukpenningrätten	22
2.1.7 Rätten till sjukpenning, Steg-för-steg-modellen.....	22
2.1.8 Ersättning för resor i stället för sjukpenning	23
2.1.9 Förebyggande sjukpenning.....	24
2.1.10 Rehabilitering enligt lagen om allmän försäkring	24
2.1.11 Regler för sjukbidrag och förtidspension	25
2.1.12 Finansiering av sjukförsäkringen.....	26
2.2 Arbetsmiljölagen	27
2.2.1 Arbetsmiljöns beskaffenhet	28
2.2.2 Allmänna skyldigheter – rollfördelning	28
2.2.3 Företagshälsovård.....	29
2.2.4 Tillsyn och påföljder.....	30
2.3 Tilläggsförsäkringar	30
2.3.1 Avtalsförsäkringar	30
2.3.2 Privata sjukförsäkringar.....	33
2.4 Sjukskrivningsprocessen	33
2.4.1 Den försäkrades rättigheter och skyldigheter	34
2.4.2 Läkarens roll i processen	34
2.4.3 Försäkringskassans ansvar.....	35

2.4.4	Arbetsgivarens ansvar.....	36
2.4.5	Försäkringsläkarens roll i processen	36
2.4.6	Företagshälsovården	37
3	En historisk tillbakablick.....	39
3.1	Sjukkasieverksamheten utvecklas under 1900-talets första hälft.....	39
3.2	1955 träder lagen om allmän sjukförsäkring i kraft	40
3.3	1963 träder lagen om allmän försäkring i kraft	40
3.4	Sjukpenninggrundande inkomst införs (1974)	41
3.5	Förändrad kompensation vid korttidssjukdom (1987-12)	41
3.6	Resor istället för sjukpenning (1991-07).....	42
3.7	Rehabiliteringsreformen (1992)	42
3.8	Lagen om sjuklön (1992).....	43
3.9	Sjuklönegaranti.....	44
3.10	Särskilt högriskskydd	44
3.11	Försäkring mot kostnader för sjuklön.....	45
3.12	Förebyggande sjukpenning.....	45
3.13	Karensdag och allmänt högriskskydd (1993-04).....	46
3.14	Förändrade ersättningsnivåer under 1990-talet	46
3.15	Den fördjupade bedömningen (1995-10)	47
4	Sjukförsäkringen i Norge.....	49
4.1	Aktuell lagstiftning (januari 2000)	49
4.2	Finansiering av den norska socialförsäkringen	52
4.3	Regeländringar under 1990-talet	52
4.4	Sjukfrånvaron i Norge	54
4.4.1	Sjukfallens utveckling och möjliga förklaringar	54
4.4.2	Beskrivning av de sjukfrånvarande	57
4.5	Prognosmodeller.....	59
4.6	Pågående översyn av sjukförsäkringssystemet.....	59
5	Statistik- och analysunderlag	61
5.1	Sjukfrånvarons utveckling och struktur.....	63
5.1.1	Utvecklingen av sjukfrånvaron.....	64
5.1.2	Utvecklingen av långa sjukskrivningar och förtids- pensionering.....	72
5.1.3	Utvecklingen av den korta sjukfrånvaron.....	76
5.1.4	Sjukfrånvaroutvecklingen i olika sektorer.....	77
5.1.5	Arbetslöshet-sjukfrånvaro	81

5.1.6	Regionala skillnader	83
5.1.7	Diagnoser	86
5.2	Utredningens egna undersökningar	89
5.3	Sjukförsäkringens utgifter	90
5.3.1	Utgifter för sjukpenning, sjukbidrag och förtids- pension	91
5.3.2	Sjukpenningersättningarnas fördelning under 1999 på fall i olika sjuklängdsklasser	92
5.3.3	Finansiering	94
6	Sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringen	97
7	Sambandet sjukförsäkring-förtidspension	101
8	Prognosmodeller	105
8.1	Dagens system	105
8.1.1	Prognosmodellen för antalet sjukdagar	108
8.1.2	Prognosmodellen för medelersättningen	112
8.2	Några orsaker till att prognoserna inte stämt	113
8.3	Slutsatser	119
9	Inriktningsmål och utvecklingsmöjligheter	121
9.1	Inriktningsmål för sjukförsäkringssystemet	122
9.1.1	Försäkring för inkomstbortfall	122
9.1.2	Försäkringen skall bidra till och påskynda den för- säkrades återinträde på arbetsmarknaden	123
9.1.3	Den försäkrade skall garanteras en likvärdig be- dömning	124
9.1.4	Systemet skall sammantaget vara kostnadseffektivt. 125	
9.1.5	Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament	125
9.1.6	Sjukförsäkringssystemet skall vara statsfinansierat hållbart	126
9.2	Incitament och självrisker i systemet	126
9.2.1	Karensdagen	127
9.2.2	Ersättningsnivån	128
9.2.3	Ersättningstak	128
9.2.4	Slutsatser	128
9.3	Utveckling och förändring av nuvarande system.	129
9.3.1	Sjuklöneperioden och arbetsgivarens ansvar	130
9.3.2	Sjukskrivningsperioden efter sjuklön	133
9.3.3	Sjukskrivning högst ett år	135

9.3.4	Frågan om förtidspension	137
9.3.5	Personliga riskskydd för enskilda.....	138
9.3.6	Sammanfattning av utredningens modell för att hantera långa sjukskrivningar	138
9.3.7	Övriga frågor	139
9.3.8	Sammanfattande beskrivning av utredningens dis- kussion av möjliga förändringar av sjukförsäk- ringssystemet	141
9.4	Läkares rätt att utfärda läkarintyg	142
9.4.1	Rätten att utfärda medicinska underlag – läkar- intyg	143
9.4.2	Utbildning i försäkringsmedicin	144

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv	147
Bilaga 2	Tidigare utredningar	157
Bilaga 3	Beteendeundersökningens frågor	181
Bilaga 4	Sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen	201
Bilaga 5	Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension	247
Bilaga 6	Fördjupad bedömning i praktiken	299

Sammanfattning

I *kapitel 1* framhåller utredningen att sjukförsäkringen utgör en väsentlig och integrerad del av det svenska välfärdssystemet. Utredningen avser att i detta delbetänkande redovisa och analysera de omständigheter som kan förklara den mycket stora uppgång av kostnaderna för sjukförsäkringen som skett under de senaste åren. Den stora kostnadsökningen kan dölja bakomliggande problem med ohälsa och stress i arbets- och privatlivet.

De ökande kostnaderna innebär också en stor belastning på statens budget. Tidsramen för denna studie är mycket snäv. Utredningen har ur det stora statistik- och utredningsmaterial som redan finns valt ut sådant som ger påtagligt och stort utfall.

Sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika sektorer och mellan olika arbetsplatser. Utvecklingen under senare år har förstärkt dessa skillnader. Utredningen har därför anledning att dra den slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer skapar och resulterar i olika sjukfrånvaro.

Utredningen har eftersträvat en öppenhet i utredningsarbetet gentemot alla intresserade, inte minst allmänheten. En hemsida har öppnats för en fortlöpande diskussion. Adressen är "www.sjukforsakring.gov.se".

Samråd har skett med andra utredningar och arbetsgrupper. Resultatet av utredningens hittillsvarande arbete presenteras framför allt i *kapitel 5* och *9*. Utredningens sammanställning av fakta och analys redovisas i *kapitel 5*. I det avslutande *kapitel 9* presenterar utredningen inriktningsmål och utvecklingslinjer för det fortsatta arbetet.

Kompletterande analyser skall göras under hösten 2000. Utredningens slutliga ställningstaganden kommer att redovisas i ett slutbetänkande som skall avlämnas till regeringen den 1 december 2000.

Sjukförsäkringsutredningen redovisar i *kapitel 5* en sammanställning av tillgänglig statistik som främst avser att ringa in de väsentligaste faktorerna bakom de senaste årens kraftiga ökning av sjukfrånvaron. Utredningen konstaterar sammanfattningsvis följande:

Under 1999 hanterade försäkringskassorna mer än 900 000 sjukersättningsfall. Det var 300 000 fler än 1997.

Totalt ersattes 75 miljoner sjukdagar av sjukförsäkringen 1999. Det var 25 miljoner fler än under 1997.

Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns.

Nära 500 000 individer – 284 000 kvinnor och 214 000 män – hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre tid än ett år eller uppbar sjukbidrag eller förtidspension. Det var mer än 30 000 fler än vid årsskiftet 1997/98.

Kvinnor utgjorde 62 procent av de sjukskrivna vid årsskiftet 1999/2000 och svarade för 66 procent av ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan 1997 och 1999.

33 000 anställda kvinnor hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre tid än ett år. Det var en ökning med 84 procent från 1997.

Kvinnor anställda inom kommuner och landsting har en väsentligt högre sjukfrånvaro än andra kvinnor. 80 procent av anställda inom kommuner och landsting är kvinnor.

Kvinnor anställda inom kommuner och landsting utgör ca 21,5 procent av alla anställda men svarar för ca 30 procent av sjukfrånvaron.

75 procent av ersatta dagar i pågående fall vid årsskiftet 1999/2000 avsåg fall som hade pågått längre tid än ett år.

70 procent eller nära 500 000 av de fall som avslutades under 1999 hade pågått kortare tid än två månader.

De regionala skillnaderna i sjukfrånvaro är stora. Sjukskrivningsfrekvenserna för kvinnorna varierar från 4,5 procent i Kronobergs och Hallands län till 8,7 procent i Västerbotten. Männens tal varierar från 2,7 procent i Kronobergs län till 4,35 procent i Västerbotten.

Utredningen redovisar i *kapitel 9* ”Inriktningsmål och utvecklingsmöjligheter” som ett underlag för en fortsatt diskussion. Målen är i huvudsak en summering av vad som i dag är en gängse och allmänt accepterad beskrivning av systemets huvudingredienser. Utredningen anser att dessa mål bör kunna utgöra en grund för en fortsatt effektivisering och utveckling av sjukförsäkringssystemet.

Sjukförsäkringen skall ge individen ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Försäkringen skall utformas och praktiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.

Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning oavsett kön, ålder, sysselsättning, arbetsgivare, bostadsort etc.

Systemet (administration och åtgärder) skall sammantaget i sig och i samverkan med andra system vara kostnadseffektivt.

Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.

Sjukförsäkringssystemet skall vara statsfinansiellt hållbart.

Sjukförsäkringen skall, enligt direktiven fortsatt vara ett generellt offentligt *försäkringssystem*.

Utredningen konstaterar dock att nuvarande utformning av systemet på åtskilliga punkter inte motsvarar den idag gällande uppsättningen av mål. I *kapitel 9* presenterar utredningen ett antal utvecklingsmöjligheter och förändringar av nuvarande system. Avsikten är att dessa förslag skall vidarebearbetas inför utredningens slutliga ställningstaganden. Då kommer också en samlad konsekvensbeskrivning att göras. Utredningens tankegångar har sammanfattats på följande sätt:

Sjuklöneperioden förlängs till två månader.

Arbetsgivarkollektivets avgift för sjukförsäkringen f.n. 8,5 procent sänks.

Arbetsgivaren har under sjuklöneperioden, liksom hittills, tillsammans med behandlande läkare det fulla ansvaret för "sjukskrivning" under sjuklöneperioden.

Arbetsgivare och, läkare i samråd med den försäkrade skall omedelbart informera försäkringskassan om behov föreligger av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Företagshälsovårdens roll förstärks.

Försäkringskassan tar över ansvaret för utbetalning av sjukpenning efter 60 dagar.

Försäkringskassan skall snarast bedöma om ett anmält sjukfall behöver utredas djupare. En sådan djupare och bredare bedömning bör ske med hjälp av en teamuppbyggd verksamhet som uppfyller fastställda kvalitetskriterier.

De försäkrade med behov av rehabilitering garanteras personligt anpassade insatser.

Arbetsgivaren erlägger en självrisk i form av en begränsad sjuklön också under resten av sjukskrivningsperioden.

Högekostnadsskydd införs för småföretag.

Sjukskrivningsperioden tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov hos den försäkrade.

I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Efter sjukskrivningsperioden kan sjukpenningen ersättas av månatlig sjukersättning vid fortsatt medicinsk rehabilitering eller månatlig rehabiliteringslön eller lönebidrag vid fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering.

De personliga riskskydden för enskilda utvecklas och förstärks.

Detaljregleringen av formerna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall tas bort.

En myndighet bör ges ett övergripande ansvar för informationsinsamling, analys och löpande redovisning av underlag för åtgärder, prognoser etc.

En redovisning av anställdas sjukfrånvaro bör göras obligatorisk i företags, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser.

Utredningen konstaterar avslutningsvis i kapitel 9 att

Alla läkare skall som hittills ha rätt att utfärda läkarintyg.

Försäkringskassan skall ges ett förstärkt mandat att följa den enskilde läkarens intygsgivning.

Försäkringsmedicin bör ingå som ett mål i all läkarutbildning på alla nivåer.

I *kapitel 2* görs en genomgång av de regler i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) som gäller försäkringsskydd vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Vidare redovisas för sjukförsäkringen viktiga avsnitt i arbetsmiljölagen, samt tilläggsförsäkringar. Avslutningsvis görs en genomgång av sjukskrivningsprocessen.

Utredningen redovisar i *kapitel 3* viktiga händelser inom sjukförsäkringens område under 1900-talet och i *kapitel 4* sammanställs erfarenheter från utvecklingen i Norge. Precis som i Sverige har sjukskrivningarna ökat och en utredning är tillsatt för att förklara sjukförsäkringens ökade kostnader

Statskontoret har anlåtats för att för utredningens räkning beskriva sambanden mellan sjukförsäkring och förtidspension samt sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringen. Statskontorets rapporter återfinns i bilagor till utredningen och sammanfattas i *kapitel 6 och 7*. I utredningens uppdrag ingår att ta fram förslag till hur en modell för att förutsäga utgifterna skulle kunna utformas. I *kapitel 8* beskriver utredningen nuvarande prognosmodell och lämnar förslag till förbättringar. Ett arbete pågår inom socialdepartementet för att förbättra det nuvarande prognosarbetet. Utredningen deltar i detta arbete.

1 Utredningens uppdrag och arbetsformer

1.1 Utredningens uppdrag

Sjukförsäkringen utgör en väsentlig och integrerad del av det svenska välfärdssystemet. Direktiven för denna utredning (bilaga 1) är omfattande och tolkas av utredningen som ett mandat att redovisa och analysera alla de omständigheter som kan förklara den mycket stora uppgång av kostnaderna för sjukförsäkringen som skett under de senaste åren. Den stora kostnadsökningen kan dölja bakomliggande problem med ohälsa och stress i arbets- och privatlivet med åtföljande personligt lidande för den enskilde. Inget samhälle kan sägas fungera väl om sjuktalen och frånvaron från arbetslivet drastiskt ökar.

De ökande kostnaderna innebär också en stor belastning på statens budget och riskerar att hota det nuvarande systemet eller tränga ut andra viktiga välfärdsområden.

Direktiven anger en mycket snäv tidsram för denna studie. I praktiken skall ett utredningsarbete ske under en kortare tid än ett år. Detta gör att en hel del i sig intressanta utredningsområden måste släppas till förmån för en koncentration på några av utredningen valda viktiga områden. Utredningens strategi är att framför allt presentera underlag för och analysera sådan statistik som kan anses ge mest förklaringsvärde. Den s.k. 80/20-regeln gäller också inom detta område. Utredningen har ur det stora statistik- och utredningsmaterial som redan finns valt ut sådant som ger påtagligt och stort utfall. Detta innebär inte att andra företeelser är ointressanta. De kan i sig för individer eller grupper av individer ha större relevans än det material som utredningen valt att presentera.

Sjukskrivning och sjukfrånvaro är ojämnt fördelad mellan kön, mellan olika sektorer och mellan olika arbetsplatser. Utvecklingen under senare år har förstärkt dessa skillnader. Utredningen har därför anledning att dra den slutsatsen att olika arbetsplatser och arbetsmiljöer kan skapa och resultera i olika sjukfrånvaro. Arbetsplatsernas organisation och arbetets uppläggning och anpassning till individerna måste

därför sättas i förgrunden. Detta innebär inte att också det omvända gäller. Den enskilde har också ett eget ansvar för sin situation.

Utredningen återkommer till frågorna om individens ansvar i sitt slutbetänkande. I detta delbetänkande har utredningen valt att koncentrera sig på uppgifter om arbetsplatsen som en grund för hälsa eller sjukfrånvaro. Sambanden är tillräckligt tydliga och alarmerande för att räckta långt för ett åtgärdsprogram. I detta måste ingå ett försäkringssystem som ger ekonomiska incitament till arbetsgivare att ta sitt ansvar för sina anställdas till arbetsplatsen relaterade hälsa och ohälsa.

1.2 Arbetsformer

Regeringen beslöt om direktiv för utredningen den 23 juni 1999. Utredaren utsågs den 27 oktober samma år och med ett sekretariat på plats påbörjades det faktiska arbetet i mitten av december 1999. Arbetet har bedrivits i nära samarbete med utredningens sakkunniga och experter. Hittills har sju sammanträden med experter och sakkunniga ägt rum. Därutöver har förekommit täta enskilda kontakter med flertalet experter och sakkunniga.

Utredningen har tagit del av en mängd litteratur, artiklar, utredningar och rapporter på området. Mycket arbete har också ägnats åt att samla in befintlig statistik från olika håll och att sammanställa den på ett enhetligt sätt.

Utredningen har eftersträvat en öppenhet i utredningsarbetet gentemot alla intresserade, inte minst allmänheten. I den andan har utredningen startat en hemsida med diskussionsforum där experter och allmänhet inbjudits att delta. På hemsidan har också fortlöpande statistik och rapporter publicerats. Det är utredningens förhoppning att detta delbetänkande skall ge näring åt en fortsatt diskussion. Adressen är "www.sjukforsakring.gov.se".

Utredaren och sekretariatet har träffat företrädare från myndigheter, sjukhus, företagshälsovård, organisationer, och försäkringsbolag. Vid två tillfällen har utredningen haft överläggningar med representanter från LO, SAF, Läkarförbundet, Kommunförbundet, TCO och SACO. Utredningen avser att sammankalla denna grupp även under höstens arbete.

Samråd har skett med andra utredningar och arbetsgrupper; Arbetsgruppen för åtgärder på arbetsmiljöområdet, Reformerad förtidspension m.m., Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, Översyn av läkemedelsförmånen, Nationella folkhälsokommittén, Kommittén Valfärdsbokslut m.fl. Utredningen har också besökt den norska

sjukförsäkringsutredningen som avser att presentera sitt slutbetänkande i september 2000.

För att kunna belysa olika individ- och miljöfaktorerers påverkan på hälsa och sjukfrånvaro har utredningen i samarbete med RFV och Karolinska Institutet låtit genomföra en stor enkätundersökning (24 000 enkäter). Utredningen har också låtit samköra SCB:s och Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmiljöstatistik och RFV:s sjukfrånvaroregister.

I utredningens uppdrag ingår att ta fram förslag till hur en modell för att förutsäga utgifterna skulle kunna utformas. I detta arbete har utredningen speciellt anlitat fil.kand. Göran Wikner. Statskontoret har anlitats för att för utredningens räkning beskriva sambanden mellan sjukförsäkring och förtidspension samt sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringen.

2 Nuvarande system

2.1 Försäkringsskydd vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, enligt lagen om allmän försäkring (AFL)

I följande avsnitt görs en genomgång av de regler i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) som gäller försäkringsskydd vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. De lagtexter som omnämns i texten finns angivna i fotnoter nederst på sidorna som följer.

2.1.1 Vem kan få sjukpenning?

Den som är inskriven hos försäkringskassan har rätt till sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring (AFL)¹ om han har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) av eget arbete som uppgår till minst 24 procent av ett prisbasbelopp. 1 januari 2000 var prisbasbeloppet 36 600 kronor. Högsta SGI var 274 500 kronor och högsta kalenderdagsberäknade sjukpenning 602 kronor per dag. Inskriven² är den som fyllt 16 år och i den allmänna försäkringens mening är bosatt i Sverige. Den som inte har fyllt 16 år men har en inkomst av eget arbete som uppgår till minst 24 procent av basbeloppet räknas också som inskriven, vad avser rätten till sjukpenning.

SGI³ är den årliga inkomst i pengar som en försäkrad kan antas få för inkomst av anställning eller för inkomst av annat förvärvsarbete. SGI:n fungerar som ett beräkningsunderlag inom sjukpenningförsäkringen.

¹ AFL 3 kap 1 §

² AFL 1 kap 4 §

³ AFL 3 kap 2 §

2.1.2 Sjukdomsbegreppet

Begreppet ”sjukdom” definieras inte i lagen om allmän försäkring. I statens offentliga utredning angående lag om allmän sjukförsäkring från 1944⁴ står dock att läsa: ”Man synes vid bedömning av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.”

Utvidgning av sjukdomsbegreppet har skett genom att domstolarna ändrat rättspraxis. Exempelvis kan sorg- och trötthetstillstånd idag ge rätt till sjukpenning.⁵

Enligt AFL⁶ utges sjukpenning vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen skall bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Sjukdomstillstånd som utlösts av arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden kan dock ge rätt till sjukpenning.

2.1.3 Sjuklön

Lagen om sjuklön (SjLL) gäller sedan den 1 januari 1992. Syftet med lagen är att öka arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa samt att garantera de anställda en mer rättvis kompensation.

Huvudregeln för rätt till sjuklön är att arbetstagaren har anställts tills vidare eller har ett tidsbegränsat anställningsavtal som avser en månad eller längre. En anställd som har en tillsvidareanställning eller en anställning på minst en månad har rätt till sjuklön från och med den dag han börjar anställningen eller enligt avtalet skulle ha börjat anställningen. Första dagen är karensdag.

Om den avtalade anställningstiden avser kortare tid än en månad fordras dock för rätt till sjuklön att den anställde har tillträtt anställningen och därefter varit anställd under en sammanhängande tid av fjorton kalenderdagar. Anställs arbetstagare på nytt av samma arbetsgivare skall vid beräkningen av fjortondagarsperioden tidigare anställningar hos arbetsgivaren räknas med. Detta gäller dock under förut-

⁴ SOU 1944:15 s. 162

⁵ RFV:s Allmänna råd 1998:2 s. 10.

⁶ AFL 3 kap. 7 §

sättning att tiden mellan anställningarna inte överstiger fjorton kalenderdagar.

Enligt lagen skall den som är anställd göra sjukanmälan till sin arbetsgivare⁷. Sjuklöneperioden omfattar fjorton dagar⁸. Sjuklönen utgör 80 procent av anställningsförmånerna⁹, den första dagen är karensdag. Skulle en anställd ha gått miste om sjuklön från arbetsgivaren för sammanlagt tio dagar under en tolv månadersperiod, utges sjuklön med 80 procent även för första dagen, s.k. allmänt högriskskydd.

Om en anställd återinsjuknar inom fem dagar från det att den tidigare sjukperioden upphörde skall ersättning utges från och med den första dagen i den senare perioden om den anställde i den föregående sjukperioden haft en karensdag. Om en sjuklöneperiod inte pågått fjorton dagar när den första sjukperioden avslutas skall samma sjuklöneperiod anses fortsätta vad gäller avgränsningen av sjuklöneperioden vid återinsjuknandet.

En anställd som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder, eller medför risk för en eller flera längre sjukperioder, kan ansöka om särskilt högriskskydd¹⁰. Arbetsgivaren får då ersättning för sina kostnader för sjuklön¹¹. Vid risk för ett större antal sjukperioder får den anställde ersättning med 80 procent även för karensdagen.

2.1.4 Sjukpenning

Den som inte är anställd gör sjukanmälan till försäkringskassan¹². Antalet dagar med sjukpenning är inte begränsat i lag.¹³ Sjukpenningen utgör för de flesta 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten delat med 365.¹⁴ Sjukpenning utges inte för den första dagen i sjukperioden¹⁵ (karensdag). Den som uppburit sjuklön får efter avslutad sjuklöneperiod sjukpenning enligt lagen om allmän försäkring.

⁷ SjLL 8 §

⁸ SjLL 7 §

⁹ SjLL 6 §

¹⁰ SjLL 13 §

¹¹ SjLL 16 §

¹² AFL 3 kap. 14 §

¹³ Med undantag av reglerna i AFL 3 kap. 3 §.

¹⁴ I vissa situationer betalas tim/dag-beräknad sjukpenning under de första fjorton dagarna i sjukperioden.

¹⁵ AFL 3 kap. 4 §

2.1.5 Försäkran och läkarintyg¹⁶

För att få sjukpenning skall den försäkrade lämna en skriftlig försäkran till försäkringskassan. Försäkran skall innehålla uppgifter om sjukdomen, en beskrivning av arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmågan. Den försäkrade skall också lämna ett läkarintyg som styrker arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom senast från och med sjunde dagen efter sjukanmälan.

2.1.6 Fördjupad bedömning av sjukpenningrätten¹⁷

För att få sjukpenning efter 28 dagar skall den försäkrade lämna en särskild försäkran som innehåller en utförligare beskrivning av arbetsuppgifter och egen bedömning av arbetsförmåga. Dessutom skall den försäkrade lämna ett särskilt läkarutlåtande som innehåller uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga på grund av sjukdom samt läkarens bedömning av i vilken grad den medicinska funktionen påverkar arbetsförmågan.

När det särskilda läkarutlåtandet och den särskilda försäkran kommit in gör försäkringskassans handläggare en fördjupad bedömning efter att ha hört en försäkringsläkare angående vad som medicinskt har framkommit i ärendet. Bedömningen avser i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder behövs.

2.1.7 Rätten till sjukpenning¹⁸, Steg-för-steg-modellen

Sjukpenning utges enligt lagen om allmän försäkring vid sjukdom som sätter ner arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Sjukpenning kan betalas ut med hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning beroende på arbetsförmågans nedsättning.

Bedömning av arbetsförmåga skall enligt lagens förarbeten göras stegvis i sju steg. ”Syftet med steg-för-steg-modellen är att beskriva hur tillämparen bör göra bedömningen av arbetsförmåga med olika arbeten som grund och de ställningstaganden som tillämparen bör göra när

¹⁶ AFL 3 kap. 8 §

¹⁷ AFL 3 kap. 8a §

¹⁸ AFL 3 kap. 7 §

rätten till ersättning skall avgöras. Om svaret i t.ex. steg 1 är ja behöver ytterligare prövning inte göras. Om svaret är nej går tillämparen vidare till nästa steg, osv. I förutsättningarna ingår då givetvis att det är klarlagt att den försäkrade lider av en sjukdom, samt att det är denna sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga. Begreppet "rehabilitering" används i detta sammanhang i betydelsen arbetslivs-inriktad rehabilitering. Medicinsk rehabilitering ingår i benämningen nödvändig behandling och konvalescens. Vid bedömningen av arbetsförmågan och rätten till ersättning bör följande överväganden vara vägledande."¹⁹

1. Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter nödvändig behandling och konvalescens?
2. Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsuppgifterna?
3. Kan den försäkrade utföra och erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare utan extra insatser?
4. Kan den försäkrade erhålla andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning, anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?
5. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete utan extra insatser?
6. Kan den försäkrade klara annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete efter vissa rehabiliterande insatser t.ex. utbildning eller omskolning?
7. Är den försäkrade varaktigt eller för avsevärd tid arbetsoförmögen?

2.1.8 Ersättning för resor i stället för sjukpenning²⁰

Det finns en möjlighet att byta ut sjukpenning mot ersättning för resor till och från arbetet. Syftet är att underlätta återgång i arbete i anslutning till ett sjukdomsfall. Det är försäkringskassan ensam som har att avgöra om den försäkrade i stället för sjukpenning skall få ersättning för merutgifter vid resor till och från arbetet. Den försäkrades samtycke är inte nödvändigt.

¹⁹ Regeringens proposition, 1996/97:28, Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension, s. 18.

²⁰ AFL 3 kap. 7a §

2.1.9 Förebyggande sjukpenning

Sjukpenning kan också betalas i förebyggande syfte, när en försäkrad genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering för att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstid eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Som villkor gäller att behandlingen eller rehabiliteringen har ordinerats av läkare och att den ingår i en av försäkringskassan godkänd plan.²¹

Bedömningen av vilken medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som behövs i det enskilda fallet måste alltid göras individuellt. Det finns därför inte någon förteckning över vilka tillstånd som kan berättiga till förebyggande sjukpenning. Sjukgymnastik, syn- och hörselrehabilitering, missbruksvård och behandling av hudsjukdomar är exempel på aktiviteter som kan berättiga till förebyggande sjukpenning. Karensdag gäller inte vid förebyggande sjukpenning, utan ersättning betalas från första dagen.²²

2.1.10 Rehabilitering enligt lagen om allmän försäkring

Rehabilitering är planerade åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa personer med funktionshinder att utifrån personens förutsättningar återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och bibehålla denna samt skapa förutsättningar för ett normalt liv.²³ Med rehabilitering enligt 22 kapitlet AFL avses de insatser som behöver göras för att den som har drabbats av sjukdom skall få tillbaka sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Åtgärderna skall planeras i samråd med den försäkrade.²⁴

Den som är inskriven hos allmän försäkringskassa eller har rätt till sjukpenning, har möjlighet till rehabilitering och rätt till rehabiliteringsersättning enligt 22 kapitlet i lagen om allmän försäkring.²⁵

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

²¹ AFL 3 kap. 7b §

²² Särskilda regler kan gälla för egna företagare.

²³ Ordlista för arbetslivsinriktad rehabilitering, Tekniska nomenklaturcentralen (TNC) och Arbetslivsfonden, 1995.

²⁴ AFL 22 kap. 2 §

²⁵ AFL 22 kap. 1 §

inte framstår som obehövt skall arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning²⁶ när:

1. Den försäkrade till följd av sjukdom varit frånvarande mer än fyra sammanhållande veckor.
2. Den försäkrade ofta avbrutit arbetet i korta sjukperioder.
3. Den försäkrade begär det.

Rehabiliteringsutredningen skall skickas till försäkringskassan inom åtta veckor. Utredningen skall göras i samråd med den försäkrades arbetstagarorganisation, om den försäkrade medger det. Om det finns skäl till det, skall försäkringskassan överta ansvaret för utredningen.

Om den försäkrade behöver en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd skall försäkringskassan upprätta en plan²⁷ som innehåller uppgifter om vilka åtgärder som skall vidtas, vem som har ansvaret, tidsplan och kostnader för rehabiliteringen. Därefter kan den försäkrade ansöka om rehabiliteringspenning²⁸, som liksom sjukpenningen utgör 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365. Rehabiliteringspenning kan utgå med hel, trekvarts, halv eller en fjärdedels belopp, beroende på arbetsförmågans nedsättning²⁹. Särskilt bidrag³⁰ kan utgå för kostnader som uppstår i samband med rehabiliteringen t.ex. för resor eller läromedel.

2.1.11 Regler för sjukbidrag och förtidspension

En försäkrad som är mellan 16 och 65 år kan få sjukbidrag eller förtidspension om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.

Syftet med sjukbidrag och förtidspension är att ge ekonomisk trygghet vid förtida förlust eller nedsättning av arbetsförmågan. Ersättningen är avsedd att vara en kompensation för inkomstbortfall som har sin grund i sjukdom eller skada och avser inte att vara en ersättning för invaliditeten som sådan.

Sjukbidrag utgår vid nedsatt arbetsförmåga *för avsevärd tid*, dvs. minst ett år, och förtidspension utgår vid *varaktig* arbetsförmåga till och med 64 års ålder.

²⁶ AFL 22 kap. 3 §

²⁷ AFL 22 kap. 6 §

²⁸ AFL 22 kap. 8 §

²⁹ AFL 22 kap. 9 §

³⁰ AFL 22 kap. 10 §

Sjukbidrag och förtidspension kan beviljas i fyra olika omfattningar; hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels grad, beroende på omfattningen av arbetsförmågans nedsättning³¹. För att få hel ersättning skall arbetsförmågan vara helt, eller i det närmaste helt, nedsatt. ”I det närmaste helt” skall enligt proposition 1997/98:111 Reformerad förtidspension, likställas med sju åttondels nedsatt arbetsförmåga.

Vid bedömningen av i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beaktas den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Bedömningen skall göras efter samma grunder oavsett arten av prestationsförmågans nedsättning. Med inkomst av arbete likställs i skälig omfattning värdet av hushållsarbete i hemmet³².

Den försäkrade kan ansöka själv om sjukbidrag eller förtidspension, men försäkringskassan kan också byta ut sjukpenning mot sjukbidrag eller förtidspension om arbetsförmågan är nedsatt för avsevärd tid eller varaktigt³³.

Beslut om sjukbidrag och förtidspension fattas inte av tjänstemännen på försäkringskassan, utan av en socialförsäkringsnämnd³⁴. Socialförsäkringsnämndens ledamöter utses av försäkringskassans styrelse. Fem av ledamöterna utses på förslag av de politiska partier som finns representerade i det eller de landsting eller den kommun som utgör försäkringskassans verksamhetsområde. De övriga två ledamöterna skall utses på förslag av de organisationer på arbetsmarknaden som finns inom verksamhetsområdet. Styrelsen skall utse ordförande och vice ordförande i nämnden.³⁵

2.1.12 Finansiering av sjukförsäkringen

Sjukförsäkringen finansieras av arbetsgivaravgifter och egenavgifter. För år 2000 är arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift 8,5 procent³⁶ och egenföretagarens sjukförsäkringsavgift 9,23 procent.³⁷ Egenföretagare kan få en lägre avgift om de väljer 3 eller 30 karensdagar. För försäk-

³¹ AFL 7 kap. 2 §

³² AFL 7 kap. 3 §

³³ AFL 16 kap. 1 §

³⁴ AFL 18 kap. 17 §

³⁵ AFL 18 kap. 33 §

³⁶ Lag (1981:691) om socialavgifter 2 kap. 1 §

³⁷ Lag (1981:691) om socialavgifter 3 kap. 1 §

rad med 3 dagars karenstid är sjukförsäkringsavgiften 7,97 procent och vid 30 dagars karenstid 6,72 procent.³⁸

Sjukförsäkringsavgiften finansierar från och med 1999³⁹ sjukpenning, rehabiliteringsersättningar, närståendepenning, havandeskapspenning och större delen av förtidspensioneringen. Förtidspension från folkpensioneringen för de som inte har ATP finansieras dock från statsbudgeten. Från avgiften finansieras också vissa av försäkringskassornas förvaltningsutgifter. Även statliga ålderspensionsavgifter för dagarsättningarna och en del av de ålderspensionsavgifter som är att hänföra till förtidspension finansieras från avgiften.

Det finns ingen regel om att sjukförsäkringsavgiften skall finansiera förmånerna i sin helhet. Om avgifterna inte räcker får statsbidrag lämnas för viss del av kostnaden.⁴⁰

Sjukförsäkringsavgift för åren 1998–1999, källa RFV.

	1998	1999	2000
<i>Arbetsgivare</i>	7,90	7,50	8,50
<i>Egenföretagare</i>	8,66	8,23	9,23

Sjukförsäkringens finansieringsfrågor redovisas vidare i avsnittet 5.3.3.

2.2 Arbetsmiljölagen

Utöver lagen om allmän försäkring har också Arbetsmiljölagen en viktig funktion när det gäller att förebygga sjukskrivning och ohälsa. I följande avsnitt görs en genomgång av några för sjukförsäkringen centrala avsnitt. De lagparagrafer som omnämns i texten finns angivna i fotnoter nederst på sidorna som följer.

Arbetsmiljölagens (AML) ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö.⁴¹ Lagen trädde i kraft den 1 juli 1978 och har därefter ändrats flera gånger. Lagens avsikt är inte bara att förebygga olycksfall och ohälsa i arbetet. Den strävar också efter att arbetsmiljön skall ge ett positivt utbyte i form av ett rikt arbetsinnehåll, arbetstillfredsställelse, gemenskap och personlig utveckling.

³⁸ AFL 3 kap. 11 § samt RFFS 1999:16 1 §

³⁹ År 1998 finansierade sjukförsäkringsavgiften även läkemedelsersättningar och föräldraförsäkringen.

⁴⁰ Källa: RFV

⁴¹ AML 1 kap. 1 §

Arbetsmiljölagen är en ramlag. Bestämmelserna är tämligen allmänt hållna. Innebörden av lagen förtydligas i Arbetarskyddsstyrelsens olika kungörelser, som innehåller föreskrifter och allmänna råd.

2.2.1 Arbetsmiljöns beskaffenhet

I andra kapitlet, Arbetsmiljöns beskaffenhet, anges bl.a. att arbetsmiljön skall vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället.

Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.

Arbetstagaren skall ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete.

Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll skall utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Därvid skall även löneförmåner och förläggning av arbetstider beaktas. Starkt styrt eller bundet arbete skall undvikas eller begränsas.

Det skall eftersträvas att arbetet ger möjligheter till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter.

Det skall vidare eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar.⁴²

2.2.2 Allmänna skyldigheter – rollfördelning

I tredje kapitlet, Allmänna skyldigheter, anges vilka som har ansvar för arbetsmiljön och hur långt ansvaret sträcker sig. Här anges bl.a. att:

Arbetsgivare och arbetstagare skall samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö⁴³ och att arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall⁴⁴. Arbetsgivaren skall systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven. Han skall utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka

⁴² AML 2 kap. 1 §

⁴³ AML 3 kap. 1a §

⁴⁴ AML 3 kap. 2 §

riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart skall tidsplaneras.

Arbetsgivaren skall i den utsträckning verksamheten kräver dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna. Handlingsplaner skall därvid upprättas.

Arbetsgivaren skall vidare se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet för fullgörande av de uppgifter som enligt denna lag och enligt 22 kapitlet i lagen om allmän försäkring vilar på honom.⁴⁵ Närmare bestämmelser om arbetsgivarens skyldigheter beträffande arbetsanpassning och rehabilitering enligt arbetsmiljölagen framgår av Arbetsarkivstyrelsens kungörelse ”Arbetsanpassning och rehabilitering”, AFS 1994:1.

Arbetsgivaren skall genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika.⁴⁶

Arbetstagaren skall medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö.⁴⁷

2.2.3 Företagshälsovård

Sedan den 1 januari 2000 gäller en ny paragraf om företagshälsovård som också definierar vad som menas med företagshälsovård. Enligt denna skall arbetsgivaren svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.

Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.⁴⁸

⁴⁵ AML 3 kap. 2a §

⁴⁶ AML 3 kap. 3 §

⁴⁷ AML 3 kap. 4 §

⁴⁸ AML 3 kap. 2b §

2.2.4 Tillsyn och påföljder

Tillsynsmyndigheter för att arbetsmiljölagen efterlevs är Arbetarskyddsstyrelsen och, under styrelsens överinseende och ledning, Yrkesinspektionen. Tillsammans kallas de Arbetarskyddsverket.

Om yrkesinspektionen finner att t.ex. en arbetsgivare bryter mot lagen eller mot en föreskrift skall inspektionen ingripa. I allmänhet får arbetsgivaren då ett inspektionsmeddelande med skriftliga krav. Om arbetsgivaren inte följer inspektionsmeddelandet, kan Yrkesinspektionen utfärda ett föreläggande eller förbud. I beslut om föreläggande och förbud kan Yrkesinspektionen sätta ut vite. Den som bryter mot ett föreläggande eller förbud kan drabbas av olika påföljder.

I maj 2000 lämnade regeringen en proposition (1999/2000:141) till riksdagen beträffande förslag till ändringar i arbetsmiljölagen. Där föreslås bl.a. att Arbetarskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen skall ombildas till en myndighet, Arbetsmiljöverket. Lagändringen föreslås träda i kraft 1 januari 2001.

2.3 Tilläggsförsäkringar

Det är vanligt att den ersättning som lämnas från den allmänna försäkringen kompletteras med avtalsförsäkringar.

Det förekommer också att privata sjukförsäkringar tecknas, både enskilt och i grupp. I följande avsnitt redovisas främst vanligt förekommande avtalsförsäkringar.

2.3.1 Avtalsförsäkringar

Vid sidan av de offentliga systemen för ersättning till personer som på grund av sjukdom drabbas av nedsättning av arbetsförmågan finns det avtalsreglerade ersättningsystem. Genom centrala avtal mellan fackföreningar och arbetsgivarorganisationer regleras löner, ledigheter, sjuk- och arbetsskadeersättningar, pensioner och andra anställningsvillkor för praktiskt taget alla anställda på den svenska arbetsmarknaden. I många situationer kompletteras ersättningarna från de offentliga socialförsäkringarna av de kollektivavtalade ersättningarna. Egenföretagare omfattas inte, såvida de inte har en anställning vid sidan om sin egen verksamhet, och inte heller dem som aldrig blivit etablerade på arbetsmarknaden.

Avtalsförsäkringarna har vuxit fram sedan 1960-talet och finns över nästan hela arbetsmarknaden. Försäkringarna är obligatoriska för dem

som tillhör ett visst avtalsområde. Någon riskselektering genom hälsoprövning sker inte utan riskerna sprids på hela avtalskollektivet. Försäkringarna är samordnade mellan olika områden så att rättigheter upparbetade på ett område kan föras över till ett annat vid byte till en ny anställning på ett annat avtalsområde. Utformningen av finansiering, kvalifikationsvillkor, ersättningsregler etc. skiljer sig åt mellan arbetare och tjänstemän och mellan privat och offentlig sektor. Genomgående bygger dock avtalsförsäkringarna, liksom de offentliga socialförsäkringarna, på inkomstbortfallsprincipen. Ersättningen står i relation till den tidigare lönen. Finansieringen sker genom proportionella avtalsenliga avgifter på lönen.

De allra flesta arbetstagare har rätt till en avtalsenlig ersättning för det fall de blir långvarigt sjuka eller funktionshindrade. Avtalsersättningen fungerar då som ett komplement till den sjukpenning eller förtidspension som betalas från det offentliga systemet. Den totala ersättningsnivån blir därför högre för inkomster upp till det s.k. förmånstak på 7,5 basbelopp per år som tillämpas i de offentliga socialförsäkringarna. Högvärlönde anställda, främst tjänstemän, får dessutom ersättning för inkomstdelar som ligger över detta tak.⁴⁹

SAF, LO och Kooperationen

Anställda inom *SAF:s*, *LO:s* och *kooperationens* avtalsområde har rätt till Avtalsgruppsjukförsäkring (AGS) som lämnar ersättning till den som är sjuk mer än 14 dagar eller har sjukbidrag/förtidspension. Sjukpenning kompletteras med dagersättning under sjukdagarna 15–360. Dagersättningen är 12,5 procent av sjukpenningen vilket motsvarar 10 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Tillsammans med sjukpenningen ger AGS-ersättningen 90 procent av sjukpenninggrundande inkomst.

Till den som får sjukbidrag eller förtidspension betalar AGS en kompletterande månadsersättning. Månadsersättningens storlek beror på den sjukpenninggrundade inkomsten vid insjuknandet och graden av beviljad förmån. Ersättningen lämnas längst t.o.m. månaden före 65-årsdagen.⁵⁰

⁴⁹ Ohälsöförsäkringen, trygghet och aktivitet, (SOU 1997:166) sid 499–500.

⁵⁰ Källa, AMF Försäkring.

Kommuner, landsting och Svenska Kyrkan

Anställda i bl.a. *kommuner, landsting och Svenska Kyrkan* har rätt till Avtalsgruppsjukförsäkring för kommun- och landstingsanställda (AGS-KL). AGS-KL kan lämna dagersättning under sjukdagarna 15–360. Det finns dock de som har rätt till sjuklön från arbetsgivaren enligt lag och avtal och då träder AGS-KL in fr.o.m. sjukdag 91. Ersättnings storlek och ersättning vid sjukbidrag/förtidspension är lika som för Avtalsgruppsjukförsäkringen AGS.⁵¹

Privatanställda tjänstemän

De flesta *privatanställda tjänstemän* har rätt till kollektivavtalad sjuklön under 90 dagar. Från och med den femtonde dagen kompletterar sjuklönen sjukpenningen från försäkringskassan så att den totala ersättningen blir 90 procent av lönen till dag 90 i sjukfallet. Den som tjänar mer än 7,5 prisbasbelopp (274 500 kronor år 2000) får sjuklön med 90 procent för den del som ligger över taket upp till 30 prisbasbelopp (1 098 000 kr år 2000).

Efter dag 90 kan den som har en årslön över 274 500 kronor få sjukpension från industrin och handelns tilläggspension (ITP) för den del som ligger över taket. 65 procent betalas på inkomster mellan 274 500 och 732 000 kronor och 32,5 procent betalas på inkomster mellan 732 000 och 1 098 000 kronor. Detta gäller även vid förtidspension, men då för inkomster över 7,5 förhöjda basbelopp, 279 750 kronor. För inkomster upp till 279 750 betalas 15 procent ersättning vid förtidspension. Det är försäkringsbolaget SPP som betalar ut ITP:s sjukpension.⁵²

Statsanställda

Statsanställda har enligt ”allmänt löne- och förmånsavtal”⁵³ rätt att behålla vissa delar av lönen vid sjukfrånvaro. För första sjukdagen görs avdrag på lönen med 100 procent (karensdag). Dag två till fjorton görs ett avdrag med 20 procent. Dag femton till nittio görs ett avdrag med 90 procent. Därefter görs avdraget med 100 procent.

Vid sjukbidrag och förtidspension utgår ”tillfällig sjukpension” och ”sjukpension” med 21 procent av pensionsunderlaget upp till 7,5 för-

⁵¹ Källa, AMF Försäkring

⁵² Källa, PTK

⁵³ Källa, Arbetsgivarverket

höjda prisbasbelopp. Mellan 7,5 och 20 prisbasbelopp är tillägget 81 procent av pensionsunderlaget och mellan 20 och 30 prisbasbelopp 40,5 procent. Om försäkringskassan fattat beslut om sjukbidrag eller förtidspension före den 1 januari 1997 gäller andra regler.

2.3.2 Privata sjukförsäkringar

Det förekommer också att privata sjukförsäkringar tecknas, både enskilt och i grupp för att ytterligare täcka inkomstbortfall på grund av sjukdom. Av nuvarande statistik går det inte att avläsa hur många försäkringar som avser inkomstbortfall. Sammantaget finns ca en halv miljon individuella sjuk- och olycksfallsförsäkringar och ca en halv miljon gruppsjuk- och gruppolycksfallsförsäkringar.⁵⁴

2.4 Sjukskrivningsprocessen

Från det att sjukanmälan görs tills dess att sjukfallet avslutas gör försäkringskassan ett antal bedömningar som grundar sig på uppgifter som lämnas från den försäkrade, läkare, arbetsgivare m.fl. aktörer i sjukskrivningsprocessen. Kortfattat kan processen för en anställd beskrivas enligt följande: Den försäkrade gör sjukanmälan till sin arbetsgivare och från och med åttonde sjukdagen lämnar han ett medicinskt underlag "läkarintyg" som utfärdats av en läkare. Arbetsgivaren betalar sjuklönen i fjorton dagar, första dagen är karensdag. Blir sjukfallet längre än fjorton dagar gör arbetsgivaren sjukanmälan till försäkringskassan. Försäkringskassan skickar en särskild försäkran. Den försäkrade fyller i försäkran och lämnar den tillsammans med medicinskt underlag till försäkringskassan som gör en bedömning av rätten till sjukpenning. Sjukpenningen betalas till den försäkrade.

Blir sjukfallet längre än 28 dagar gör försäkringskassan en fördjupad bedömning av rätten till sjukpenning och en bedömning av rehabiliteringsbehovet. Försäkringsläkaren yttrar sig över det medicinska underlaget. Alla försäkringskassans bedömningar skall göras enligt steg-för-steg-modellen.

Vid behov utreder försäkringskassan med den försäkrade, läkaren och arbetsgivaren frågor som är av vikt för bedömningen av rätten till ersättning och för att planera rehabilitering. Har arbetsgivaren tillgång till företagshälsovård är denna ofta med i processen. Det förekommer också att fackliga representanter medverkar.

⁵⁴ Källa: Försäkringsförbundet.

En försäkrad utan anställning gör sjukanmälan till försäkringskassan och lämnar försäkran och medicinskt underlag, för att få ersättning från försäkringskassan. Första dagen är karensdag. I övrigt är processen lika som för dem med anställning vad gäller bedömning av rätt till ersättning. När det gäller rehabiliteringsplanering samverkar försäkringskassan – om den enskilde tillåter det – med arbetsförmedling, arbetsmarknadsinstitut, hälso- och sjukvården och socialtjänst. Dessa bistår med utredningar och de åtgärder som kan behövas inom deras verksamhetsområde. Försäkringskassan har även särskilt avsatta medel för bedömning av rehabiliteringsbehov och genomförande av rehabilitering. Det medför att försäkringskassan också har kontakter med en mängd rehabiliteringsproducenter.

I avsnittet som följer beskrivs flera av aktörernas ansvar och roll i processen.

2.4.1 Den försäkrades rättigheter och skyldigheter

Den försäkrade har enligt lagen om allmän försäkring (AFL) rätt till sjukpenning.⁵⁵ En anställd försäkrad har rätt till sjuklön enligt sjuklönelagen.⁵⁶ Möjligheten till rehabilitering och rätten till rehabiliteringsersättning regleras i lagen om allmän försäkring.⁵⁷

För att få dessa förmåner är den försäkrade skyldig att lämna de upplysningar som behövs för att klarlägga behov av rehabilitering, och efter bästa förmåga aktivt medverka i rehabiliteringen.⁵⁸ Den försäkrade är också skyldig att lämna försäkran, särskild försäkran, läkarintyg och särskilt läkarintyg,⁵⁹ anmäla ändrad vistelseadress⁶⁰, anmäla ändring av inkomstförhållanden⁶¹ och följa läkarens föreskrifter m.m.⁶²

2.4.2 Läkarens roll i processen

Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen är förutom att behandla den försäkrade också att utfärda de medicinska underlag ”läkarintyg” som ligger till grund för försäkringskassans bedömning av rätt till sjuk-

⁵⁵ AFL 3 kap. 1 §, 7 §

⁵⁶ Under förutsättning att kvalifikationsregeln är uppfylld Sjll 3§.

⁵⁷ AFL 22 kap. 1 §

⁵⁸ AFL 22 kap. 4 §

⁵⁹ AFL 3 kap. 8 §

⁶⁰ AFL 3 kap. 17 §

⁶¹ AFL 3 kap. 6 §

⁶² AFL 20 kap. 3 §

penning. Läkarintyget i sig innebär inte automatiskt rätt till sjukpenning. Läkaren skall yttra sig över arbetsförmågans nedsättning, pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga på grund av sjukdom, samt en bedömning av i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan.⁶³

Det förekommer att den behandlande läkaren medverkar i ”flerpartssamtal” med försäkringskassan för att diskutera ett enskilt rehabiliteringsärende. Ibland är även arbetsgivaren eller annan part med vid mötet.

2.4.3 Försäkringskassans ansvar

Försäkringskassan har ansvar för att bedöma rätten till sjukpenning. Den har också ansvar för att se till att de försäkrade som enligt 22 kap. i lagen om allmän försäkring bedöms vara i behov av rehabilitering bereds möjlighet att få det. Försäkringskassan har ett ansvar för att samordna de åtgärder som behövs.

I försäkringskassans ansvar ingår att i ett tidigt skede uppmärksamma när en försäkrad har behov av rehabilitering och att klarlägga behovet av åtgärder för den som inte har en arbetsgivare. För de försäkrade som har en arbetsgivare skall försäkringskassan bevaka att rehabiliteringsbehovet klarläggs av arbetsgivaren. Finns det särskilda skäl åligger det försäkringskassan att ta över ansvaret för att den anställde inte skall bli utan rehabiliteringsåtgärder.⁶⁴

Försäkringskassan skall, om den försäkrade medger det, i arbetet med rehabiliteringen samverka med hans arbetsgivare och arbetsorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda. Försäkringskassan skall därvid verka för att dessa, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade.⁶⁵

Samtidigt som försäkringskassan har att bedöma den försäkrades rätt till ersättning skall den också ge stöd åt den enskilde i kontakter med andra rehabiliteringsansvariga och verka för att dessa tar en aktiv

⁶³ AFL 3 kap. 8 §

⁶⁴ AFL 22 kap. 3 §

⁶⁵ AFL 22 kap. 5 §

del i rehabiliteringsprocessen.⁶⁶ Ett viktigt inslag i rehabiliteringsprocessen är att motivera och ge den försäkrade stöd.

2.4.4 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivaren har enligt sjuklönelagen ansvar för att betala sjuklön under sjuklöneperioden. Sjukfall som fortsätter efter sjuklöneperioden är arbetsgivaren skyldig att anmäla till försäkringskassan.⁶⁷ Arbetsgivaren har enligt sjuklönelagen tystnadsplikt om enskilda hälsotillstånd och personliga förhållanden.⁶⁸ Beträffande rehabilitering har arbetsgivaren en skyldighet att klarlägga behov av rehabilitering (i rehabiliteringsutredning) och för att vidta de åtgärder som behövs för effektiv rehabilitering.⁶⁹ Arbetsgivaren har också särskilda skyldigheter enligt arbetsmiljölagen.

2.4.5 Försäkringsläkarens roll i processen

I en allmän försäkringskassa skall det finnas en eller flera försäkringsläkare för att hjälpa försäkringskassan med medicinsk sakkunskap och verka för ett gott samarbete mellan försäkringskassan och de läkare som är verksamma inom försäkringskassans område.⁷⁰ Försäkringsläkaren är anställd av försäkringskassan som tjänsteman och står i denna uppgift inte under Socialstyrelsens tillsyn.

Försäkringsläkaren är försäkringskassans expert och rådgivare i medicinska frågor och skall bedöma den försäkrades medicinska situation utifrån det medicinska underlag som försäkringskassan har tillgång till. Försäkringsläkaren skall inte själv undersöka eller behandla den försäkrade.

Försäkringsläkaren kan vara med när försäkringskassan muntligt informerar den försäkrade om varför man kommit till ett beslut som inte överensstämmer med den behandlande läkarens uppfattning, men det är inte försäkringsläkarens uppgift att ta ställning i frågor om rätt till ersättning.

⁶⁶ Regeringens proposition, 1990/91/141, Rehabilitering och rehabiliteringsersättning, s. 50.

⁶⁷ SjLL 12 §

⁶⁸ SjLL 18 §

⁶⁹ AFL 22 kap. 3 §

⁷⁰ AFL 18 kap. 15 §

2.4.6 Företagshälsovården

Företagshälsovårdens verksamhet har under 1990-talet minskat i omfattning. Minskningen beror i stor utsträckning på att de ekonomiska förutsättningarna har förändrats. Statsbidraget till företagshälsovården avvecklades från och med den 1 januari 1993.

Av förarbetena till rehabiliteringslagstiftningen 1992 framgår att arbetsgivaren förutses ha tillgång till företagshälsovård och att denna skall vara behjälplig att finna lösningar på problem för den anställda.

1999 byttes bestämmelsen om företagshälsovård ut mot en ny paragraf enligt vilken arbetsgivaren svarar för att det finns den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver. Dessutom infördes en definition av vad som menas med företagshälsovård.⁷¹ Lagen trädde i kraft den 1 januari 2000.

Av arbetsmiljöundersökningen från 1997 framgår att 72,1 procent av andelen sysselsatta hade tillgång till företagshälsovård genom arbetet 1997 och att 33,0 procent hade haft kontakt med företagshälsovården det senaste året.⁷² Arbetsmiljöundersökningen 1999 visar ett liknade resultat. 72,2 procent hade tillgång till företagshälsovård och 33,4 procent hade haft kontakt.⁷³ I den beteendeundersökning som sjukförsäkringsutredningen låtit genomföra under våren 2000 finns också frågor om företagshälsovård.⁷⁴ Utöver frågan om tillgång till, och eventuell kontakt, frågas även om anledningen till kontakten med företagshälsovården. Resultat av beteendeundersökningen redovisas i slutbetänkandet.

⁷¹ Arbetsmiljölagen, januari 2000, s. 11

⁷² Arbetarskyddsstyrelsen, arbetsmiljön 1997, s. 22

⁷³ Arbetarskyddsstyrelsen, arbetsmiljön 1999, s. 31

⁷⁴ Se bilaga 4 fråga 33

3 En historisk tillbakablick

I detta avsnitt redovisas viktiga händelser inom sjukförsäkringens område under 1900-talet. För att ta del av sammanfattningar av tidigare utredningar som är gjorda inom området hänvisas till bilaga 2 ”Tidigare utredningar”.

3.1 Sjukkasseverksamheten utvecklas under 1900-talets första hälft

I slutet av 1800-talet tillsattes de första av de många utredningar som lett fram till våra dagars socialförsäkring.¹ Den första sjukkasselagen tillkom år 1891 men kan inte betecknas som en socialförsäkringslag. Den innehöll huvudsakligen bestämmelser om fordringar som kassorna skulle uppfylla. Genom 1919 års sjukkasselag kunde en registrerad sjukkassa få visst statsbidrag. Kassorna ställdes också under statlig tillsyn.

Redan före tillkomsten av denna lag hade frågan om en obligatorisk sjukförsäkring diskuterats. 1913 började frågan att utredas och ett förslag om allmän försäkring lades fram 1919. Av statsfinansiella skäl blev dock förslaget aldrig förelagt riksdagen. Det omfattande utredningsarbetet resulterade slutligen i 1931 års förordning om erkända sjukkassor. Enligt denna förordning skulle anslutningen till sjukförsäkringen även fortsättningsvis vara frivillig. Den reform som förordningen innebar hade dock stor betydelse för sjukkasseverksamhetens utveckling. Verksamheten, som tidigare varit splittrad på flera tusen kassor av olika slag, fick en mer fast organisation. I varje län skulle det finnas en erkänd central sjukkassa och i varje kommun en erkänd lokal sjukkassa. Till kassorna utgick förhållandevis stora statsbidrag.

¹ Lundberg, Malm ”Hitta rätt i allmän försäkring”, 1974 sid 2–6.

3.2 1955 träder lagen om allmän sjukförsäkring i kraft

1937 utsågs en kommitté med uppdrag att se över den svenska socialvården. Kommittén föreslog att en lag om allmän sjukförsäkring skulle införas. Sjukpenningens belopp skulle vara beroende av vilken sjukpenningklass man placerades i. Klasserna skulle grunda sig på ålder och årlig inkomst. Kommittén lämnade betänkandet, *Utredning och förslag angående Lag om allmän sjukförsäkring* (SOU 1944:15), vilket också innehåller ett resonemang om sjukdomsbegreppet som ofta hänvisas till än idag: ”Man synes vid bedömning av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.”²

Med kommittéförslaget som grund utarbetades ett lagförslag. Proposition 1946:312 lades fram för riksdagen och ledde till antagandet av 1947 års sjukförsäkringslag³. Av olika skäl trädde lagen i kraft först den 1 januari 1955. Dessförinnan hade lagen i väsentliga delar omarbetats, särskilt ifråga om sjukpenningförsäkringen, som samordnats med yrkesskadeförsäkringen. De tidigare erkända central- och lokalsjuk-kassorna ombildades vid lagens ikraftträdande till allmänna sjuk-kassor. Redan ett par år dessförinnan hade tillsynen över verksamheten flyttats över till Riksförsäkringsanstalten.

3.3 1963 träder lagen om allmän försäkring i kraft

Under 1960-talets början genomfördes ett flertal utredningar som låg till grund för propositionen 1962:90 med förslag till lag om allmän försäkring m.m. Bland utredningarna kan nämnas den som lämnade betänkandet *Lag om allmän försäkring m.m.* (SOU 1961:39) som bl.a. innehåller förslag till ny lagtext som beaktar behovet av samordning och enhetlighet vid utformandet av lagregler för närstående socialförsäkringsgrenar. Lagen om allmän försäkring trädde i kraft den 1 januari

² Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944:15) sid. 162.

³ Hamdahl, Danielsson, Lidbom, Sjöberg ”Lagen om allmän försäkring”, 1972 sid 9–12.

1963 och ersatte då lagarna om allmän sjukförsäkring, om moderskaps-hjälp, om folkpensionering, om barnpensioner, om särskilda barnbidrag samt om försäkring för allmän tilläggspension.

Den första mer genomgripande ändringen i lagen om allmän försäkring genomfördes i januari 1967 efter proposition 1966:113 med förslag om förbättrad sjukpenningförsäkring. Ändringen innebar att sjukpenningbeloppen höjdes och sjukpenningsskalan byggdes ut. Dessutom slopades de tidigare reglerna om karenstid.

3.4 Sjukpenninggrundande inkomst införs (1974)

Frågan om hur sjukpenningens storlek skulle räknas fram kom att omprövas i början av 1970-talet och i betänkandet *Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m.m.* (SOU 1972:60) föreslogs att det gällande klassplaceringssystemet skulle överges. Istället skulle sjukpenningen knytas direkt till den hos försäkringskassan registrerade årsinkomsten utan tillämpning av sjukpenningklasser. Med årsinkomst avsågs den framtida beräknade inkomsten av förvärvsarbete. Sjukpenningen skulle grunda sig på inkomster från 4 500 kronor upp till 7,5 basbelopp.

Fr.o.m. 1974 omkonstruerades sjukpenningförsäkringen så att det tidigare systemet med sjukpenningklasser ersattes av en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) som direkt anknyter till den inkomst som sjukpenningen skall ersätta. Ersättningsnivåerna höjdes till 90 procent och sjukpenningen blev skattepliktig och ATP-grundande.

3.5 Förändrad kompensation vid korttidssjukdom (1987-12)

För att komma tillrätta med brister vad gäller kompensationsnivån inom sjukförsäkringen föreslogs i regeringens proposition 1986/87:69 om förbättrad kompensation vid korttidssjukdom och vid tillfällig vård av barn, ett nytt sätt att beräkna ersättningen för de första fjorton dagarna i sjukperioden. Sjukpenningen skulle timberäknas och anpassas till ordinarie arbetstid. Ersättningen skulle utges enbart för dagar som den försäkrade avstod från förvärvsarbete. Förutom att fastställa en sjukpenninggrundande inkomst, skulle försäkringskassan också fastställa en årsarbetstid.

Förändringarna genomfördes den 1 december 1987. Utöver förändrat beräkningssätt för de första fjorton dagarna, gällde också att sjukpenning kunde utges från och med insjuknandedagen och att halv sjukpenning kunde betalas då en försäkrad på grund av sjukdom var arbetsoförmögen till minst hälften av sin normala arbetstid.

3.6 Resor istället för sjukpenning (1991-07)

Den 1 juli 1991 infördes en möjlighet att byta ut sjukpenning mot ersättning för resor till och från arbetet. Syftet var att underlätta återgång i arbete i anslutning till ett sjukdomsfall. Innan denna rätt blev lagstiftad hade försök gjorts först i delar av landet och från och med 1 juli 1987 i hela landet. När regeln infördes var det frivilligt för den försäkrade, men sedan 1 oktober 1995 är det försäkringskassan ensam som har att avgöra om den försäkrade istället för sjukpenning skall få ersättning för merutgifter vid resor till och från arbetet. Den försäkrades samtycke är inte nödvändigt.

Någon regel om resor finns inte i sjuklönelagen, men i proposition 1999/2000:95 föreslås att sådana dagar där den anställde skulle haft rätt till sjuklön, men istället haft kostnader för resor till och från arbetet vilka ersatts av arbetsgivaren, skall anses motsvara sjuklönedagar när sjukperiodens längd fastställs. Denna regel föreslås gälla fr.o.m. 1 juli 2000.

Under 1999 fick 2 893 personer ersättning för arbetsresor istället för sjukpenning.⁴

3.7 Rehabiliteringsreformen (1992)

1985 tillsattes Rehabiliteringsberedningen. Bakgrunden var att de gällande ersättningarna inom den allmänna sjukförsäkringen gav begränsade möjligheter till ersättning vid förebyggande åtgärder och rehabiliteringsinsatser. Dessutom fanns det brister i samordningen av olika rehabiliteringsåtgärder. Syftet med beredningens arbete var att ge förslag till en mera aktiv och rehabiliteringsinriktad sjukförsäkring.

I och med reformen, den första januari 1992, infördes ett nytt kapitel i lagen om allmän försäkring, kapitel 22, med regler om rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Rehabiliteringsersättningen var när den infördes 100 procent av sjukpenninggrundande inkomst.

⁴ Källa: RFV

Syftet med rehabiliteringsreformen var att minska ohälsan. Arbetsgivaren gavs ett förstahandsansvar för de anställdas rehabilitering, försäkringskassan fick uppdraget att samordna insatser och den enskilde fick rätt till rehabilitering, men också en skyldighet att medverka.

Resultatet av rehabiliteringsreformen har vid flera tillfällen under 1990-talet varit föremål för utredning och för närvarande utreds frågan av Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (S 1999:08). Slutbetänkande lämnas i augusti 2000.

3.8 Lagen om sjuklön (1992)

Samtidigt som rehabiliteringsreformen infördes trädde också lagen om sjuklön i kraft, den 1 januari 1992. Enligt denna lag skulle arbetsgivaren betala ersättning vid sjukdom till de anställda de första fjorton dagarna av en sjukperiod.

Frågan om sjuklön utreddes redan under 1970-talet och i betänkandet *Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m.m.* (SOU 1972:60) övervägde utredaren om arbetsgivaren skulle kunna betala sjuklön vid kortare fall, då det visat sig att 65 procent av anställdas sjukfall var avslutade efter sju dagar. I betänkandet *Sjukersättningsfrågor* (SOU 1981:22) skissar kommittén på ett sjuklönesystem med en sjuklöneperiod av 14 dagar, anpassad till faktiskt inkomstbortfall.

I betänkandet *Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen* (SOU 1991:35) utreds frågorna om sjuklönegaranti, likabehandling och rapportering i samband med en sjuklöneperiod.

Syftet med införandet av sjuklön var bl.a. att öka arbetsgivarens ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa samt att tillförsäkra de anställda en mer rättvis kompensation för inkomstförluster till följd av sjukdom.⁵ Sjuklönesystemet skulle också vara ett effektivare sätt att administrera den korta sjukfrånvaron.

När sjuklönelagen trädde i kraft den 1 januari 1992 var sjuklöneperioden 14 dagar. Den 1 januari 1997 förlängdes perioden till 28 dagar. Skälen till detta var att stärka arbetsgivarnas ansvar för det förebyggande arbetsmiljöarbetet och för tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser.⁶

I samband med att sjuklöneperioden förlängdes uppstod en tvist kring frågan om den högre avtalsreglerade ersättning som betalades dag

⁵ Regeringens proposition 1990/91:181, om sjuklön, m.m., s. 27–28.

⁶ Regeringens proposition 1995/96:209, om försäkringsskydd vid sjukdom, m.m., s. 30.

15 till 28 i sjukperioder skulle kunna betalas även försettvis. Både Skiljenämnden för arbetsmarknadsförsäkringar och Arbetsdomstolen fann att rätt till ersättning från avtalsförsäkringen respektive kollektivavtalet inte förelåg under den utsträckta sjuklöneperioden. Detta innebar att den totala ersättningen till en anställd sänktes under den förlängda sjuklöneperioden. Då detta inte var regeringens avsikt, föreslogs en återgång till 14 dagars sjuklön.⁷ Från och med den 1 april 1998 blev sjuklöneperioden återigen 14 dagar.

3.9 Sjuklönegaranti

I samband med att lagen om sjuklön trädde i kraft infördes också en sjuklönegaranti som innebär att försäkringskassan, vid tvist om rätten till sjuklön, kan betala den försäkrade ett skäligt belopp, och sedan kräva arbetsgivaren. Tvisten skall avse om arbetstagarens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom, graden av nedsättning, eller om ett anställningsförhållande gäller.

Syftet med bestämmelsen är att bereda ekonomiskt skydd för den enskilde när en tvist uppstår. 1999 fick 25 personer sjuklönegaranti från försäkringskassan och under de första fem månaderna år 2000 har sex personer erhållit sjuklönegaranti.⁸

3.10 Särskilt högriskskydd

För att undvika att personer med hög sjuklighet skulle få svårigheter att få arbete, infördes också 1992 ett särskilt högriskskydd. Arbetsgivaren får då ersättning för sjuklönekostnader från försäkringskassan för en anställd som blivit beviljad högriskskydd. När regeln infördes var sjuklönen 75 procent av den lön och andra anställningsförmåner som den anställde gick miste om till följd av sjukdom de tre första dagarna och därefter 90 procent. Den som beviljats högriskskydd fick ersättning med 90 procent från första dagen.

Reglerna om högriskskydd har anpassats efter andra regeländringar under 1990-talet. Vid karensdagens införande, 1 april 1993, kom högriskskyddet att omfatta även karensdagen. 1 januari 1998 utökades högriskskyddet så att även personer med risk för en eller flera längre sjukperioder kan ansöka om högriskskydd. Dessa personer måste dock själva stå för karensdagen.

⁷ Regeringens proposition 1997/98:1, utgiftsområde 10, s. 14–15.

⁸ Källa: RFV

I början av år 2000 var cirka 6 800 personer berättigade till särskilt högriskskydd, motsvarande siffra 1993 var 8 800. 66 personer var i januari 2000 beviljade det utökade särskilda högriskskyddet och i maj 2000 hade antalet ökat till 83 personer.⁹

3.11 Försäkring mot kostnader för sjuklön

En frivillig försäkring mot kostnader för sjuklön infördes också 1992 för att skydda de små företagen mot höga sjuklönekostnader. Avgiften för denna har varierat och anpassats efter sjuklöneperiodens längd. För närvarande är avgiften 1,4 procent av arbetsgivarens beräknade sammanlagda lönekostnader.¹⁰ Den beräknade lönesumman får högst beräknas vara 130 gånger det för året gällande basbeloppet¹¹, dvs. för närvarande 4 758 000 kronor.

I juni 1992 hade 13.300 företag tecknat försäkringen, fem år senare 7.800 och i maj 2000 omfattas drygt 5 600 företag.¹² Försäkringen uppfattas av många företagare vara för dyr. Agra-utredningen lämnade ett delbetänkande *Högekostnadsskydd mot sjuklönekostnader* (SOU 1997:142) med förslag om högekostnadsskydd för småföretag istället för en försäkring. Detta förslag är inte genomfört.

3.12 Förebyggande sjukpenning

1992 infördes också rätten att få sjukpenning för att genomgå medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom. Frågan hade utretts bl.a. av Rehabiliteringsberedningen, som i betänkandet *Tidig och samordnad rehabilitering* (SOU 1988:41) konstaterade att ersättning för inkomstbortfall vid förebyggande åtgärder bör utges i samma former som vid sjukdom.¹³ Samhällets kostnader för förebyggande sjukpenning har sedan den infördes varit mellan ca 50 miljoner och 60 miljoner kronor per år. 1999 betalades 62 miljoner kronor i förebyggande sjukpenning, vilket kan jämföras med 24 miljarder för sjukpenning samma år.¹⁴

⁹ Källa: RFV

¹⁰ RFFS1999:8

¹¹ SjLL 17 §

¹² Källa: RFV

¹³ Rehabiliteringsberedningens betänkande (SOU 1888:41) *tidig och samordnad rehabilitering*, s. 328.

¹⁴ Källa: RFV

3.13 Karensdag och allmänt högriskskydd (1993-04)

1992 utredde en arbetsgrupp inom Socialdepartementet hur regler om karensdagar skulle kunna införas i sjuklönesystemet. I regeringens proposition 1992/93:31 lades sedan förslag om en karensdag i sjukförsäkringen. Förslaget motiverades dels av regeringens strävan att åstadkomma en ökad självrisk i sjukförsäkringen, dels av behovet att förstärka statens ekonomi.

Den 1 april 1993 infördes en karensdag för sjukpenning och sjuklön. Ett allmänt högriskskydd infördes som innebär att en försäkrad kan ha högst tio karensdagar under en tolv månadersperiod. Dagarna sammanräknas för varje arbetsgivare för sig och försäkringskassan för sig.

En regel om återinsjuknande infördes också, vilken innebär att en ny sjukperiod som börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod avslutats skall betraktas som en fortsättning på den tidigare sjukperioden när det gäller karensdag, ersättningens storlek och sjuklöneperiodens längd. En karensdag infördes också för egenföretagare och inom den frivilliga sjukpenningförsäkringen för de försäkrade som inte väljer en karenstid om 3 eller 30 dagar. Däremot infördes inte någon karensdag vid förebyggande sjukpenning.

3.14 Förändrade ersättningsnivåer under 1990-talet

Nivån på sjukpenning och sjuklön har förändrats vid flera tillfällen under 1990-talet. I mars 1991 sänktes sjukpenningnivån till 65 procent för de första tre dagarna med ersättning, 80 procent från och med fjärde dagen och 90 procent från och med 91:a dagen i ersättningsperioden. När sjuklönen infördes, 1 januari 1992 var nivån för sjuklön 75 procent för de tre första dagarna och 90 procent för de återstående dagarna i sjuklöneperioden. Rehabiliteringsersättning som var 100 procent av sjukpenninggrundande inkomst när den infördes 1992, sänktes den 1 april 1993 till 95 procent.

1 juli 1993 sänktes nivån på sjukpenning till 70 procent efter den 365:e dagen i en sjukperiod. Sjukpenningen skulle också betalas med högst 70 procent av SGI om den försäkrade under de närmast föregående 450 dagarna haft sjukperioder som omfattat sammanlagt 365 dagar. Den som genomgick medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering kunde ansöka om 80 procent även efter 365 dagars sjukskriv-

ning. Den första juni 1994 utökades regeln så att även den som väntade på behandling eller rehabilitering kunde få 80 procent.

1 januari 1996 sänktes ersättningen till 75 procent för såväl sjukpenning och sjuklön som rehabiliteringsersättning, för att den 1 januari 1998 åter höjas och denna gång till 80 procent från och med den andra dagen i sjukfallet. Den 1 januari 1998 ändrades också den minskningsregel som finns i sjukpenningförsäkringen så att kompletterande ersättning får ges av arbetsgivare även efter den 90:e dagen utan att sjukpenningen minskas till en sammanlagd nivå om 90 procent av vad den försäkrade skulle ha haft i lön om han varit i arbete.¹⁵

3.15 Den fördjupade bedömningen (1995-10)

I mitten av 1990-talet tydliggjordes behovet av att bryta den stigande trenden inom förtidspensioneringen. En interdepartemental arbetsgrupp utarbetade en promemoria med förslag som skulle förtydliga regelsystemet för aktörerna inom socialförsäkringsystemet och förbättra det medicinska underlag som låg till grund för beslut om förtidspension och sjukpenning.¹⁶ Bland annat föreslogs att en fördjupad bedömning av rätt till sjukpenning skulle göras senast efter fyra veckor. Bedömningen skulle utföras av handläggande tjänsteman, en tjänsteman med särskild erfarenhet samt förtroendeläkaren.

I proposition 1994/95:147 lades förslag som ledde till att paragrafen om den fördjupade bedömningen fördes in i lagen.¹⁷ Enligt denna skall en fördjupad bedömning göras i alla ärenden som varar längre än 28 dagar.

¹⁵ AFL 3 kap 4a §

¹⁶ Ds 1994:91 Rätten till förtidspension och sjukpenning.

¹⁷ AFL 3 kap. 8a §

4 Sjukförsäkringen i Norge

I uppdraget att utreda sjukförsäkringen ingår att göra en internationell utblick och att redovisa erfarenheter och idéer från andra länder. Utredningen har valt att i delbetänkandet redovisa sjukförsäkringen i Norge. Avsikten är att i slutbetänkandet redovisa erfarenheter från ett antal andra länder av intresse för den svenska sjukförsäkringen.

Den norska försäkringen för sjukpenning, rehabilitering och för-tidspension administreras och organiseras inom ramen för en offentlig och obligatorisk socialförsäkring. Ansvarig försäkringsmyndighet är Trygdekontoret. Det finns stora likheter mellan Sverige och Norge vad gäller regelverk för sjukförsäkring och sjukförsäkringens utveckling. Precis som i Sverige har sjukskrivningarna ökat och en utredning är tillsatt för att förklara sjukförsäkringens ökade kostnader.

4.1 Aktuell lagstiftning¹ (januari 2000)

Omfattning och basbelopp

Huvudregeln är att alla som är bosatta eller arbetar i Norge omfattas av den norska försäkringen. Vid utlandsresa kortare tid än ett år fortsätter försäkringen att gälla. Många av försäkringens ersättningar fastställs i förhållande till ett basbelopp (grunnbeløp "G"). Detta regleras av Stortinget en eller flera gånger om året i överensstämmelse med den allmänna intäktsnivån. Huvudregleringen sker den första maj varje år. Genomsnittligt basbelopp för 1999 var 46 423 norska kronor och gällande basbelopp vid årsskiftet 2000 var 46 950 norska kronor.

¹ Källa: "Det norske trygdesystemet", Det Konglige Sosial- og Helsedepartementet.

Sjukförsäkring för anställda

Försäkrade med årliga inkomster på minst ett halvt basbelopp (23 475 norska kronor) är berättigade till sjukpenning vid sjukdom som medför arbetsoförmåga. Som huvudregel för rätt till ersättning gäller att anställningen skall ha varat i minst 14 dagar.

Anställda får sjukpenning grundad på 100 procent av pensionsgrundande inkomst, upp till sex basbelopp (281 700 norska kronor), från och med första sjukfrånvarodagen och i 260 arbetsdagar (52 veckor). Många anställda omfattas även av kollektivavtal som ger ersättning för inkomster över sex basbelopp. För att kvalificera sig för en ny period med sjukpenning måste man ha arbetat i 26 veckor. Sjukersättningen betalas av arbetsgivaren de första 16 kalenderdagarna och därefter av försäkringen (Folketrygden).

För arbetstagare med risk för hög sjukfrånvaro finns det speciella regler. De innebär att arbetsgivaren kan få kostnader för sjuklön ersatta av försäkringen. Arbetsgivare med få anställda kan försäkra sig mot kostnader för sjuklön under arbetsgivarperioden.

Sjukförsäkring för företagare

Egna företagare får sjukersättning med 65 procent av pensionsgrundande inkomst fr.o.m. 15:e sjukdagen och i 250 arbetsdagar (50 veckor). Genom att betala en särskild premie kan egna företagare få sjukersättning med 65 procent från första sjukdag eller med 100 procent från första eller femtonde sjukdag.

Sjukförsäkring för arbetslösa

Arbetslösa får sin sjukersättning beräknad efter samma regler som för arbetslöshetsersättning, dvs. cirka 55 procents lönekomensation.

Hur länge får man sjukpenning?

I Norge krävs det läkarintyg fr.o.m. den fjärde sjukdagen. Möjligheten att vara sjuk tre dagar utan läkarintyg är begränsad till fyra gånger per år. Sjukersättningen kan graderas mellan 100 procent och 20 procent.

Anställda kan få sjukpenning under arbetsträning hos den egna arbetsgivaren, s.k. ”aktiv sjukskrivning”, i tolv veckor. Därefter kan tiden förlängas med ytterligare tolv veckor.

Sjukskrivna som inte kan gå tillbaka till sitt tidigare arbete, men som kan utföra annat arbete, kan få sjukpenning under en begränsad period av tolv veckor när de övergår från Trygdens till arbetsförmedlingens ansvarsområde. Detta under förutsättning att de är anmälda som arbetssökande hos arbetsförmedlingen.

Ersättning vid medicinsk rehabilitering och yrkesinriktade åtgärder

Rätt till ersättning under medicinsk rehabilitering och yrkesinriktade åtgärder har den som är under 67 år, vistas i Norge och har varit medlem i försäkringen i tre år.

Ersättning vid yrkesinriktade åtgärder (yrkesrettet attføring) ges till den som har varaktigt nedsatt arbetsförmåga eller väsentligt inskränkta möjligheter att välja yrke eller arbetsplats. Ersättning ges också till förbättring av allmän funktionsnedsättning, när denna är väsentligt och varaktigt reducerad till följd av sjukdom, skada eller lyte.

Försäkrade som förbrukat sin sjukpenningrätt och har fortsatt nedsatt arbetsförmåga till minst hälften, kan få rehabiliteringspengar. Försäkrade som inte haft rätt till sjukpenning kan också få rehabiliteringspengar, när deras arbetsförmåga har varat i ett år.

I slutfasen av en period med medicinsk rehabilitering kan en försäkrad få rehabiliteringspengar med som lägst 20 procent. Rehabiliteringspengar lämnas vanligtvis inte längre än 52 veckor. Attföringspengar kan lämnas i väntan på yrkesinriktad åtgärd, under åtgärd och innan arbete är ordnat.

Förtidspension

Personer mellan 18 och 67 år kan ansöka om förtidspension om de varit försäkrade i minst tre år innan de blivit arbetsoförmögna till minst 50 procent. Arbetsförmågan ska vara nedsatt på grund av sjukdom. Förtidspensionsförmånen upphör om personen inte längre är medlem i försäkringen.

Förtidspensionen består av grundpension, tilläggspension eller sär-tillägg eller alltsammans. Personer med partiell arbetsförmåga kan få partiell förtidspension.

4.2 Finansiering av den norska socialförsäkringen

Den norska socialförsäkringen finansieras av medlemsavgifter från anställda, egna företagare och andra försäkrade som betalar en försäkringsavgift. Därutöver betalar arbetsgivare en arbetsgivaravgift och staten ett statsbidrag. Avgifterna och statsbidraget fastställs av Stortinget.

Avgiften för anställda och egna företagare betalas för inkomster över 21 400 norska kronor. Avgiften för anställda är 7,8 procent av bruttolönen. För egna företagare är avgiften 10,7 procent upp till 12 basbelopp och 7,8 procent därutöver. Som huvudregel betalas inte avgiften över ett angivet tak, som varierar för olika kategorier av egna företagare.

Arbetsgivarna betalar sin del av försäkringen i form av en arbetsgivaravgift som fastställs i procent av utbetald lön. Avgiften är differentierad i förhållande till vilken del av landet arbetstagaren bor. Norge är indelat i fem regionala zoner utifrån geografiska och ekonomiska förhållanden och avgiften varierar från 14,1 procent till 0 procent. (14,1 %, 10,6 %, 6,4 %, 5,1 %, 0,0 %)

1999 var socialförsäkringens samlade utgifter ca 159 235 miljoner norska kronor, vilket motsvarar ca 36,8 procent av utgifterna i statsbudgeten och ca 13,6 procent av bruttonationalprodukten. Statsbidraget till försäkringen 1999 var ca 44 192 miljoner norska kronor, vilket motsvarar ca 27,8 procent av socialförsäkringens samlade utgifter.

4.3 Regeländringar under 1990-talet

Den norska sjukförsäkringen har genomgått betydligt färre regeländringar än den svenska under 1990-talet. I Norge har arbetsmarknadens parter, stat och kommuner genomfört informationskampanjer i syfte att minska sjukfrånvaron. Dessutom har ett tjugotal organisationer i arbetslivet gått samman i ett "sjukfrånvaroparaply" för informationsutbyte. Informationen har samlats i en idébank som finns på Internet. Här följer en sammanställning av regeländringar inom ohälsområdet.

Sjukförsäkring

1992 sänktes taket i sjukförsäkringen från 8 till 6 basbelopp. Den 1 juli 1993 preciseras sjukdomsbegreppet dvs. vad som ska räknas som sjukdom. Nedsättning av arbetsförmågan enbart på grund av sociala förhållanden, ekonomiska förhållanden eller andra livsproblem ger inte rätt till sjukpenning. Den som avböjer erbjuden behandling eller rehabilitering kan nekas sjukpenning. Efter tolv veckors sjukskrivning skall behov av uppföljning i sjukfallet bedömas. "Aktiv sjukskrivning" infördes också, vilket innebär att Trygdekontoret kan bevilja sjukpenning upp till tolv veckor för arbetsträning eller annan form av aktivitet på den egna arbetsplatsen. Den 1 april 1998 förlängdes den period då arbetsgivaren betalar sjuklön till sina anställda med två dagar, från 14 till 16 kalenderdagar.

Medicinsk rehabilitering och yrkesinriktade åtgärder

Preciseringen av sjukdomsbegreppet 1 juli 1993 gäller även vid bedömning av rätt till rehabiliteringspengar. Antalet dagar med ersättning begränsades till ett år. Dock finns undantag från ettårsregeln vid allvarlig sjukdom eller skada som är under behandling som förväntas ge resultat. Den 1 januari 1994 överfördes en stor del av ansvaret för yrkesinriktad rehabilitering från försäkringsmyndigheten till arbetsmarknadsmyndigheten.

Förtidspension

1990 upphävdes äldre regler för personer över 64 år. De medicinska villkoren för att få förtidspension skärptes 1991 på så sätt att det ska finnas ett klart samband mellan arbetsförmågans nedsättning och de medicinska besvären. Det infördes ökade krav på att yrkesinriktade åtgärder skall ha prövats innan en förtidspension beviljas, liksom strängare krav på yrkes- och geografisk rörlighet.

1993 infördes regler om efterkontroll i syfte att få förtidspensionärer i arbete. 1994 beslutades att förtidspension kan vara vilande ("fryses") för den som prövar att återgå till arbete under tolv månader. (I dag gäller tre år.) Regeln för hur stora inkomster som är tillåtna tillsammans med förtidspension har höjts från 0,5 till 1 basbelopp.

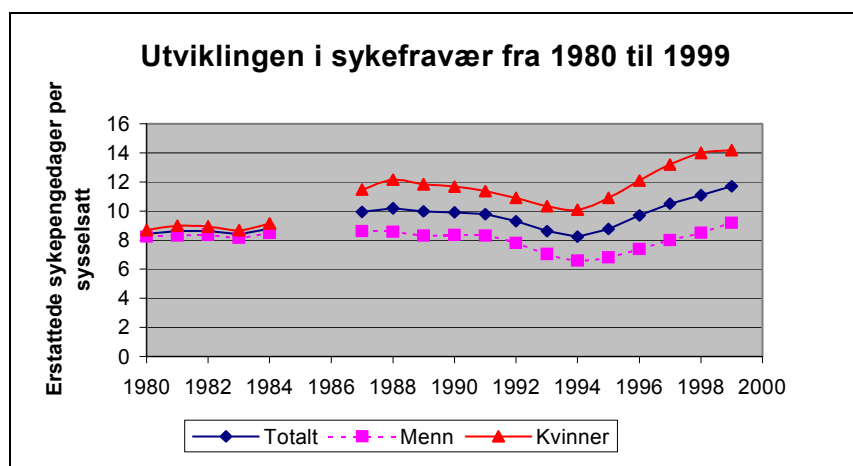
4.4 Sjukfrånvaron i Norge

Nedan beskrivs och skissas några möjliga förklaringar till sjukfrånvarons utveckling under 1990-talet. Dessutom beskrivs några faktorer i sjukfrånvarons sammansättning.²

4.4.1 Sjukfallens utveckling och möjliga förklaringar

I ett längre perspektiv har den norska sjukfrånvaron ökat under de två senaste decennierna. Vid slutet av 1980-talet och början av 1990-talet gick dock sjukfrånvaron ner. 1994 nåddes 1990-talets lägsta nivå, för att därefter återigen stiga. De senaste åren har sjukfrånvaron ökat i allt högre takt och 1997 nåddes en högre nivå än det tidigare ”rekordåret” 1988. Antal ersatta sjukpenningdagar³ per sysselsatt var 11,7 år 1999, vilket är en ökning med 40 procent jämfört med bottenåret 1994.

Diagram 1. Den norska sjukfrånvarons utveckling 1980–1999



Källa: Det Konglige Sosial- og Helsedepartementet.

² Källa: Den norska sjukförsäkringsutredningens sekretariat.

³ Med sjukpenningdagar menas här de dagar som ersätts av försäkringen, Folketrygden. Fr.o.m. 1 april 1998 betalar arbetsgivarna sjuklön de första 16 kalenderdagarna.

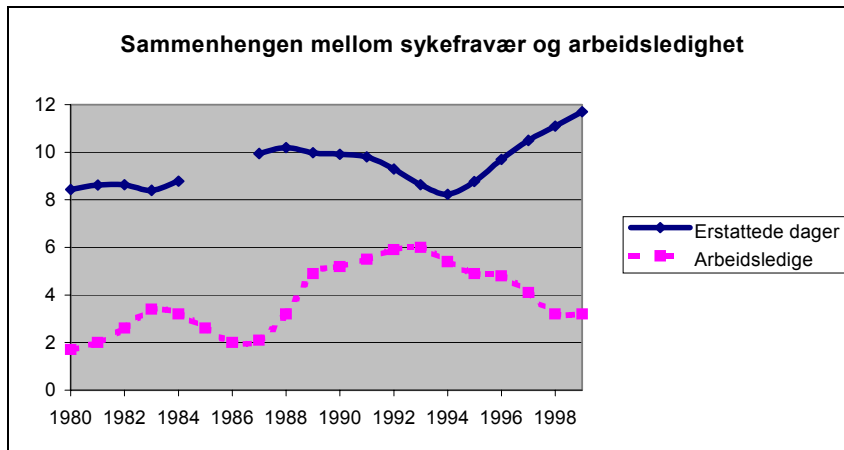
Enligt den norska sjukförsäkringsutredningen kan följande faktorer bidra till att förklara sjukfallsutvecklingen i Norge.

Arbetsmarknaden

Sysselsättning

Forskning på norska förhållanden har visat att det finns ett nära samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet. Sjukfrånvaron ökar i tider med låg arbetslöshet och minskar i perioder med ökad arbetslöshet. Några menar att sammanhangen kan förklaras med att fler arbetstagare med svag hälsa kommer in på arbetsmarknaden i goda tider, vilket leder till en sjukligare arbetskraft (marginaliseringshypotesen). Andra hävdar att människor i tider med hög arbetslöshet avstår från att sjukskriva sig av rädsla för att mista arbetet (diciplineringshypotesen). Sannolikt är det en kombination av flera faktorer som kan förklara sammanhangen mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet.

Diagram 2. Samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet 1980–1998.



Källa: Det Konglige Sosial- og Helsedepartementet.

Arbetsmiljö

Det är sannolikt att det finns ett samband mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Anställda med dålig fysisk, psykisk och organisatorisk arbetsmiljö har högre sjukfrånvaro än anställda med bra arbetsmiljö. Även om arbetsmiljön har förändrats de senaste åren, bedömer det

norska sekretariatet att dessa ändringar inte haft någon avgörande betydelse för den ökade sjukfrånvaron.

Omställningsprocesser i arbetslivet

1990-talet har kännetecknats av ett arbetsliv i förändring. Nya organisationsformer och ledningsstrategier har sett dagens ljus. Många anställda har omfattats av omorganisationer. Dessa processer kan i vissa fall leda till ökad sjukfrånvaro, men bedöms för Norges del inte vara den avgörande orsaken till de senaste årens ökning.

Demografi

De stora efterkrigskullarna har nu kommit upp i åldersgrupper där sannolikheten för sjukfrånvaro ökar markant. Antalet sysselsatta i gruppen 50–54 år har ökat med 40 procent från 1993 till 1998. Gruppen 55–59 år har ökat med mer än 30 procent under samma period. Det norska sekretariatet gör bedömningen att förändringar i demografin kan förklara minst 20 procent av ökningen i sjukfrånvaro under perioden 1993 till 1998.

Sjuklighet

Det norska folkets hälsotillstånd har varit stabilt med tendenser till förbättring det senaste decenniet. Livslängden har stigit och antalet personer som värderar sin hälsa som god eller mycket god har ökat. Det norska sekretariatet antar därmed att ökningen i sjukfrånvaron inte kan förklaras utifrån förändringar i befolkningens hälsotillstånd. Däremot bedöms det som möjligt att folkets värdering av sjukdom och frånvaro har förändrats.

Ändringar i lagar och regelverk

Några större lag- eller regeländringar inom sjukfrånvarons område har inte gjorts sedan 1978. Däremot genomfördes i början av 1990-talet förändringar inom angränsande försäkringsområden som kan ha haft betydelse för sjukfrånvarons utveckling. 1991 stramades reglerna för förtidspension åt, vilket resulterade i att färre beviljades förtidspension. 1993 begränsades dagarna med rehabiliteringsersättning till ett år. Båda dessa lagändringar gjorde det svårare att få varaktiga ersättningar,

vilket ledde till att fler personer med hälsoproblem förblev i, eller återfördes till, arbetslivet. Detta kan vara en bidragande orsak till ökad sjukfrånvaro.

Samhällspolitiska målsättningar – arbetslinjen

Ett centralt politiskt mål de senaste åren är den s.k. arbetslinjen. Huvudprincipen i arbetslinjen är att behålla personer med hälsoproblem och sociala problem i arbete, i stället för att de går över till passiv och varaktig försörjning genom socialförsäkringen. Om målet med arbetslinjen skall lyckas får man också acceptera en ökad sjukfrånvaro. Ju fler åtgärder som verkställs för att behålla hälsomässigt svagare grupper i arbetslivet, desto högre sjukfrånvaro är att förvänta.

4.4.2 Beskrivning av de sjukfrånvarande

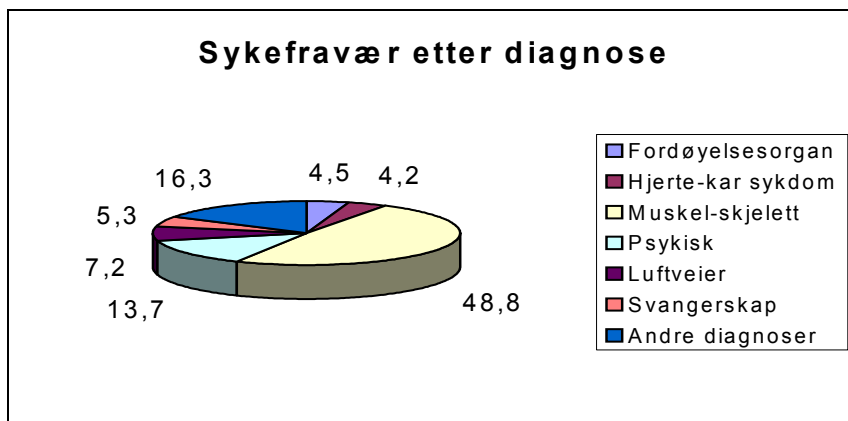
Sjukfrånvaro och kön

I likhet med kvinnor i de flesta andra europeiska länder har norska kvinnor högre sjukfrånvaro än män. Antalet ersatta sjukfrånvarodagar per kvinnlig sysselsatt var 14,2 år 1999, motsvarande antal bland män med anställning var 9,2. Förhållandet mellan mäns och kvinnors sjukfrånvaro har varit relativt stabilt sedan 1987.

Sjukfrånvaro och diagnoser

I cirka hälften av alla avslutade sjukfall rör diagnosen rörelseapparaten. Därefter följer psykiska besvär med cirka 14 procent av alla sjukfall. Sjukfrånvaro fördelad på diagnoser visar att sjukfrånvaro på grund av graviditetsbesvär kan förklara en betydande del av sjukfrånvarons könsskillnader. Se diagram 3.

Diagram 3. Sjukfrånvaro efter diagnos

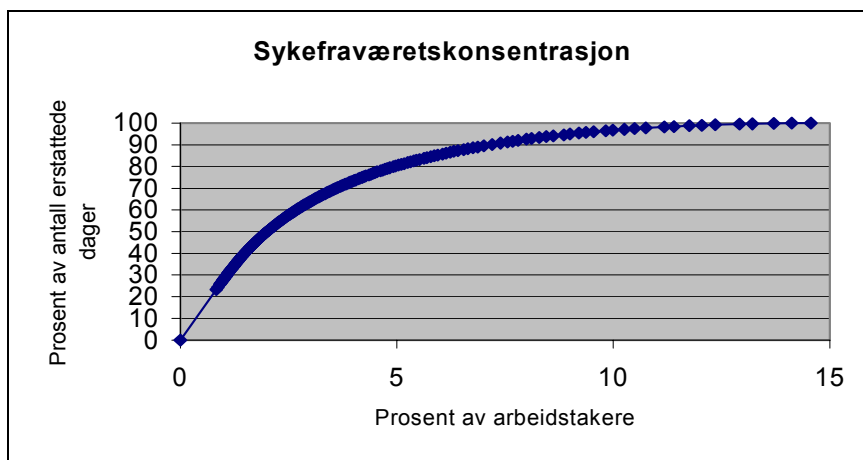


Källa: Det Konglige Sosial- og Helsedepartementet, (fordøyelseorgan = matsmältningsorgan, svangerskap = graviditet).

Koncentration av sjukfrånvaro

Forskning har visat att det är en liten grupp av arbetstagarna som står för en förhållandevis stor andel av sjukfrånvaron. Cirka 2 procent av arbetstagarna står för hälften av alla sjukpenningdagar, medan cirka 6 procent av arbetstagarna står för 80 procent av sjukpenningdagarna.

Diagram 4. Sjukfrånvarokoncentration.



Källa: Det Konglige Sosial- og Helsedepartementet.

4.5 Prognosmodeller

Det norska finansdepartementet utarbetar prognoser för hur utfallet för sjukförsäkringen förväntas bli. Till grund för prognoserna ligger främst konjunkturutvecklingen i landet. Antalet sysselsatta och antalet sjuk-skrivna är faktorer som där väger tungt.

4.6 Pågående översyn av sjukförsäkringssystemet

I Norge pågår sedan 1999 en utredning, tillsatt av den norska regeringen, om sjukfrånvaro och förtidspension. I utredningen ingår representanter från de största organisationerna i arbetslivet, forskare och andra specialister. Bakgrunden till att utredningen tillsatts är, precis som i Sverige, den starka ökningen av sjukförsäkringens kostnader. Efter en nedgång i början av 1990-talet har sjukfrånvaron stadigt ökat, liksom andelen yrkesaktiva som avslutar sin karriär med förtidspension.

Den norska utredningen ska undersöka orsakerna till ökningen i sjukfrånvaron och till beviljandet av förtidspension. Socialförsäkringens sociala och samhällsekonomiska roll skall kartläggas. Regelförändringar i Norge och andra länder skall utvärderas. Arbets-situation och miljö skall diskuteras. Slutligen skall utredningen lägga förslag till förändringar och överväga huruvida kvantitativa mål för sjukfrånvaro skall fastställas samt vilka ekonomiska, sociala och administrativa konsekvenser dessa mål skulle få. Utredningen skall lämna sitt slutbetänkande den 15 september 2000.

5 Statistik- och analysunderlag

Utredningen redovisar i detta kapitel en sammanställning av tillgänglig statistik som främst avser att belysa de väsentligaste faktorerna bakom de senaste årens kraftiga ökning av sjukfrånvaron. Utredningen har inte haft ambitionen och heller inte tidsmässig möjlighet att redovisa en fullständig bild av utvecklingen. Utredningen har i huvudsak utnyttjat data från RFV:s sjukdataregister och SCB:s arbetskraftsundersökningar för sin analys och hänvisar till dessa källor för ytterligare information.

Under 1999 hanterade försäkringskassorna mer än 900 000 sjukfall. Det var 300 000 fler än 1997.

Totalt ersattes 75 miljoner sjukdagar av sjukförsäkringen 1999. Det var 25 miljoner fler än under 1997.

Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns.

Nära 500 000 individer – 284 000 kvinnor och 214 000 män – hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre tid än ett år eller uppbar sjukbidrag eller förtidspension. Det var mer än 30 000 fler än vid årsskiftet 1997/98.

Kvinnor utgjorde 62 procent av de sjukskrivna vid årsskiftet 1999/2000 och svarade för 66 procent av ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan 1997 och 1999.

33 000 anställda kvinnor hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre tid än ett år. Det var en ökning med 84 procent från 1997.

Kvinnor anställda inom kommuner och landsting har en väsentligt högre sjukfrånvaro än andra kvinnor. 80 procent av anställda inom kommuner och landsting är kvinnor.

Kvinnor anställda inom kommuner och landsting utgör ca 21,5 procent av alla anställda men svarar för ca 30 procent av sjukfrånvaron.

75 procent av ersatta dagar i pågående fall vid årsskiftet 1999/2000 avsåg fall som hade pågått längre tid än ett år.

70 procent eller nära 500 000 av de fall som avslutades under 1999 hade pågått kortare tid än två månader.

De regionala skillnaderna i sjukfrånvaro är stora. Sjukskrivningsfrekvenserna för kvinnorna varierar från 4,5 procent i Kronobergs och Hallands län till 8,7 procent i Västerbotten. Männens tal varierar från 2,7 procent i Kronobergs län till 4,35 procent i Västerbotten.

5.1 Sjukfrånvarons utveckling och struktur

Sjukfrånvarons utveckling är väl dokumenterad i RFV:s sjukdataregister vad avser antal av sjukförsäkringen ersatta fall, sjukdagar och sjukfallens längd samt sjukskrivnas kön och ålder. Tyvärr saknar dock den officiella statistiken mycket av förklaringsvärde. Uppgifter saknas till exempel om diagnos, yrke, arbetsplats, arbetsgivare, etc. Den korta sjukfrånvaron, upp till 14 respektive 28 dagar, är inte heller systematiskt registrerad på grund av att sjuklöneperioden (då arbetsgivaren svarar för sjukersättningen) varierat under de senaste åren. Någon samlad statistik avseende sjukfrånvaron under sjuklöneperioden har inte funnits under 1990-talet. Sedan den 1 januari 2000 samlar SCB, på RFV:s uppdrag in statistik. En första mera fullständig redovisning av korttidsfrånvaron avseende första halvåret komma att finnas under hösten 2000.

Utredningen har sökt kompensera dessa brister genom att

- genomföra en egen beteendeundersökning
- låta samköra arbetsmiljöundersökningarna 1977 och 1999 med RFV:s sjukdataregister
- ta del av RFV:s ”4:e septemberundersökningar” om pågående sjukskrivningar
- ta del av AMF:s statistik avseende diagnoser i ersatta försäkringsfall
- utnyttja SAF:s tidsanvändningsstatistik
- göra en genomgång av ett 20-tal sjukfallsstudier gjorda av enskilda försäkringskassor

Utredningen kommer i sitt slutbetänkande att lämna förslag till hur en övergripande systematisk uppföljning av sjukfrånvaron bör redovisas och vilka statistiska och andra uppgifter som då är erforderliga.

I det följande redovisas i sammanfattad form de basdata avseende sjukfrånvaron som utredningen sammanställt och arbetat med.

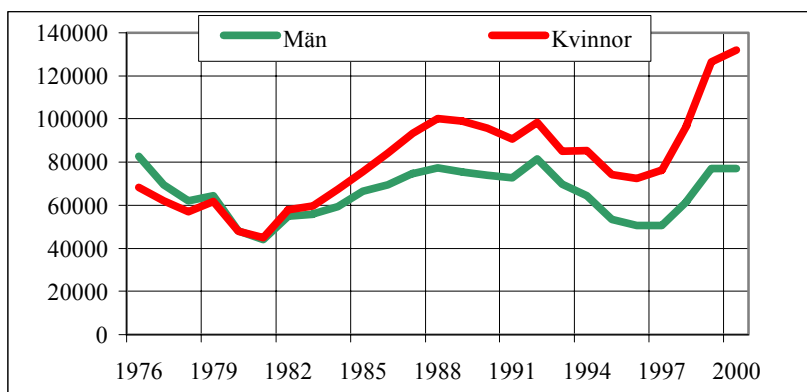
5.1.1 Utvecklingen av sjukfrånvaron

I detta avsnitt redovisas utvecklingen av antalet sjukskrivna, sjukpenningdagar och sjuktal.

Sjukskrivna

Diagram 1

Antal sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av 1976–2000 (april).



Källa: RFV

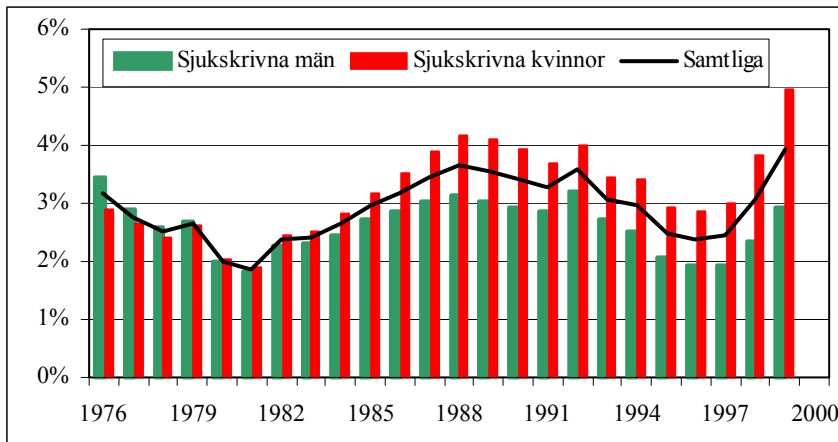
För att få jämförbarhet över tiden med hänsyn till regeländringar ingår endast personer med en sjukskrivningsperiod som är längre än 30 dagar.

I slutet av april år 2000 var 209 046 personer sjukskrivna. Av dessa var 131 916 kvinnor och 77 130 män. Under den ovan redovisade perioden har antalet sjukskrivna män varierat mellan som lägst 44 000 år 1981 och som högst 83 000 år 1976. För kvinnorna är motsvarande uppgifter 45 000 år 1981 och 130 000 mars år 2000.

Kvinnornas andel av antalet sjukskrivna har under perioden ökat successivt och kraftigt. 1976 var andelen 45 procent, 1980 hade den stigit till 50 procent och den var i april 2000 63 procent. Andelsökningen har sedan 1993 varit ca 1 procentenhet varje år.

Diagram 2

Andel sjukskrivna längre än 30 dagar vid slutet av 1976–1999 i procent av befolkningen (16–64 år).

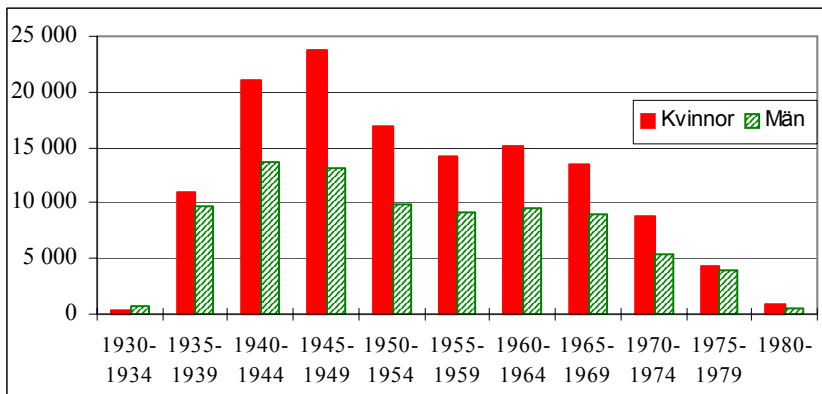


Källor: Bearbetning av material från RFV och SCB

Utvecklingen visar naturligen samma svängningsmönster som diagram 1. Vid årsskiftet 1999/2000 hade ca 3 procent av männen och 5 procent av kvinnorna i åldern 16 till 64 år varit sjukskrivna längre än 30 dagar. Motsvarande siffra för hela befolkningen var 4 procent. Andelen sjukskrivna kvinnor var 1999 högre än något tidigare år. Andelen sjukskrivna män var något lägre än 1976 och 1992.

Diagram 3

Antal sjukskrivna män och kvinnor vid slutet av 1999 efter födelseår.

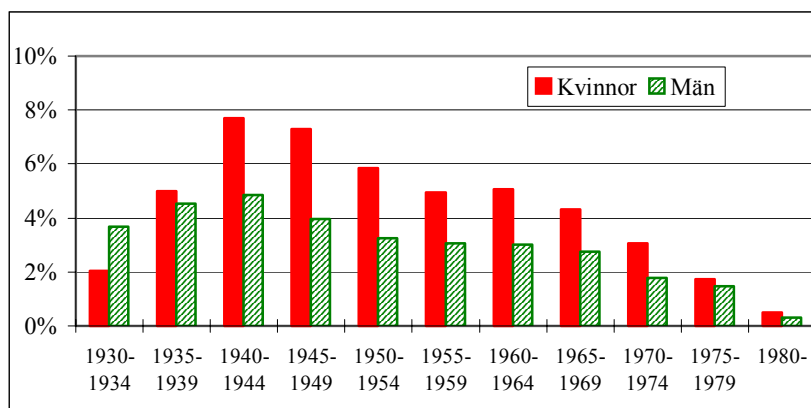


Källa: RFV

Antalet sjukskrivna kvinnor var vid slutet av 1999 betydligt högre än antalet sjukskrivna män i alla yrkesverksamma åldersgrupper. Detta gäller särskilt kvinnor och män födda under 1940-talet. Ca 45 000 kvinnor födda under 1940-talet var sjukskrivna vid årsskiftet 99/00. Motsvarande siffra för männen var 27 000. Tillsammans utgjorde män och kvinnor födda under 1940-talet en tredjedel av totalt antal sjukskrivna. Det bör noteras att de låga sjuktalen för individer födda mellan 1930 och 1934 beror på att endast ett mindre antal är yrkesverksamma och att möjligheten att få sjukersättning är begränsad.

Diagram 4

Andel sjukskrivna vid slutet av 1999 fördelade efter födelseår i procent av befolkningen.



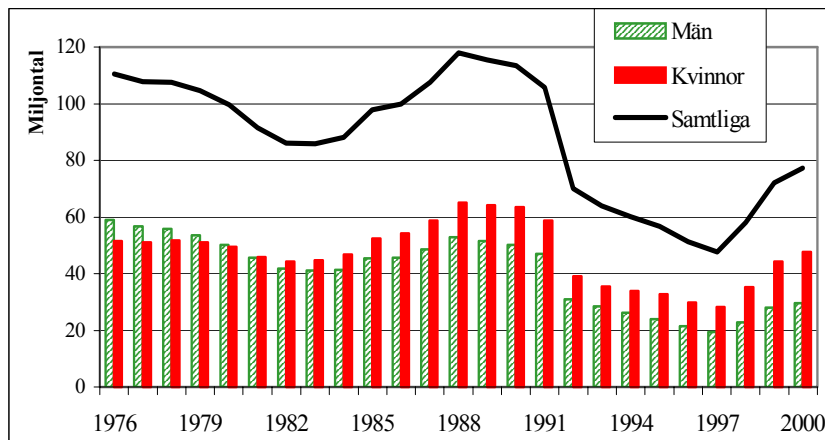
Källor: Bearbetning av material från RFV och SCB

Andelen sjukskrivna kvinnor varierar kring medelvärdet 5 procent, från ca 2 procent för de äldsta och yngsta till 8 procent för kvinnor födda 1940–1944. För männen är avvikelserna från medeltalet 3 procent betydligt mindre. Den högsta andelen sjukskrivna är knappt 5 procent för män födda 1940–1944. Kvinnor har i samtliga åldersgrupper högre relativa sjuktal än män.

Sjukpenningdagar

Diagram 5

Av sjukförsäkringen ersatta dagar 1976–2000 (april).
Partiellt ersatta sjukpenningdagar räknas som hela dagar.



Källa: RFV

Antalet av sjukförsäkringen ersatta sjukpenningdagar har varierat kraftigt över tiden. Från 1976 till början av 1990-talet låg nivån betydligt över dagens. Som högst ersatte sjukförsäkringen 120 miljoner sjukdagar 1988.

Diagrammet speglar inte den totala sjukfrånvaron och påverkas av de förändringar som genomförts. Detta gäller särskilt under 1990-talet. Sänkt ersättningsnivå under de tre första dagarna i en sjukperiod från mars 1991, införandet av karensdagen 1993 och sjuklöneperioder med olika längd sedan 1992 försvårar tolkningen av förändringarna under 1990-talet. I regeringens proposition 1990/91:181 *om sjuklön, m.m.* uppskattades att ca 80 procent av det totala antalet sjukfall skulle omfattas av en sjuklöneperiod på 14 dagar. Dessa många sjukfall ger dock inte sammantaget så många sjukdagar. Utredningen har inte haft underlag för att exakt beräkna hur många sjukdagar som föll bort genom förändringen 1992. Utredningen uppskattar dock att en stor del av nedgången av antalet sjukdagar mellan åren 1991 och 1992 kan hänföras till införandet av sjuklöneperioden. En viss reell minskning av antalet sjukdagar kvarstår dock och skulle kunna förklaras av att införande av ett arbetsgivaransvar och karensdagar fick en effekt. Sjuklöneperioden förlängdes 1997 till 28 dagar med ytterligare minskning av antalet sjukpenningdagar till följd. Från april 1998 är sjuklöne-

perioden återigen 14 dagar med åtföljande ökning av dagar ersatta av sjukförsäkringen.

Tabell 1

Av sjukförsäkringen ersatta sjukdagar i pågående sjukfall 1999. Procentuell fördelning av totala antalet dagar på kön och födelsekohort.¹

<i>Födelseår</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
1930–1939	5	4	10
1940–1949	23	15	38
1950–1959	17	10	28
1960–1969	12	7	19
1970–1979	3	2	5
<i>Samtliga</i>	<i>62</i>	<i>38</i>	<i>100</i>

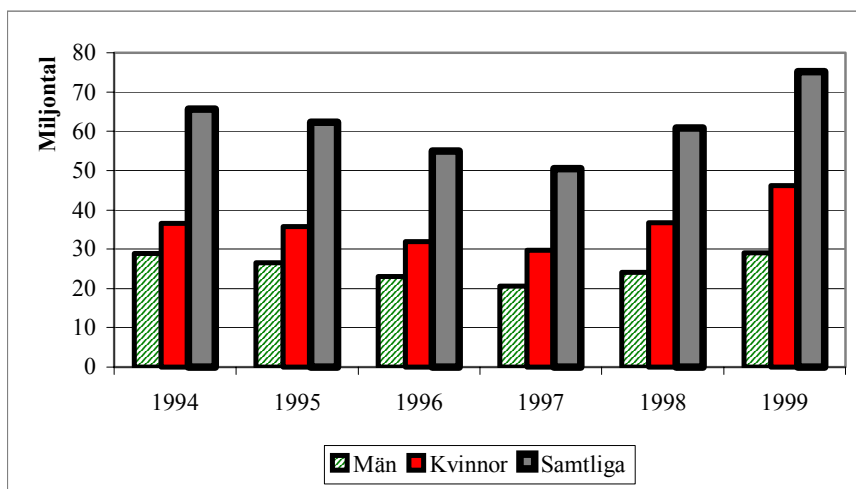
Källa: RFV

Som framgår av tabellen svarade kvinnorna för 62 procent av totalt antal sjukpenningdagar i de fall som pågick vid årsskiftet 1999/2000. Kvinnor födda under 1940-talet svarade för 23 procent.

¹ Kohort: inom den romerska armén beteckning för en tiondel av en legion. Inom forskningen används begreppet för att beteckna en grupp människor som har något gemensamt, i allmänhet födelseår.

Diagram 6

Antalet av sjukförsäkringen ersatta dagar 1994–1999.



Källa: RFV

Den starka ökningen sedan 1997 har inneburit att antalet sjukpenningdagar ökat med 25 miljoner dagar eller 50 procent till 75 miljoner dagar 1999. Ca 6 miljoner dagar av denna ökning sammanhänger med att sjuklöneperioden i april 1998 minskades från 28 till 14 dagar. Ökningen fortsätter under år 2000.

Ökningen av antalet sjukpenningdagar är mycket ojämnt fördelat mellan kvinnor och män och mellan olika åldersgrupper. I tabell 2 nedan redovisas hur ökningen fördelas på olika grupper.

Tabell 2

Fördelning av ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan 1997 och 1999 på kön och födelsekohorter.

Födelse- år	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Dagar	Andel %	Dagar	Andel %	Dagar	Andel %
1930–39	349 280	1	-37 120	0	312 704	1
1940–49	6 148 096	25	3 521 536	14	9 668 608	39
1950–59	4 395 520	18	2 293 760	9	6 689 792	27
1960–69	1 952 256	8	1 056 256	4	3 008 512	12
1970–79	1 952 256	8	1 056 256	4	3 008 512	12
Samtliga	16 347 136	66	8 421 376	34	24 764 416	100

Källa: Bearbetning av material från RFV

Kvinnor födda under 1940-talet svarade för 25 procent av den totala ökningen av antalet sjukpenningdagar mellan 1997 och 1999. Sammantaget svarade kvinnorna för 66 procent av ökningen. I varje åldersgrupp är kvinnornas andel av ökningen i stort sett dubbelt så hög som männens.

Sjuktal

I följande tabell redovisas sjukpenningdagar fördelade på kvinnor och män (partiellt ersatta dagar har räknats som hela). Sjuktalet har beräknats som totalt antal ersatta dagar i relation till befolkningen (exkl. de som uppbär helt sjukbidrag eller hel förtidspension och därmed inte kan erhålla sjukpenning) och redovisas för kön och födelsekohorter. *Sjukfrånvarodagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i redovisade sjuktal för anställda.*

Tabell 3

Av sjukförsäkringen ersatta dagar och sjuktal 1999 fördelat på kvinnor och män samt födelsekohorter (Tusental dagar och individer).

Födelse- år	Kvinnor			Män			Samtliga		
	Antal	Ersatta dagar	Sjuk- tal	Antal	Ersatta dagar	Sjuk- tal	Antal	Ersatta dagar	Sjuk- tal
1935-39	165	4 733	29	162	3 840	24	327	8 573	26
1940-44	234	7 992	34	253	5 583	22	486	13 574	28
1945-49	297	8 309	28	307	5 155	17	604	13 464	22
1950-54	272	6 376	23	287	3 855	13	559	10 232	18
1955-59	277	5 415	20	288	3 250	11	565	8 665	15
1960-64	291	5 090	17	306	2 870	9	598	7 961	13
1965-69	306	4 434	14	322	2 285	7	628	6 719	11
1970-74	288	2 614	9	299	1 358	5	586	3 972	7
1975-79	250	906	4	262	582	2	512	1 489	3
Summa	2 574	46 113	18	2 686	29 061	11	5 260	75 170	14

Källa: Bearbetning av material från RFV och SCB.

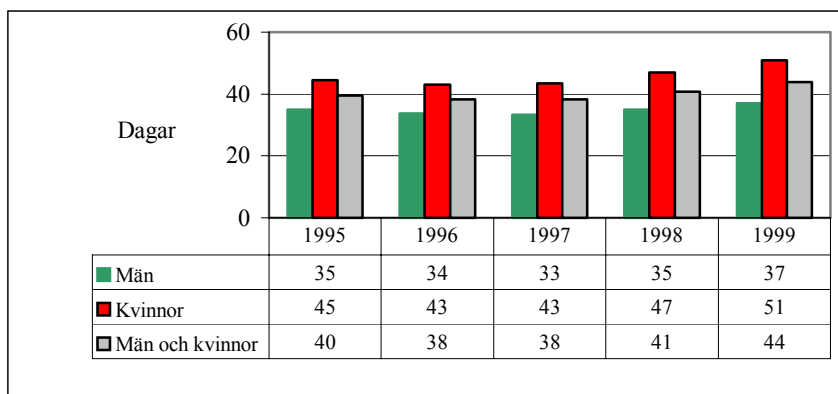
Kvinnornas genomsnittliga sjuktal uppgick under 1999 till 18 dagar. Männens motsvarande tal var 11. Det totala genomsnittliga antalet sjukpenningdagar uppgick till 14. Sjuktalet stiger markant med åldern. Individer födda under 1940-talet hade mer än dubbelt så höga sjuktal än de som föddes under 1960-talet. Kvinnorna har i alla åldersgrupper högre sjuktal än männen. Skillnaderna ökar med stigande ålder.

Tyvärr särredovisas idag inte de arbetslösas sjukfrånvaro. Enligt RFV:s ”4:e septemberundersökningar” 1998 och 1999 utgjorde arbetslösa drygt 20 procent av de sjukskrivna vid dessa datum. Utredningen kommer, som tidigare nämnts, att i det fortsatta arbetet ingående söka analysera utvecklingen av denna grupps sjukfrånvaro.

Nedan redovisas ohälsotalens utveckling för kvinnor och män under perioden 1995–1999. Ohälsotalet är ett försäkringsmått, som RFV använder. Talet anger storleken av de utbetalningar av ersättning för inkomstbortfall vid ohälsa, som görs av socialförsäkringarna. I ohälsotalet ingår antal ersatta dagar per försäkrad i åldern 16–64 år under en tolv månadersperiod. Ersatta dagar med olika former av sjukpenning samt dagar med sjukbidrag och förtidspension ingår i ohälsotalet. Dagar med partiell ersättning är omräknade till hela dagar. Sjuklönedagar från arbetsgivaren ingår inte.

Diagram 7

Ohälsotalets utveckling 1995–1999.



Källa: RFV

Diagrammet visar att männens ohälsotal i genomsnitt stigit med 2 dagar, från 35 dagar 1995 till 37 dagar 1999. Kvinnornas motsvarande tal är en ökning med 6 dagar från 45 dagar 1995 till 51 dagar 1999. Det genomsnittliga ohälsotalet hade för tolv månadersperioden t.o.m. maj 2000 stigit till 45 och fördelades på sjukpenningdagar och sjukbidrags- och förtidspensionsdagar enligt följande:

Tabell 4

Ohälsotalets fördelning på sjukpenning och förtidspension för tolv-månadersperioden juni 1999–maj 2000.

	<i>Sjukpenning</i>	<i>Förtidspension</i>	<i>Totalt</i>
Kvinnor	20	33	53
Män	12	26	38
Samtliga	16	29	45

Källa: RFV

Som framgår av tabellen utgör dagar med sjukbidrags- eller förtidspensionsersättning den större delen av ohälsotalet.

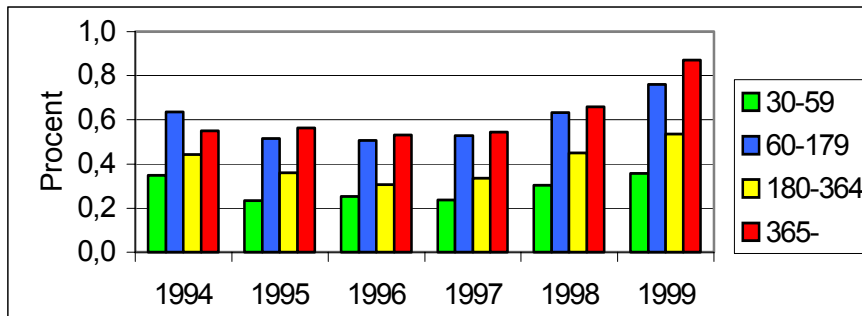
5.1.2 Utvecklingen av långa sjukskrivningar och förtidspensionering

I detta avsnitt redovisas sjukfrånvaron med tonvikt på utvecklingen av sjukskrivningarnas längd och utvecklingen av förtidspensionering. Av redovisningen framgår den trendmässigt starka ökningen av de längsta sjukfallen sedan 1997.

I diagrammen 8 och 9 nedan redovisas anställda kvinnors och mäns pågående sjukfall från och med dag 30 i olika längdklasser vid slutet av åren 1994-1999. Det bör observeras att RFV:s redovisning av anställdas sjukfall endast avser anställda som erhållit sjuklön. Detta innebär att procenttalen är något underskattade. Sjukskrivningstidens längd mäts från datum för sjukanmälan till arbetsgivaren.

Diagram 8

Anställda mäns pågående sjukfall i olika sjuklängdsklasser i förhållande till totalt antal sysselsatta män (31 december respektive år).

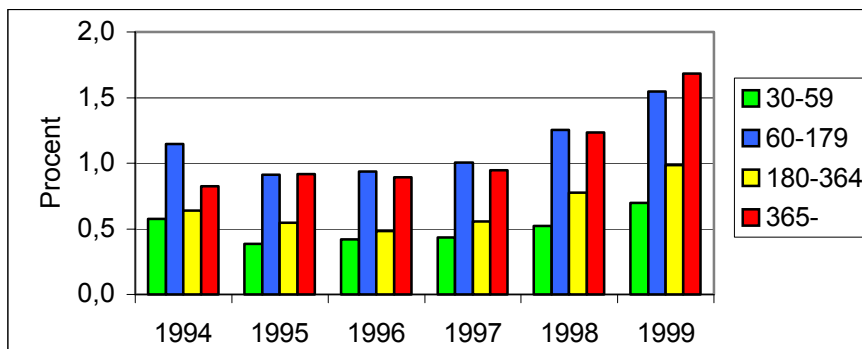


Källor: Bearbetning av RFV:s sjukfrånvarostatistik och SCB:s arbetskraftsundersökningar

Ca 18 500 eller 0,9 procent av anställda män hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre än ett år. Ökningen mellan 1997 och 1999 är 66 procent.

Diagram 9

Anställda kvinnors pågående sjukfall i olika sjuklängdsklasser i förhållande till totalt antal sysselsatta kvinnor (31 december respektive år).



Källor: Bearbetning av RFV:s sjukfrånvarostatistik och SCB:s arbetskraftsundersökningar

Den trendmässiga ökningen av långa sjukfall är ännu mera påtaglig för kvinnorna än för männen. Ca 33 000 eller 1,7 procent av anställda

kvinnor hade vid årsskiftet 1999/2000 varit sjukskrivna längre tid än ett år, vilket innebär nästan dubbla andelen jämfört med männen. Ökningen av antalet långtidssjukskrivna kvinnor mellan 1997 och 1999 uppgår till 84 procent.

Tabell 5

Sjukpenningdagar i pågående sjukfall 1999.
Procentuell fördelning på kön och sjukfallslängder.

	<30	030-059	060-179	180-364	365-545	546-729	730-	Samtliga
Kvinnor	0,2	0,7	5,1	9,6	11,1	9,3	25,6	61,6
Män	0,1	0,5	3,0	6,1	6,7	5,8	16,2	38,4
Samtliga	0,3	1,2	8,2	15,7	17,8	15,1	41,8	100,0

Källa: RFV

De långa sjukfallen väger mycket tungt i sjukfrånvarostatistiken. I de vid årsskiftet 99/00 pågående fallen svarade sjukfall som pågått längre än ett år för ca 75 procent av totalt ersatta dagar. Detta innebär naturligtvis att de långa sjukfallen också svarar för en stor del av sjukförsäkringskostnaderna.

För att komplettera bilden av de långa sjukfallen redovisas nedan hur förtidspensioner (inkl. sjukbidrag) utvecklats under 1990-talet.

Tabell 6

Antalet sjukfall som varat längre än 1 år och antalet sjukbidragsmottagare och förtidspensionärer vid årets slut 1990-1999.

	Sjukfall > 1 år	Sjukbidrag/ Förtidspension	Summa
1990	55 400	361 000	416 400
1991	57 900	367 000	424 900
1992	70 600	373 000	443 600
1993	53 200	390 000	443 200
1994	46 600	422 000	468 600
1995	45 600	420 000	465 600
1996	42 600	419 000	461 600
1997	43 800	423 000	466 800
1998	54 300	422 000	476 300
1999	72 800	425 000	497 800

Källa: RFV

Mellan åren 1990 och 1992 ökade antalet långa sjukfall med drygt 15 000 till 70 600. Under samma period ökade antalet förtidspensionärer med 12 000 till 373 000. Under den följande tvåårsperioden 1992–1994 minskade de långa sjukfallen med närmare 25 000 samtidigt som antalet förtidspensionärer ökade med knappt 50 000. Efter 1994 har beståndet av förtidspensionärer i stort sett varit oförändrat och uppgick i slutet av 1999 till 425 000. De långa sjukfallen har däremot ökat mycket kraftigt under de senaste två åren. Antalet fall ökade från 1997 med 29 000 eller 66 procent till 72 800 1999.

Det förefaller därför som om inflödet av långa fall inte kunnat hanteras genom att tillräckliga resurser avsatts för rehabilitering. Inte heller har långtidssjukskrivna i större utsträckning än tidigare fått förtidspension. Antalet förtidspensioner har varit i stort sett oförändrat. En för alla olycklig ”väntesituation” har uppstått. Under första halvåret 2000 har dock antalet nybeviljade förtidspensioner ökat med 30 procent jämfört med motsvarande period 1999.

Den aktuella situationen innebär sannolikt att det finns ett stort uppdämt behov av förtidspensionering och att en liknande nivåhöjning som den som ägde rum mellan åren 1992 och 1994 är ofrånkomlig. Utvecklingen indikerar också att försäkringskassorna under de senaste åren inte lyckats att på ett effektivt sätt förhindra eller avsluta de långa sjukfallen. Orsaker till detta kan vara att försäkringskassorna erhållit successivt minskande resurser, att kassorna prioriterat administration och hantering av de korta fallen och att reglerna för förtidspension skärpts. Utredningen har för att bedöma den sistnämnda hypotesen sammanställt uppgifter om antalet långa sjukfall (över 1 år) och antalet förtidspensioner åren 1994–1999.

Tabell 7

Antal långa sjukfall och förtidspensioner för kvinnor och män 1994–1999 .

	Kvinnor			Män		
	Sjukfall > 1 år	Sjukbidrag/ förtidspension	Summa	Sjukfall > 1 år	Sjukbidrag/ förtidspension	Summa
1994	25 600	230 000	255 600	21 000	192 000	213 000
1995	26 100	231 000	257 100	19 500	189 000	208 500
1996	24 900	232 000	256 900	17 700	187 000	204 700
1997	26 100	234 000	260 100	17 700	189 000	206 700
1998	33 200	235 000	268 200	21 100	187 000	208 100
1999	45 000	239 000	284 000	27 800	186 000	213 800

Källa: RFV

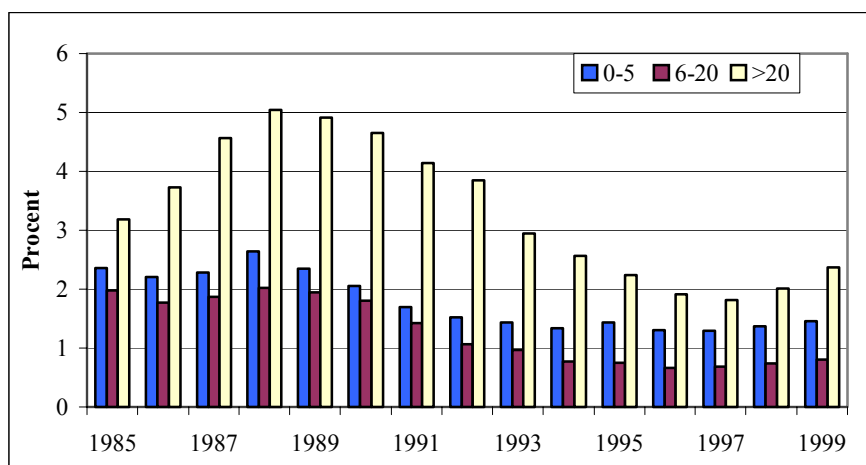
Under perioden 1994–1999 har antalet kvinnliga förtidspensionärer ökat från 230 000 till 239 000 samtidigt som antalet manliga förtidspensionärer minskat från 192 000 till 186 000. Kvinnornas sjukfall ökade med närmare 20 000 till 45 000 och männens med knapp 7 000 till 27 800.

5.1.3 Utvecklingen av den korta sjukfrånvaron

Den korta sjukfrånvaron (här definierad som frånvaro under sjuklöneperioden) belastar inte sjukförsäkringen och har hittills inte följts upp och redovisats i RFV:s sjukfrånvarostatistik. SAF redovisar dock i sin löpande tidsanvändningsstatistik uppgifter om även den korta sjukfrånvaron inom den privata sektorn.

Diagram 10

Sjukfrånvaron i den privata sektorn 1985–1999, som procent av ordinarie arbetstid fördelad på sjukfrånvarons längd, kortare än 5 dagar, 6 till 20 dagar och längre än 20 dagar.



Källa: SAF

Den korta sjukfrånvaron, upp till och med 20 dagar, sjönk markant mellan åren 1988 och 1992 och har därefter legat på en stabil nivå under resten av 1990-talet. Den motsvarar för närvarande drygt 2 procent av ordinarie arbetstid. Sjukfrånvaron i fall längre än 20 dagar sjönk påtagligt mellan åren 1988 och 1997 och har därefter stigit och motsvarade under 1999 knappt 2,5 procent av arbetstiden. Det bör dock noteras att i den privata sektorn är andelen långtidssjukskrivna fort-

farande väsentligt lägre än under slutet på 1980-talet och början på 1990-talet.

RFV kommer med start hösten 2000 att kunna redovisa anställdas sjukfrånvaro under sjuklöneperioden. Någon studie som redovisar ett historiskt perspektiv har dock inte gjorts.

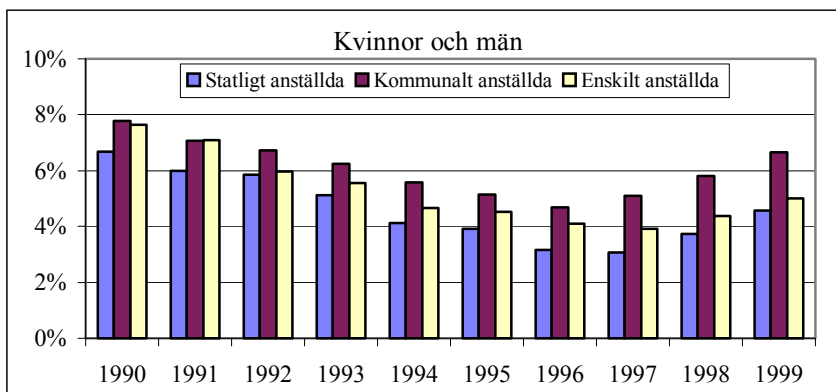
5.1.4 Sjukfrånvaroutvecklingen i olika sektorer

Den faktiska sjukfrånvaron finns i dag inte registrerad på företags- eller näringsgrensnivå. För att ändå få en bild av hur sjukfrånvaron utvecklats i olika sektorer och näringsgrenar har utredningen utnyttjat SCB:s månatliga arbetskraftsundersökningar. Arbetskraftsundersökningarna omfattar ca 18 000 intervjuer rörande den intervjuades situation en speciell mätvecka under månaden. Intervjuerna genomförs varje månad. Utredningen har bearbetat och sammanställt den intervjuades uppgifter om frånvaro från arbetet på grund av egen sjukdom under den aktuella mätperioden.

Följande tre diagram redovisar statligt, kommunalt och enskilt anställdas egenuppgivna frånvaro från arbetet som procenttal av respektive sektors anställda.

Diagram 11

Uppgiven sjukfrånvaro för samtliga anställda i olika sektorer 1990–1999



Källa: Bearbetning av SCB:s arbetskraftsundersökningar

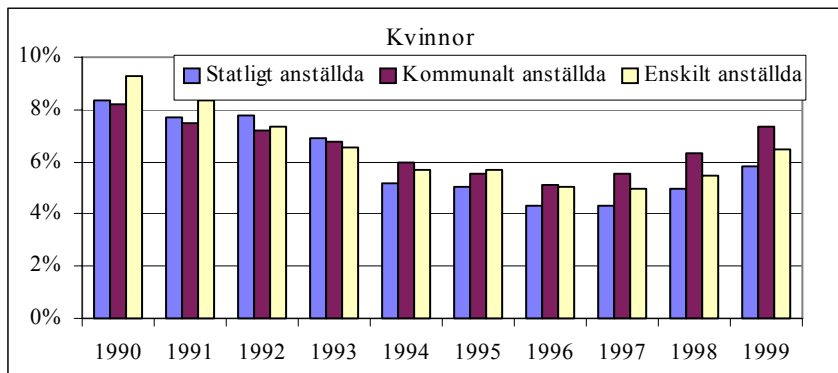
Diagrammet ovan redovisar utvecklingen 1990–1999 av relativa ”sjukfrånvarofrekvenser” för kvinnor och män anställda i den statliga, kommunala och enskilda sektorn. Talen följer i stort de generella

svängningarna i den faktiska sjukfrånvaron under perioden. Inom och mellan sektorerna har emellertid stora förändringar skett. Under de första åren var sjukfrånvaron, mätt på detta sätt, ungefär lika stor bland kommunalt anställda som bland enskilt anställda. År 1999 översteg sjukfrånvaron i den kommunala sektorn den i den enskilda med mer än 1,5 procentenheter, vilket motsvarar ca 17 000 kommunalt anställda. Också i detta diagram framkommer den totala sjukfrånvaron inkl sjuklöneperioden. På samma sätt som i SAF:s statistik framkommer att den totala sjukfrånvaron har ökat kraftigt, men fram till och med 1999 har den inte uppnått 1990 års nivå.

För att närmare söka faktorer bakom denna utveckling har utredningen studerat utvecklingen för kvinnor respektive män anställda i kommuner och landsting respektive inom den enskilda sektorn.

Diagram. 12

Uppgiven sjukfrånvaro för anställda kvinnor 1990–1999.

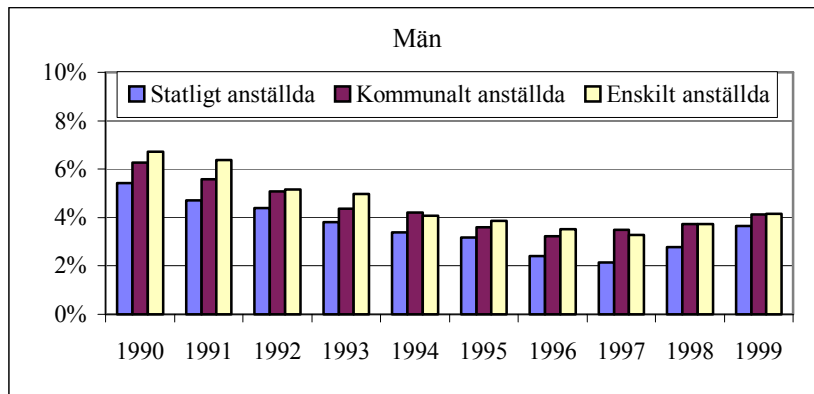


Källa: Bearbetning av SCB:s arbetskraftsundersökningar

Den mest påtagliga förändringen under perioden är att kvinnor anställda i kommuner och landsting, som 1990 hade den lägsta sjukfrånvaron, år 1999 har en betydligt högre frånvaro än övriga. Enskilt anställda kvinnors sjukfrånvaro, som låg högst 1990, låg 1999 nära en procentenhet under de kommunalt anställda kvinnornas. Statligt anställda kvinnor hade 1999 den lägsta sjukfrånvaron. Uppgången från den låga nivån 1996/97 är dock tydlig inom alla sektorer.

Diagram 13

Uppgiven sjukfrånvaro för anställda män 1990–1999.

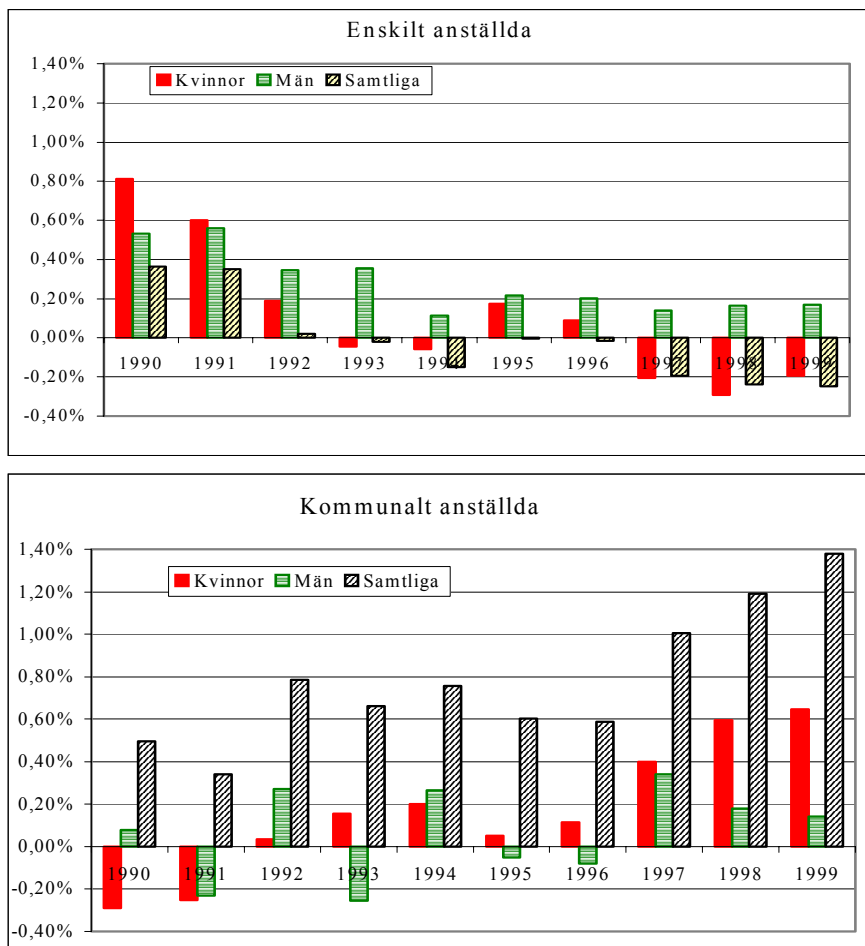


Källa: Bearbetning av SCB:s arbetskraftsundersökningar

Skillnaderna i sjukfrånvaro för män anställda i olika sektorer har i stort utjämnats under perioden. De största relativa ”förbättringarna” redovisas för männen i den enskilda sektorn.

Diagram 14

Utveckling av under/översjukfrånvaro för anställda kvinnor och män i den kommunala och enskilda sektorn 1990–1999. ”Under/översjukfrånvaro” = skillnaden mot genomsnittet för de olika grupperna under respektive år uttryckt i procentenheter.



Källa: Bearbetning av SCB:s arbetskraftsundersökningar

De kommunalt anställda kvinnorna hade 1990 en sjukfrånvarofrekvens som låg 0,30 procentenheter *under* genomsnittet för anställda kvinnor. År 1999 låg den 0,65 procentenheter *över* genomsnittet. För anställda män var avvikelserna från genomsnittet relativt små under perioden. Den mycket stora andelen, ca 80 procent, kvinnligt anställda innebar att den totala skillnaden ökade från 0,5 1990 till 1,38 procentenheter 1999.

Utvecklingen inom den enskilda sektorn skiljer sig helt från den inom den kommunala. Kvinnornas sjukfrånvaro låg 1990 0,80 procentenheter *över* den genomsnittliga. 1999 hade den förändrats till 0,20 procentenheter *under* genomsnittet.

Enligt SCB: s arbetskraftsundersökningar utgjorde kvinnor anställda i kommuner och landsting och verksamma inom vård och omsorg ca 15 procent av totalt anställda 1999 och svarade för drygt 21 procent av den totala egenuppgivna sjukfrånvaron. Motsvarande uppgifter för samtliga anställda kvinnor inom kommuner och landsting är 21,5 procents andel av anställda och ca 30 procents andel av sjukfrånvarande. Enligt samma undersökningar svarade kommunalt anställda kvinnor för ca en tredjedel av ökningen av antalet sjukfrånvarande mellan 1997 och 1999. Anställda inom vård och omsorg svarade för mer än 20 procent. Totalt utgör kvinnor och män anställda inom kommuner och landsting ca 27 procent av totalt anställda. Deras andel av totalt sjukfrånvarande är ca 35 procent. Om man förutsätter lika stor sjukpenning och lika antal sjukdagar per sjukskriven i varje sektor, innebär ”översjukskrivningen” i kommuner och landsting att övriga arbetsgivare under 1999 svarade för minst 2 miljarder kronor av kostnaderna för sjukfrånvaron inom kommuner och landsting.

Den ogynnsamma utvecklingen av kvinnornas sjukfrånvaro skulle till viss del kunna förklaras av ändrad ålderssammansättning. En annan förklaring kan vara att arbetsförhållandena inom kommuner och landsting inte är tillfredsställande och skapar en icke acceptabel hög och ökande sjukfrånvaro hos anställda kvinnor. Utredningen återkommer till dessa frågor i sin slutrapport.

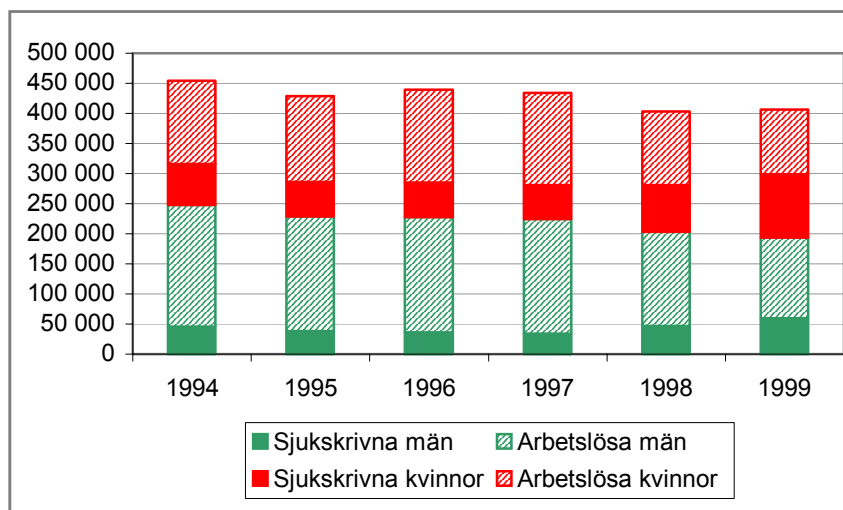
5.1.5 Arbetslöshet–sjukfrånvaro

En vanligt förekommande hypotes är att det finns ett starkt samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Flera internationella studier redovisar dessa samband på makronivå. Också en sammanställning av data från Sverige kan anses tyda på sådant samband.

Diagram 15

Antal pågående sjukfall bland anställda samt antal arbetslösa.

I diagrammet summeras antalet sjukskrivna anställda vid respektive års slut och genomsnittligt antal arbetslösa under respektive år.



Källor: RFV, SCB

Diagrammet visar att summan av arbetslösa och sjukskrivna ligger tämligen konstant. När arbetslösheten ökar minskar antalet sjukskrivna och vice versa. Under perioden 1994–1999 har antalet sjukskrivna anställda varierat mellan 90 000 och 165 000. Under samma period varierade även antalet arbetslösa mycket kraftigt, mellan 240 000 och 340 000. Sammantaget tar variationerna i sjukskrivning och arbetslöshet i stort ut varandra. Redovisningen skall dock tolkas försiktigt. Sambanden är naturligtvis inte direkta utan speglar bakomliggande faktorer påverkan. Utredningen kommer i det fortsatta arbetet att närmare undersöka och beskriva sambanden mellan förändringar i arbetslöshet och sjukfrånvaros utveckling.

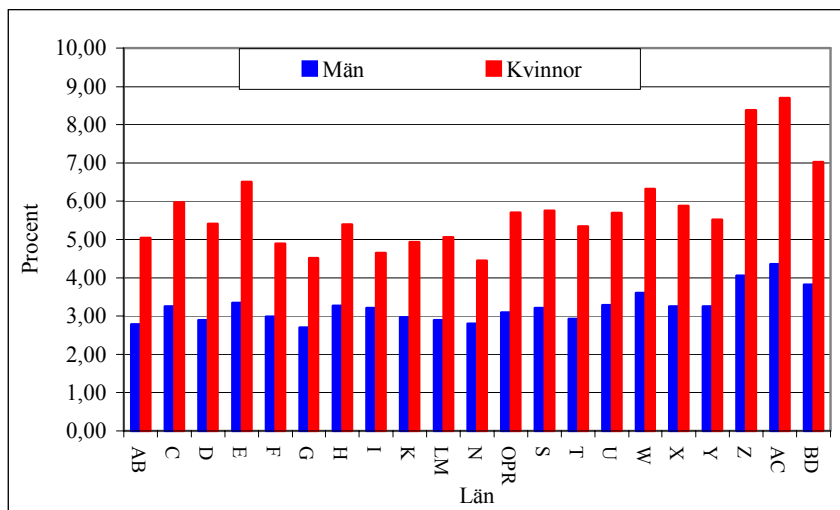
Utredningen har ingen anledning att ifrågasätta dessa samband, men anser att sambanden inte har tillräckligt förklaringsvärde för de senaste årens utveckling. De tidigare redovisade skillnaderna mellan kvinnor och män och utvecklingen av kvinnors frånvaro inom kommuner och landsting är i sammanhanget av större betydelse.

5.1.6 Regionala skillnader

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

Diagram 16

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



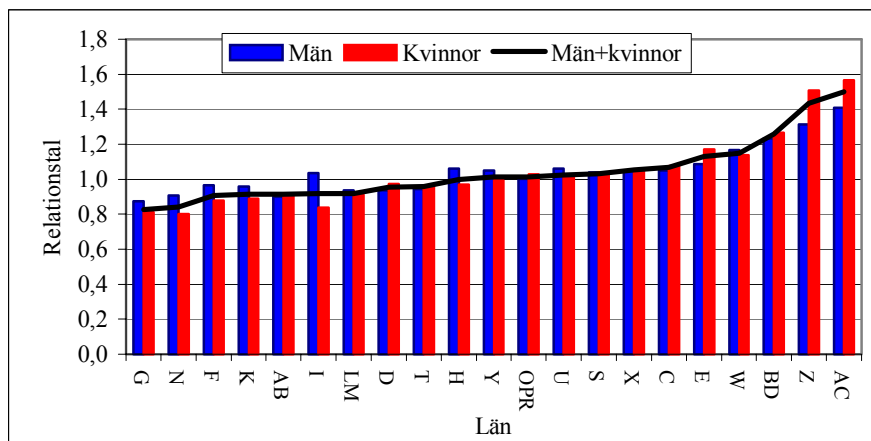
Källa: RFV, SCB

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

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

Diagram 17

Pågående sjukfall bland anställda 1999 relaterade till riksgenomsnittet.



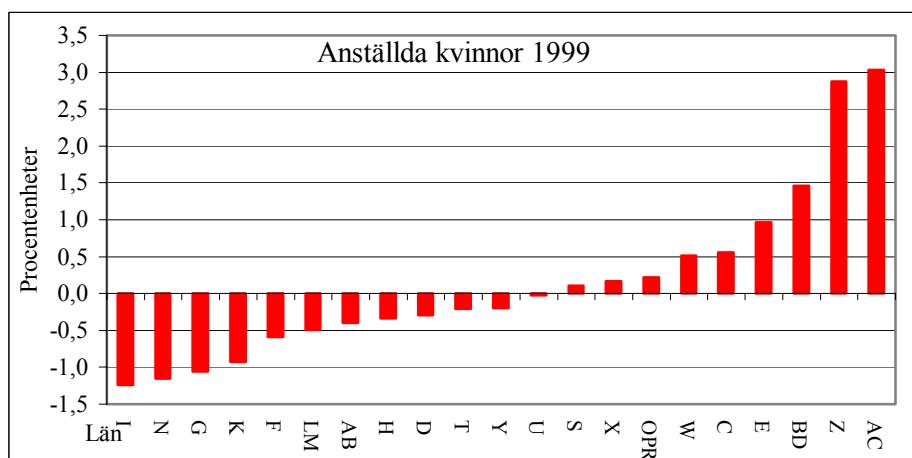
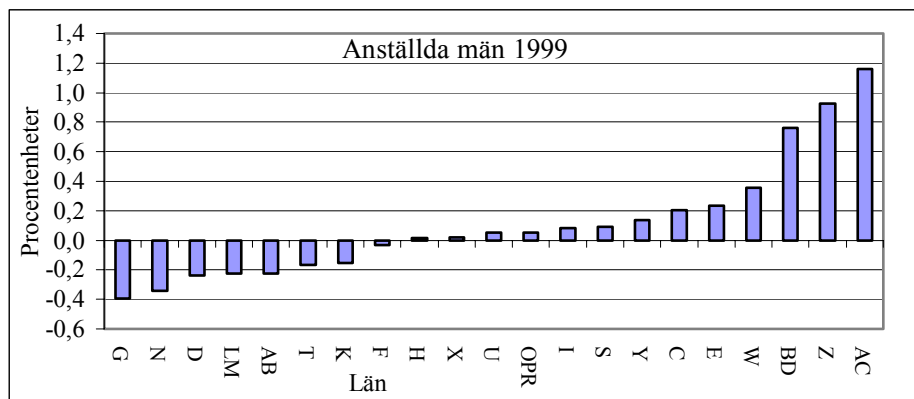
Källa: RFV, SCB

Diagrammet visar att sjukskrivningsfrekvensen för anställda i Västerbotten vid årsskiftet 1999/2000 var 50 procent högre än för riket i genomsnitt. De lägsta sjukskrivningstalen har Kronobergs och Hallands län där nivån var ca 20 procent lägre än riksgenomsnittet.

En del av skillnaderna mellan länen kan förklaras av olika sammansättning av arbetskraften med avseende på kön och ålder. För en rättvisande jämförelse måste därför sådana skillnader neutraliseras. Det görs i det följande genom att använda de relativa sjuktalen för riksgenomsnittet inom en ålders-/könsgrupp på den faktiska demografiska strukturen i länen. I de följande diagrammen redovisas hur sjukskrivningsfrekvensen med hänsyn tagen till den olika åldersstrukturen i länen avviker från riksgenomsnittet. I ett län där sjukskrivningsfrekvensen är densamma som riksgenomsnittet blir skillnaden noll, där den är lägre negativ och där den är högre än genomsnittet positiv.

Diagram 18

Länsvisa avvikelser av relativa sjuktal från riksgenomsnittet.



Källa: RFV

Skillnaden mellan länen är stor också när hänsyn är tagen till olikheter i åldersstruktur. Framför allt gäller det kvinnornas relativa sjukskrivningstal. I Västerbottens och i Jämtlands län ligger talen tre procentenheter högre än riksgenomsnittet medan de ligger mer än en procentenhet lägre än genomsnittet i Gotlands och i Hallands län. För männen är skillnaderna över rikets län mindre. I Västerbottens och i Jämtlands län finns det en "översjukskrivning" på cirka en procentenhet. I Kronobergs och i Hallands län är de faktiska sjuktalen en halv procentenhet lägre än vad den skulle ha blivit med riksgenomsnittet.

Avvikelseerna för män och kvinnor följer varandra länsvis i ganska stor utsträckning. Länen kommer i stort sett i samma ordning för män

som för kvinnor. I de allra flesta län samvarierar således över- och undersjukskrivningarna mellan män och kvinnor. Det finns dock några undantag. I Kalmar och i Blekinge län är sambandet nära noll och i Gotlands län finns det ett ”negativt” samband. Det innebär att männens relativa sjuktal är högre än riksgenomsnittet medan kvinnornas relativa sjuktal är lägre än genomsnittet.

Sjukskrivningstalen jämfört med riksgenomsnittet skiljer sig åt mellan länen på flera sätt. Det är en tydlig skillnad i *trenden*, dvs. hur nivån på differensen utvecklas över tiden. Jämfört med riksgenomsnittet ökar sjuktalen mest i Västerbottens och Norrbottens län för män och i Jämtlands och Västerbottens län för kvinnor. Differensen minskar i Stockholms och i Kronobergs län för både män och kvinnor.

Eventuella samband med arbetslöshetens utveckling har också testats. Olika regional utveckling skulle kunna förklara varför ett län har över- eller undersjukskrivningar jämfört med riksgenomsnittet, men några sådana samband har inte kunnat beläggas. Resultaten är dock tämligen entydiga. I endast något enstaka län visar sig nivån på arbetslösheten ha samband med över- eller undersjukskrivning.

Utredningen finner de stora regionala skillnaderna i utvecklingen av sjukfrånvaron både anmärkningsvärda och svårförklarliga. En förklaring kan vara att tradition och inställning till sjukskrivningar som ett försörjningsmedel bland både medborgare, läkare och försäkringskassor varierar över landet. Sjukskrivningarna är höga i framför allt skogs- och Norrlandslänen, där arbetslösheten är, och har varit, hög under lång tid. Sjukskrivning kan ha blivit ett icke avsett komplement till arbetsmarknads-, socialpolitiska och regionalpolitiska stöd. Detta skulle i så fall innebära att tillämpningen av sjukförsäkringen inte sker lika över landet.

Utredningen kommer i det fortsatta arbetet att ingående söka medicinska, miljömässiga, organisatoriska och/eller andra förklaringar till de stora regionala skillnaderna i utvecklingen av sjukfrånvaron.

5.1.7 Diagnoser

Utredningen har givetvis funnit anledning att studera vilka sjukdomstillstånd, diagnoser, som ligger bakom den ökade sjukfrånvaron. Dessvärre saknas möjligheten att via nationell statistik följa förändringar i diagnoser. I sjukförsäkringsutredningens uppdrag ingår att klargöra eventuella brister som finns i befintlig statistik och att lämna förslag på vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga. Redan nu kan konstateras att uppgift om diagnos borde statistikföras, givetvis under förutsättning att den enskildes integritet inte åsidosätts. Be-

träffande förslag till förändringar hänvisas till avsnittet 9.3.7 Övriga frågor.

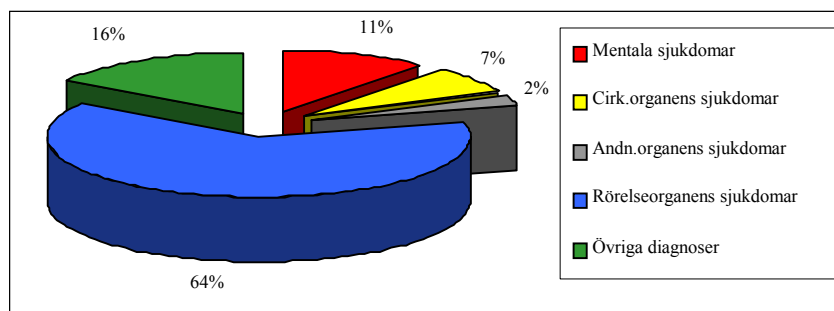
På länsnivå gör de flesta försäkringskassor sjukfallsstudier. Utredningen har samlat dessa studier som ett bidrag för att kunna studera regionala likheter och olikheter bl.a. vad avser diagnos. Studierna har dock inte något enhetligt upplägg utan varje försäkringskassa har sin egen design. Det är utredningens avsikt att i slutbetänkandet redovisa erfarenheter från sammanställningen av sjukfallsstudierna.

AMF Försäkring

Utredningen finner det ändå önskvärt att här redovisa några av de uppgifter som finns vad gäller diagnoser. AMF Försäkring som ansvarar för tilläggsförsäkringar för anställda inom bl.a. SAF/LO-området, Kooperationen, kommuner, landsting och Svenska kyrkan, registrerar uppgift om diagnos för varje person som erhåller ersättning från tilläggsförsäkringen. Utredningen har fått tillgång till en sammanställning av AMF Försäkrings registrerade uppgifter avseende åren 1998 och 1999. Uppgifterna avser ersättningar för sjukfall längre än 90 dagar. För år 1998 fanns ca 55 000 och för 1999 57 500 fall registrerade. Då viss eftersläpning av anmälningar förekommer är det inte möjligt göra kvantitativa jämförelser mellan åren. Utredningen redovisar därför enbart fördelningen av diagnoser på de fem huvudgrupper AMF Försäkring använder: mentala sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och övriga diagnoser. Det bör noteras att gruppen ”mentala sjukdomar” är en mycket vid grupp som innefattar stress, psykiska besvär, lättare och svårare depressioner, psykiska sjukdomar, etc.

Diagram 19

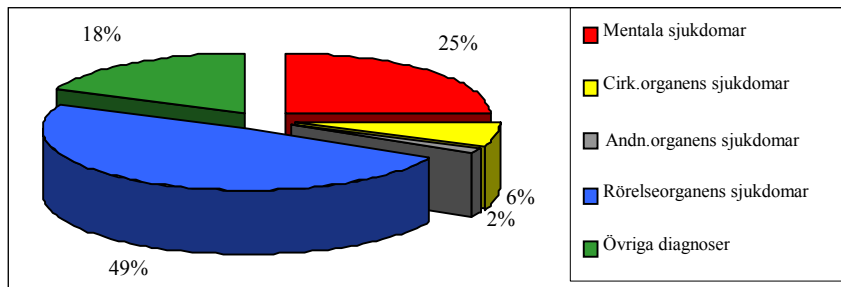
Fördelning av diagnoser 1999 inom SAF/LO-området.



Källa: AMF Försäkring

Diagram 20

Fördelning av diagnoser 1999 inom Kommun/Landstingssektorn.



Källa: AMF Försäkring

Fördelningen på diagnosgrupper i de olika sektorerna skiljer sig i huvudsak beträffande mentala sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Inom kommun/landstingssektorn svarar fall med diagnosen mentala sjukdomar för 25 procent av fallen mot 11 procent inom SAF/LO-området. Rörelseorganens sjukdomar svarar för 64 procent av diagnoserna inom SAF/LO-området mot 49 procent i kommuner och landsting.

Rörelseorganens sjukdomar är den vanligaste diagnosen för alla grupper. Inom kommunal/landstingssektorn är den dock betydligt vanligare bland kvinnor än bland män, 50 procent andel mot 42 procent för männen.

Skillnaden mellan könen är också påtaglig när det gäller cirkulationsorganens sjukdomar. Männen har genomgående betydligt större andel diagnoser rörande cirkulationsorganens sjukdomar än kvinnorna.

Mellan åren 1998 och 1999 har det skett en ökning av andelen diagnoser inom gruppen ”Mentala sjukdomar”. Inom kommuner och landsting har andelen totalt ökat med 3,8 procentenheter och inom SAF/LO-området är ökningen nära 2 procentenheter för kvinnorna. Inom SAF/LO-området har också diagnoserna avseende rörelseorganens sjukdomar ökat något. Minskade andelar återfinns bland ”Övriga diagnoser”.

RFV:s ”4:e septemberundersökningar”

Riksförsäkringsverket har i två undersökningar studerat samtliga sjukfall och rehabiliteringsärenden som var pågående den 4 september 1998 och 1999. Från dessa ögonblicksbilder, med en överrepresentation av ”långvariga sjukfall”, konstaterar RFV att diagnosfördelningen som helhet visar en stor stabilitet mellan åren med ett tydligt

undantag. De psykiska störningarna har ökat sin andel med 2,2 procentenheter till 13,9 procent av de sjukskrivna. Det är således fråga om en tydlig ökning av de mindre svårartade psykiska problemen inom kategorin neuroser och liknade sjukdomstillstånd. Någon ökning har dock inte skett när det gäller de mer svårartade psykiska sjukdomarna.²

Vidare konstaterar RFV i rapporten ”Sjukskrivningar för psykiska besvär inom offentlig sektor”, som också bygger på ”4 septemberundersökningarna” att ”Det finns en allmän uppgång i sjukskrivningar för psykiska besvär på hela arbetsmarknaden. Den ökning som skett i andelen sjukskrivna med psykiska besvär mellan 1998 och 1999 kan inte enbart hänföras till den offentliga sektorn. Visserligen har en kraftig ökning skett inom framförallt landstingssektorn med även inom den privata sektorn har en markant ökning skett. Psykiska besvär är relativt sett en betydligt vanligare sjukskrivningsorsak inom offentlig sektor än inom privat sektor. Störst andel sjukskrivna med psykiska besvär arbetar inom landstingssektorn”.³

5.2 Utredningens egna undersökningar

Befintlig sjukfrånvarostatistik saknar uppgifter som kan belysa olika individ- och miljöfaktorerers påverkan på hälsa och sjukfrånvaro. För att kompensera dessa brister följer Sjukförsäkringsutredningen aktivt pågående forskningsprojekt inom området (t.ex. ”Hållbar arbetshälsa inom kommuner och landsting inför 2000-talet) – Hakul”, som bedrivs vid sektionen för personskadeprevention vid Karolinska Institutet i Stockholm.

Utredningen har vidare låtit SCB samköra Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmiljöstatistik och RFV:s sjukfrånvaroregister och genomfört en egen beteendeundersökning. Arbetet genomförs med stöd och medverkan från Arbetslivsinstitutet, Arbetarskyddsstyrelsen, Karolinska Institutet och Riksförsäkringsverket.

Syftet med den egna undersökningen är att

- beskriva hur män och kvinnor i olika åldrar, med olika bakgrund, arbetsförhållanden och familjesituationer upplever sin hälsa och arbetssituation
- belysa sambanden mellan hälsa, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro och sjuknärvaro

² RFV; 4:e septemberundersökningen av pågående sjukskrivningar – en jämförelse mellan 1998 och 1999 (1999-12-20), s. 17.

³ RFV; Sjukskrivningar för psykiska besvär inom offentlig sektor (2000-01-25), s. 1.

- analysera hur individens ekonomiska situation och gällande regelverk påverkar sjukfrånvaro/sjuknärvaro
- kartlägga eventuella särskiljande individ- och miljöfaktorer mellan friska och sjukfrånvarande
- identifiera goda och dåliga arbetsmiljöer samt att
- ge underlag för förslag till åtgärder i syfte att öka hälsan och minska sjukfrånvaron

Undersökningen har genomförts som en postal enkät till ett slumpvis urval av den svenska befolkningen och ett slumpvis urval ur RFV:s sjukfrånvaroregister. För att få en uppfattning om attityder i olika ålderskohorter har undersökningen avgränsats till personer födda 1945, 1955, 1965 och 1975. Sammanlagt har undersökningen omfattat 24 000 individer, hälften män och hälften kvinnor.

Enkätinsamlingen avslutades under juni månad. Fördjupade sambandsanalyser kommer att göras under det fortsatta utredningsarbetet och resultaten kommer att redovisas i utredningens slutbetänkande.

Detsamma gäller samkörningen av arbetsmiljöundersökningen och RFV:s sjukdataregister. Samkörningen gjordes under juni månad.

Utredningen har vidare samlat in ett 20-tal sjukfallsstudier gjorda av enskilda försäkringskassor. Detta material kommer att bearbetas och redovisas i slutbetänkandet.

5.3 Sjukförsäkringens utgifter

Utredningen vill understryka att det som här redovisas som utgifter för sjukförsäkringen *inte* är detsamma som de totala kostnaderna för sjukfrånvaron. I dessa ingår naturligtvis också direkta och indirekta kostnader både för enskilda, företag, kommuner, landsting och staten. Någon studie av en sådan total kostnadsbild finns inte tillgänglig och utredningen har inte med den korta tid som stått till förfogande kunnat göra några egna bedömningar. Med hänsyn till att påfrestningarna på statsbudgeten i direktiven angetts som ett av huvudskälen för utredningens tillkomst har kostnaderna för sjukförsäkringen huvudsakligen studerats ur ett statligt perspektiv.

En beskrivning av kostnadsbilden kompliceras också av att flera regeländringar genomförts, i synnerhet under 1990-talet. Karensdagar, ersättningsnivåer för inkomstbortfall vid sjukdom för anställda och den del som ersatts av arbetsgivarna genom sjuklönesystemet har varierat under perioden. Därtill kommer att med nuvarande uppläggning av sjukförsäkringen bedöms inkomster i form av avgifter från företag och

enskilda separat. Någon nettoredovisning sker inte i statens budget. Utredningen återkommer till dessa frågor i kapitel 9.

5.3.1 Utgifter för sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension.

I nedanstående tabell redovisas sjukförsäkringens utbetalningar av sjukpenning (inkl. rehabiliteringspenning, arbetsskadesjukpenning, sjukbidrag och förtidspension).

Tabell 8

Utbetalda ersättningar från sjukförsäkringen 1990–1999.

Miljoner kr

År	Sjukpenning	Arbets- skadesjuk- penning inkl vård	Rehabili- teringspenning	Summa sjukpenning	Förtidspension / sjukbidrag inkl ATP.	Summa utgifter
1990	34 963	6 182	..	41 145	28 700	69 845
1991	31 873	6 779	..	38 652	32 100	70 752
1992	19 496	6 598	1 122	27 216	34 500	61 716
1993	15 585	5 223	1 572	22 380	34 800	57 180
1994	15 776	1 655	2 098	19 529	37 300	56 829
1995	15 973	617	2 112	18 702	37 400	56 102
1996	14 611	206	1 177	15 994	36 600	52 594
1997	13 942	112	902	14 956	37 000	51 956
1998	18 610	73	951	19 634	37 200	56 834
1999	24 219	54	1 187	25 460	37 900	63 360

Källa: RFV

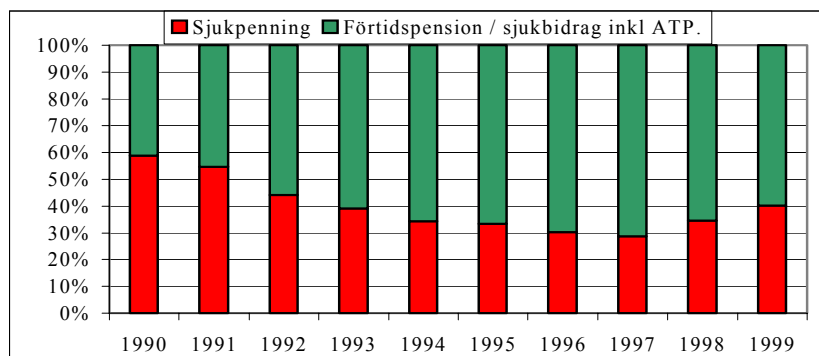
De samlade utbetalningarna från sjukförsäkringen uppgick både 1990 och 1991 till ca 70 miljarder kronor. 1997 hade utbetalningarna sjunkit till ca 52 mdr. Från 1997 har ersättningarna ökat mycket kraftigt och uppgick 1999 till drygt 63 miljarder kronor. Som tidigare nämnts påverkas utfallet också av regelförändringar i form av införande av karensdag, ändring av sjuklöneperiod och ersättningsnivåer.

Sjukbidrags- och förtidspensionsersättningarna steg markant från 1990 till 1992 men har därefter legat på i stort sett samma nivå, 35–38 mdr/år. Den totalt utbetalda sjukpenningen har varierat kraftigt, från över 41 mdr 1990 ner till 15 mdr 1997. Ökningen har därefter varit mycket stor. Under 1999 utbetalades 24,5 mdr. Nuvarande prognos från

RFV indikerar att utbetalningen år 2000 kommer att vara 32 mdr. Nedgången i utbetalningarna av arbetsskadesjukpenning från 1992/93 beror på att kraven för att få arbetsskada godkänd skärptes 1993 och att den särskilda arbetsskadesjukpenningen senare under samma år samordnades med den vanliga sjukpenningen. Noterbart är också att utbetalningarna för rehabiliteringssjukpenning i det närmaste halverats efter 1995.

Diagram 21

Sjukförsäkringsutgifternas fördelning mellan sjukpenning och sjukbidrag/förtidspension.



Källa: RFV

Sjukpenningens andel av de totala utbetalningarna var 1990 ca 60 procent. 1997 hade den halverats till mindre än 30 procent för att därefter stiga. 1999 var andelen 40 procent.

5.3.2 Sjukpenningersättningarnas fördelning under 1999 på fall i olika sjuklängdsklasser

Utredningen har med utgångspunkt från redovisade pågående och avslutade sjukfall gjort en uppskattning av hur utbetalda sjukpenningersättningar fördelats på sjukfall av olika längd under 1999. Resultatet redovisas i nedanstående tabell och diagram.

Tabell 9

Antal sjukfall och ersatta dagar i olika falllängder 1999.

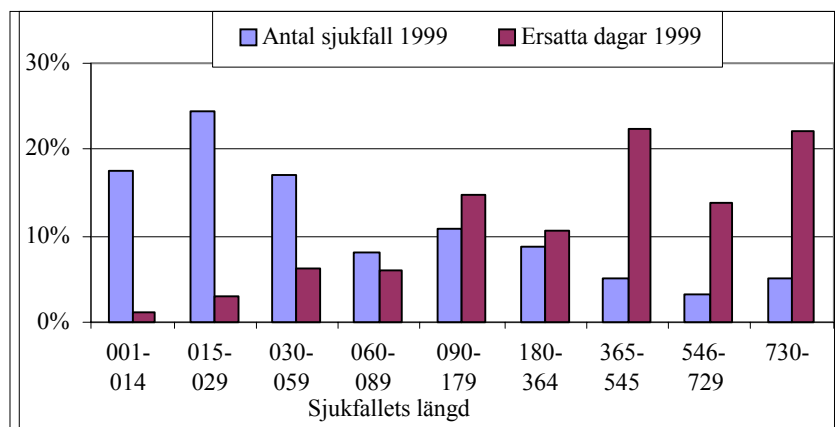
Falllängd Dagar	Antal sjukfall 1999		Ersatta dagar 1999 (tusental)	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %
001-014	150 000	17	500	1
015-029	220 000	24	2 000	3
030-059	150 000	17	4 000	5
060-089	70 000	8	4 000	5
090-179	90 000	10	10 000	13
180-364	100 000	11	11 000	15
365-545	46 000	5	17 000	23
546-729	29 000	3	10 000	13
730-	45 000	5	16 500	22
Samtliga	900 000	100	75 000	100

Källa: Bearbetat material från RFV

Under 1999 ersatte sjukförsäkringen ca 75 miljoner dagar i 900 000 sjukfall. Tyngdpunkten i *antalet fall* ligger mycket markant i de ”kortare” sjuklängdsgrupperna, upp till 60 dagar, medan huvuddelen av *antalet ersatta dagar* återfinns i grupperna med de längsta sjukfallen.

Diagram 22

Fördelning av antalet sjukfall och ersatta dagar på sjukfall av olika längd under 1999



Källa: Bearbetning av material från RFV

Sjukfallen längre än ett år svarade för nästan 60 procent av sjukpenningdagarna under 1999. Om den genomsnittliga sjukpenningen antas vara lika stor i de olika fallängdsgrupperna var ersättningarna i dessa sjukfall också 60 procent av utbetalda sjukpenningbelopp.

Fallen i sjuklängdsgrupper upp till 60 dagar utgjorde närmare 60 procent av totalt hanterade fall under 1999. Ersatta dagar i dessa fall var mindre än 10 procent av totalt ersatta dagar. Trots liten sjukpenningvolym är dessa korta fall viktiga med hänsyn till administrationskostnader- och inte minst resursanvändningssynpunkt. Även de kortaste fallen kräver hantering i form av bedömning, beslut och utbetalning. De fasta kostnaderna för ett kort fall är nästan lika stora som för ett långt fall. Stora kostnadsfördelar och administrativa fördelar skulle kunna uppnås om dessa kortare sjukfall skulle kunna hanteras på ett enklare sätt.

5.3.3 Finansiering

Sjukförsäkringen har genom åren helt eller delvis finansierats genom generella sjukförsäkringsavgifter, allmänna egenavgifter och statsbidrag. Finansieringsregler och strukturen på sjukförsäkringsavgifterna har också varierat, liksom reglerna för vad sjukförsäkringsavgiften skall finansiera.

RFV har sammanställt sjukförsäkringens ”inkomster” respektive ”utbetalningar”. Det råder stor oklarhet om denna sammanställning. Sammanställningen accepteras inte utifrån ett statligt budgetperspektiv, eftersom systemet i realiteten inte betraktas som ett försäkringssystem med en inkomst- respektive utgiftssida. Försäkringens utgifter behandlas varje år inom ramen för budgettaket fristående från inkomster. Inkomsterna ses som en i princip allmän skatteinkomst. Utredningen anser att dessa principer inte motsvarar direktivens krav på ett generellt offentligt försäkringssystem. Utredningen återkommer till denna fråga i kapitel 9.

Tabell 10

Sjukförsäkringens inkomster och utgifter 1990 – 2000 (prognos).

	Sjukförsäkringsavgifter			Summa avgifter mkr	Summa utgifter mkr	Över-/ underskott mkr
	Arbetsgivare %	Egenavgifter %	Allmänna %			
1990	10,10	9,60	-			
1991	10,10	9,60	-			
1992	7,80	9,60	-			
1993	8,27	9,60	0,95	51 367	57 403	-6 036
1994	8,43	9,12	0,95	66 280	53 773	12 507
1995	6,23	9,12	2,95	64 138	57 579	6 559
1996	5,28	5,82	3,95	68 577	51 692	16 885
1997	4,04	4,72	4,95	70 129	49 025	21 104
1998	7,90	8,66	-	61 964	65 991	-4 027
1999	7,50	8,23	-	61 062	68 928	-7 866
2000	8,50	9,23	-	63 563	72 000	-8 437

Källa: RFV

Sjukförsäkringen visade under åren 1994 – 1997 stora överskott. Under övriga år har sjukförsäkringen varit underfinansierad. Överskotten har tillförts statskassan och underskotten har täckts av statliga medel.

6 Sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringen

Som ett led i att fördjupa analysen av varför sjukfrånvaron och utgifterna förändras över tiden har utredningen valt att studera sjukvårdens påverkan på sjukförsäkringen. Statskontoret har fått i uppdrag av utredningen att fördjupa frågan om vilken konsekvens situationen i sjukvården har för sjukförsäkringen. I detta avsnitt redovisas Statskontorets sammanfattning. Rapporten redovisas i sin helhet i bilaga 4. Inför slutbetänkandet kommer frågan om vårdköernas betydelse att ytterligare belysas.

Sjukvården och sjukförsäkringen är i princip båda erforderliga delar i ett skydd i händelse av en individs sjukdom. Samlat erbjuder de dels vård respektive ekonomisk ersättning *när* en person drabbats av sjukdom eller liknande, dels ger de individer en trygghet *om* något skulle hända.

Sjukförsäkringen regleras i en rättighetslagstiftning och sjukvården i en skyldighetslagstiftning. Tillsammans med det faktum att det inte finns någon direkt organisatorisk koppling mellan systemen kan det innebära att det nära beroendet som finns mellan systemen blir svårt att hantera.

Kostnaderna har ökat och sjukligheten minskat...

Kostnaderna i sjukförsäkringen respektive sjukvården uppstår nästan uteslutande på grund av sjukdom eller liknande hos befolkningen. Trots det kan man göra två intressanta iakttagelser. För det första har kostnaderna ökat kraftigt i båda systemen samtidigt som sjukligheten minskat. Förklaringarna är i mångt och mycket olika för respektive system, men sammanfaller i vad man kan kalla en allmän standardförbättring. För det andra är fördelningen av kostnader i befolkningen väsentligt skild mellan de båda systemen. Skillnaden beror till stor del på grundläggande olikheter i systemen, men också på att olika medi-

cinska tillstånd leder till helt olika efterfrågan på sjukvård respektive sjukförsäkring. Detta kan innebära att prioriteringar inom det ena systemet motverkar mål inom det andra. Ett exempel är att vård i livets slutskede, är högt prioriterat, vilket i en situation av resursbrist kan innebära att insatser som hjälper yngre personer att återgå i arbetet får stå tillbaka.

1990-talets besparingar

Under 1990-talet har situationen i vården kännetecknats av besparingar. Det senaste decenniet har också i likhet med tiden dessförinnan inneburit medicinska och tekniska framsteg av stor betydelse för sjukvården. Från att ha minskat under första hälften av 1990-talet har vårdköerna återigen börjat öka under andra hälften av decenniet. De nämnda besparingarna brukar framhållas som en förklaring, även om de två utvecklingarna inte tidsmässigt ligger riktigt i fas. Också den medicinsktekniska utvecklingen brukar användas som förklaring, ibland till ökade och ibland till minskade köer. Andra förklaringar som brukar lyftas fram är bristande samordning och ineffektiva vårdkedjor.

Försök med samordning

I bland annat Dagmaröverenskommelser har vissa av de samordningsbehov som finns mellan sjukvården och sjukförsäkringen tillgodosetts. Andra lösningar har prövats i särskilda försöksverksamheter, t.ex. FINSAM och SOCSAM. En del av problemet kan hänföras till att sjukvård och sjukförsäkring inte är till för samma personer eller situationer. Prioriteringarna inom de olika systemen sker på helt olika grunder.

Vårdköer

Vårdköer är ett problem vars omfattning är svår att avgöra. En del av problemet är att sjukförsäkringskostnaderna påverkas. Ingen vet hur mycket. Sjukförsäkringskostnaderna påverkas förutom av vårdköer också av vårdens sammantagna förmåga att diagnosticera och behandla medicinska tillstånd som innebär nedsatt arbetsförmåga. I ett viktigt avseende skiljer sig emellertid vårdköerna från de flesta andra faktorer inom sjukvården som har betydelse för sjukförsäkringen. Det saknas helt incitament för sjukvården att bidra till att motverka vissa typer av vårdköer som kan vara kostsamma för sjukförsäkringen.

Vilken betydelse har vårdköerna för sjukförsäkringens kostnader?

Det går att undersöka vårdköernas betydelse för sjukförsäkringen. Med tanke på vårdköernas komplexa uppbyggnad, men kanske främst på grund av att en vårdkö inte är lika med en kostnad för sjukförsäkringen, måste emellertid undersökningen göras på individbasis. Allmän vårdköinformation säger inget om huruvida väntetider innebär kostnader för sjukförsäkringen. Sjukskrivning under väntan i vårdkö behöver inte betyda att vårdkön orsakat ökade kostnader för sjukförsäkringen. Väntan i vårdkön kan innebära ökad/onödig sjukskrivning både i direkt anslutning till väntan men också senare. Den intressanta frågan att besvara i varje enskilt fall är: Hur mycket sjukskrivning hade kunnat undvikas om den enskilde inte hade behövt vänta i vårdkö? Eller skarpare formulerat: Hur mycket lägre hade sjukförsäkringskostnaden varit om vårdköerna fungerade optimalt ur ett sjukförsäkringsperspektiv? (Det är naturligtvis inte självklart vad som bör förstås med optimalt. Här kanske det egentligen borde anläggas ett samhällsnyttoperspektiv.)

7 Sambandet sjukförsäkring– förtidspension

Sjukförsäkringsutredningen har uppdragit åt Statskontoret att beskriva och belysa sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension

I detta avsnitt återges den sammanfattning som Statskontoret gör av sin rapport. Hela rapporten återfinns i bilaga 5. Statskontoret har bl.a. på ett intressant sätt redovisat en modell som avser att göra det möjligt att statistiskt följa flöden av hur människor förflyttar sig mellan försäkringssystemen och utanför dem. Utredningens avsikt är att under hösten fördjupa arbetet för att åstadkomma en siffermässig uppföljning. Frågan om förtidspension är också beskriven i avsnittet 9.3.4.

Antalet personer med sjukbidrag eller förtidspension har successivt ökat från 1960 och framåt. Ökningstakten har visserligen avtagit men visar inte ännu tendenser till avstannande. Antalet sjukskrivna personer varierar däremot kraftigt över tid och visar ingen tydlig långsiktig trend. Sedan 1997 är ökningen dramatisk framför allt bland längre sjukfall vilket gör att förtidspensioneringen av allt att döma kommer att öka den närmaste tiden.

Likheter och olikheter i regelverken

Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension är stort vad gäller de formella reglerna för bedömning av rätten till ersättning. Detta illustreras tydligt i den s.k. steg-för-steg-modellen. Emellertid finns det detaljer i disposition och närmare formuleringar i lagen om allmän försäkring som antyder att skillnaderna är större än vad som uttalas i förarbetena. Den administrativa tillämpningen av lagen innebär vidare att sambandet, i termer av likheter mellan systemen, ytterligare försvagas. Till stor del hänger olikheterna i tillämpningen samman med skillnaden mellan dag ersättning (sjukpenning och rehabiliterings-

penning) och förmåner som beviljas på förhand och som utbetalas månadsvis (sjukbidrag och förtidspension). De sistnämnda kräver en stabilitet som bl.a. tar sig uttryck i att det krävs en väsentlig förändring av den enskildes förhållanden för att ersättningen ska omprövas.

Administrativt samband

Det finns ett klart administrativt samband mellan hanteringen av sjukförsäkring och förtidspension. De resurser som försäkringskassan har ska fördelas bl.a. på utbetalning (och bedömning av rätten till) sjukpenning, samordning av rehabiliteringsinsatser samt utredning och beslut om rätten till förtidspension och sjukbidrag. De av statsmakterna uppställda målen för administrationen får tillsammans med olika ekonomiska och andra incitament konsekvenser, såväl önskade som oönskade, för hur prioriteringen mellan de olika uppgifterna sker på försäkringskassorna.

Beräkning av ersättningarna

Grundprincipen, den s.k. inkomstbortfallsprincipen, är gemensam för sjukförsäkringen och förtidspensionen. Utöver att förtidspensionen innehåller ett s.k. grundskydd finns det också en rad andra skillnader mellan hur ersättningarna beräknas i de olika systemen. Det finns motiv för olika beräkningsregler. I nuläget är det emellertid väsentliga skillnader mellan reglerna. I den reformering av ersättningsreglerna som pågår är avsikten att en del av olikheterna ska försvinna.

Ekonomiska incitament

När man funderar över hur olika ersättningsregler skapar de ekonomiska incitamenten för enskilda individer för att söka sig till det ena eller det andra systemet är det väsentligt att se på de samlade ekonomiska konsekvenserna. Dels finns en rad kompletterande offentliga system till främst förtidspension och sjukbidrag, dels finns andra kompletterande ersättningar via t.ex. kollektivavtal eller privata försäkringar. I många avseenden brister dock kunskaperna om de samlade ekonomiska konsekvenserna av en sjukskrivning eller en förtidspensionering.

Allmänhetens inställning

Allmänhetens inställning till sjukförsäkring respektive förtidspension är troligen i många avseenden ungefär desamma. De ses som två delar av samma system. Stödet för systemen är starkt och har ytterligare stärkts under senare år i termer av dels i vilken utsträckning man anser att den avgift man betalar är rimlig, dels i vilket mån det förekommer fusk och missbruk. På samma sätt är stödet starkt för att de bör vara offentliga system. Det finns emellertid skillnader i synen på systemen. Förtidspensionen uppfattas som mer permanent och kan därmed upplevas som en ”negativ” dom för vissa, som en nödvändig trygghet för andra och som ett passiviserande bidrag för ytterligare några.

Värdemässiga skillnader

Det är viktigt att ha i åtanke att de olika systemen kan ha olika värde-
laddning. Inte minst viktigt är hur arbetsgivarna ser på äldre i arbets-
kraften. Ett allmänt minskat deltagande i arbetskraften bland äldre
kommer inte bara att innebära ansträngningar på flera systems utgifts-
sida utan också ansträngningar på de avgifts- och skattefinansierade
systemens intäktssida. Även om sjukskrivning och förtidspensionering
för stunden i princip innebär lika stora påfrestningar på systemen, kan
de olika systemens mer värdemässiga skillnader vara värda att särskilt
beakta inför den förväntade perioden av ökat tryck på förtidspensionen.

En flödesmodell

Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension samt sambandet
mellan dessa båda system och andra ”tillstånd” som har olika kon-
sekvenser för systemen kan beskrivas utifrån en flödesmodell. Med
flödesmodell menas här ett sätt att systematiskt beskriva hur individer
förflyttar sig från ett tillstånd, t.ex. i arbete, till ett annat, t.ex. sjuk-
skriven, från en tidpunkt till en annan. En sådan modell kan användas
för att diskutera orsaker till och åtgärder för att påverka systemets
kostnader och intäkter. En sådan modell har konstruerats och beskrivs i
denna promemoria och en diskussion om påverkan på kostnader och
intäkter har påbörjats.

8 Prognosmodeller

Underlaget till regeringens prognoser för kostnaderna inom sjukförsäkringsområdet kommer från prognoser som görs av Riksförsäkringsverket (RFV). Utredningen redovisar i detta avsnitt först hur prognosmodellen är uppbyggd. Därefter följer en analys av möjliga orsaker till att kostnaderna för sjukförsäkringsområdet har underskattats under de senaste åren. Slutligen föreslår utredningen några tänkbara principer för en utvecklad prognosmodell, som tar hänsyn till den analys av utvecklingen, som utredningen presenterar i kapitel 5. Utredningen återkommer också i sitt slutbetänkande med ytterligare synpunkter på prognosmetoder, som kan användas för att förutsäga kostnadsutvecklingen inom sjukförsäkringssystemet.

8.1 Dagens system

Den prognosmodell, som Riksförsäkringsverket använder sedan 1998¹ för att beräkna utgifterna för sjukförsäkringen bygger på två delar. I den första delen gör man en prognos för antalet sjukdagar och i den andra en prognos för ersättningsnivån.

Utgiften under ett år beräknas som produkten av antal ersatta dagar och medelbeloppet per dag: $U=D*M$, där U är utgifterna, D en prognos för antalet sjukdagar och M är medelersättningen per dag.

Antalet ersatta sjukdagar (D) bestäms i en modell, där följande variabler finns med:

- bastal för antalet dagar under året
- demografifaktor
- arbetslösheten
- effekter av regelförändringar i sjukförsäkringen
- effekter av regelförändringar i angränsande områden, t.ex. förtidspension.

¹ RFV: Så här gör vi våra prognoser! s. 27 ff.

Den genomsnittliga ersättningen per dag i prognosperioden (M) beräknas från en modell med följande komponenter:

- medelersättningen i tidigare perioder
- timlöneökning
- effekter av regeländringar

De värden som RFV använder sig av bearbetas i ett databaserat beräkningsprogram. Det är dock oklart i vad mån mer svårbedömbara faktorer värderas och läggs till eller dras från slutresultatet och i vilken utsträckning detta explicit anges. Utredningen anser det angeläget att prognosarbetet bedrivs på ett sådant sätt att prognosernas resultat skall kunna följas upp i efterhand.

Själva grundprincipen för prognoserna har bedömts som rimlig av en granskning, som har gjorts av två utomstående experter². En av deras slutsatser är att det inte finns några enskilda åtgärder, som kan vidtas för att förbättra prognosernas träffsäkerhet. De pekar dock på de generella svårigheterna att göra prognoser inom områden där förutsättningarna för myndigheter och enskilda snabbt kan ändras genom regeländringar, dock utan att peka ut denna källa som den viktigaste orsaken till de stora prognosfel, som har gjorts under de senaste åren.

Tabell 1a

Utfall och prognos för RFV:s modell med ett års prognoshorisont.³

	<i>Prognos</i>	<i>Utfall</i>	<i>Avvikelse (%)</i>
1996	17 824	14 611	+22,0
1997	16 381	13 942	+17,5
1998	14 311	18 610	-23,1
1999	15 680	25 253	-37,9

² Lasse Koskinen och Bo Lundqvist: Värdering av RFV:s prognosverksamhet. Memo 14.2.2000.

³ Lasse Koskinen och Bo Lundqvist: Värdering av RFV:s prognosverksamhet. Memo 14.2.2000, s. 22, kompletterat med faktiskt utfall för 1999 enligt RFV:s årsredovisning.

Tabell 1b

Utfall och prognos för RFV:s modell med samma års prognos.

	<i>Prognos</i>	<i>Utfall</i>	<i>Avvikelse</i>
1996	15 792	14 611	+8,1
1997	13 150	13 942	-5,7
1998	15 680	18 610	-15,7
1999	22 965	25 253	-9,1

För år 2000 har RFV prognostiserat en kostnad för sjukförsäkringen på 31,2 miljarder och för 2001 på 38,0 miljarder.⁴

I tabell 1a och b redovisas en jämförelse mellan RFV:s prognoser och utfall. I tabell 1a redovisas prognoser, som är gjorda ett år i förväg. Avvikelsena mellan prognos och utfall är betydande och har klart underskattat utvecklingen av kostnaderna för 1998, men överskattat dem för åren 1996 och 1997.

Prognosfelen blir mindre för de prognoser, som görs i början av samma år, men även då har prognoserna underskattat de senaste årens utveckling.

Skillnaden mellan de två prognoshorisonterna är betydande. Så har exempelvis prognosen för 1999 ökat med 46 procent på ett år. För de tidigare åren i tabellen har prognoserna ändrats med mellan -20 och +10 procent. Stabiliteten i prognosmodellen är således svag.

Även skillnaden mellan prognos och utfall är otillfredsställande stor och visar på behovet av en förbättrad prognosmodell. RFV arbetar med en utveckling av modellen. I samband med prognosen för 2001 ff år, som RFV lämnade i budgetunderlaget den 1 mars 2000 togs arbetslöshetsfaktorn bort. Så snart grunddata finns med uppdelningar på kön kommer RFV att införa en sådan uppdelning i sin modell.

De prognoser, som RFV levererar till regeringen omarbetas sedan inom socialdepartementet och i finansdepartementet innan de slutligen läggs fram i budgetpropositionen. Dessa ombearbetningar sker utan någon i förväg angiven beräkningsmodell och resultaten är därför inte möjliga att i efterhand analysera och värdera. Det är heller inte möjligt att bedöma i vilken utsträckning RFV:s värden använts i det slutliga arbetet. Det pågår dock för närvarande ett utvecklingsarbete mellan RFV och Socialdepartementet för att öka samordningen mellan regeringen och RFV:s prognosarbete. Utredningen kommer att följa detta arbete.

⁴ Preliminärt utfall för år 1999, prognosticerat utfall för budgetåret 2000. RFV 2000-01-27, dnr 677/2000-435.

8.1.1 Prognosmodellen för antalet sjukdagar

Bastalet för antalet dagar under året är en nödvändig del av prognosmodellen, eftersom antalet arbetsdagar varierar mellan året.

Det torde vara tämligen enkelt att, på några års sikt och med god träffsäkerhet, beräkna *den demografiska utvecklingen*. Däremot är det uppenbart att beteendet har förändrats över tiden inom jämförbara köns- och åldersgrupper. Detta framgår av kapitel 5 och kompletterande information nedan. Det ändrade beteendet gör att sambandet mellan demografisk utveckling och antalet ersatta dagar har komplicerats betydligt.

Utvecklingen av de relativa sjuktalen under de senaste fem åren, här definierat som antalet pågående sjukfall bland anställda i procent av antalet sysselsatta i samma åldersgrupp framgår av diagram 1a och 1b nedan.

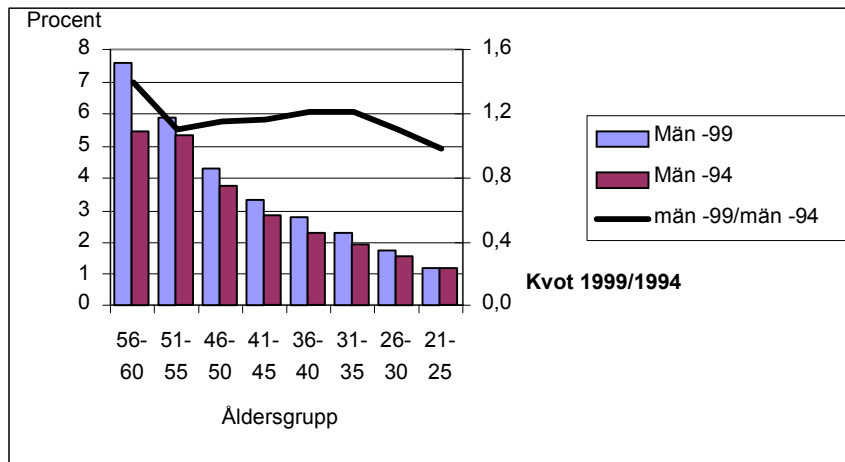
Diagrammen visar att sjuktalen mellan 1994 och 1995 ökat i samtliga åldersgrupper utom den allra yngsta. Denna förändring förklaras inte med skillnader i åldersstruktur mellan de båda åren. I diagrammen jämförs personer med samma ålder i de två tidsperioderna.

För män har kvoten mellan de relativa sjuktalen 1999 och 1994 ökat med cirka 20 procent för åldrarna mellan 31 och 55 år. I den äldsta åldersgruppen (55–60 år) har de relativa sjuktalen ökat med cirka 30 procent, medan den är oförändrad för den yngsta åldersgruppen (diagram 1a).

För kvinnor har det relativa sjuktalet ökat med cirka 50 procent (kvoten mellan 1999 och 1994 är cirka 1,5) under de senaste fem åren för alla åldersgrupper utom för de yngsta (diagram 1b).

Diagram 1a

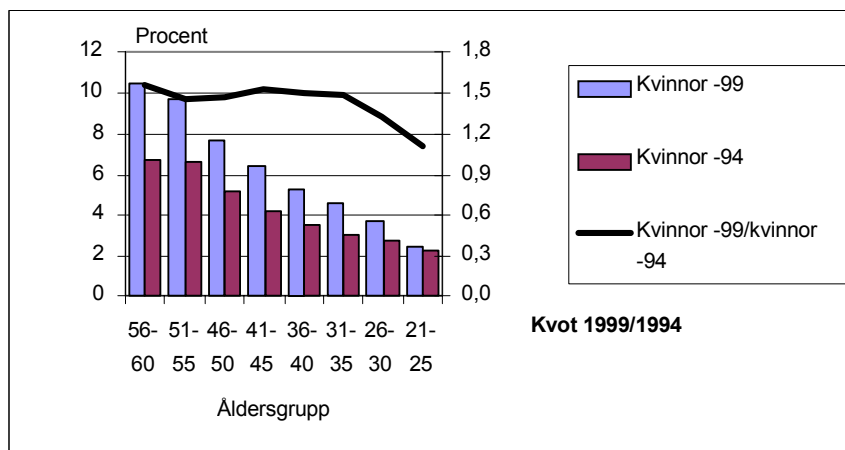
Relativa sjuktal för män i olika åldersgrupper under 1994 respektive 1999. Pågående sjukfall.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

Diagram 1b

Relativa sjuktal för kvinnor i olika åldersgrupper under 1994 respektive 1999. Pågående sjukfall.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

De relativa sjuktalen har således ökat mer för kvinnor än för män och ökningen har skett i de flesta åldersgrupper. Skälen bakom de stora ökningarna är inte alldeles uppenbara. Det förefaller inte rimligt att

befolkningen under fem år skulle i rent medicinsk mening ha blivit så mycket sjukare. Det kan inte heller bero på att den ökade sysselsättningen skulle lett till att även personer, som egentligen inte är tillräckligt friska för att arbeta, skulle ha fått arbete. Sysselsättningen bland kvinnorna steg med 1,9 procent från 1994 till 1999 och bland män med 5,1 procent enligt AKU. Den hypotesen leder snarare fram till att sjuktalet borde ha ökat mer bland män än bland kvinnor.

Andra förklaringar måste därför sökas till de stora förändringarna av de relativa sjuktalet. Utredningen redovisar i kapitel 5 att en mycket stor andel av ökningen beror på ökade sjuktal bland kvinnor inom kommuner och landsting. De bakomliggande skälen skulle i så fall kunna vara att påfrestningarna för de som arbetar inom den kommunala sektorn har ökat under de senaste åren i samband med de stora besparingar som skett. Utredningens analys är en illustration av hur andra externa faktorer än demografi och arbetslöshet kan påverka sjuktalet. De stora förändringarna av de relativa sjuktalet och den möjliga förklaringen i utvecklingen inom den kommunala sektorn är en strukturell förändring, som rimligen inte kan ha byggts in i den normala prognosmodellen. Det torde heller inte ha varit möjligt att i förväg få gehör för ett påstående om att sjuktalet bland kvinnor inom kommuner och landsting skulle öka så kraftigt som de gjort.

Arbetslösheten är en variabel, som avser att fånga upp de variationer som finns över konjunkturcykeln. När arbetslösheten sjunker anser man att sjukskrivningarna, framför allt de korta, ökar och vice versa.

Här finns ett uppenbart problem, som har sin grund i hur arbetslösheten beräknas. Arbetslösheten beräknas som skillnaden mellan utbudet av arbetskraft och antalet sysselsatta. Arbetslösheten påverkas således av två olika faktorer, som var för sig utvecklas olika under konjunkturcykeln. I en uppgångsfas i konjunkturen ökar ofta arbetskraftsutbudet mer än sysselsättningen, varför arbetslösheten stiger. I andra faser minskar utbudet mer än sysselsättningen. Om arbetslösheten som variabel har som funktion att spegla konjunkturförändringar, kan förändringarna över konjunkturcykeln bli svåra att tolka. Dessutom kommer förändringarna i sysselsättning och arbetskraftsutbud relativt sent i konjunkturons förändringsfaser, varför återspeglingsen av konjunkturförloppet är svagt. Det är tänkbart att någon av bruttovariablerna sysselsättning eller arbetskraftsutbud ger en stabilare förklaring till variationer i antalet sjukdagar. Även andra konjunkturvariabler kan eventuellt ge bättre resultat i en prognosmodell.

En följd av att arbetslösheten är ett nettotal gör att det är svårt att med någon större precision göra prognoser för utvecklingen för längre tidsperioder än ett eller möjligen två år. Även under en begränsad tidsperiod påverkas arbetslöshetens utveckling av en rad faktorer, som

på olika sätt hänger samman med konjunkturutvecklingen i Sverige och i omvärlden.

Den modell, som RFV använder för sina prognoser har sin teoretiska grund i att man inom den vetenskapliga litteraturen har funnit samband mellan arbetslöshet och sjuktal. Det övergripande motivet för att använda arbetslösheten som förklarande variabel är att man har observerat att sjuktalet ökat då arbetslösheten varit låg. Sambandet mellan sjuktal och arbetslöshet kan enligt de teorier, som ligger bakom RFV:s prognosmodell, uppstå på flera sätt:

- När arbetslösheten faller kommer fler personer in på arbetsmarknaden. Det innebär att fler har möjligheter att få ersättning för sjukfall. Det är således en kvantitativ effekt av arbetslösheten på antalet sjukskrivna.

Effekten torde dock i praktiken vara marginell, eftersom även arbetslösa kan bli sjukskrivna. Sjuktalet för de arbetslösa är i själva verket högre än för de sysselsatta. Sambandet kan därför vara det omvända om det är arbetslösheten i sig, som gör att de arbetslösa har högre sjuktal. Benägenheten att sjukskriva sig för den som är arbetslös påverkas av att sjukpenningen för vissa är högre än ersättningen från arbetslöshetskassan och att A-kasseperioden förlängs om man är sjukskriven.

- Hög arbetslöshet innebär att det uppstår en tydligare kostnad för den enskilde att sjukskriva sig. Risken att bli av med jobbet ökar när det står många och väntar på att få komma in på arbetsmarknaden. Omvänt så minskar risken för den enskilde om arbetslösheten är låg.

Medan den första hypotesen verkar tveksam, så kan den andra vara rimligare. Teorin säger då att sjuktalet utvecklas omvänt mot arbetslösheten. Det är dock inte givet att sambandet är linjärt. Exempelvis steg sjuktalet starkt i slutet av 1980-talet, då arbetslösheten var mycket låg, medan de var låga under mitten av 1990-talet, då arbetslösheten var mycket hög.

Eftersom arbetslöshet, arbetskraftsutbud och sysselsättning varierat under de 45 år, som det finns sjuktalsdata för, borde sambandet mellan sjuktalet och läget på arbetsmarknaden kunna fastställas med ganska hög grad av statistisk precision i en modell.

Ökningen av sysselsättningen står dock inte i någon rimlig proportion till den ökade sjukfrånvaron. Därför finns det anledning att misstänka att prognosproblemen har sin grund i att alla relevanta variabler inte finns med eller att det skett en förskjutning i beteendet. I det följande kommer några sådana aspekter att belysas.

Effekter av regelförändringar inom sjukförsäkringen och angränsande områden kan naturligtvis vara svåra att förutse. Detta gäller i synnerhet effekten av pågående eller nyss genomförda regeländringar. Regelförändringar som är beslutade efter det att prognosen har lagts kan naturligtvis inte alls hänföras till prognosfel. Erfarenheter av de effekter som tidigare förändringar av regelverken har gett kan ge en viss grund för att beräkna effekterna av kända förändringar.

De förändringar av regelverken som skett de senaste åren har framför allt gällt ersättningsnivån och införande och ändringar av arbetsgivarnas sjuklöneperiod. Dessa förändringar har sannolikt påverkat individernas beteende när förändringarna infördes, men bör under senare år tämligen väl ha kunnat inarbetas i prognoserna. De kan därför inte förklara de senaste årens stora avvikelser mellan prognos och utfall.

8.1.2 Prognosmodellen för medelersättningen

I avsnittet 8.1 redovisar utredningen de variabler som används i nuvarande prognosmodell. Utredningen gör i detta avsnitt en genomgång av dessa variabler. Ersättningen under tidigare perioder är den variabel, som modellen skall ge prognos för, men tidsförskjuten. Det är en metodik som är användbar när nivåförändringarna från ett år till ett annat bedöms vara relativt små. Normalt fungerar metodiken som en stabiliserande faktor. Även vid en utveckling av modellen bör variabeln finnas med i någon form.

Timplöneökningen är den variabel, som skall fånga upp ökningen av lönerna i ekonomin. Antagandet baseras på att ju mer timplönen ökar, desto högre blir dagsersättningen. Modellsambandet kompliceras av att en allt högre andel av de sjukskrivna har inkomster som överstiger den övre gränsen för sjukpenninggrundande inkomst (7,5 basbelopp). Modellen tar inte hänsyn till sådana strukturförskjutningar och inte heller till att genomsnittlig ersättning påverkas av strukturförskjutningar inom gränsen för SGI.

Tabell 2

Andel sjukskrivna som har inkomster över 7,5 basbelopp, procent.⁵

	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Samtliga</i>
1997	9,1	2,5	5,2
1998	10,5	3,1	6,1
1999	12,5	3,8	7,3

RFV beräknar att den totala andelen personer med inkomster över taket, och som omfattas av sjukförsäkringen, uppgick till 12 procent under 1997. Andelen försäkrade med inkomster över taket är således sjukskrivna i mindre omfattning än andra. Andelen sjukskrivna med inkomst över taket har dock ökat under de senaste åren. Dessutom har den genomsnittliga arbetstiden ökat, varför medelersättningen per dag ökat mer än ökningen av timlönerna.

Sambandet mellan medelersättningen och den genomsnittliga timlöneökningen är därför komplicerad. Timlöneökningen är en variabel, som inte ger en fullständig bild av hur medelersättningen utvecklas. Rimligen borde man ta hänsyn till hur taket för den sjukpenninggrundande inkomsten påverkar medelersättningen och hur den genomsnittliga arbetstiden förändras över konjunkturcykeln.

Effekten av regelförändringar innebär att man i prognoserna försöker ta hänsyn till beslut och förslag om regelförändringar som kan påverka utbetalningsvolymerna. Dessa förändringar är inte alltid kvantifierbara och ersätts då med tämligen generella överslagsberäkningar.

8.2 Några orsaker till att prognoserna inte stämt

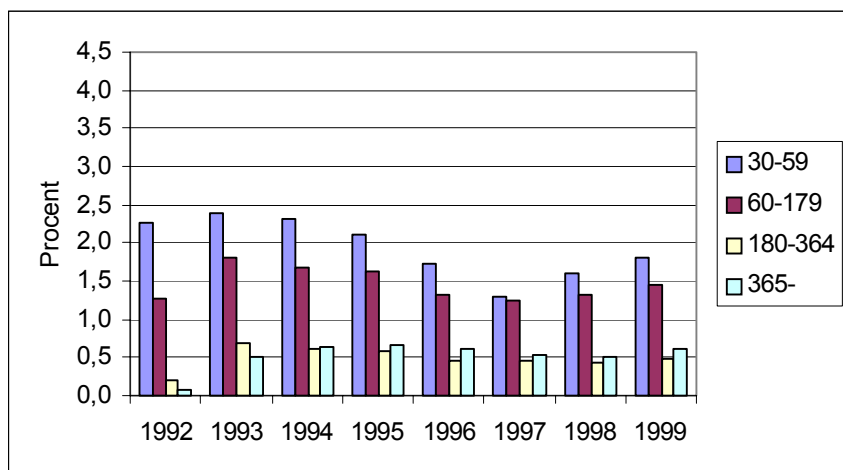
I RFV:s prognosmodell fanns, utöver några variabler för antalet basdagar och förändringar av regler inom och utanför sjukförsäkringsområdet, två renodlat externa variabler, demografifaktorn och arbetslösheten. Av de två senare är det endast arbetslösheten, som kan förändras påtagligt från ett år till ett annat. Den teori, som ligger till grund för modellen, gör att arbetslösheten möjligen är lämplig för att förklara förändringar av korttidsfrånvaron, upp till några månader. Förändringar av långtidsfrånvaron påverkas däremot inte direkt och omedelbart av ändrade arbetslöshetstal.

⁵ RFV:s årsredovisning, s. 61.

En prognosmodell bygger på historiska beteenden och samband och kan inte användas för att göra korrekta prognoser om förhållanden som ligger utanför modellen. Det innebär att det finns faktorer utanför modellen, som bör arbetas in när modellerna visar stora avvikelser eller är instabila.

Diagram 2a

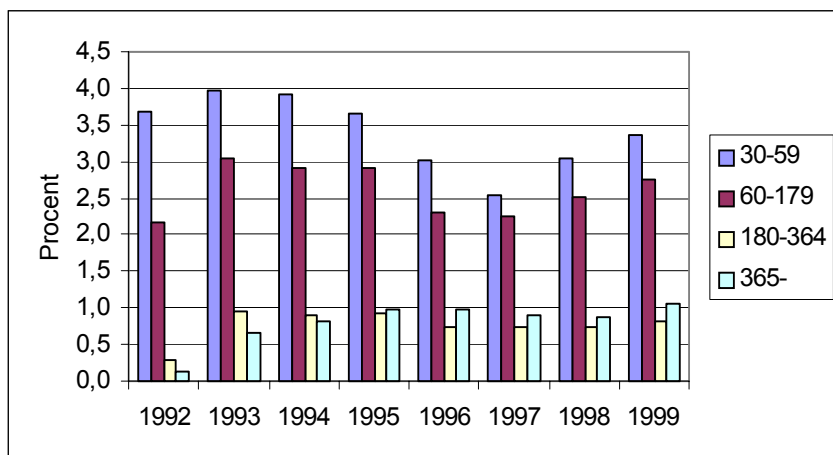
Andelen avslutade sjukfall bland anställda män efter varaktighet under respektive år i procent av antalet sysselsatta.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

Diagram 2b

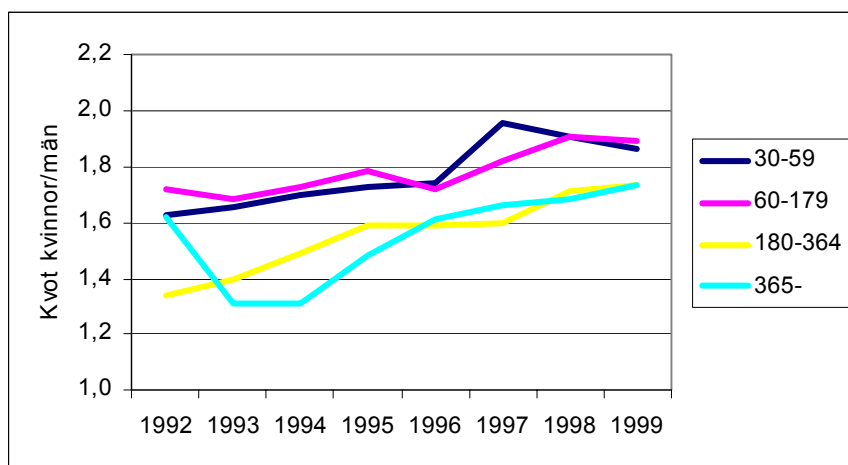
Andelen avslutade sjukfall bland anställda kvinnor efter varaktighet under respektive år i procent av antalet sysselsatta.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

Diagram 2c

Kvoten mellan andelen avslutade sjukfall bland anställda kvinnor och män fördelat efter sjukfallens längd.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

Långtidsfrånvaro har inte ökat med någon tydlig trend under de senaste åren bland de *avslutade fallen* (diagram 2a och 2b). Det finns en tydlig variation kring genomsnittet för de korta frånvarotiderna, som synes samvariera med konjunkturutvecklingen under åren. Andelen avslutade långa fall i procent av antalet sysselsatta är i det närmaste konstant och kan eventuellt ha ett samband med försäkringskassornas kapacitet att avsluta sjukfall. Antalet avslutade långa sjukfall har ökat under de senaste åren i takt med sysselsättningsökningen. Eftersom förändringen över tiden synes följa ett konjunkturmönster borde de korta och avslutade fallen i princip ha kunnat fångas upp av prognosmodellerna.

Diagrammen 2a–c visar även att det är relativt stor skillnad mellan män och kvinnor i nivån på antalet avslutade fall. Relationerna mellan män och kvinnor på arbetsmarknaden har inte förändrats på något tydligt sätt och bör därför ha fångats upp av den demografifaktor, som används av RFV i dess prognoser, om demografifaktorn vore riktigt specificerad.

Enligt den utvärdering av RFV:s prognosmodeller, som gjordes av Koskinen/Lundqvist skiljer inte modellen på kvinnor och män. Det material, som presenteras här och i kapitel 5 visar att det är uppenbart att prognosmodellerna bör utvecklas så att de tar hänsyn till skillnader mellan könen. Skillnaderna i nivån och utveckling av antalet sjukdagar mellan män och kvinnor är sannolikt ett av de viktigaste skälen till att skillnaderna mellan prognos och utfall är stora, ökande och instabila med hänsyn till prognoshorisonten, eftersom kön inte är specificerat som variabel i modellen.

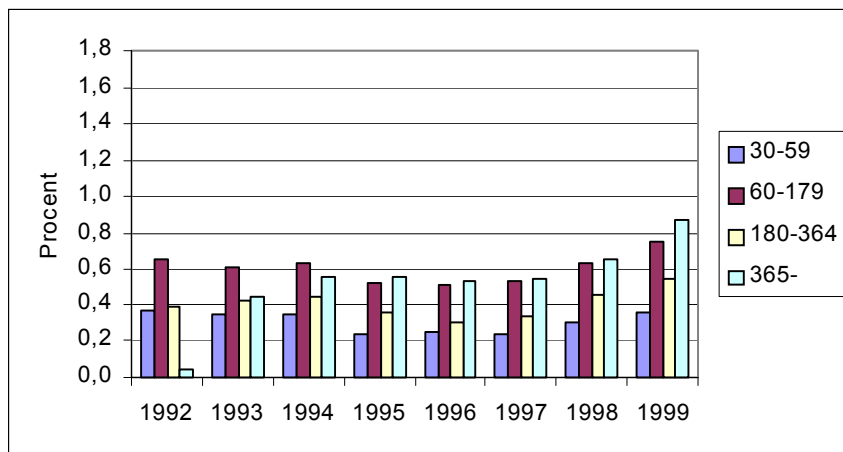
I diagram 2c visas att det finns en tydlig trend till ökad sjukskrivning bland kvinnor i förhållande till män när det gäller avslutade fall och för alla sjuklängder. Det är således inte bara nivån, som skiljer mellan kvinnor och män. Det finns även en trendmässig ökning av skillnaden.

De stora förändringarna över tiden gäller andelen *pågående fall* (diagram 2d–f). Här finns en markant ökning av antalet sjukfall i procent av sysselsättningen. Det gäller för alla varaktighetsklasser, men är särskilt tydligt för de längsta sjukskrivningarna. Ökningen blir särskilt tydlig under 1998. Störst är ökningen för kvinnor. Uppgången i konjunkturen de senaste åren har varit snabb och till stora delar oväntat stark. Eftersom 1997 var det senaste bottenåret i konjunkturen, skulle man kunna hävda att ökningen skulle bero på den nuvarande starka konjunkturen. Men eftersom de relativa sjuktalen dessutom är avsevärt högre än de var i mitten av 1990-talet, då konjunkturen också var stark, måste förklaringen till ökningen sökas i andra förhållanden. Dessutom började den senaste konjunkturuppgången mer markerat under andra

hälften av 1999, varför den knappast kan förklara uppgången från 1998.

Diagram 2d

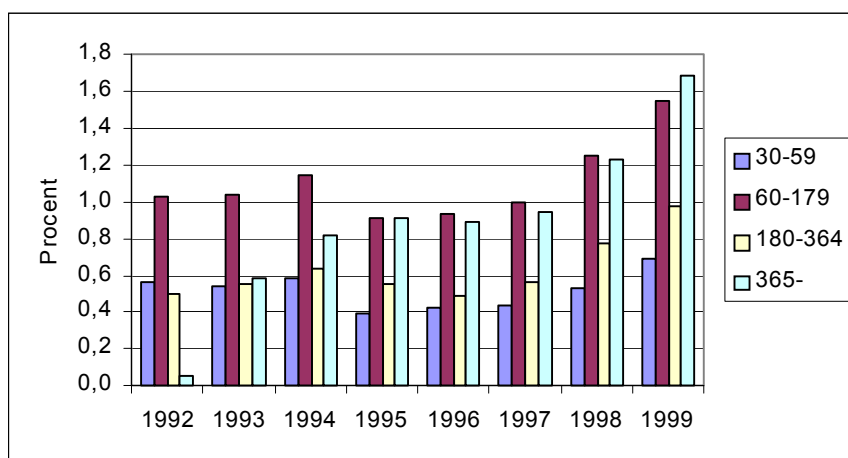
Andelen pågående sjukfall bland anställda män efter varaktighet under respektive år i procent av antalet sysselsatta.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

Diagram 2e

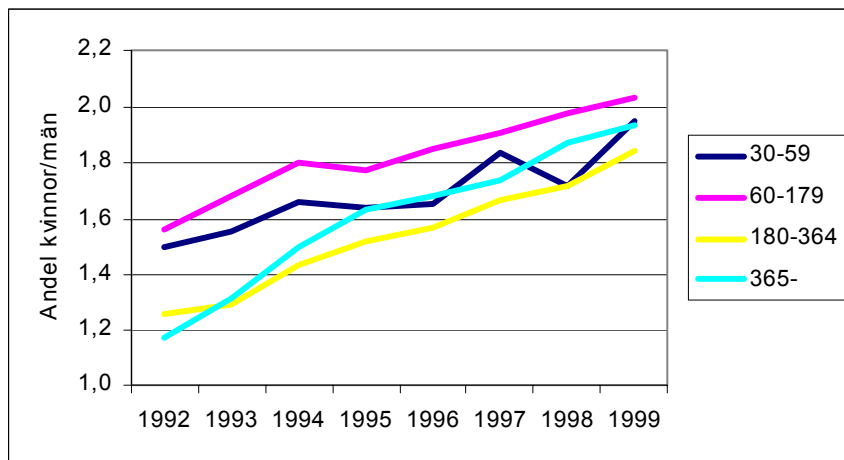
Andelen pågående sjukfall bland anställda kvinnor efter varaktighet under respektive år i procent av antalet sysselsatta.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

Diagram 2f

Kvoten mellan andelen pågående sjukfall bland anställda kvinnor och män fördelat på varaktighet.



Källor: RFV (sjuktal) och SCB (Arbetskraftsundersökningen).

Problemen med den ökande sjukfrånvaron beror endast till en mindre del på variationer i korttidsfrånvaron. I huvudsak är det långtidsfrånvaro, som har ökat under de senaste åren. På samma sätt som med antalet avslutade fall, finns det stora skillnader mellan mäns och kvinnors sjuktal. Dessutom visar det sig att det finns stora skillnader mellan länen.

Som tidigare framhållits, ger sannolikt inte heller prognosmodellen för medelersättningen ett riktigt resultat. Det har skett alltför stora förändringar av inkomster och ersättningsnivåer för att enbart den genomsnittliga timlönen skall vara tillräckligt effektiv variabel för att fånga upp hur medelersättningen i sjukförsäkringssystemet utvecklas. Förändringar av arbetstiden tillsammans med att allt fler sjukskrivna kommer över inkomsttakets i sjukförsäkringen, gör att man måste ta hänsyn till andra faktorer.

8.3 Slutsatser

Med hänvisning till den analys, som utvecklats ovan, bör följande faktorer beaktas i ett fortsatt modellarbete:

- De under året avslutade fallen och de pågående fallen bör behandlas i två separata modeller. De avslutade fallen ser ut att vara relativt stabila och utan tydlig trend, medan de pågående fallen har en trendmässig ökning. Det innebär en del komplicerade beräkningar av sambanden mellan de två storheterna.
- Kvinnors och mäns sjukfrånvaro bör behandlas var för sig i en modell. Det finns stora skillnader i både nivå och trendmässig utveckling.
- Regionala skillnader måste beaktas och analyseras närmare. De stora positiva avvikelserna av sjuktalen finns framför allt i län med relativt liten andel av totalbefolkningen. Det är möjligt att de stora regionala skillnaderna är mer lämpade för tillsynsmyndighetens aktiviteter än att bygga in som förklaringsvariabel i en prognosmodell.
- Sysselsättning och arbetslöshet är två variabler som samvarierar. Arbetslösheten påverkas även av utbudet av arbetskraft, varför sysselsättning eller arbetskraftsutbud bör vara stabilare förklaringsvariabler. Nivån på en sådan förklarande variabel i modellen bör sannolikt även kompletteras med något mått på förändringen för att fånga upp effekterna av dynamiken på arbetsmarknaden.
- De stora skillnader, som finns mellan olika näringsgrenar bör beaktas. Det är dock inte säkert att förändringar i näringslivsstrukturen ger någon ytterligare förklaring när könsskillnaderna har beaktats.
- Utvecklingen av medelersättningen styrs även av andra faktorer än den genomsnittliga timlönen. Faktorer som genomsnittlig arbetstid och demografisk utveckling måste sannolikt komplettera den externa variabel, som används idag.

9 Inriktningsmål och utvecklingsmöjligheter

Utredningens huvudsyfte med detta delbetänkande är, som framgår av kapitel 1, att redovisa faktaunderlag och summera de huvudsakliga analyser som för närvarande är tillgängliga. Under utredningsarbetet har också ett antal utvecklingsmöjligheter diskuterats. Utredningen anser det angeläget att redan i detta delbetänkande redovisa dessa i syfte att väcka debatt, få kommentarer och synpunkter som kan bidra till en allsidig bedömning i slutbetänkandet. Det är angeläget att på nytt framhålla att utredningen i delbetänkandet inte framför några slutliga *förslag*.

Utredningen har som tidigare påpekats huvudsakligen koncentrerat detta delbetänkande för att belysa frågor som sammanhänger med arbetsplatsen och de anställdas sjukfrånvaro. Ett stort problemområde är också sjukfrånvaron bland de arbetslösa. Statistiken inom detta område är dock mycket ofullständig. Utredningen avser att inför slutbetänkandet genomföra särskilda analyser av "sjukfrånvaron" bland de arbetslösa.

På arbetsmarknaden utvecklas i allt högre grad nya anställningsformer. Allt fler har tillfälliga arbeten, många har flera deltidsarbeten samtidigt, en del blandar egen konsultverksamhet med "vanligt" arbete. Försäkringsskyddet för dessa grupper kommer att belysas i slutbetänkandet.

I slutbetänkandet kommer utredningen även att beskriva ett "nollalternativ", som utgår från nuvarande system och de förbättringar som där kan göras. Redan det material som nu finns tillgängligt indikerar dock att en hållbar, långsiktig lösning kommer att vara svår att uppnå utan att ett antal viktiga principiella frågor diskuterar. Däri ingår bl.a. frågan om sjukförsäkringssystemet skall vara ett enligt direktiven *generellt offentligt försäkringssystem*. I de utvecklingsmöjligheter som skisseras har förutsatts att denna principiella utgångspunkt gäller.

9.1 Inriktningmål för sjukförsäkringssystemet

I följande avsnitt redovisar utredningen en sammanfattning av nuvarande uppsättning av inriktningmål för det svenska sjukförsäkringssystemet. Målen är i huvudsak en summering av vad som i dag är en gängse och allmänt accepterad beskrivning av systemets huvudingredienser. Utredningen anser att dessa mål bör kunna utgöra en grund för en fortsatt effektivisering och utveckling av sjukförsäkringssystemet.

Sjukförsäkringen skall ge individen ersättning för inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Försäkringen skall utformas och praktiskt tillämpas på ett sådant sätt att systemet bidrar till och påskyndar den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden.

Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning oavsett kön, ålder, sysselsättning, arbetsgivare, bostadsort etc.

Systemet (administration och åtgärder) skall sammantaget i sig och i samverkan med andra system vara kostnadseffektivt.

Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament för alla direkt berörda och samverkande parter som stimulerar åtgärder som leder till bättre arbetsmiljö, bättre hälsa och som minskar såväl den korta som den långa sjukfrånvaron.

Sjukförsäkringssystemet skall vara statsfinansiellt hållbart.

Sjukförsäkringen skall, enligt direktiven fortsatt vara ett generellt offentligt *försäkringssystem*.

Utredningen konstaterar att nuvarande utformning av systemet på åtskilliga punkter inte motsvarar den idag gällande uppsättningen av mål. Vi återkommer till denna fråga i anslutning till redovisningen av olika utvecklingsmöjligheter som ges i avsnittet 9.3.

9.1.1 Försäkring för inkomstbortfall

Den svenska sjukförsäkringen är ett system för ersättning för inkomstbortfall. I en del sammanhang diskuteras försäkringens utformning som om det även vore fråga om ett inkomstutjämningsystem och/eller ett system som skall svara för också andra uppgifter inom det sociala området. Utredningen konstaterar att nya grupper som inte kvalificerat sig för en ingång i systemet genom arbetsinkomst i realiteten står utan sjukförsäkring. Det kan t.ex. gälla ungdomar och invandrare som ännu

inte fått möjligheter till arbete och ibland genom diskriminering förvägrats inträde på arbetsmarknaden. Utredningen anser att situationen för denna grupp medborgare förtjänar att uppmärksammas. Dessa problem som orsakas av bl.a. brister på arbetsmarknaden bör dock inte lösas inom ramen för sjukförsäkringen. Huvudfrågan är inte avsaknad av sjukförsäkring utan avsaknad av arbete. Den grundprincip som gäller och som säger att försäkringen skall ge ersättning för inkomstbortfall bör bibehållas och om så erfordras tydliggöras.

Den ovan redovisade grundprincipen innebär att individens (den försäkrades) utnyttjande av sjukförsäkringen uteslutande skall baseras på medicinska och försäkringsmedicinska bedömningar, dvs. sjukförsäkringen bör inte användas som substitut för andra samhälleliga trygghetssystem. Det är därför viktigt att sjukförsäkringen och övriga trygghetssystem är väl samstämda genom entydiga ansvarsområden och regelverk.

Ersättningar och ersättningstak bör vara på sådana nivåer att försäkringen innebär ett reellt skydd för flertalet försäkrade. Alltför stora förändringar som innebär att den enskildes försäkringsskydd urholkas, t.ex. genom sänkt ersättning eller fler karensdagar påverkar sjukförsäkringens legitimitet och trovärdighet. Därtill kommer att på en alltmer öppen marknad är det numera möjligt att kompensera sänkta ersättningsnivåer genom kollektiva och enskilda tilläggsförsäkringar. Varje urholkning av försäkringens substantiella innehåll riskerar att reducera sjukförsäkringen till ett "bidragssystem" av minskande betydelse för stora delar av befolkningen. De stora löntagargrupperna kompenseras genom kollektiva avtal, medan svagare grupper direkt drabbas av ett försämrat försäkringsskydd.

9.1.2 Försäkringen skall bidra till och påskynda den försäkrades återinträde på arbetsmarknaden

Försäkringen skall innehålla incitament för alla berörda aktörer, dvs. enskilda försäkrade, arbetsgivare, försäkringskassan och samverkande organ inom vård, omsorg och arbetsmarknad. Incitamenten bör relateras till förebyggande åtgärder, rehabiliteringsstöd och faktisk sjukfrånvaro och syfta till att så effektivt som möjligt underlätta den försäkrades återgång till arbetslivet. Utredningen konstaterar att dessa incitament idag är svaga och ibland går på tvärs mot försäkringens syften. Den av regeringen tillsatta "Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen" (S 1999:08) konstaterar i sin diskussionspromemoria *Individen i centrum?* att arbetsgivarens roll i rehabilite-

ringsarbetet har varit otydlig. Definitionen av vad som är arbetslivsinriktad rehabilitering har också varit diskuterad och ifrågasatt. De ekonomiska incitamenten för arbetsgivaren att aktivt arbeta med dessa frågor har varit svaga och inte tillräckligt synliga. Framför allt små och medelstora arbetsgivare har haft problem med var de skall vända sig för att få stöd när olika rehabiliteringssituationer uppstår. Drivkraften för ett aktivt förebyggande arbete på arbetsplatserna har varit för svagt¹. Vidare nämner ”rehabiliteringsutredningen” i diskussionspromemorians kapitel 7, som möjliga orsaker till att rehabiliteringsreformen inte fått fullt genomslag; att statsmakterna ändrat vissa förutsättningar, sektoriseringen inom det offentliga ansvaret, att samordningsansvaret inte fungerat fullt ut och att landstingens och kommunernas utbud av rehabilitering är otillräckligt.

9.1.3 Den försäkrade skall garanteras en likvärdig bedömning

Sjukförsäkringen ingår som en mycket viktig del i det svenska förvaltningssystemet. En grundläggande förutsättning är att systemet är så uppbyggt och så organiserat att de försäkrade garanteras en rättssäker och likvärdig bedömning. Utredningen konstaterar att stora skillnader föreligger i sjuktal mellan kvinnor och män och mellan olika delar av landet. Ökande skillnader mellan kvinnor och män kan sammanhånga med att arbetslivets villkor generellt missgynnar kvinnor. De regionala olikheterna kan bero på att olika praxis tillämpas i skilda delar av landet. Utredningen avser att återkomma till dessa frågor i slutbetänkandet bl.a. i samband med redovisningen av organisatoriska konsekvenser av de förslag som lämnas. Utredningen noterar att rehabiliteringsutredningen föreslår en helt ny organisation för rehabiliteringsarbetet.

¹ Individ i centrum? En diskussionspromemoria om den framtida svenska arbetslivsinriktade rehabiliteringen, s. 193.

9.1.4 Systemet skall sammantaget vara kostnadseffektivt

Försäkringssystemet bör vara utformat så att det sammantaget och till lägsta möjliga samhällskostnad uppnår de uppställda målen. I kostnaderna ingår utbetalningar till försäkringstagarna, insatser för rehabilitering, sjukvårdskostnader, kostnader för försäkringsadministrationen samt kostnader och transfereringar som uppkommer i andra system. Genom att olika huvudmän inom staten, tillsammans med landsting och kommuner ingår i systemet blir insatser och utfall mycket komplicerade att mäta. Stora risker för suboptimering ligger inlagda i själva systemet. Till stor del är dessa systembrister ofrånkomliga. Utredningen avser dock att så långt som möjligt finna och föreslå lösningar som bidrar till ett tydligare inkomst- och utgiftsansvar.

9.1.5 Försäkringen skall innehålla ekonomiska och andra incitament

Som tidigare nämnts ingår många parter i det totala sjukförsäkringssystemet. Det är av avgörande betydelse för systemets framgång att den försäkrade, arbetsgivare, försäkringsgivare, arbetsförmedling, läkare och övrig expertis samverkar med varandra. En sådan samverkan försvåras om kostnader uppträder på ett ställe och intäkter på ett annat. Försöken med bl.a. FINSAM visar på vikten av ekonomiska incitament. Också försäkringsstrukturen i övrigt med avgifter och självrisker bör kunna utformas så att incitament och konsekvenser blir tydligare. Utredningen konstaterar att idag har t.ex. arbetsgivaren ett starkt ansvar och incitament för de korta sjukskrivningarna upp till 14 dagar genom sjuklöneperioden. Ansvar för de längre sjukskrivningarna ligger däremot i hög grad på försäkringssystemet ensamt. Den korta sjukfrånvaron har, som beskrivs i kapitel 5, i stort sett varit oförändrad under 1990-talet, medan den långa och särskilt den mycket långa sjukfrånvaron har ökat mycket snabbt under de senaste åren. Utredningen redovisar i detta kapitel en genomgång av nuvarande incitamentsstruktur och anger också ett antal möjliga förändringar.

9.1.6 Sjukförsäkringssystemet skall vara statsfinansiellt hållbart

Med nuvarande uppbyggnad finansieras sjukförsäkringen över statens budget. Även om avgifterna från enskilda och arbetsgivare är satta för att i princip täcka sjukförsäkringens kostnader föreligger inte något direkt samband mellan statens utgifter och inkomster. Detta förhållande, tillsammans med principen om budgettak för statens utgifter, innebär att brister i prognoser tillsammans med stora och snabba förändringar inte på samma sätt som i vanliga försäkringssystem kan kompenseras och balanseras genom premieändringar och fonderingar. Detta grundproblem har tydliggjorts inte minst under de senaste årens mycket kraftiga expansion av kostnaderna för sjukförsäkringen. Utredningen redovisar i kapitel 8 en bedömning av nuvarande prognosystem och de möjliga förbättringar som kan införas för att göra prognoserna bättre anpassade till den nya situation som uppstått. Det finns dock av flera skäl anledning att överväga om inte sjukförsäkringen skall byggas upp som ett mer självständigt och tydligt avgränsat försäkringssystem, där det finns en direkt koppling mellan avgifter och kostnader. Utredningen avser att i sitt slutbetänkande redovisa konsekvenser av ett sådant alternativ som för övrigt direkt ansluter sig till ett av utredningens direktiv:

”Sjukförsäkringen förutsätts även fortsättningsvis vara ett generellt offentligt *försäkringssystem*.”

Nuvarande finansieringsform torde göra det mycket svårt att bygga upp och effektivt administrera ett generellt offentligt *försäkringssystem*.

9.2 Incitament och självrisker i systemet

I utredningens direktiv ingår att beskriva ”hur incitament för såväl individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna”. I detta avsnitt gör utredningen en genomgång av nuvarande incitamentsstruktur som avser att utgöra en grund för den diskussion om utveckling och förändring av nuvarande system som redovisas senare i detta kapitel.

Under 1990-talet har arbetslivet i Sverige genomgått dramatiska förändringar. Stora svängningar har präglat konjunktur och sysselsättning. Såväl den privata som den offentliga sektorn har omstrukturerats. Nedskränningar och omorganisationer och därmed följande otrygghet har i hög grad präglat vardagen för många människor.

Det är mot den bakgrunden svårt att isolerat analysera enskilda faktorerers påverkan på dagens sjukfrånvaroutveckling. De beteende- och arbetsmiljöundersökningar som utredningen nu genomför avser att närmare belysa hur ekonomi, familjesituation, sysselsättning, arbetsförhållanden etc. påverkar attityder, värderingar och faktiskt beteende.

Den korta sjukfrånvaron har som framgår av tidigare redovisad statistik varit relativt stabil under hela 1990-talet. De långa sjukfallen minskade kraftigt fram till 1996 men ökar nu i snabb takt. Kvinnornas sjukfrånvaro har ökat väsentligt snabbare än männens. De regionala skillnaderna i sjukfrånvaro har förstärkts. Sjukfrånvaron inom olika näringsgrenar är mycket varierande och utvecklas olika inom olika branscher och sektorer (jämför kapitel 5).

Utredningens uppfattning är att nuvarande incitament inte är effektiva som instrument för att påverka sjukfrånvaron i önskad riktning. I det följande redovisar utredningen sin syn på möjligheterna att med hjälp av självrisker, ekonomiska incitament och andra styrmedel direkt påverka sjukfrånvaron.

De instrument som för närvarande används som incitament i sjukförsäkringen är karensdagen, ersättningsnivån, ersättningstaket och en sjuklöneperiod för arbetsgivare. Instrumenten och dess tillämpning beskrivs närmare i kapitel 2.

9.2.1 Karensdagen

Karensdagen infördes den 1 april 1993 som en självrisk för den enskilde i sjukförsäkringssystemet. Ett ytterligare motiv som anfördes för införandet var behovet att stärka statens ekonomi. Självriskerna kan ses som den försäkrades initialkostnad för att utnyttja försäkringen. Karensdagen hade vid införandet en påtaglig effekt på sjukfrånvaron.

Utredningen kan inte se något samband mellan karensdagen och den långa sjukfrånvaron som nu utvecklas snabbt. Fler eller färre karensdagar skulle enligt utredningens uppfattning inte påverka den nuvarande utvecklingen av den långa sjukfrånvaron.

Utredningen ser därför för närvarande ingen anledning att ifrågasätta *en* karensdag som en rimlig självrisk för den försäkrade.

9.2.2 Ersättningsnivån

Ersättningsnivån i sjukförsäkringen har förändrats vid flera tillfällen under 1990-talet. För närvarande är ersättningsnivån 80 procent av beräknad inkomst upp till 7,5 prisbasbelopp (274 500 kr).

Den ”nominella” ersättningsnivån i sjukförsäkringen torde till stor del ha spelat ut sin roll som incitament för individen (åtminstone för anställda). Arbetsmarknadens parter etablerar i kollektivavtal egna nivåer, som då naturligen tar över som det reella incitamentet. Också enskilda försäkringar etableras på marknaden. Om en sänkt ersättningsnivå skulle anses vara ett incitament som ”stimulerar” den enskilde att återgå till arbetet måste i så fall nuvarande minskningsregler ytterligare skärpas. Utredningen anser att en sådan skärpning skulle vara svår att upprätthålla på en global försäkringsmarknad.

Utredningen finner därför inte anledning att föreslå någon ändring i den nu gällande ersättningsnivån.

9.2.3 Ersättningstak

Utredningens anser att en allmän, offentlig försäkring måste utformas så att flertalet försäkrade kan inrymmas under taket. Försäkringens legitimitet kommer annars att urholkas.

Allt fler sjukskrivna har nu inkomster över sjukförsäkringens inkomsttak – 7,5 prisbasbelopp. Andelen sjukskrivna män med inkomst över taket var 9,1 procent år 1997 och 12,5 procent år 1999. Motsvarande siffror för kvinnor är 5,2 resp. 7,2 procent (RFV).

Utredningen anser vidare att det nuvarande beskattningselementet i sjukförsäkringssystemet inte är förenligt med ett av direktivens huvudmål – ett generellt offentligt försäkringssystem. Försäkringsavgiften borde mot denna bakgrund därför endast tas ut på den del av inkomsten/lönen som är försäkrad. Den av andra skäl politiskt bestämda inkomstomfördelningen bör tillgodoses på annat sätt t.ex. genom skattesystemet. Utredningen återkommer till denna fråga i sitt slutbetänkande.

9.2.4 Slutsatser

Utredningens slutsats är att nuvarande incitament i sjukförsäkringen inte är tillräckliga för att i önskvärd och nödvändig omfattning påverka sjukfrånvaron. Utredningen konstaterar att nuvarande system innebär att ytterligare karensdagar och lägre ersättningsnivåer ekonomiskt gyn-

nar företag med hög sjukfrånvaro. Ytterligare en karensdag eller en sänkning av sjuklörens storlek skulle innebära att arbetsgivare med hög sjukfrånvaro får lägre total kostnad.

Nuvarande användning av avgifter och villkor synes mera syfta till att reglera totalkostnad och finansieringsmetod för sjukförsäkrings-systemet än att påverka den faktiska sjukfrånvaron.

Synen på sjukförsäkringen som den kommer till uttryck i utformning av regelverk, administration och finansiering förefaller vara att systemet betraktas och hanteras som ett "bidragssystem" snarare än som ett självfinansierat försäkringssystem.

Utredningen är övertygad om att även ett gemensamt offentligt försäkringssystem för att fungera rationellt och effektivt måste bygga på försäkringsekonomiska principer, dvs. med samband mellan premier och möjliga ersättningar, självrisker som speglar faktiska utfall, möjligheter att balansera variationer i intäkter och kostnader etc.

9.3 Utveckling och förändring av nuvarande system.

Utredningen redovisar och diskuterar i detta avsnitt ett antal *preliminära* slutsatser och presenterar de huvudfrågor som utredningen avser att belysa i det fortsatta arbetet. Diskussionen bygger i många fall på pågående studier och undersökningar varför slutsatserna är *preliminära* och kan komma att förändras. Synpunkterna redovisas i ett antal huvudområden som sammantaget täcker huvuddelen av utredningsuppdraget. Redovisningen är dock inte fullständig och det slutliga ställningstagandet kan omfatta både ytterligare områden och innebära att delar av de förslag som nu framförs faller bort.

Utredningen vill understryka att redovisade tankegångar är tentativa och att ett viktigt syfte med redovisningen är att stimulera en debatt för att få ytterligare underlag för de förslag som kommer att läggas i slutbetänkandet. Utredningen hänvisar bl.a. till sin hemsida www.sjukforsakring.gov.se

Utredningen kommer också att i slutbetänkandet redovisa och pröva ett *nollalternativ* som bygger på att huvudlinjerna i nuvarande system består.

Vid sidan av Sjukförsäkringsutredningen pågår en särskild utredning avseende arbetslivsinriktad rehabilitering (S 1999:08). Inom Socialdepartementet utreds vidare vissa aspekter av förtidspensions-

systemet. (Se bl.a. Ds 2000:39 och Ds 2000:40) Sjukförsäkringsutredningen fördjupar sig därför inte specifikt i frågor om organisation, former och regler för rehabilitering och förtidspension utan återkommer med sådana överväganden i sitt slutbetänkande. Utredningens huvuduppgift är inte att ta ställning till eventuellt nödvändiga organisatoriska förändringar som kan beröra bl.a. RFV och försäkringskassorna. Redan nu förefaller det som om en större organisatorisk översyn vore angelägen. I detta kapitel som redovisar utredningens tankar om utveckling och förändring används genomgående beteckningen "försäkringskassan", utan att utredningen därför tagit ställning till olika möjliga organisationslösningar.

Nuvarande sjukskrivningsprocess och aktörernas nuvarande roller och ansvar beskrivs i avsnitt 2.4. Utredningen konstaterar att gällande system har uppenbara brister. Ansvaret för olika åtgärder är otydligt och uppföljningen är bristfällig. Försäkringskassornas prioritering har i realiteten inriktats mot utbetalning och administration där särskilt ärenden som sammanhänger med korta sjukskrivningstider (upp till 60 dagar) utgör en mycket stor andel. Under 1999 avslutades ca 480 000 sjukfall inom två månader. Det totala antalet avslutade sjukfall var samma år ca 677 000. Den stora ökningen och huvuddelen av försäkringssystemets kostnader ligger däremot på fall där sjukskrivningstiden är ett år eller längre (75 procent av pågående sjukskrivningar var i december 1999 längre än ett år).

9.3.1 Sjuklöneperioden och arbetsgivarens ansvar

Sjuklöneperioden förlängs till två månader.

Arbetsgivarkollektivets avgift för sjukförsäkringen f.n. 8,5 procent sänks.

Arbetsgivaren har under sjuklöneperioden, liksom hittills, tillsammans med behandlande läkare det fulla ansvaret för "sjukskrivning" under sjuklöneperioden.

Arbetsgivare och, läkare i samråd med den försäkrade skall omedelbart informera försäkringskassan om behov föreligger av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

Företagshälsovårdens roll förstärks.

I tidigare avsnitt (kapitel 5) har utredningen konstaterat att de allra flesta sjukfall som ersätts av sjukförsäkringen, 1999 mer än 70 procent, avslutas inom två månader. Till detta kommer sjukfall under sjuklöne-

perioden som administreras och betalas av arbetsgivaren i form av sjuklön.

Utredningen noterar att försäkringskassorna under senare år använt allt mindre resurser för rehabilitering. I stället har kostnaderna för administration och utbetalning avseende kortare sjukfall ökat. (Se bl.a. RFV:s årsredovisning för 1999.) De av försäkringskassorna ersatta "korta" sjukfallen upp till 60 dagar svarar för 11 procent av totalt antal ersatta sjukdagar. Utredningens underlag visar att försäkringskassornas kostnader till huvuddelen sammanhänger med hanteringen av de korta sjukfallen. Detta förhållande kommer att ytterligare belysas i slutbetänkandet.

Nuvarande ordning ger alldeles otillräckliga incitament för arbetsgivare att vidta åtgärder på arbetsplatsen som minskar de långa sjukskrivningarna. Utredningen har bl.a. mot denna bakgrund funnit det motiverat att pröva ett system som ökar arbetsgivarens "självrisk" och som därigenom förstärker de ekonomiska incitamenten. En förlängd sjuklöneperiod är ett inslag i utredningens överväganden. Utredningen förutsätter att nuvarande arbetsgivaravgift sänks för att kompensera arbetsgivarnas ökade kostnader. Det underlag som föreligger pekar på att en sjuklöneperiod på 60 dagar vore lämplig både av medicinska och administrativa skäl.

Utredningen, som anser att förstärkta insatser på arbetsplatserna är en nödvändig förutsättning för att minska sjukskrivningarna, återkommer till denna fråga också i anslutning till följande avsnitt som beskriver sjukskrivningsperioden efter sjuklön.

De riktigt korta sjukfallen (upp till 14 dagar) under arbetsgivarperioden har inte ökat under 1990-talet². Rent medicinskt går flertalet sjukfall över inom 60 dagar utan några större insatser utöver sedvanlig medicinsk behandling och sådana individrelaterade och rehabiliterande insatser som bäst sker direkt på arbetsplatsen. Försäkringskassans resurser borde prioriteras för att ta hand om de fall som är i stort behov av större insatser. Samtidigt är det angeläget att arbetsgivaren tar ett större ansvar för de längre och för den enskilde och samhället mer kostbara sjukfallen.

Stora administrativa vinster och andra fördelar avseende resursanvändning kan uppnås hos försäkringskassan om de många kortare sjukfallen hanteras och regleras direkt av arbetsgivaren.

En förenklad administrativ hantering får dock inte innebära att eventuella möjliga tidiga rehabiliteringsåtgärder fördröjs. Utredningen menar därför att arbetsgivare, läkare i samråd med den sjukskrivne omedelbart skall informera försäkringskassan om man bedömer att

² Se vidare kapitel 5

ytterligare rehabiliteringsinsatser är nödvändiga. Utredningen förutsätter att om så bedöms lämpligt skall arbetsgivare kunna åläggas en skyldighet att senast 15 dagar före sjuklöneperiodens utgång anmäla de sjukfall som bedöms bli långvariga och kräva insatser från försäkringskassan.

Företagshälsovården har under senare år spelat en allt mindre roll i samarbetet med försäkringskassa och landsting. Utredningen anser att företagshälsovården borde vara en betydande och aktiv resurs i detta sammanhang. Utredningen kommer att sitt slutbetänkande närmare diskutera också företagshälsovårdens roll och uppgifter.

Utredningens tankegångar innebär att en tidig rehabilitering skall sättas in så snart behov föreligger. De många, mer lättbedömda, fallen behöver däremot inte hanteras av försäkringskassan på samma lagreglerade sätt som nu sker. Enligt gällande regelsystem skall efter 28 dagar en obligatorisk prövning ske av *samtliga* fall. Utredningen noterar att denna formellt obligatoriska bedömning idag sker mycket summariskt och i de flesta fall tidigast efter 50–60 dagar. Trots detta tar de administrativa rutiner med utbetalning och ”pappershantering” så stora resurser från försäkringskassorna att insatser för de långa sjukfallen minskat under senare år.

I tidigare diskussioner har framförts farhågor för att den utökade sjuklöneperioden skulle kunna innebära att arbetsgivare i framtiden skulle selektera vid anställning av ny arbetskraft. Utredningen kan inte bortse från en sådan konsekvens. Redan dagens system innefattar ett särskilt skydd för ”ofta sjuka” och för sådana som befaras bli långtidssjuka. Utredningen avser att förstärka detta skydd och föreslå ett särskilt skydd också för redan långtidssjuka.

I det korta perspektivet synes dock risken för negativ selektering vara liten, i synnerhet som de höga sjuktalen idag återfinns bland kvinnor i landsting och kommuner. Under de närmaste åren behövs ett stort tillskott av arbetskraft för att klara ”vård, skola och omsorg”. Det ligger inte i arbetsgivares intresse att i en sådan konkurrenssituation avstå från att satsa på förbättrade arbetsförhållanden för att i stället välja en strategi som bygger på förutsättningen att man bara anställer sådana medarbetare som ”garanterat håller sig friska”. Utgångspunkten för resonemanget om selektering synes också bygga på föreställningen att ökningen av sjuktalen beror på att anställda på vissa arbetsplatser med hög sjukfrånvaro skulle vara latent svaga eller särskilt ”sjukliga”. I den statistik som utredningen hittills tagit del av finns inget stöd för en sådan hypotes. Sjuktalen inom vissa branscher, särskilt kvinnoyrken, kan knappast förklaras av att just där samlats särskilt sjukbenägna individer.

9.3.2 Sjukskrivningsperioden efter sjuklön

Efter den förlängda sjuklöneperioden har försäkringskassorna det fulla ansvaret för fortsatta åtgärder och utbetalningar av sjukförsäkringen enligt i princip det system som nu gäller redan efter 14 dagar. Självfallet har arbetsgivaren ett fortsatt stort ansvar men samordningsansvaret och i realiteten det yttersta ansvaret för att individen får en efter sina förhållanden effektiv och lämplig rehabilitering bör ligga på försäkringskassan. Förlängningen av sjuklöneperioden medför att kassorna i framtiden hanterar ett betydligt färre antal fall än för närvarande. Kraven på försäkringskassan att se till att rehabilitering och övriga insatser verkligen görs kan och bör ställas mycket högt. Ett stort antal aktörer medverkar i rehabiliteringsprocessen bl.a. arbetsgivare, sjukvård, socialtjänst och arbetsförmedling. Av alla dessa krävs engagerade och effektiva insatser.

Försäkringskassan tar över ansvaret för utbetalning av sjukpenning efter 60 dagar.

Försäkringskassan skall snarast bedöma om ett anmält sjukfall behöver utredas djupare. En sådan djupare och bredare bedömning bör ske med hjälp av en teamuppbyggd verksamhet som uppfyller fastställda kvalitetskriterier.

De försäkrade med behov av rehabilitering garanteras personligt anpassade insatser.

Arbetsgivaren erlägger en självrisk i form av en begränsad sjuklön också under resten av sjukskrivningsperioden.

Högekostnadsskydd införs för småföretag.

Som tidigare nämnts avslutas 70 procent av alla sjukfall inom 60 dagar. De resterande 30 procenten svarar för nästan 90 procent av ersatta dagar i avslutade sjukfall. Räknar man med siffran för ersatta sjukdagar i pågående sjukfall blir siffran ännu större. Försäkringskassan måste på grund av nuvarande regelsystem prioritera administrativa åtgärder, utbetalning m.m. och kassornas kostnader är därför i hög grad relaterade till de kortare sjukfallen. De viktiga rehabiliteringsinsatserna kommer i andra hand. Dessa frågor redovisas också i Rehabiliteringsutredningens rapport, *Individen i Centrum?* Sjukförsäkringsutredningen kommer i sitt slutbetänkande att försöka integrera tillämpliga slutsatser och förslag från Rehabiliteringsutredningen.

Riksförsäkringsverket genomförde under 1999 en utvärdering av den fördjupade bedömningen (se bilaga 6, "Fördjupad bedömning i praktiken"). Undersökningen visar enligt RFV (Årsredovisning 1999)

”att den fördjupade bedömningen ytterst sällan leder till att rätten till sjukpenning ifrågasätts. Den leder inte heller till att rehabiliteringsbehov upptäcks tidigare. Resultat av studien pekar snarare på att rehabiliteringsbehovet upptäcks tidigare och att rehabiliteringen ger bättre resultat om lagstiftningen inte följs.” Utredningens slutsats är att den ”tvångsmässiga” prioriteringen av generella insatser till en viss tidpunkt fått till följd att resurser inte kunnat användas på ett optimalt sätt.

Utredningens idéskiss innebär att försäkringskassan får mer resurser för de mer komplicerade och angelägna sjukfallen. Det finns därför all anledning att utgå från att samtliga sjukskrivna med en längre sjukskrivning än 60 dagar med behov av rehabilitering också skall få en rehabiliteringsinsats som är personligt anpassad till både medicinska och arbetsplatsrelaterade förutsättningar. Försäkringskassan skall ha en skyldighet att påbörja en planering i god tid. Så snart ett rehabiliteringsbehov är konstaterat dock senast 15 dagar före sjuklöneperiodens utgång skall kassan få en ”rehabanmälan” från arbetsgivare som bedömer att sjukskrivning med frånvaro från arbetet kommer att pågå längre än 60 dagar. Denna anmälan skall naturligtvis ske i samverkan med arbetstägaren, berörd läkare och företagshälsovården. Ett åtgärdsprogram skall därför kunna påbörjas dag 60 och inte som idag innebära att åtgärder sätts in mer med hänsyn till tid och resurser hos försäkringskassor, arbetsgivare och andra aktörer. Samverkan mellan försäkringskassorna och andra myndigheter måste väsentligt förbättras.

Utredningen har tidigare konstaterat att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan olika företag och branscher inte rimligen kan förklaras av att individerna på olika arbetsplatser har så olika förutsättningar ifråga om t.ex. värderingar eller sociala förhållanden. En stor del av skillnaderna sammanhänger uppenbart med hur arbetsuppgifter och samspelet mellan ansvar och uppgifter utformas och hur arbetsledning fungerar. Arbetslivet måste utformas så att arbetsuppgifterna står i samklang med individens möjligheter, resurser och förutsättningar. Tillgången till arbetskraft kommer att vara en trång sektor inte bara i Sverige utan också i Europa. Det ligger därför i arbetsgivarnas intresse att se till att arbetsuppgifter och arbetsorganisation fungerar.

Ett långsiktigt hållbart försäkringssystem måste utformas så att arbetsgivaren, i högre grad än för närvarande, får bära kostnaderna för lång sjukskrivning inom sin egen organisation. Utredningen avser därför att i sitt slutbetänkande närmare studera möjligheten att också för sjukskrivningstider mellan 60 och 360 dagar införa en självrisk för arbetsgivare. Den skulle kunna utformas så att arbetsgivare också för denna tid betalar en sjuklön på 10–40 procent. Givetvis bör även då arbetsgivaravgiften reduceras för hela kollektivet med ett belopp som

motsvarar den totala kostnadsökningen. Konsekvensen tillsammans med utredningens idéskiss om en längre arbetsgivarperiod blir att arbetsgivare, i huvudsak många privata företag, som har låg långtidsfrånvaro får en lägre total kostnad. Andra, många kommuner och landsting, får en högre total kostnad, som kan minskas genom arbetsgivarens offensiva åtgärder. Utredningen förutsätter att arbetsgivare inom kommuner och landsting redan innan nya regler träder i kraft kommer att vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron.

Redan i dag kan små och medelstora företag få orimligt stora kostnader för sjukskrivning. Kostnaden för ett företag med endast en anställd blir mycket hög även med nuvarande 14 dagars sjuklön. En särskild utredning (SOU 1997:146) har lämnat förslag om ett särskilt högkostnadsskydd för mindre företag. Små företag har visserligen redan idag en möjlighet att teckna en särskild försäkring som täcker risken för en alltför hög sjuklönekostnad. Problemet är dock klassiskt. En sådan frivillig försäkringslösning drabbas av "negativt urval". Företagare med låg risk väljer att stå utanför försäkringen. Kvar blir endast "högriskföretag" med en premie som blir alltför hög.

Sjukförsäkringsutredningen anser det vara oundgängligen nödvändigt att ett förbättrat högkostnadsskydd införs redan i dagens system. Ett sådant skydd skall vara obligatoriskt och ingå i den avgift som betalas av alla arbetsgivare. Behovet av ett sådant skydd förstärks av det ökade ansvar som utredningen lägger på arbetsgivare. Utredningen återkommer i slutbetänkandet med ett förslag till ett reformerat högkostnadsskydd för små företag.

9.3.3 Sjukskrivning högst ett år

Sjukskrivningsperioden tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov hos den försäkrade.

I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Efter sjukskrivningsperioden kan sjukpenningen ersättas av månatlig sjukersättning vid fortsatt medicinsk rehabilitering eller månatlig rehabiliteringslön eller lönebidrag vid fortsatt arbetslivs-inriktad rehabilitering.

Den svenska sjukförsäkringen har till skillnad från vad som gäller i många andra länder (t.ex. Norge, Finland och Holland) ingen tidsbegränsning av sjukskrivningen och sjukersättning.

Av antalet avslutade sjukfall under 1999 hade ca 7 procent (45 000) varat längre än ett år. Vid slutet av 1999 var mer än 30 procent (ca 70 000) av pågående sjukfall längre än ett år och 12 procent eller 27 000 längre än två år.

Det finns anledning att anta att den stora ökningen av långa sjukskrivningar till stor del är en konsekvens av att försäkringskassa och övriga aktörer inte haft resurser och i vissa fall också saknat kompetens för ordentliga målinriktade insatser. Motivationen och de faktiska förutsättningarna för den sjukskrivne att återvända till arbetslivet minskar drastiskt med sjukskrivningens längd. Utredningen ser ytterst allvarligt på dessa många gånger förödande passiva sjukskrivningar. Konsekvenserna för den enskilde innebär utestängning från arbetslivet, förlängt lidande och försämrad ekonomi. Utredningen vill på nytt erinra om att huvuddelen av kostnaderna för sjukförsäkringen avser just de långa sjukskrivningarna. Det finns mycket goda skäl för insatser som förhindrar att nya långtidssjukskrivna tillkommer och som ger långtidssjukskrivna ett adekvat och målinriktat rehabiliteringsprogram.

Det är naturligtvis helt oacceptabelt att mer än 70 000 sjukskrivna vid slutet av 1999 varit sjukskrivna mer än ett år. I de allra flesta fall är den medicinska behandlingen och bedömningen klar. De långtidssjukskrivna riskerar med nuvarande system en fortsatt passiviserande sjukskrivning. Utredningen avser att i slutbetänkandet om möjligt redovisa ytterligare statistiskt underlag som djupare belyser denna fråga.

Utredningen överväger att föreslå att sjukskrivningsperioden begränsas till 12 månader. Syftet är att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av den försäkrades behov av rehabiliteringsinsatser.

De försäkrade som behöver fortsatt eller förnyad arbetslivsinriktad rehabilitering skall få särskilt beslut om detta. I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning (t.ex. senast dag 300 vid bortre gränsen ett år) skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om vad som är aktuellt i ärendet och vilka ytterligare eventuella åtgärder som bör sättas in. Syftet skall vara att få underlag för prognos och beslut om hur sjukpenningperioden skall avslutas. Den försäkrade får en utbildning eller arbetsträning som syftar till fortsatt arbete. Rehabiliteringsersättningen kan också användas som "lönebidrag" till den arbetsgivare som erbjuder arbetsanpassad rehabilitering. En särskild rehabiliteringsersättning eller rehabiliteringslön utbetalas som motsvarar tidigare sjuk-

penning. På så sätt förändras en passiv lång sjukpenningperiod till en aktiv rehabiliteringsperiod.

Utredningens idéskiss syftar inte till att *tvinga* icke färdigbehandlade åter till arbetet. I de, som utredningen antar, förhållandevis få fall där pågående medicinsk behandling utesluter rehabiliteringsinsatser skall försäkringskassan fatta beslut om månatlig *sjukersättning*. I andra fall, där förtidspension är oundviklig skall beslut om förtidspension fattas. Ett antal sjukskrivna kommer inom ettårsperioden att kunna återgå till sitt ordinarie eller annat arbete utan fortsatta åtgärder.

9.3.4 Frågan om förtidspension

Utredningen har lämnat ett uppdrag till Statskontoret att redovisa samband mellan sjukskrivning och förtidspension. En sammanfattning av Statskontorets rapport återfinns i kapitel 7. Hela rapporten redovisas i bilaga 5.

Utredningen konstaterar att antalet långtidssjukskrivna kraftigt minskade genom de åtgärder som vidtogs 1992. Åtgärderna innebar att ett stort antal sjukskrivna erhöll förtidspension. En idag mer restriktiv hållning tillsammans med försäkringskassornas nedprioritering av beslut om förtidspension har gjort att en latent "kö" för förtidspension uppstått. Uppskattningar inom RFV ger vid handen att förmodligen nära 50 procent av de långtidssjukskrivna idag väntar på beslut om förtidspension. Utredningen konstaterar att en passiv sjukskrivning med all sannolikhet leder till återkommande cykliska vågor av förtidspensioneringar. Detta fenomen måste hejdas. Några besparingar kan inte uppnås på kort sikt. Antingen kommer kostnader för förtidspension att dramatiskt öka och långsiktigt belasta statens budget eller också, vilket naturligtvis för den enskilde och långsiktigt för samhället är ett bättre alternativ, måste stora resurser sättas in för att ge nuvarande långtidssjukskrivna möjlighet att återgå till arbete. Därtill kommer att en bättre fungerande sjukförsäkring måste ge incitament som gör att tillflödet av nya långtidssjukskrivna minskar. Dessa frågor är enligt utredningen strategiska och kommer att vara föremål för utredningens fokusering i det fortsatta arbetet.

9.3.5 Personliga riskskydd för enskilda

De personliga riskskydden för enskilda utvecklas och förstärks.

Utredningen har tidigare kommenterat risken för att enskilda sjukskrivna med långa eller återkommande sjukskrivningsperioder skulle få svårt att få arbete. Arbetsgivare skulle försöka minimera kostnader och ansvar genom att med sofistikerade metoder undvika att anställa personer som betraktades som högrisker. Utredningen anser att åtgärder måste vidtas för att minimera dessa risker och avser att lägga förslag om ett särskilt försäkringsskydd för långtidssjukskrivna. Redan i dag finns ett skydd som bl.a. innebär att försäkrade med ofta förekommande korta sjukskrivningar inte behöver vidkännas avdrag för någon karensdag (se kapitel 2).

Utredningen avser att i slutbetänkandet lägga förslag om ett förstärkt riskskydd för individen, som särskilt tar sikte på att underlätta återinträde på arbetsmarknaden för långtidssjukskrivna. Ett sådant system skulle kunna utformas så att den som varit långtidssjukskriven mer än ett år under en viss period befrias från karensdag. Arbetsgivaren skulle också under samma period få ersättning från försäkringskassan redan från dag två.

9.3.6 Sammanfattning av utredningens modell för att hantera långa sjukskrivningar

Utredningens ”modell” för hantering av sjukskrivning och rehabilitering av de långa sjukfallen över ett år sammanfattas i nedanstående tabell.

Tabell 9.1

<i>Prognos</i>	<i>Åtgärd</i>	<i>Stöd från Sjukförsäkringen</i>
Frisk, anställd	Åter till arbete	–
Frisk, arbetslös	Till arbetsmarknadens förfogande	–
Kan återgå till arbete efter fortsatt medicinsk rehabilitering	Medicinsk rehabilitering	Månatlig sjukersättning
Kan återgå till arbete efter fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering	Arbetslivsinriktad rehabilitering	Månatlig rehalön/lönebidrag
Kan inte återgå till arbete	Förtidspension	Förtidspension

9.3.7 Övriga frågor

Under utredningens arbete har ett antal övriga frågor aktualiserats och diskuterats. En del frågor tas också uttryckligen upp i utredningens direktiv. Vi redovisar i detta avsnitt några av de förslag som vi avser att pröva och vidareutveckla i slutbetänkandet.

Detaljregleringen av formerna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall tas bort.

Försäkringskassornas löpande arbete synes vara föremål för en alltför omfattande detaljreglering som med dagens arbetsbelastning ändå inte följs. Regelsystemet måste fortlöpande anpassas till nya förutsättningar och en reglering av former hindrar ofta en nödvändig anpassning. Målstyrning bör i stället användas mer konsekvent och försäkringskassans skyldigheter och försäkringstagarens rättigheter bör göras tydliga. Försäkringskassan har därefter det fulla ansvaret för att resurser fördelas på ändamålsenligt sätt. Ärenden som bedöms bli korta eller av annan anledning kan bedömas entydigt bör kunna hanteras med en förenklad bedömning så att ärenden som riskerar att bli långa eller kräva arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser får erforderliga resurser. Utredningen förutsätter att försäkringskassorna har eller utvecklar erforderlig kompetens för sådana bedömningar.

En myndighet bör ges ett övergripande ansvar för informationsinsamling, analys och löpande redovisning av underlag för åtgärder, prognoser etc.

Utredningens direktiv säger bl.a. att utredningen skall klargöra eventuella brister i befintlig statistik och lämna förslag på vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga. Utredningen har i sin inledande kartläggning av statistiskt material avseende sjukfrånvaro och sjukförsäkringskostnader kunnat konstatera att många myndigheter och organisationer samlar in och redovisar material som berör området.

Riksförsäkringsverket redovisar löpande utvecklingen av den faktiska sjukfrånvaron. Arbetarskyddsstyrelsen redovisar arbetsmiljö- och arbetsskadestatistik. Socialstyrelsen redovisar uppgifter rörande sjukvården. SAF redovisar kvartalsvis uppgifter om sjukfrånvaron för den privata sektorn i sin tidsanvändningsstatistik. Någon motsvarande uppföljning av utvecklingen inom den offentliga sektorn finns inte!

Till detta kan läggas rapporter och sjukfallsstudier från enskilda forskningsprojekt, RFV, enskilda försäkringskassor, försäkringsbolag, fackliga organisationer etc.

Det är dock inte möjligt att i ett makroperspektiv löpande följa utvecklingen av olika diagnoser, sjukfrånvaron inom olika yrken eller näringsgrenar etc. Det är inte heller möjligt att följa intygsgivande läkares försäkringsmedicinska kompetens och "sjukskrivningsmönster".

Avsaknaden av väsentliga data och bristen på enhetlighet i befintliga data gör att det idag inte finns förutsättningar för en övergripande och fortlöpande analys av sjukfrånvaron och dess orsaker.

Utredningen finner det ytterst angeläget att ett så samhällsekonomiskt betydelsefullt område som sjukfrånvaron med dess konsekvenser för individer, produktion och ekonomi blir föremål för en fortlöpande heltäckande systematisk analys och uppföljning. Riksförsäkringsverket bör därför få möjlighet att komplettera sitt sjukdataregister med uppgifter avseende diagnoser, intygsskrivande läkare, arbetsställen och yrken. Vi förutsätter att detta kan ske utan att den enskildes integritet hotas.

De regelmässiga hindren för erforderlig registrering och/eller samkörning av data om sjukfrånvaron bör undanröjas och *en* myndighet bör ges ett övergripande ansvar för informationsinsamling, analys och löpande redovisning av underlag för åtgärder, prognoser etc.

En redovisning av anställdas sjukfrånvaro bör göras obligatorisk i företags, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser.

Utredningen finner det också rimligt att företag, organisationer och myndigheter åläggs en redovisningsskyldighet avseende anställdas sjukfrånvaro. En sådan redovisning bör göras enligt en given basstandard som gör det möjligt att jämföra företag i olika branscher, offentliga företag, organisationer och myndigheter osv.

9.3.8 Sammanfattande beskrivning av utredningens diskussion av möjliga förändringar av sjukförsäkringssystemet

Sjuklöneperioden förlängs till två månader.

Arbetsgivarkollektivets avgift för sjukförsäkringen f.n. 8,5 procent sänks.

Arbetsgivaren har under sjuklöneperioden, liksom hittills, tillsammans med behandlande läkare det fulla ansvaret för ”sjukskrivning” under sjuklöneperioden.

Arbetsgivare och, läkare i samråd med den försäkrade skall omedelbart informera försäkringskassan om behov föreligger av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

Företagshälsovårdens roll förstärks.

Försäkringskassan tar över ansvaret för utbetalning av sjukpenning efter 60 dagar.

Försäkringskassan skall snarast bedöma om ett anmält sjukfall behöver utredas djupare. En sådan djupare och bredare bedömning bör ske med hjälp av en teamuppbyggd verksamhet som uppfyller fastställda kvalitetskriterier.

De försäkrade med behov av rehabilitering garanteras personligt anpassade insatser.

Arbetsgivaren erlägger en självrisk i form av en begränsad sjuklön också under resten av sjukskrivningsperioden.

Högekostnadsskydd införs för småföretag.

Sjukskrivningsperioden tidsbegränsas till tolv månader i syfte att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov hos den försäkrade.

I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om hur sjukpenningperioden skall avslutas.

Efter sjukskrivningsperioden kan sjukpenningen ersättas av månatlig sjukersättning vid fortsatt medicinsk rehabilitering eller månatlig rehabiliteringslön eller lönebidrag vid fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering.

De personliga riskskydden för enskilda utvecklas och förstärks.

Detaljregleringen av formerna för försäkringskassans bedömning av enskilda fall tas bort.

En myndighet bör ges ett övergripande ansvar för informationsinsamling, analys och löpande redovisning av underlag för åtgärder, prognoser etc.

En redovisning av anställdas sjukfrånvaro bör göras obligatorisk i företags, organisationers och myndigheters verksamhetsberättelser.

9.4 Läkares rätt att utfärda läkarintyg

Av utredningens direktiv framgår att det finns cirka 25 000 behandlande läkare som sjukskriver patienter.

Flera undersökningar har visat att olika läkare sjukskriver olika mycket. Skillnader har funnits både vad avser diagnoser, antalet sjukskrivningstillfällen, sjukskrivningarnas längd samt notering om arbetsuppgifter i läkarintygen. Det kan ifrågasättas om en läkare ensam skall ha rätt att sjukskriva personer över lång tid, på grund av dels att sambanden mellan t.ex. ohälsa och arbetsmiljö i dag är mycket komplexa, dels att flertalet läkare inte har en relevant kompetens i sin medicinska specialitet för frågor som berör ett skiftande arbetsliv.³

³ Kommittédirektiv, sjukförsäkringen (dir. 1999:54, s. 9).

Utredningen redovisar också i detta avsnitt sina preliminära ställningstaganden. De slutliga förslagen redovisas i slutbetänkandet.

Alla läkare skall som hittills ha rätt att utfärda läkarintyg.

Försäkringskassan skall ges ett förstärkt mandat att följa den enskilde läkarens intygsgivning.

Försäkringsmedicin bör ingå som ett mål i all läkarutbildning på alla nivåer.

9.4.1 Rätten att utfärda medicinska underlag – läkarintyg

Frågan om alla läkares rätt att utfärda läkarintyg har tidigare utretts bl.a. av Intygsutredningen som lämnade betänkandet *Om intyg och utlåtanden som utföras av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen* (SOU 1994:71). Intygsutredningen kom fram till

— — — att den som är behörig att utöva läkaryrket enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. även generellt skall var behörig att utfärda läkarintyg och läkarutlåtanden.⁴

Den läkare som allvarligt åsidosatte sina ålägganden skulle kunna få sin rättighet att utfärda intyg begränsad eller indragen av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Något beslut i denna fråga är dock ännu inte fattat.

Utredningen konstaterar att ökningen av de långa sjukskrivningarna inte är jämnt fördelad. En stor del faller på kvinnor anställda inom landsting och kommuner. Detta förhållande ger i sig inget stöd för hypotesen att ökningen skulle vara hänförlig till att läkare generellt i stor omfattning utfärdar sjukintyg utan tillräcklig prövning. Det kan knappast heller hävdas att just läkare som behandlar kvinnor inom landsting och kommuner har ändrat sitt sjukskrivningsmönster under senare år. De stora regionala skillnaderna kan däremot bero på att läkare, försäkringskassor och andra inblandade i skilda delar av landet har olika synsätt och praxis. Det är dock inte troligt att denna praxis enbart beror på läkares sätt att sjukskriva.

Utredningen har inte heller hittills sett något annat samband mellan vårdslös sjukskrivning och ökad sjukfrånvaro varför utredningens nuvarande ståndpunkt är att alla läkare även fortsättningsvis skall ha rätt att utfärda läkarintyg. Detta hindrar inte att läkares rutiner och

⁴ Intygsutredningen (SOU 1994:71, s. 11).

kompetens i försäkringsmedicin behöver förbättras. Uppföljningen av läkares utfärdande av medicinska underlag behöver också förbättras. Intygsutredningen ansåg att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skulle kunna begränsa eller dra in läkares rätt att utfärda intyg. Utredningen anser att ett sådant system riskerar att skjuta över målet och förorsaka onödig administration. Utredningen kommer dock att överväga om försäkringskassan skall kunna begränsa "rätten" att utfärda sjukintyg för de läkare vars intyg inte uppfyller uppställda krav.

Försäkringskassan bör som hittills avgöra om rätten till ersättning skall grunda sig enbart på de medicinska underlag som behandlande läkare utfärdar eller om ytterligare medicinsk utredning skall göras.

9.4.2 Utbildning i försäkringsmedicin

Den tidigare nämnda Intygsutredningen yttrade sig också om läkarnas kompetens och föreslog att undervisning om utfärdande av intyg borde behandlas under utbildningen i alla kliniska ämnen.

I proposition 1996/97:63 om Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m. gjorde regeringen bedömningen att Socialstyrelsen borde överväga att se över sina föreskrifter i syfte att förstärka ämnet försäkringsmedicin när det gäller läkarnas allmän-tjänstgöring och specialistkompetens.⁵ Något sådant uppdrag har dock ännu ej lämnats.

Det förekommer idag på många håll i landet att försäkringskassorna anordnar utbildning för läkare. Exempelvis kan nämnas försäkringskassan i Stockholms län där alla AT-läkare erbjuds en tredagars utbildning i försäkringsmedicin. Försäkringskassan i Eskilstuna redovisar goda erfarenheter av en sådan intensifierad utbildningsinsats. Utbildningen där bedrivs i form av individualiserad praktiktjänstgöring hos försäkringsläkare och handläggare på försäkringskassan.⁶

Utredningens uppfattning är att försäkringsmedicin bör ingå som mål i all läkarutbildning på alla nivåer inklusive fortbildning för att garantera att alla läkare har kunskap om vilken uppgift de medicinska underlagen skall fylla och vilka ekonomiska konsekvenser, både för den enskilde och för samhället, som följer av sjukskrivning. En minskad sjukskrivningstid på i genomsnitt endast en dag innebär en besparing på ca 1,5–2,0 mdkr. En sådan mer återhållsam sjukskrivning torde inte medföra någon försämring för den enskilde.

⁵ Regeringens proposition 1996/97:63, s. 62).

⁶ Läkartidningen nr 46/1997 s. 4212, Bo Mikaelsson, Försäkringsmedicinsk utbildning för alla läkare i Sörmland.

Utredningen anser vidare att sjukvårdens huvudmän skall åläggas ett tydligt ansvar för vidareutbildning i försäkringsmedicin av berörd vårdpersonal.

Kommittédirektiv



Sjukförsäkringen

Dir.
1999:54

Beslut vid regeringssammanträde den 23 juni 1999

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall göra en analys av sjukförsäkringen.

Utredaren skall

- fördjupa analysen av varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden
- så långt som möjligt identifiera vilka faktorer som direkt eller indirekt är avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling och därvid noga analysera arbetsmiljöaspekterna i förhållande till sjukfrånvaron
- beakta vikten av förebyggande insatser och arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att minska individers risk att drabbas av långvarigt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom samt redovisa hur incitament för såväl individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna
- klarlägga sambanden mellan sjukförsäkringen och förtidspensions-systemet och särskilt belysa effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen
- granska den sjukskrivande läkarens och försäkringsläkarens roll
- lämna förslag till konkreta åtgärder för att minska sjukfrånvaron och för att reducera utgifterna inom sjukförsäkringen
- som ett led i arbetet med att identifiera förklarande faktorer till sjukfrånvaron och utgifterna för denna analysera hur en modell för att förutsäga utgiftsutvecklingen inom sjukförsäkringen skulle kunna utformas
- redovisa vilken statistik som finns inom området, klargöra eventuella brister och lämna förslag på vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga i Riksförsäkringsverkets databaser
- redovisa en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.

Vägledande principer för arbetet är att sjukförsäkringen skall vara trygg, rättvis och effektiv. Detta skall uppnås bl.a. genom en generell offentlig försäkring som ger standardtrygghet genom att ersätta inkomstbortfall och som är statsfinansiellt hållbar.

Bakgrund

Den som är inskriven hos försäkringskassan är sjukpenningförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring om han eller hon har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) av eget arbete som uppgår till minst 24 procent av prisbasbeloppet. Vid beräkning av SGI bortses från inkomster som överstiger sju och en halv gånger prisbasbeloppet.

Sjukpenningförsäkringen har fyra ersättningsnivåer – hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels sjukpenning. Hel sjukpenning utges vid fullständig nedsättning av arbetsförmågan osv.

Genom lagen (1991:1047) om sjuklön har sjukpenning till anställda i samband med kortare sjukfrånvaro minskat i betydelse då rätten till sjuklön avser att täcka inkomstbortfallet för de fjorton första dagarna i ett sjukfall.

Ersättningsnivån inom sjukpenning- och sjuklönesystemet är 80 procent av ersättningsunderlaget med undantag för den första dagen som utgör karensdag.

För personer som insjuknar på nytt inom fem kalenderdagar från det en tidigare sjukperiod avslutats samt för personer som har särskilt omfattande sjukfrånvaro eller har en sjukdom som medför risk för en eller flera längre sjukperioder finns särskilda regler.

För den som genomgår arbetslivsinriktad rehabilitering utges rehabiliteringsersättning i form av rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Ersättningsnivån för rehabiliteringspenningen är i likhet med sjukpenning och sjuklön 80 procent av ersättningsunderlaget.

Utöver den sjukpenning som utges med 80 procent kan den enskilde via t.ex. kollektivavtalade sjukersättningar täcka ytterligare omkring 10 procent av inkomstförlusten.

Behovet av en översyn

På grund av den kraftigt ökade sjukfrånvaron har utgifterna för sjukpenning ökat kraftigt för år 1998 i förhållande till de budgeterade medlen.

De senaste prognoser som finns för kostnadsutvecklingen för sjukförsäkringen visar på en fortsatt ökning av utgifterna. Det finns därför

ett behov av att förbättra analysen av de faktorer som styr utgiftsutvecklingen i syfte att bl.a. kunna göra bättre och mer tillförlitliga prognoser över utgifterna inom sjukförsäkringen.

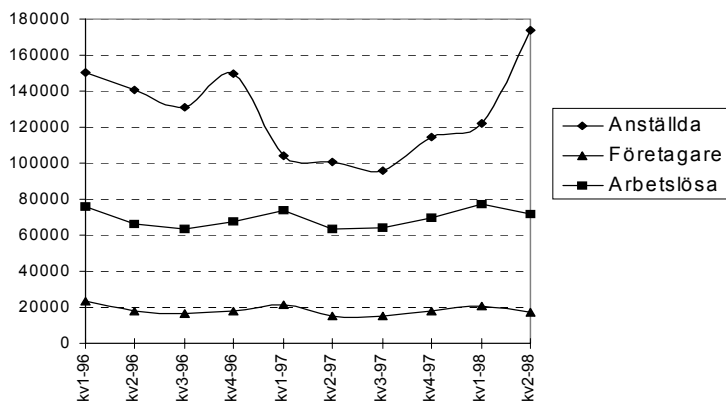
Med anledning av att utgiftsökningen för sjukpenningen under 1998 skett under en förhållandevis kort tidsperiod har tidigare bedömningar om utgifterna underskattat ökningen. De senaste bedömningarna pekar därför på mycket stora avvikelser mellan de medel för sjukpenningen som regeringen föreslog i budgetpropositionen för år 1999 och nuvarande prognostiserade utgifter. Det finns därför skäl att fördjupa analysen av orsakerna till sjukförsäkringskostnaderna samt att ta fram förslag som syftar till att bryta kostnadsökningen och reducera kostnaderna. Vidare finns det skäl att, genom en översyn, pröva om den ökade sjukfrånvaron t.ex. speglar en försämrad arbetsmiljö eller ett generellt försämrat hälsoläge bland de förvärvsaktiva.

I budgetpropositionen för år 1999 redovisade regeringen mål för sysselsättningen. Målet är att andelen reguljärt sysselsatta av befolkningen mellan 20 och 64 år skall öka från 74 procent 1997 till 80 procent 2004. Utvecklingen av sjukfrånvaron och de eventuella effekter som det kan ha på förtidspensioneringen är av stor betydelse för möjligheten att nå målet för sysselsättning.

Inom Regeringskansliet har ett särskilt arbete genomförts för att analysera orsakerna till de ökade utgifterna inom sjukförsäkringen och för att finna förbättrade prognosmetoder. I detta arbete har det bl.a. framgått att utgiftsutvecklingen, vid sidan av regelsystemets utformning, är beroende av konjunkturutvecklingen. Riksförsäkringsverket (RFV) har inom ramen för ovan nämnda arbete tagit fram vissa fakta runt den senaste tidens ökade sjukskrivning. Ytterligare fördjupning av analysen krävs dock bl.a. för att identifiera de långsiktiga faktorer som förklarar utnyttjandet av sjukförsäkringen.

Diagram 1

Antal försäkrade med sjukpenning

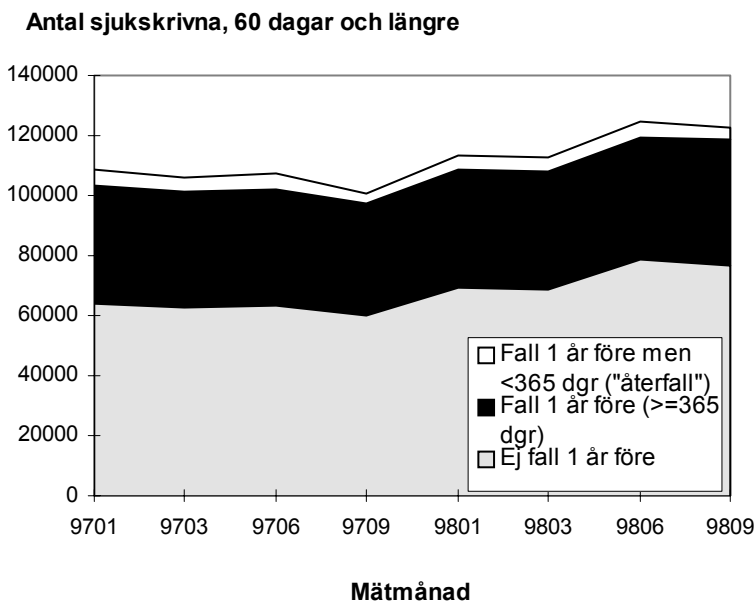


Källa: Riksförsäkringsverket. Sjukdagar som ingår i sjuklöneperioden har inte medräknats. Sjuklöneperioden – som infördes år 1992 – omfattar de första fjorton dagarna i varje sjukfall. (Under tiden januari 1997–mars 1998 de 28 första dagarna).

Av diagram 1 framgår att det är inom gruppen anställda som den stora ökningen av sjukpenningdagar finns. De övriga grupperna – arbetslösa och egenföretagare – uppvisar inte några anmärkningsvärda förändringar av sjukskrivningsfrekvensen. Det bör dock observeras att de sjukdagar som ingår i sjuklöneperioden inte har varit möjligt att inkludera i diagrammet. Det påverkar också tolkningen av hur sjukpenningdagarna har utvecklats för de anställda.

Av diagram 2 nedan framgår vidare att det framför allt är antalet ”nya sjukfall” som har ökat, dvs. sådana sjukpenningfall där personen inte haft någon tidigare sjukpenningperiod inom ett år.

Diagram 2



Källa: Riksförsäkringsverket.

RFV har i syfte att få en beskrivning av vilka personer som är sjukskrivna genomfört en enkätundersökning med hjälp av försäkringskassorna. Undersökningen redovisar en bild av de sjukskrivningar som pågick den 4 september 1998. Enkätundersökningen gjordes eftersom RFV:s register saknar uppgifter om t.ex. diagnos och yrke.

Enkätundersökningen visar att 60 procent av de sjukskrivna är kvinnor och 40 procent är män. Av enkätundersökningen framgår vidare att ca 75 procent av dagarna vid mättidpunkten var dagar med hel sjukpenning. Den huvudsakliga "sysselsättningen" vid sjukfallens början utgjordes av ca 70 procent anställda, ca 20 procent arbetslösa samt 10 procent övriga.

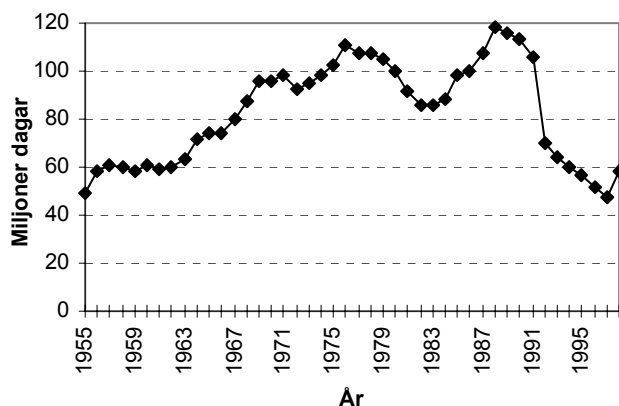
I en enkätundersökning (arbetsmiljöundersökning) som utförts av Arbetskyddsstyrelsen 1997 uppger 59 procent av männen och 68 procent av kvinnorna att arbetstakten har ökat. Det framgår vidare av undersökningen att stressen i arbetslivet har ökat. T.ex. kan över 40 procent inte koppla av tankarna från jobbet under fritid och 30 – 40 procent måste dra in på luncher, arbeta över eller ta med jobb hem.

För att förstå den beskrivna utvecklingen är det viktigt att sätta in den i sitt historiska sammanhang. Av diagram 3 framgår att antalet

ersätta sjukpenningdagar oavsett ökningen mellan år 1997 och år 1998 fortfarande ligger på en historiskt låg nivå.

Diagram 3

Antal sjukpenningdagar, miljoner dagar



Källa: Finans- och Socialdepartementet. Sjukdagar som ingår i sjuklöneperioden har inte medräknats. Sjuklöneperioden – som infördes år 1992 – omfattar de första fjorton dagarna i varje sjukfall. (Under tiden januari 1997–mars 1998 de 28 första dagarna).

Antalet sjukpenningdagar har varierat kraftigt sedan 1955. Det finns dock en trendmässig ökning av sjukpenningdagarna fram till och med 1990. Efter 1990 minskar antalet sjukpenningdagar mycket kraftigt. Den beskrivna utvecklingen är bland annat en effekt av att regelsystemen har justerats och att antalet personer som har kunnat erhålla sjukpenning har förändrats mycket under perioden. Det är därför viktigt att man tolkar dessa siffror med stor försiktighet.

Uppdraget

Utredaren skall analysera varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden dels i ett långsiktigt perspektiv, dels med inriktning på att peka ut och kvantifiera de faktorer som främst förklarar den senaste periodens ökning av sjukfrånvaron och sjukförsäkringsutgifterna.

Utredaren skall försöka att identifiera vilka faktorer som direkt och indirekt kan anses avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling. Arbetsmiljöaspekterna bör därvid analyseras noga i förhållande till sjukfrånvaron.

Utredaren skall lämna förslag till konkreta åtgärder för att minska sjukfrånvaron och för att reducera utgifterna inom sjukförsäkringen i syfte att bidra till ett statsfinansiellt hållbart system för sjukförsäkringen. Förslagen skall ha en sådan inriktning att risken för en ökad förtidspensionering i möjligaste mån undviks. I sin analys skall utredaren klarlägga samband mellan sjukförsäkringen och förtidspensions-systemet och i detta sammanhang särskilt belysa effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen.

Vidare skall utredaren i sin analys beakta vikten av förebyggande insatser och arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att minska risken för långvarigt nedsatt arbetsoförmåga på grund av sjukdom samt redovisa hur incitament för individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna.

Det finns ett stort antal studier kring sjuklighet, sjukfrånvaro och långvarig sjukfrånvaro som belyser skillnaderna mellan kvinnor och män, även om få studier fokuserat på könsskillnader. Många av dessa studier har genomförts inom RFV, men det har också gjorts en del studier vid olika universitetsinstitutioner. Några studier har också genomförts i samverkan mellan RFV och enskilda forskare och med hjälp av data från RFV. Det är av stor vikt att utredaren i sitt arbete beaktar de skillnader som finns mellan kvinnor och män vad avser sjukfrånvaro.

Utredaren skall även belysa skillnader som kan vara av betydelse mellan andra grupper. Här kan t.ex. nämnas skillnader mellan åldersgrupper, vilket i sin tur kan påverka sambanden mellan sjukförsäkring och förtidspensioner.

Utredaren skall vidare försöka finna samband mellan diagnoser och yrken, t.ex. om sjukdomar i rörelseorganen är vanligare inom vissa yrken. Utredaren skall även – utifrån bl.a. de särskilda rapporter som Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) publicerat om sjukskrivning och förtidspensionering – ta ställning till om det är möjligt att – och i så fall på vilket sätt – t.ex. de diagnostiska center som finns i landet kan användas i syfte att minska antalet sjukskrivningar.

För närvarande finns ca 25 000 behandlande läkare som sjukskriver patienter. Flera undersökningar har visat att olika läkare sjukskriver olika mycket. Skillnader har funnits både vad avser diagnoser, antalet sjukskrivningstillfällen, sjukskrivningarnas längd samt notering om arbetsuppgifter i läkarintygen. Det kan ifrågasättas om en läkare ensam skall ha rätt att sjukskriva personer över lång tid, på grund av dels att sambanden mellan t.ex. ohälsa och arbetsmiljö i dag är mycket komplexa, dels att flertalet läkare inte har en relevant kompetens i sin medicinska specialitet för frågor som berör ett skiftande arbetsliv.

Hos den allmänna försäkringskassan skall det finnas en eller flera försäkringsläkare, vilka skall biträda kassan i frågor som kräver medicinsk sakkunskap samt verka för ett gott samarbete mellan kassan och de läkare som är verksamma inom dess område. Hos försäkringskassan har försäkringsläkaren således en rådgivande funktion i medicinska frågor. Försäkringsläkaren tar inte ställning i frågor om rätt till ersättning. Sådana beslut fattas av kassans handläggande tjänstemän eller av en socialförsäkringsnämnd.

Utredaren skall granska den sjukskrivande läkarens och försäkringsläkarens roll i syfte att eventuellt föreslå förändringar samt pröva frågan om alla läkare skall ha rätt att sjukskriva.

Som ett led i arbetet med att identifiera förklarande faktorer till sjukfrånvaron och utgifterna för denna skall utredaren analysera hur en modell för att förutsäga utgiftsutvecklingen inom sjukförsäkringen skulle kunna utformas. Utredaren skall i detta sammanhang även redovisa vilken statistik som finns inom området, klargöra eventuella brister och lämna förslag på vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga i Riksförsäkringsverkets databaser.

Utredaren skall slutligen även redovisa en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.

Arbetets uppläggning

Utredaren skall samråda med utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44), utredningen om översyn av läkemedelsförmånen (dir. 1999:35) samt organisationskommittén med uppdrag att förbereda inrättandet av försäkringsmedicinska center (dir. 1999:30).

Utredaren skall vidare i sitt arbete beakta det pågående beredningsarbete inom Regeringskansliet som rör det reformerade förtidspensionssystemet.

Utredaren skall lämna en rapport senast den 15 februari 2000 vad avser:

- den fördjupade analysen av varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden
- vilka faktorer som direkt och indirekt är avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling
- hur incitament för såväl individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna
- sambandet mellan sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet och effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt frågan om hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen

– en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.

Utredaren skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 31 maj 2000.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till Utredningen om sjukförsäkringen (S 1999:11)

Dir.
1999:54

Beslut vid regeringssammanträde den 28 oktober 1999.

Sammanfattning av uppdraget

Den särskilde utredaren skall lämna en rapport senast den 1 juli 2000 vad avser:

- den fördjupade analysen av varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukpenning förändras över tiden
- vilka faktorer som direkt och indirekt är avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling
- hur incitament för såväl individ, arbetsgivare m.fl. kan förändras i syfte att minska kostnaderna
- sambandet mellan sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet och effekterna för framtida förtidspensionering av stigande sjukfrånvaro samt frågan om hur reglerna för förtidspension påverkar sjukförsäkringen
- en överblick av internationella erfarenheter och idéer inom området.

Utredaren skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 december 2000.

Uppdraget

Regeringen beslutade den 23 juni 1999 att en särskild utredare skall göra en analys av sjukförsäkringen (dir. 1999:54).

Med stöd av regeringens bemyndigande samma dag tillkallade statsrådet Thalén den 27 oktober 1999 en särskild utredare med uppdrag att göra en analys av sjukförsäkringen. Utredaren skall enligt direktiven lämna en rapport senast den 15 februari och slutredovisa sitt uppdrag senast den 31 maj 2000.

Regeringen har därefter beslutat att den i direktiven nämnda rapporten i stället skall avlämnas senast den 1 juli 2000 och att utredaren, i stället för vad som anges i direktiven, skall slutredovisa sitt uppdrag senast den 1 december 2000.

(Socialdepartementet)

Tidigare utredningar

Inledning

Inför uppdraget att utreda sjukförsäkringen är det naturligt att blicka tillbaka på tidigare utredningar under 1900-talet. Det är slående att sjukförsäkringen, inte minst under 1990-talet, varit föremål för ett flertal utredningar med olika infallsvinklar. Det finns också utredningar som bara tangerar det uppdrag som denna utredning har att lösa. I avsnittet som följer sammanfattas flera av de tidigare utredningar som är gjorda på sjukförsäkringens område och som var och en på sitt sätt, utöver förslagen, bidrar till att ge kunskap om behovet av att utveckla och anpassa försäkringen som en följd av förändringar i det svenska samhället. Det är främst statens offentliga utredningar som sammanfattas. I viss utsträckning redovisas också genomförda lagändringar.

Utredning och förslag angående Lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944:15)

Utredningen föreslog att en lag om allmän sjukförsäkring skulle införas. Sjukpenningens belopp skulle vara beroende av vilken sjukpenningklass man placerades i. Klasserna grundade sig på ålder och årlig inkomst. Betänkandet innehåller också ett resonemang om sjukdomsbegreppet som ofta hänvisas till än idag:

Man synes vid bedömning av huruvida sjukdom föreligger eller icke i första hand ha att hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom. Med denna utgångspunkt torde såsom sjukdom kunna betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd, vilket icke sammanhänger med den normala livsprocessen.

Sjukdomsbegreppet har utvecklats genom praxis och förtydliganden i propositioner.

Folkpensionering och sjukförsäkring (SOU 1954:33)

Utredningen lämnade förslag om samordning mellan sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna och sjukförsäkringen och folkpensionssystemet samt förslag om ökade möjligheter för vissa folkpensionärer med flera, att erhålla sjukpenningförsäkring i allmän sjukkassa.

Förslaget skulle innebära att den lucka som kunde uppstå mellan ersättning från sjuk- och yrkesskadeersättningarna skulle elimineras. Den försäkrade skulle inte riskera att bli utan ersättning vissa perioder. Likaså föreslogs att lagen skulle ändras så att inte dubbelersättningar skulle utgå, dvs. ersättning från både folkpensionssystemet och sjuk- eller yrkesskadesystemet samtidigt. Slutligen lämnades även förslag om att hemmafruar som uppbar hustrutillägg skulle kunna försäkra sig för grundsjukpenning.

Socialförsäkring och rehabilitering (SOU 1958:17)

Utredningen hade uppdraget att utreda dels sjuk- och yrkesskadeförsäkringarnas förhållande till rehabiliteringen, dels sjukförsäkringens förhållande till företagens sjuk- och hälsovård. Utredningen konstaterade att

Rehabiliteringen av sjuka och skadade innebär för socialförsäkringen stora möjligheter till kostnadsbesparingar. Skall socialförsäkringen kunna bedrivas rationellt, framstår det därför som högst angeläget, att den har rehabiliteringsanordningar att tillgå.

Utredningen fann att samhällets sjukvårdande och arbetsvårdande verksamhet i första hand skulle utnyttjas.

Utredningen ansåg att socialförsäkringens medverkan i administrativt hänseende i rehabilitering skulle förekomma dels vid fastställandet av rehabiliteringsbehovet, dels vid genomförandet av rehabiliteringsåtgärderna. För att behov av arbetsvård tidigt skulle uppmärksammas föreslog utredningen att samarbete mellan sjukkassorna och arbetsvården snarast skulle komma till stånd. Utredningen diskuterade även om socialförsäkringen skulle ge ekonomiskt stöd åt institutioner för rehabilitering, liksom ersättningsnivån till den försäkrade. Avslutningsvis föreslog utredningen att den förebyggande hälsovårdens ställning inom socialförsäkringen snarast skulle tas upp för prövning.

Lag om allmän försäkring m.m. (SOU 1961:39)

Betänkandet innehåller förslag till ny lagtext som beaktar behovet av samordning och enhetlighet vid utformandet av lagregler för de närstående socialförsäkringsgrenarna sjuk- och moderskapsförsäkring, folkpensionering och försäkring för allmän tilläggspension. Förslaget innebär i huvudsak ett sammanförande och en redaktionell omarbetning av gällande bestämmelser.

Samordnad rehabilitering, del I (SOU 1964:50) och del II (SOU 1964:51)

Utredningen hade till uppdrag att pröva frågor om organisation och samordning av rehabiliteringsverksamheten. De sakkunniga skulle dessutom fungera som ett centralt samordningsorgan och antog namnet Centrala rehabiliteringsberedningen (CRB).

I betänkandet läggs förslag om principer för utbyggnad och samordning av den allmänna rehabiliteringsverksamheten. En viktig utgångspunkt för utredningens arbete var att normaliseringsprincipen i största utsträckning måste tillämpas, dvs. att de allmänna samhällsresurserna i form av speciella anordningar endast bör komma till stånd när behovet så påkallar. Utredningen definierade målsättningen för rehabiliteringen på följande sätt

Kravet på förstärkning av rehabiliteringsresurserna grundas främst på målsättningen att varje samhällsmedlem skall beredas möjlighet att efter sina förutsättningar leva i social och kulturell gemenskap med andra och göra en produktiv insats. Detta innebär att de medicinska och andra resurser måste ställas till förfogande, som krävs för att de handikappade så vitt möjligt skall kunna psykiskt, fysiskt, socialt och arbetsmässigt återvinna sin funktionsförmåga och leva ett aktivt liv.

Samordnad rehabilitering, del III (SOU 1965:57)

Centrala rehabiliteringsberedningen, CRB, uppdrog åt en subkommitté att bereda frågan om en närmare samordning mellan de allmänna rehabiliteringsresurserna och rehabiliteringsinsatserna inom näringslivet. Avsikten var främst att belysa vilka rehabiliteringsinsatser som kan göras genom företagshälsovården och inom företagen samt hur bästa möjliga samordning skulle komma till stånd mellan företagens rehabilite-

ringsåtgärder och den statliga och kommunala rehabiliteringsverksamheten.

Subkommittén lämnade följande slutsatser och förslag:

- att en genomförd företagshälsovård är en fundamental förutsättning för att nå ett konkret och praktiskt samspel mellan samhälleliga rehabiliterings- och arbetsvårdsinsatser och praktiska industriella rehabiliteringsmål. En utvidgning av företagshälsovården måste främjas,
- att det av utredningar och inventeringar framgår att det inom företagen ofta finns interna svårigheter vad gäller sysselsättning av åldrande och handikappad personal,
- att rationalisering och teknisk utveckling tenderar att fördjupa den företagsinterna problematiken,
- att många företag gör stora ansträngningar för att bemästra problematiken,
- att möjligheterna till och effekten av sådana initiativ i hög grad är beroende av tillgängliga personaladministrativa resurser, främst en väl fungerande företagshälsovård,
- att det för den enskilde individen är angeläget att eventuella svårigheter tas upp på ett tidigt stadium inom det egna företaget och om möjligt med återanpassning inom företaget som målsättning för insatta åtgärder,
- att samhället bör stimulera företagets rehabiliteringsaktiviteter genom olika former av stödåtgärder,
- att det är av stor vikt att ett samarbete mellan samhällelig och industriell rehabilitering kommer till stånd,
- att samhällets resurser får en sådan bredd att försenade rehabiliteringsaktiviteter undviks. Onödig försening kan leda till att kontakten med arbetslivet förloras.

Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet m.m. (SOU 1972:60)

Utredningens huvudsakliga uppdrag var att utreda de tekniska förutsättningarna för att inordna sjukpenningen i beskattningssystemet. Den gällande skattefriheten hade försvårat en anpassning till det inkomstbortfall som skulle ersättas. Utredningen föreslog att det gällande klassplaceringssystemet skulle överges. Istället skulle sjukpenningen knytas direkt till den hos försäkringskassan registrerade årsinkomsten utan tillämpning av sjukpenningklasser. Med årsinkomst avsågs den framtida beräknade inkomsten av förvärvsarbete. Försäkringskassan

skulle få till uppgift att genom förfrågningar på lämpligt sätt införskaffa uppgifter om ändringar i inkomstförhållanden. Dessutom skulle den försäkrade, som hittills, ha rätt och skyldighet att till kassan anmäla inkomständringar av betydelse i sammanhanget. Förslaget byggde på att sjukförsäkringens försäkringsregister skulle införas i den allmänna försäkringens ADB-system.

För varje inskriven försäkrad med förvärvsinkomst som berättigar till anslutning till sjukförsäkringen skulle försäkringskassan fastställa en årsinkomst, avrundad till jämnt hundratal kronor. Beslutet om inkomsten skulle gälla 15 dagar från det att anmälan om inkomst kommit in. I samband med inskrivning i försäkringskassan skulle dock beslutet gälla fr.o.m. tidpunkten för inskrivningen. Sjukpenningen skulle grunda sig på inkomster från 4 500 kronor upp till 7,5 basbelopp (1972, 53 200 kronor). Utredningen föreslog att 90 procents ersättning skulle vara försvårbart ur samhällsekonomisk synpunkt. Det hittills gällande barntillägget skulle slopas. Sjukpenning från hemmamaakeförsäkringen och den frivilliga sjukförsäkringen skulle undantas från beskattningen.

När sjukpenningen började beskattas skulle en kontrolluppgift framställas genom ADB-systemets försorg för redovisning av utbetalade belopp och innehållen skatt.

Utredningen övervägde även huruvida arbetsgivaren skulle kunna svara för utbetalning av sjuklön vid varje sjukfall under en kortare tid, om försäkringskassan inte behövde registrera sjukfallet och inte heller betala ut sjukpenning till arbetsgivaren. Utredningen hade funnit att ca 65 procent av alla sjukfall för försäkrade med anställningsinkomst var avvecklade efter sju dagar. Om en obligatorisk sjuklöneperiod vid sjukdom sattes till sju dagar, skulle det innebära att mer än hälften av samtliga sjukfall reglerades utan att sjukförsäkringen behövde träda in.

Betänkandet innehåller också synpunkter på ersättning vid arbetslöshet och om kontant arbetsmarknadsstöd. Om förmånerna vid sjukdom och arbetslöshet m.m. skulle göras skattepliktiga ansåg utredningen att det skulle vara enkelt att göra dem pensionslönegrundande för tilläggs pension.

Snyltningbrott och sjukförsäkringsmissbruk (SOU 1973:13)

Beträffande sjukförsäkringsmissbruk framförde utredningen att den vanligaste typen av brott mot allmän försäkringskassa utgjorde bedrägeri. Detta kännetecknades av att den försäkrade sjukanmäler sig och lyfter sjukpenning under förebärande av att han saknar arbetsförmåga,

men ändå arbetar under sjukskrivningstiden Omkring 2/3 av dem som anmäldes för brott mot försäkringskassan blev åtalade och dömda, men handläggningstiden var lång, ofta mer än ett år.

Utredningen föreslog att försäkringskassan vid konstaterat missbruk skulle kunna sätta in egna administrativa sanktioner mot den försäkrade, antingen genom att erinra den försäkrade, eller genom att fastställa en särskild avgift. Utöver avgiften skulle även en anteckning göras på den försäkrades kort i sjukfallsregistret (s.k. SK-markering). Därmed skulle den försäkrade räkna med att bli föremål för särskild kontroll vid sjukskrivningar i framtiden, vilket ansågs ha stor betydelse i brottsförebyggande hänseende. I linje med att åtgärderna skulle vidtagas på administrativ väg, föreslog utredningen att uttrycket ”på heder och samvete” skulle avlägnas från försäkringsformulären S1 och S2.

En allmän socialförsäkring, modell och riktlinjer (SOU 1979:94)

Socialpolitiska samordningsutredningen tillsattes i juni 1975. Syftet med uppdraget var att lägga förslag för att göra det ekonomiska trygghetssystemet enklare och överskådligare. Vägledande riktlinjer för arbetet var att bidragens inbördes anpassning skulle förbättras. Systemen skulle göras enklare och mer överskådliga. Reglerna skulle också göras sådana att bidragen smidigt skulle kunna anpassas till nya behov.

I betänkandet redovisar utredningen en principmodell där gällande bidragssystem överförs i en allmän socialförsäkring, där antalet ärendslag skulle bli betydligt färre. För sjukförsäkringens del skulle det innebära att sjukpenning, havandeskapspenning och ersättning för smittbärare skulle bli sammanförda i en enhetlig sjukpenning.

Beträffande inkomstbegreppet resonerar utredningen kring att det för den enskilde måste framstå som egendomligt att inkomsten beräknas på olika sätt vid olika ersättningar. Olikheterna gäller framförallt vad som skall ingå i underlaget, hur detta skall beräknas och vilken tidsperiod inkomsten skall avse. Utredningen skissar på två beräkningsätt; inkomstunderlag för inkomstreglerade ersättningar och inkomstunderlag för inkomstprövade bidrag.

Utredningen föreslår också en enhetligare administration. Den enskilde bör få det lättare att hitta rätt och man slipper förfrågningar och underrättelser från en myndighet till en annan. Försäkringskassorna föreslås få ansvaret för administrationen av den allmänna socialförsäkringen.

Sjukersättningsfrågor (SOU 1981:22)

I juni 1978 tillsattes en kommitté för översyn av sjukpenningförsäkringen. De frågor som skulle övervägas var en eventuell sjuklöneperiod i sjukförsäkringen, ett förändrat sätt att beräkna sjukpenningen och olika alternativ för ökad självrisk i ersättningssystemet i syfte att uppnå kostnadsbesparingar.

Kommittén skissar på ett sjuklönesystem med en sjuklöneperiod av 14 dagar. Sjuklönen skulle kunna anpassas till det faktiska inkomstbortfallet genom att motsvara den valda procentandelen av den faktiska inkomstförlusten och inte bara utgå med helt eller halvt belopp som i sjukförsäkringen. Rätten till sjuklön skulle inträda utan någon kvalifikationstid. Arbetsgivaren skulle få ansvar för att anmäla till försäkringskassan om den anställde var sjuk mer än 15 dagar. Möjlighet skulle finnas för arbetsgivare att återförsäkra sig för sjuklönekostnader.

Kommittén prövade, men fann att regler för SGI skulle gälla även fortsättningsvis. Dock borde den nedre gränsen, 16 år, för rätt till ersättning förändras. En person under 16 år, med inkomst om minst 6 000 kronor skulle bli registrerad efter ansökan hos försäkringskassan.

Beträffande fördelningen av SGI över ersättningsdagar ansåg kommittén att SGI skulle fördelas efter ett beräknat antal arbetsdagar per år (vanligtvis 260 dagar) istället för att fördelas över årets 365 dagar. På så sätt skulle sjukförsäkringen kompensera mer rättvist.

Vad gäller förslag till ökad självrisk lämnade kommittén olika tänkbara lösningar med karens och/eller sänkt kompensationsnivå. De olika förslagen kostnadsberäknades och kommittén betonade vikten av att nya självriskregler skulle drabba alla grupper lika.

Egenföretagares sjukpenning m.m. (SOU 1983:48)

Sjukpenningkommittén, som tillsattes i juni 1978, hade till uppgift att utreda och lämna förslag om egenföretagares sjukpenning, frågan om retroaktivt sjukpenningtillägg, hemmamaakeförsäkring och frivillig försäkring.

Bakgrunden till att egenföretagares sjukpenning skulle ses över var att det framförts kritik mot att låta den taxerade inkomsten utgöra SGI vid inkomstberäkningen. Kommitténs förslag blev dock att den mest lämpliga lösningen rymdes inom gällande regelsystem. Möjligheten att lägga en jämförelselön till grund för SGI i fall av uppbyggnad behöv-

des dock göras mer känd genom ökad information och utbildning i gällande bestämmelser.

Frågan om retroaktivt sjukpenningtillägg hade sin grund i att sjukpenningen inte höjdes för gången tid i samband med att kollektivavtal fattats. 2,3 miljoner eller 60 procent av landets löntagare berördes av frågan. Kommittén fann dock att ett ersättningssystem som skulle kompensera i efterhand skulle bli mycket komplicerat. Det skulle kräva betydande resurser, skapa arbetstoppar och kräva stora kunskaper hos försäkringskassornas befattningshavare, varför inget förslag lämnades.

Hemmamakeförsäkringen var ett udda inslag i sjukpenningförsäkringen eftersom syftet med den inte var att täcka inkomstbortfall. Den hade ursprungligen avsetts vara ett bidrag för att täcka de kostnadsökningar som kunde uppstå då den hemmaarbetande, oftast kvinnan, på grund av sjukdom inte kunde utföra de vanliga sysslorna i hemmet. Antalet hemmamar hade mer än halverats de senaste tio åren. 1973 var antalet drygt 700 000. Som en konsekvens av förändringar i samhället fann kommittén att behovet av en hemmameförsäkring inte längre motiverade en obligatorisk försäkring. Kommittén utarbetade därför ett förslag till en ny och reformerad frivillig försäkring för hemmamar. Frivilligförsäkringen skulle finansieras med premier från de försäkrade och motsvara garantinivån inom föräldraförsäkringen, 37 kr/dag.

Kommittén prövade även frågan om en utvidgning av bestämmelserna för att kunna ge halv sjukpenning för alla dagar under en sjukperiod även i de fall arbete utförts varannan dag och då mer än halva dagen, och möjligheten till en fjärdedels sjukpenning. Kommittén uttalade sitt stöd för detta, men ansåg att sjukdomsbegreppet först måste bli föremål för en översyn.

Med undantag för frågan om retroaktiva sjukpenningtillägg har förslagen genomförts.

Integrering av sjukvård och sjukförsäkring (Ds Fi 1987:11)

Rapportens syfte var att ge ett underlag för en mera systematisk diskussion om olika sätt att knyta ihop sjukvården och sjukförsäkringen. Sjukdomarnas samhällskostnader och deras finansiering klarläggs. Olika modeller för integrering av de olika systemen skisseras och analyseras. Tre renodlade alternativ presenteras; försäkringsmodellen, hälsoorganisationsmodellen och regleringsmodellen.

Rehabiliteringsberedningen (SOU 1988:41)

Bakgrunden till att Rehabiliteringsberedningen tillsattes var att de gällande ersättningsarna inom den allmänna sjukförsäkringen endast gav begränsade möjligheter till ersättning vid förebyggande åtgärder och rehabiliteringsinsatser. Dessutom fanns det brister i samordningen av olika rehabiliteringsåtgärder. Syftet med beredningens arbete var att ge förslag till en mera aktiv och rehabiliteringsinriktad sjukförsäkring. Beredningen skulle undersöka om det gick att samordna insatserna på ett bättre sätt, klarlägga ansvarsfrågorna i rehabiliteringsarbetet och ta ställning till om försäkringskassorna skulle ges en mer aktiv och pådrivande roll. Rehabiliteringsberedningen lämnade ett mycket omfattande förslag. Nedan redovisas endast ett urval.

Arbetsgivaren borde få ett stort ansvar för rehabiliteringen. 85 procent av de långtidssjukskrivna hade vid denna tid en anställning. Rehabiliteringsinsatser bör sättas in så tidigt som möjligt för att undvika långtidssjukskrivning. Arbetsgivaren skall klarlägga behov av rehabilitering i en arbetsplatsutredning. I praktiken skulle det kunna bli företagshälsovården som gjorde utredningen. 75 procent av de anställda hade tillgång till företagshälsovård. Försäkringskassans insatser på arbetsplatser skulle anpassas efter behov. Beredningen föreslog vidare en definition av begreppet rehabilitering. Försäkringskassan skulle ha ett samordningsansvar. Vid behov av åtgärd skulle en rehabiliteringsplan upprättas.

Beredningen föreslog att ett nytt orsaksrekvisit för sjukpenning skulle tillföras. "Annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan" som t.ex. sorg- och trötthetstillstånd i samband med närståendes död eller svåra sjukdom.

Vidare föreslog beredningen att, den på försök använda fjärdedels- respektive trefjärdedels-sjukpenningen, skulle införas i lagen. Rehabiliteringsersättning skulle införas och utgöra ett mer flexibelt ersättnings-system vid rehabilitering. Beredningen föreslog också att förtidspension/sjukbidrag skulle kunna ersättas med fyra nivåer. Försök med reseersättning istället för sjukpenning ansåg beredningen borde införas i permanent lagstiftning. Likaså borde sjukpenning i förebyggande syfte införas.

Av kalkylerna över de statsfinansiella intäkterna och kostnaderna framgår att åtgärderna skulle ge stora statsfinansiella vinster redan vid små effekter på antalet sjukskrivna och förtidspensionerade. Resultaten skulle dock tolkas med mycket stor försiktighet.

En rehabiliteringsreform genomfördes fr.o.m. år 1992 (prop. 1990/91:141).

Lokala sjukförsäkringsregister (SOU 1991:9)

En särskild utredare fick i oktober 1990 uppdraget att utreda frågan om författningsreglering av personregister inom socialförsäkringens område. Bakgrunden var att försäkringskassornas datasystem från 70-talet skulle kompletteras med lokala sjukförsäkringssystem. I dessa system skulle uppgifter om enskildas hälso- och sjukdomstillstånd och andra mycket integritetskänsliga uppgifter registreras. Utredningen konstaterade att försäkringskassorna var i stort behov av ett betydligt bättre tekniskt stöd för sitt arbete med sjukförsäkring och rehabilitering. Ett lokalt register skulle utgöra bättre skydd mot obehörig åtkomst. Uppgifterna i registret skulle sparas i tio år. Dock skulle uppgift om bl.a. diagnos tas bort ur registret redan efter tre år. Ett urval av uppgifter skulle få sparas efter dessa tidpunkter, förvarade av arkivmyndighet, att användas för forskningsändamål.

Förslaget att bl.a. registrera diagnos i ADB-systemet har inte genomförts. Utredningen (1999:11) om sjukförsäkringen har bl.a. i uppgift att lämna förslag om vilka ytterligare uppgifter som bör finnas tillgängliga i Riksförsäkringsverkets databaser.

Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen (SOU 1991:35)

Kommittén hade till uppdrag att pröva vissa frågor i anslutning till införande av en arbetsgivarperiod om 14 dagar inom sjukpenningförsäkringen. Det gällde för kommittén att lämna förslag på en garanti genom socialförsäkringen mot oberättigade inskränkningar i utbetalningen av sjuklön, en s.k. sjuklönegaranti. Kommittén skulle också utreda vad som krävs för att en lagstadgad arbetsgivarperiod skulle vara förenlig med kravet på att kompensationsnivåerna vid sjukdom skulle vara rättvisa och innebära likabehandling av olika grupper på arbetsmarknaden. Dessutom skulle kommittén överväga hur rapportering och överföring av information från arbetsgivaren till försäkringskassan skulle gå till.

Karensdagar vid sjukersättning (Ds 1992:49)

1992 utredde en arbetsgrupp inom Socialdepartementet hur regler om karensdagar skulle kunna införas i sjuklönesystemet, sjukförsäkringen och anslutande ersättningsystem. I arbetet ingick även att utforma hög-

riskskydd, att pröva nödvändig regel Anpassning inom arbetsskadeförsäkringen och att analysera ekonomiska och administrativa effekter.

Arbetsgruppen föreslog ett karensdagsystem som innebar att den sjuke inte skulle få ersättning för de första två dagarna i sjukperioden. Den lägre ersättningen för de tre första dagarna skulle tas bort så att ersättningssystemet blev mer enhetligt. Vid sjuklön skulle då kompensationsnivån vara 90 procent och inom sjukförsäkringen 80 procent t.o.m. 90:e dagen i sjukperioden samt 90 procent för tid därefter. För arbetstagare med koncentrerad arbetstid föreslogs särregler som innebar att ingen skulle drabbas av större karens än 1/9 av månadsarbetstiden, det vill säga, cirka 19 timmar.

En särskild återinsjuknanderegeln föreslogs vilket innebar att en ny sjukperiod som börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod upphörde skulle betraktas som samma sjukperiod, beträffande karensdagar, ersättningens storlek och avgränsning till sjukperioden. Återinsjuknanderegeln skulle undanröja att karensdagarna medförde en tendens att förlänga sjukfall eller verka rehabiliteringshämmande. Vidare föreslog arbetsgruppen regler för allmänt och särskilt högriskskydd för att säkerställa att inkomstförlusten till följd av karensdagar inte skulle bli alltför omfattande för personer som är sjuka ofta. Förslaget om karensdagar motiverades dels av regeringens strävan att åstadkomma en ökad självrisk i sjukförsäkringen, dels av behovet att förstärka statens ekonomi.

En ökad självrisk i form av bl.a. en karensdag i sjukförsäkringen infördes fr.o.m. den 1 april 1993 (prop. 1992/93:31).

Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen (SOU 1994:71)

I mars 1993 tillkallades en särskild utredare att se över bestämmelserna för hälso- och sjukvårdens personal att i tjänsten utförda intyg och utlåtanden. "Intygsutredningen" gjorde en enkätundersökning för att kartlägga vilka intyg och utlåtanden som utfärdas. Utredningen fann att det inte fanns någon fastställd definition av begreppen intyg och utlåtande och föreslog därför en sådan: Ett intyg är ett intygande av ett sakförhållande utan närmare bedömningar och förslag till åtgärder. Ett utlåtande innehåller en analys, tolkning och förslag till åtgärder.

Utredningen ansåg att den som är behörig att utöva läkaryrket även generellt skulle vara behörig att utförda läkarintyg. Vidare föreslog utredningen en bestämmelse om jäv vid utfärdande av intyg och

utlåtanden. Utredningen betonade att intygsfrågor bör behandlas i läkarutbildningen. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skulle vid fall av allvarliga brister i intygen kunna begränsa möjligheten att utförda intyg för enskild läkare.

Uppgiftsskyldigheten i 20 kap. 9 §, lagen om allmän försäkring, skulle utökas så att den gällde även för läkare i privat regi. Sammantaget skulle förslagen syfta till en smidigare handläggning och till intyg och utlåtanden av högre kvalitet. Förslaget skulle inte leda till högre kostnader utan snarare till lägre kostnader för samhället.

Regeringen har bl.a. i proposition 1996/97:63 tagit upp frågan om försäkringsmedicin i läkarutbildning och fortbildning. Utredningen (S 1999:11) om sjukförsäkringen har bl.a. i uppgift att granska den sjukskrivande läkaren och försäkringsläkarens roll.

Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension (SOU 1994:72)

Detta är en rapport från Sjuk- och arbetsskadeberedningen, vilka lämnade sitt slutbetänkande 1996. Rapporten ger en beskrivning av några socialpolitiska modeller samt en historisk återblick på utvecklingen i Sverige. Försäkringarnas utveckling under 80- och 90-talen redovisas, förutsättningarna i framtiden samt internationella jämförelser och erfarenheter. I den internationella redovisningen jämförs Sverige med Australien, Storbritannien, Tyskland och Norge.

En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi (SOU 1994:95)

Utredaren redogör för hur ett system med en allmän, obligatorisk sjukförsäkring – offentligt finansierad och administrerad – skulle kunna tillämpas för finansiering av svensk hälso- och sjukvård.

Rätten till förtidspension och sjukpenning (Ds 1994:91)

Promemorian utarbetades av en interdepartemental arbetsgrupp. Bakgrunden till gruppens utredningsarbete var behovet av att bryta den stigande trenden inom förtidspensioneringen. Förtidspension är ofta slut-

punkten i en lång händelsekedja och för att få effekt var det viktigt att föreslå förändringar redan tidigt i sjukfallen. Arbetsgruppen skulle föreslå åtgärder för att förtydliga regelsystemet för aktörerna inom socialförsäkringssystemet och att förbättra det medicinska underlag som låg till grund för beslut om förtidspension och sjukpenning.

Sammanfattningsvis föreslog gruppen att gällande sjukdomsbegrepp skulle bibehållas, men förtydligas så att försäkringskassan, vid bedömning av sjukpenningrätten, skulle bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden. Arbetsförmågan skulle för den som inte kunde återgå till sitt vanliga arbete, bedömas i relation till annat arbete hos arbetsgivaren eller normalt förekommande arbeten på den öppna arbetsmarknaden.

Arbetsresor, som kunnat utgå på den försäkrades begäran, borde istället regelmässigt ingå i försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. Om kassan fann att enbart resor var ett hinder, skulle sjukpenning inte längre betalas utan resor till och från arbetet istället ersättas.

Arbetsgruppen föreslog att en fördjupad bedömning av rätt till sjukpenning skulle göras senast efter fyra veckor. Bedömningen skulle utföras av handläggande tjänsteman, en tjänsteman med särskild erfarenhet samt förtroendeläkaren.

Försäkringskassan skulle ges rätt att vid behov remittera en försäkrad för kompletterande undersökning. Den försäkrade föreslogs få tydligare skyldighet att ange på vilket sätt sjukdomen påverkade arbetsförmågan. Den sjukskrivande läkarens roll skulle i första hand vara att uttala vilka funktionshinder som sjukdomen förorsakar den försäkrade. Benämningen förtroendeläkare skulle ersättas med försäkringsläkare och dessa skulle anställas på minst halvtid, som medicinska experter. Med dessa förändringar uppskattade gruppen att förtidspensionskostnaderna skulle kunna minska med ca två miljarder per år, jämfört med om den aktuella nybeviljandefrekvensen bestod.

Förslagen har i allt väsentligt genomförts (prop. 1994/95:147 samt prop. 1996/97:28).

Försäkringsskydd vid sjukdom (SOU 1995:149)

Detta är ett delbetänkande från Sjuk- och arbetsskadekommittén, vilka lämnade sitt slutbetänkande 1996, se nedan. Syftet med delbetänkandet var att redovisa idéer rörande en ny och allmän ohälsöförsäkring, samt att redovisa förslag till åtgärder så att en nettobesparing skulle uppnås. Betänkandet består av en idédel och en förslagsdel. Förslagen rör krite-

rier för rätt till ersättning och beräkning av inkomstunderlag under sjukpenningtid.

Kommittén redovisar inga förslag till förändring i sjukdomsbegreppet, däremot föreslås förändringar vad gäller bedömning av arbetsförmågan. Samma kriterier ska gälla för sjukpenning och sjukbidrag/förtidspension. Rätten till ersättning bör baseras på medicinska kriterier utan att beakta arbetsmarknadsmässiga eller sociala förhållanden. En steg-för-steg-modell redovisas. Den ekonomiska effekten av kommitténs förslag inom detta område beräknades bli 1.7 miljarder kronor vid utgången av 1998. Som konsekvens av förslaget förväntades ett ökat antal personer bedömas arbetsföra, samtidigt som det inte skulle finnas lämpliga arbeten för alla. Kommittén förutsatte att försörjningsfrågan skulle ingå i regeringens överväganden av hur arbetslinjen inom arbetsmarknadspolitiken på bästa sätt skulle främjas.

Beträffande beräkning av inkomstunderlag föreslog kommittén att månadsinkomsten skulle räknas upp med 12,00 istället för 12,20. Den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) skulle grundas enbart på kontant lön. En arbetslös skulle få sjukpenning under fallets första fjorton dagar endast för dag han gått miste om arbetslöshetsersättning. Efter tid med sjukbidrag/förtidspension skulle SGI:n fastställas till lägst det belopp som utgjorde årsinkomst dessförinnan. Förhandsregistreringen av SGI skulle slopas och istället beräknas vid varje ersättningstillfälle. Förändringen i semesterlönefaktorn, till 12,00, skulle ge en besparing på 600 miljoner kronor. Förslaget att beräkna SGI:n enbart på kontant lön skulle ge en besparing på ca 300 miljoner kronor.

Förslagen har i allt väsentligt genomförts (prop. 1995/96:209 samt prop. 1996/97:28).

Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet (SOU 1996:85)

I februari 1996 tillkallades en särskild utredare för att kartlägga lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet mellan huvudmän som har näraliggande verksamheter. Betänkandet beskriver den aktuella organisationen och ger en beskrivning av hur framtida samverkan skulle kunna gestalta sig. Vidare redovisas vad som kännetecknar samverkansprojekt i bemärkelsen ett nytt arbetssätt. Framgångsfaktorer listas och förslag redovisas för hur samverkan kan underlättas och stimuleras.

Avslutningsvis redovisas analysen från en intervjustudie med 14 lokala samverkansprojekt.

Riktlinjer för samverkan har antagits (prop. 1996/97:63)

Sjuk- och arbetsskadekommitténs slutbetänkande (SOU 1996:113) En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering

Kommitténs uppgift var att med utgångspunkt från en beskrivning och analys av aktuella regler, samt erfarenheter och problem, lämna förslag till utformning av försäkringsskyddet vid inkomstbortfall på grund av kort och långvarig ohälsa. Kommittén skulle också föreslå organisation för rehabiliterande insatser och hur drivkrafterna för förebyggande insatser kunde stärkas.

Beträffande förebyggande insatser och rehabilitering föreslog kommittén att arbetsgivaren i samband med sjuknämnan efter sjuklöneperiodens slut skulle överlämna en dokumentation av vidtagna och/eller planerade rehabiliteringsinsatser. Arbetsgivaren skulle genomföra de åtgärder som behövs för att den anställda skulle kunna återgå eller vara kvar i sitt arbete samt fortlöpande informera försäkringskassan. Arbetsgivarens ansvar skulle även innefatta ett ekonomiskt ansvar. Försäkringskassan föreslogs få ett ansvar för att genomföra en rehabiliteringsbedömning och upprätta en åtgärdsplan. Yrkesinspektionen föreslogs få tillsynsansvar även för enskilda individers rehabilitering. Vidare ansåg kommittén att arbetsförmedlingen skulle ha samma ansvar för de arbetslösa som arbetsgivaren har för de anställda. Individens roll skulle stärkas och ett schablonbelopp på 40 kronor/dag skulle utges som kostnadsersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering.

Kommittén föreslog även att försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kommunen skulle utveckla finansiell samverkan på lokal nivå för utsatta grupper. Beträffande sjukförsäkringens samverkan med hälso- och sjukvården föreslog kommittén att försäkringskassorna skulle få använda försäkringsresurser för att finansiellt stärka sjukvården inom för försäkringen viktiga områden. Kommittén föreslog också att ämnet försäkringsmedicin skulle ingå i läkarnas grundutbildning och att samtliga intygsutfärdande läkare skulle genomgå av försäkringskassan anordnad utbildning i försäkringsmedicin. Som lägsta gräns för SGI föreslog kommittén 24 procent av basbeloppet, vilket motsvarar gränsen för skyldighet att upprätta självdeklaration och betala egenavgifter. Lägsta gräns var sedan tidigare 6 000 kronor.

Beträffande beräkningsunderlag föreslog kommittén att grunden för sjukersättning skulle basera sig på aktuell inkomst med bortseende från tillfälliga ökningarna eller minskningar. Beräkningsunderlaget skulle i möjligaste mån motsvara det faktiska inkomstbortfallet och endast beräknas på kontantlön dvs. inte på andra skattepliktiga förmåner.

För egenföretagare föreslog kommittén att reglerna om jämförelseinkomst och SGI under uppbyggnadsskede skulle tas bort. Istället skulle en grundnivå motsvarande KAS utgå under tre år, räknat från verksamhetens början.

Reglerna för sjukbidrag/förtidspension skulle ersättas av månadsersättning. När sjukpenningen utgått sammanlagt 365 dagar under en period om 450 dagar skulle den övergå i månadsersättning. Denna skulle beräknas på medeltalet av förvärvsinkomsten under fyra år av de sex senaste åren. Det år med högst respektive lägst inkomst skulle inte beaktas. Månadsersättningen skulle också kunna utges efter särskild ansökan. Kompensationsnivån skulle vara 65 procent. Det skulle också finnas en garantinivå motsvarande 2,1 basbelopp. En försäkrad med månadsersättning skulle kunna pröva ett arbete i rehabiliterande syfte. I vissa fall skulle månadsersättningen minska med del av inkomsten från ett sådant begränsat arbete.

Vad gäller kompletterande ersättningar vid sjukdom föreslog kommittén att arbetsmarknadens parter skulle ges möjlighet att träffa avtal om kompletterande ersättning även efter den 90:e dagen. Kommittén föreslog även att beloppstaket för SGI skulle höjas från 7,5 till 10 basbelopp.

Avlutningsvis redovisar kommittén frågor om kostnadsutveckling och finansiering, samt vilka krav som skulle ställas på organisation, kompetens och befogenheter hos administrationen för att kunna ombesörja försäkringen.

Med undantag av förslagen om lägsta gräns för SGI samt möjligheterna för arbetsmarknadens parter att träffa avtal om kompletterande ersättning även efter den 90:e dagen i en sjukperiod har förslagen inte genomförts.

Förmån efter inkomst (SOU 1997:85)

En särskild utredare fick uppdraget att göra en översyn av inkomstbegreppen i de författningar som reglerar olika bidrags- och socialförsäkringsförmåner, samt lägga förslag som skulle ge stora bruttobesparingar. Nedan sammanfattas de förslag som var av betydelse för sjukförsäkringen.

Syftet med förslagen var att få enkla, klara regler som skulle vara förutsebara och lättare att kontrollera. Gruppen sjukpenningförsäkrade skulle inte förändras.

Utredningen föreslog att begreppet fastställd SGI skulle slopas. SGI skulle bestämmas först när det var aktuellt att betala sjukpenning. Beslutet skulle gälla enbart för ersättningsperioden. SGI:n skulle beräknas på inkomsten i anställningen vid bedömningstidpunkten.

För den som inte omfattas av anställning föreslogs en alternativ regel. Enligt denna skulle SGI:n grundas på inkomster tolv månader före bedömningstidpunkten. Det skulle även finnas regler för s.k. överhoppningsbara tider.

Näringsidkares SGI föreslogs grunda sig på inkomsten av näringsverksamhet. Om särskilda skäl förelåg skulle SGI:n beräknas med utgångspunkt från de tre senaste taxeringarna. Under ett treårigt uppbyggnadsskede skulle SGI beräknas till lägst den SGI den försäkrade hade omedelbart före arbetet i egen verksamhet.

Under pågående sjukfall skulle SGI för den med anställning kunna räknas upp med avtalad löneförhöjning under sjukperiodens första år. I övrigt skulle SGI:n räknas upp med basbeloppet, när sjukfall pågått minst ett år. I syfte att få såväl en snabb handläggning som ett riktigt beräkningsunderlag skulle den försäkrade lämna anställningsbevis, inkomstbesked m.m. till försäkringskassan.

Förslagen vad avser sjukförsäkringen har inte genomförts.

Högekostnadsskydd mot sjuklönekostnader (SOU 1997:142)

Utredningen är ett delbetänkande från AGRA-utredningen där en särskild utredare hade uppdraget att utreda arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. I samband med att sjuklöneperioden infördes 1 januari 1992, infördes också en försäkring mot kostnader för sjuklön, för företag med få anställda. 13 300 företag var anslutna i juni 1992. Fem år senare hade antalet minskat till 7 800 företag. Företagarna uppfattade försäkringen för dyr.

Utredaren föreslog att den nuvarande försäkringen skulle upphöra och ersättas med ett högekostnadsskydd. Små företag skulle inte behöva bära större kostnader för sjuklön än vad som svarar mot det riksvärde som erhålls när samtliga arbetsgivares totala sjuklönekostnader ställs i relation till deras sammanlagda årslönesumma. Exempelvis skulle ett företag med 5 procents sjuklönekostnad av total årslönekostnad kunna erhålla kompensation för kostnader mellan det av RFV fastställda

genomsnittliga riksvärdet och 5 procent. Den överstigande delen av sjuklönekostnaden skulle arbetsgivaren få ersättning för genom att en gång per år ansöka om ersättning hos försäkringskassan.

Försäkringskassan skulle med förslaget ges bättre förutsättning att aktivt stödja arbetsplatser där det fanns hälsoproblem, genom att ansökan om ersättning skulle fungera som signal till en dialog om eventuella problem som finns och vilka åtgärder som skulle vara befogade.

Förslaget har inte genomförts.

Ohälsöförsäkringen – trygghet och aktivitet (SOU 1997:166)

I januari 1997 fick en särskild utredare uppdrag att utforma förslag till ett nytt system för ekonomisk ersättning vid långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Det nya systemet skulle ersätta gällande system för förtidspension och sjukbidrag.

Utredaren föreslog att sjukskrivningen efter ett år skulle övergå i långtidssjukpenning. Denna skulle utgöra 80 procent av ett underlag som motsvarar genomsnittet av de två i inkomsthänseende bästa åren av de tre år som närmast har föregått övergången till långtidssjukpenning. Långtidssjukpenningen skulle årligen justeras i förhållande till den allmänna prisnivån. Den inkomstrelaterade ersättningen skulle kompletteras med ett grundskydd där nivån skulle vara åldersrelaterad och delvis knyta an till inkomstutvecklingen i samhället.

Personer med lägre sjukpenning än garantinivån inom långtidssjukpenningen skulle efter ansökan kunna beviljas långtidssjukpenning i form av garantinivån redan innan ettårsgränsen hade passerats, under förutsättning att arbetsförmågan bedömts vara nedsatt under minst ett år.

Beträffande rehabilitering föreslog utredningen att rehabiliteringsersättningen skulle tas bort. Den som genomgick rehabiliteringsåtgärder skulle istället få sjukpenning, långtidssjukpenning eller förtidspension. Det skulle göras möjligt att som rehabiliteringsåtgärd påbörja en längre högskoleutbildning. En försäkrad med förtidspension skulle kunna ansöka om att få ta del av rehabiliteringsåtgärder. Utredaren föreslog också att det skulle finnas ökade möjligheter att få frågan om rehabilitering prövad i en högre instans.

För personer som på grund av sjukdom tvingats lämna sin anställning men till följd av försäkringskassans krav på omställning saknat rätt till förtidspension, föreslog utredningen en möjlighet att få särskild inkomstutfyllnad om han bedömts ha arbetsförmåga i ett lägre betalt

arbete. Den särskilda inkomstutfyllnaden skulle utgöra mellanskillnaden mellan förtidspension och lönen i det nya arbetet.

Förtidspension skulle även fortsättningsvis gälla vid varaktigt nedsett arbetsförmåga. Förtidspensionen skulle frikopplas från ålderspensionssystemet och istället ingå i en sammanhållen ohälsöföräkring. Den skulle utgöra 65 procent av en antagandeinkomst, som skulle motsvara genomsnittet av de fyra i inkomsthänseende bästa av de sex år som närmast föregått pensionsfallet. En alternativ beräkningsregel skulle finnas för dem som under minst tre av de sex åren på grund av omfattande perioder av sjukfrånvaro, arbetslöshet etc. haft lägre inkomster än normalt. Utgående inkomstrelaterad förtidspension skulle årligen justeras med förändringen i den allmänna prisnivån och för personer under 60 år dessutom med halva den allmänna reala inkomstutvecklingen. Den inkomstrelaterade förtidspensionen föreslogs kompletteras med en garantinivå, med samma konstruktion som långtidssjukpenningen.

För att stimulera till ett aktivt liv under tid med förtidspension föreslog utredningen att en förtidspensionär under vissa förutsättningar skulle kunna arbeta utan att förtidspensionen skulle minskas eller dras in.

Hel förtidspension skulle reduceras med 80 procent av en förtidspensionärs inkomst. För näringsidkare skulle försäkringskassan i motsvarande situation kunna besluta om vilande pension. En förtidspensionär skulle också kunna ha rätt att studera med bibehållen förtidspension under som längst 365 kalenderdagar. Fr.o.m. andra studieåret skulle förtidspensionen vara vilande, och ersättas av t.ex. studiemedel.

Beträffande kopplingen till ålderspensionssystemet föreslog utredningen att ålderspensionsrätten skulle grundas på utgående förmån, utom i fall med förtidspension, där antagandeinkomsten skulle vara pensionsgrundande fram till 60 års ålder.

Regeringen har i proposition 1997/98:111 föreslagit vissa riktlinjer för utformningen av den del av ett reformerat system som gäller ersättning vid varaktig arbetsförmåga. Vidare beskrivs i propositionen den planerade fortsatta beredningen av frågan om en reformering av hela systemet för ersättning vid långvarig arbetsförmåga.

Försäkringsmedicinskt centrum (SOU 1997:169)

I mars 1997 utsågs en särskild utredare att utreda riks-försäkringsverkets sjukhus roll inom socialförsäkringssystemet. Utredaren inledde med att konstatera att sjukhusens verksamhet karaktäriseras av utredningar av svårbedömda patienter med långa sjukskrivningsperioder.

Beträffande organisation föreslog utredaren att verksamheten vid RFV:s sjukhus skulle överföras till ett av staten helägt aktiebolag. Utredaren ansåg att den medicinska verksamheten hos RFV:s sjukhus inte var av sådan tyngd och omfattning att de borde betraktas som sjukhus. Utredaren föreslog att aktiebolaget skulle benämnas Försäkringsmedicinskt centrum AB.

Utredningen hade konstaterat att den geografiska närheten var en viktig orsak till att kassorna remitterade. Utredningen föreslog därför att verksamheten skulle regionaliseras. Förutom befintliga enheter i Nynäshamn och Tranås borde ytterligare filialer finnas i södra, västra och norra Sverige.

Utredaren konstaterade att begreppen medicinsk utredning, försäkringsmedicinsk utredning och arbetslivsinriktad rehabiliteringsutredning behövde klarläggas. Utredaren ansåg att gränsen mellan dessa skulle utgöras av avsikten med remissen.

Utredaren föreslog att verksamheten vid Försäkringsmedicinskt centrum skulle vara intäktsfinansierad. Ett samordnat ramavtal skulle upprättas, från vilket kassorna skulle kunna göra avrop. Anslaget till RFV:s sjukhus föreslogs tillföras medlen för köp av arbetslivsinriktad rehabilitering. Medlen skulle få användas även för köp av försäkringsmedicinska utredningar.

Utredaren föreslog vidare att en basresurs med forskningskompetens skulle finnas på sjukhusen. Denna skulle vara ansluten till en lämplig universitetsorganisation.

Förslaget har i allt väsentligt genomförts (prop. 1998/99:76 samt prop. 1999/2000:1, volym 6, utgiftsområde 10 p. 3.3.3)

AGRA-utredningen (SOU 1998:104)

I juni 1997 tillsattes en särskild utredare med uppdrag att se över reglerna för arbetsgivarens åtgärds- och kostnadsansvar vid rehabilitering. Uppdraget innebar att precisera arbetsgivarens ansvar för rehabilitering av anställda, belysa arbetsgivarens olika förutsättningar att fullgöra ansvaret och överväga frågan om sanktionsmöjligheter mot arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar. Vidare skulle alternativ till den nuvarande försäkringen mot sjuklönekostnader presenteras och privata alternativ kartläggas. (Se SOU 1997:142)

Som utgångspunkt fann utredaren att reglerna skulle vara lika för stora och små arbetsgivare, liksom för privata och offentliga. Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar skulle gälla från första anställningsdagen till den sista och utan skilda regler för olika typer av anställning. Helst skulle ohälsoproblem uppmärksammas innan ett sjukfall uppstått.

Beträffande utredningsansvaret föreslogs att gällande regler för rehabiliteringsutredning skulle ersättas med att arbetsgivaren klarlägger arbetstagarens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för att återgå i, eller behålla, arbete inom den egna verksamheten. Arbetsgivaren skulle vidare följa en åtgärdslista och underrätta försäkringskassan inom sex veckor. Försäkringskassan skulle vid behov komplettera arbetsgivarens undersökning och vid behov av rehabiliteringsåtgärder skulle försäkringskassan inom fjorton dagar upprätta en plan för detta. Planen skulle följas upp kontinuerligt och omprövas minst en gång var sjätte månad.

Utredaren föreslog att extra medel skulle tillskjutas för upplysningsverksamhet och rådgivning i samband med att nya regler infördes på rehabiliteringsområdet. Arbetsgivarna skulle få rätt att begära en särskild kontaktperson på försäkringskassan. Beträffande sanktionsmöjligheter föreslog utredaren att försäkringskassan skulle anmäla arbetsgivare som brister i att fullgöra sina rehabiliteringsskyldigheter till yrkesinspektionen.

Vad gäller kostnadsansvaret, föreslog utredningen att arbetsgivaren skulle kunna få halva kostnaden för rehabiliteringsåtgärder ersatta av den allmänna sjukförsäkringen. Arbetsgivarens ersättning skulle bestämmas av försäkringskassan samtidigt som rehabiliteringsplanen fastställdes. Ersättningsbeslutet skulle kunna överklagas. Ersättningen skulle bestämmas efter en schablonberäkning där följande skulle vara avgörande:

- 1 arbetsgivarens rutiner för rehabilitering,
- 2 tidigt vidtagna åtgärder,
- 3 eventuella brister i arbetsmiljön enligt yrkesinspektionen,
- 4 tillgång och användande av företagshälsovård,
- 5 företagets årslönesumma mindre än 3 miljoner kronor.

För varje punkt som inte var uppfylld skulle ett avdrag på 20 procent göras från ersättningen. Maximal minskning av ersättningen skulle vara 100 procent.

När det gäller ändring i sjuklönelagen föreslog utredaren att arbetsgivaren istället för sjuklön skulle ersätta arbetstagare som kan förvärvsarbete men inte använda ordinarie färdmedel, med resor till och från arbetet i stället för sjuklön.

Förslagen bereds inom ramen för utredningen (S 1999:08) om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Företagare med restarbetsförmåga (SOU 1998:34)

En särskild utredare fick i november 1997 i uppdrag att belysa effekter som kan uppstå i samband med företagares rätt till ersättning från arbetslöshets- och socialförsäkring. Utredningen hade att bedöma hur många företagare som på grund av att de inte längre klarar sitt arbete på heltid, ansökt om ersättning från den allmänna försäkringen och fått avslag då de bedömts ha hel arbetsförmåga i ett annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Utredningen bedömde att det maximalt kunde röra sig om 50–100 personer per år.

Utredningen ansåg att företagare så långt möjligt borde jämföras med arbetstagare vid prövning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Utredningen föreslog att en företagares arbetsförmåga skulle prövas, inte enbart mot nuvarande arbetsuppgifter, utan även mot möjligheten att erhålla andra arbetsuppgifter i den egna näringsverksamheten innan bedömningen görs mot annat på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Det vill säga, egna företagare skulle också bedömas enligt steg 3 och 4 i steg-för-steg-modellen.

Genom denna förändring skulle företagare och arbetstagare likställas fullt ut vid prövning av rätt till sjukpenning och förtidspension. Förslaget beräknades kosta ca 8 miljoner kronor/år och skulle finansieras genom att rätten till sjukpenning för den som fyllt 65 år skulle minska från 180 dagar till 90 dagar.

Förslaget bereds inom ramen för Utredningen (S 1999:08) om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Beräkningsunderlag för dag ersättning – sjukpenning, föräldrapenning m.m. (Ds 1999:19)

Förslag till ett nytt beräkningsunderlag bereddes i ett projekt på Socialdepartementet. Utgångspunkt för arbetet var proposition 1997/98:111 Reformerad förtidspension m.m. I propositionen beskrivs den planerade fortsatta beredningen av frågan om en reformering av hela beräkningssystemet för ersättning vid medicinskt grundad arbetsoförmåga.

Begreppet sjukpenninggrundande inkomst (SGI) föreslogs ersättas av beräkningsunderlag för dag ersättning (BUD). Förhandsregistreringen skulle avskaffas helt. Beräkningsunderlag skulle fastställas vid anspråk på dag ersättning och beslutet skulle normalt gälla enbart för den aktuella ersättningsperioden. Endast inkomst i pengar skulle, i lik-

het med nuvarande regler, ingå i underlaget och någon ändring av det s.k. taket föreslogs inte.

För anställda och andra som utför arbete för annans räkning skulle tre olika beräkningsalternativ finnas. Alternativ 1 skulle omfatta den som vid bedömningstidpunkten har minst sex månaders anställningstid framför sig. Beräkningsunderlaget skulle motsvara årsinkomsten i anställningen och gälla under hela ersättningsperioden. Alternativ 2 skulle omfatta dem med kortare kvarstående anställningstid än sex månader. Så länge anställningen varade skulle dessa ersättas motsvarande årsinkomsten i anställningen, därefter skulle beräkningsunderlaget räknas om och istället grunda sig på inkomster sex månader före bedömningstillfället. Alternativ 3 skulle gälla för arbetslösa och uppdrags-tagare. För dessa skulle beräkningsunderlaget grunda sig på inkomster sex månader före bedömningstidpunkten och omräknas till årsinkomst. Sjukpenning, föräldrapenning och arbetslöshetsersättning skulle omräknas så att de motsvarade 100 procents ersättningsnivå när de ingick i beräkningsunderlaget.

För egenföretagare skulle beräkningsunderlaget enligt huvudregeln grunda sig på nettointäkten i det senaste taxeringsbeslutet före bedömningstidpunkten. En försäkrad som är att anse som företagsledare i ett fåmansföretag skulle få beräkningsunderlaget grundat på inkomsten av anställning i detta arbete (lön) enligt det senaste taxeringsbeslutet. Alla företagare skulle de första tre åren garanteras en sjukpenning grundad på inkomsten sex månader före företagets start, uppräknat till årsbelopp, dock lägst 250 procent av prisbasbeloppet.

Bestämmelserna om anpassning till löneutvecklingen skulle ersättas av en generell indexering av beräkningsunderlaget. Om den försäkrade inte skulle kunna visa hur han skulle ha arbetat de första fjorton dagarna i sjukperioden skulle han ha rätt till tim/dag-beräknad ersättning enligt alternativ 3 (se ovan) som om han skulle ha arbetat på samma sätt under de fjorton dagar som föregått bedömningstidpunkten.

Den försäkrade föreslogs få ansvaret för att lämna uppgifter om sina inkomst- och förvärvsförhållanden vid anspråk på ersättning. På begäran av försäkringskassan skulle den försäkrade enligt förslaget styrka sina uppgifter.

Reglerna föreslogs träda i kraft 1 juli 2000 och gälla för alla ersättningsfall som inträffar därefter. Förslagen skulle innebära minskade utgifter för staten och ha en närmare anknytning till den försäkrades faktiska inkomster.

Förslagen bereds inom regeringskansliet. Utredningens förslag om rätt till sjukpenning i vissa fall för personer som saknar anställning (dag-för-dag-anställda) föreslås dock gälla fr.o.m. den 1 juli 2000 (prop. 1999/2000:95).



Undersökning om hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro

Svensk arbetsliv har genomgått stora förändringar under 90-talet och förväntas fortsätta göra så under de kommande åren. Sjukförsäkringsutredningen har givit Statistiska centralbyrån (SCB) i uppdrag att genomföra en studie av hälsa, livskvalitet, arbetsförhållanden och sjukfrånvaro. Resultaten kommer att presenteras i utredningens slutbetänkande.

Syftet med undersökningen är att öka kunskapen om olika faktorer som kan påverka sjukfrånvaro.

De svar som Du lämnar är skyddade både av personuppgiftslagen och sekretesslagen. Det innebär att uppgifterna endast redovisas för grupper av personer. Uppgifter för en enskild person kommer alltså inte att kunna användas. Det nummer som finns överst på formuläret används enbart under SCB:s insamlingsarbete.

Vi vänder sig till ett slumpmässigt urval om 24 000 personer bland dem som är födda åren 1945, 1955, 1965 eller 1975. Uppgifter om namn och adress är hämtade från SCB:s register över totalbefolkningen. Från detta register hämtas också uppgifter om kön, ålder, födelseår, civilstånd, födelseland, församling och invandringsår. Från Riksförsäkringsverkets register över sjukskrivningar hämtas uppgifter om sjukskrivningar som omfattar mer än 29 dagar och från kontrolluppgiftsregistret uppgift om näringsgren.

Det är angeläget att Du deltar eftersom Ditt svar inte kan ersättas med någon annans. Vi ber Dig besvara blanketten så fullständigt som möjligt även om några frågor inte berör eller känns aktuella för just Dig.

Vi ber Dig skicka tillbaka den ifyllda blanketten i det portofria svarskuvertet så snart som möjligt.

Om Du har frågor om undersökningen är Du välkommen att ringa till:

Michael Nilsson	tfn 019 - 17 63 98
Marie-Louise Jädert Rafstedt	tfn 08 - 506 942 39
Inger Eklund	tfn 08 - 506 947 13

Örebro i april 2000

Utredare vid SCB

Liten ordlista

Sjuklön

Den som är anställd får sjuklön från sin arbetsgivare de första 14 dagarna som han/hon inte kan arbeta på grund av sjukdom. (Första dagen är karensdag.)

Sjukpenning

Sjukpenning betalas ut av försäkringskassan till den som varit sjuk mer än 14 dagar. Den som inte har rätt till sjuklön får sjukpenning från försäkringskassan direkt. (Första dagen är karensdag.) Försäkringskassan beslutar också om rätten till sjukpenning.

Karensdag

Den första dagen man är sjuk betalas ingen ersättning. Dagen kallas för karensdag.

Sjukanmälan

Den som är anställd och har rätt till sjuklön gör sjukanmälan till sin arbetsgivare, övriga gör sjukanmälan till försäkringskassan, vid första dagens frånvaro på grund av sjukdom.

Sjukbidrag

Den som har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel på grund av sjukdom, där nedsättningen förväntas bestå minst ett år, kan få sjukbidrag. Sjukbidraget betalas ut av försäkringskassan.




Förtidspension

Den som har varaktigt nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel på grund av sjukdom kan få förtidspension. Förtidspensionen betalas ut av försäkringskassan.

Hjälp oss att underlätta bearbetningen av Dina svar

Markeringarna kommer att läsas optiskt i en s.k. Skanner. Det är därför viktigt att tänka på följande när Du besvarar frågorna!

Bästa sätt att markera

- Använd kulspeppenna, svart eller blå.
- Markera om möjligt *innanför* rutorna - så här 
- *inte* så här 
- Om Du *ångrar* Dig och behöver *ta bort* Ditt kryss, täck hela rutan - så här 

Egen text

Om Du vill skriva mer text än vad som får plats på de anvisade raderna eller om Du vill förklara/förtydliga något:

- Skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
- Skriv i stället till höger eller längst ner på blanketten

A. Frågor om sysselsättning

Vilken är Din ställning på arbetsmarknaden?

1a Är Du (huvudsakligen).....

Flera alternativ får anges!

- 1 Fast anställd
- 1 Tidsbegränsat anställd
- 1 Egen företagare
- 1 Oavlönad medhjälpare i närståendes företag
- 1 Studerande
- 1 Arbetslös
- 1 Hemarbetande
- 1 Barnledig
- 1 Uppbär sjukbidrag/förtidspension
- 1 Annat

b Om Du är tidsbegränsat anställd, vilken sorts tidsbegränsad anställning är det?

Flera alternativ får anges!

- 1 Objekts-/Projektanställning
- 1 Vikariat utan fast tjänst i botten
- 1 Behovsanställning, dvs kallas vid behov
- 1 Säsongarbete
- 1 Provanställning
- 1 Deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder (t.ex. ALU, AMU, API)
- 1 Feriearbete
- 1 Praktik, lärlingsplats
- 1 Annat

c Är Du anställd i bemanningsföretag?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om Du har fast eller tidsbegränsad anställning.

2 Inom vilken sektor finns Din huvudarbetsgivare?

- 1 Privat
- 2 Kommunal
- 3 Landsting
- 4 Statlig
- 5 Organisationer

Om Du bor tillsammans med annan vuxen.

Vilken är hans/hennes ställning på arbetsmarknaden?

Flera alternativ får anges!

3a Är han/hon

- 1 Fast anställd
- 1 Tidsbegränsat anställd
- 1 Egen företagare
- 1 Oavlönad medhjälpare i närståendes företag
- 1 Studerande
- 1 Arbetslös
- 1 Hemarbetande
- 1 Barnledig
- 1 Uppbär sjukbidrag/förtidspension
- 1 Annat

b Om han/hon är tidsbegränsat anställd, vilken sorts tidsbegränsad anställning är det?

Flera alternativ får anges!

- 1 Objekts-/Projektanställning
- 1 Vikariat utan fast tjänst i botten
- 1 Behovsanställning, dvs kallas vid behov
- 1 Säsongarbete
- 1 Provanställning
- 1 Deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder (t.ex. ALU, AMU, API)
- 1 Feriearbete
- 1 Praktik, lärlingsplats
- 1 Annat

c Är han/hon anställd i bemanningsföretag?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om han/hon har fast eller tidsbegränsad anställning.

4 Inom vilken sektor finns hans/hennes huvudarbetsgivare?

- 1 Privat
- 2 Kommunal
- 3 Landsting
- 4 Statlig
- 5 Organisationer

B. Frågor om hälsa och livskvalitet

5 Hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är i allmänhet?

- 1 Utmärkt
2 Mycket god
3 God
4 Någorlunda
5 Dålig

Jämfört med för ett år sedan.

6 Hur skulle Du vilja bedöma Ditt allmänna hälsotillstånd nu?

- 1 Mycket bättre nu än för ett år sedan
2 Något bättre nu än för ett år sedan
3 Ungefär detsamma
4 Något sämre nu än för ett år sedan
5 Mycket sämre nu än för ett år sedan

Vi antar att Din arbetsförmåga, då den är som bäst, värderas med 11 poäng.

7 Vilket poängtal skulle Du då ge Din nuvarande arbetsförmåga?
(1 betyder att Du inte alls kan arbeta och 11 att Din arbetsförmåga är som allra bäst just nu).

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

8 Här nedan är några ansikten som uttrycker olika känslor.

Vilket ansikte uttrycker närmast hur Du upplever Din livskvalitet för närvarande (senaste veckan)?

Sätt ett kryss i rutan under en av figurena.



1



2



3



4



5



6



7

C. Läkarkontakter och sjukfrånvaro

<p>9 Får Du för tillfället sjuklön från Din arbetsgivare (dag 2-14)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>10a Får Du för tillfället ersättning från försäkringskassan?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja, hel ersättning 3 <input type="checkbox"/> Ja, trekvarts ersättning 4 <input type="checkbox"/> Ja, halv ersättning 5 <input type="checkbox"/> Ja, kvarts ersättning</p> <p><i>Om Ja,</i></p> <p>b Får Du?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sjukpenning 2 <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsersättning 3 <input type="checkbox"/> Sjukbidrag 4 <input type="checkbox"/> Förtidspension</p>
<p>11a Har Du under de <u>senaste 12 månaderna</u> besökt läkare för rådgivning eller behandling?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nej</p> <p><i>Om Ja,</i></p> <p>b Vilken typ av läkare?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Vårdcentralsläkare 2 <input type="checkbox"/> Privatläkare 3 <input type="checkbox"/> Sjukhusläkare 4 <input type="checkbox"/> Företagsläkare 5 <input type="checkbox"/> Annan läkare</p> <p>c Fick Du någon receptbelagd medicin?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nej 3 <input type="checkbox"/> Minns ej</p>

d Ledde besöket hos läkare till sjukskrivning?

- 1 Ja, 1-5 dagar
2 Ja, 6-14 dagar
3 Ja, 15-28 dagar
4 Ja, mer än 28 dagar
5 Nej
6 Jag var redan sjukskriven eller hade sjukbidrag/förtidspension

e Om besöket hos läkare ledde till sjukskrivning tror Du att den blev längre p g a att Du har fått vänta på någon åtgärd?

- 1 Ja, på besök hos specialist
2 Ja, på operation
3 Ja, på undersökning eller provtagning
4 Nej
5 Vet ej

12 Hur många dagar ungefär, har Du uppburit sjuklön, sjukpenning eller sjukbidrag/förtidspension de senaste 12 månaderna?

Obs! Svara endast med hela dagar

Hel ersättning

¼, ½ eller ¾ -ersättning

13 Vid hur många tillfällen har Du uppburit sjukpenning under de senaste 12 månaderna?

- 1 Ingen gång
2 En gång
3 2-5 gånger
4 Mer än 5 gånger

14 Har Du någon gång de senaste fem åren varit sjukskriven minst 3 månader i följd?

- 1 Ja
2 Nej

15 Har karensdagen fått Dig att avstå från att sjukanmäla Dig trots att Du på grund av sjukdom borde ha gjort det?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet ej

16 Har sjukersättningens storlek fått Dig att avstå från att sjukanmäla Dig trots att Du på grund av sjukdom borde ha gjort det?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet ej

Du som inte har någon form av anställning/arbete eller inte är egen företagare, var vänlig gå vidare till fråga 53 på sidan 13.

Övriga fortsätter på nästa sida.

Frågorna 17 - 52 besvaras enbart av Dig som har någon form av anställning/arbete eller är egen företagare.

<p>17 Har det hänt under de <u>senaste 12 månaderna</u> att Du gått till arbetet, trots att Du med tanke på Ditt hälsotillstånd egentligen borde ha sjukanmält Dig?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja, en gång 2 <input type="checkbox"/> Ja, 2-5 gånger 3 <input type="checkbox"/> Ja, mer än 5 gånger 4 <input type="checkbox"/> Nej</p>																														
<p>18 Om Du gjort det, varför har Du arbetat trots att Du p g a sjukdom borde ha sjukanmält Dig?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Ibland</th> <th>Nej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Negativ attityd till frånvaro från ledningen</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hade inte råd att vara sjukskriven</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kunde inte sjukskriva mig p g a mina arbetsuppgifter</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra mitt jobb</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Annat _____</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Ja	Ibland	Nej	Negativ attityd till frånvaro från ledningen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Hade inte råd att vara sjukskriven	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Kunde inte sjukskriva mig p g a mina arbetsuppgifter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra mitt jobb	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Annat _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Ja	Ibland	Nej																											
Negativ attityd till frånvaro från ledningen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																											
Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																											
Hade inte råd att vara sjukskriven	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																											
Kunde inte sjukskriva mig p g a mina arbetsuppgifter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																											
Lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra mitt jobb	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																											
Annat _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																											
<p>19 Har det hänt under de <u>senaste 12 månaderna</u> att Du arbetat hemifrån i stället för att sjukanmäla Dig när Du varit sjuk?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nej 3 <input type="checkbox"/> Ej aktuellt</p>																														
<p>20 Har det hänt under de <u>senaste 12 månaderna</u> att Du tagit ut semester eller komledighet i stället för att sjukanmäla Dig när Du varit sjuk?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nej 3 <input type="checkbox"/> Ej aktuellt</p>																														
<p>21 Hur genomförs Dina arbetsuppgifter om Du på grund av sjukdom är frånvarande från arbetet?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Det går bra att sätta in en ersättare 2 <input type="checkbox"/> Arbetet går hjälpligt att genomföra utan mig 3 <input type="checkbox"/> Ingen annan kan (i alla fall på kort sikt) göra jobbet förutom jag 4 <input type="checkbox"/> Vet ej</p>																														

22 Om Du är frånvarande under högst en vecka på grund av sjukdom, hur stor del av Dina arbetsuppgifter måste Du ta igen när Du är tillbaka på arbetet igen?

- 1 Ingen eller endast en liten del
- 2 Något mindre än hälften
- 3 Något mer än hälften
- 4 I stort sett allt
- 5 Vet ej

23 Har det faktum att arbetsgivaren betalar sjuklön de första fjorton dagarna fått Dig att avstå från att sjukanmäla Dig trots att Du på grund av sjukdom borde ha gjort det?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Ej aktuellt

D. Frågor om arbetet

24 Vilket är Ditt yrke?

25 Hur är könsfördelningen på Din arbetsplats?

Om Du har flera arbeten, svara på det arbete där Du är största delen av tiden.

- 1 Det är nästan bara kvinnor
- 2 Det är flest kvinnor
- 3 Ungefär lika könsfördelning
- 4 Det är flest män
- 5 Det är nästan bara män
- 6 Jag arbetar ensam

26 Hur är åldersfördelningen på Din arbetsplats?

- 1 De flesta är unga (yngre än 35 år)
- 2 De flesta är medelålders (36-49 år)
- 3 De flesta är äldre (äldre än 50 år)
- 4 Det finns en jämn fördelning av personer i alla åldrar
- 5 Jag arbetar ensam

<p>27 Hur många timmar per vecka är Din ordinarie/överenskomna arbetstid? <i>Ange hela timmar.</i></p> <p><input type="text"/> timmar per vecka</p>
<p>28 Är Du nöjd med omfattningen av Din ordinarie/överenskomna arbetstid?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja, jag är nöjd 2 <input type="checkbox"/> Nej, jag skulle vilja arbeta fler timmar 3 <input type="checkbox"/> Nej, jag skulle vilja arbeta färre timmar</p>
<p>29a Arbetar Du utöver ovan angiven ordinarie/överenskomna arbetstid flera gånger per månad?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>b Om Ja, Hur många timmar i genomsnitt arbetar Du utöver ordinarie/överenskomna arbetstid per månad? <i>Ange hela timmar.</i></p> <p><input type="text"/> timmar per månad</p>
<p>30 Hur stor bedömer Du risken vara att Du kan bli arbetslös inom ett år?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ingen risk 2 <input type="checkbox"/> Liten risk 3 <input type="checkbox"/> Ganska stor risk 4 <input type="checkbox"/> Stor risk 5 <input type="checkbox"/> Vet ej</p>
<p>31 Finns det planer på Din arbetsplats att utöka verksamheten, skära ner eller lägga ner den helt?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Lägga ner verksamheten helt 2 <input type="checkbox"/> Skära ner verksamheten 3 <input type="checkbox"/> Utöka verksamheten 4 <input type="checkbox"/> Nej, inga sådana planer 5 <input type="checkbox"/> Vet ej</p>

32 Hur lätt skulle det vara för Dig att utan att behöva flytta få ett annat likvärdigt arbete?

- 1 Mycket lätt
- 2 Ganska lätt
- 3 Ganska svårt
- 4 Mycket svårt
- 5 Vet ej

33a Har Du tillgång till företagshälsovård genom Ditt arbete?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet ej

b Om Ja,**Har Du de senaste 12 månaderna haft kontakt med företagshälsovården?**

- 1 Ja, för arbetsrelaterad sjukvård
- 2 Ja, för annan sjukvård
- 3 Ja, för rehabiliteringshjälp
- 4 Ja, för hälsokontroll
- 5 Ja, i samband med utbildning
- 6 Ja, i samband med arbetsplatsutredning eller åtgärd
- 7 Ja, i samband med annan förebyggande åtgärd
- 8 Nej

34 Hur bedömer Du arbetsklimatet i Din arbetsgrupp?

- 1 Mycket bra
- 2 Bra
- 3 Varken bra eller dåligt
- 4 Dåligt
- 5 Mycket dåligt
- 6 Jag arbetar ensam

35 Är Du nöjd med hur Du kan utföra Dina arbetsuppgifter?

- 1 Mycket ofta
- 2 Ofta
- 3 Ibland
- 4 Sällan
- 5 Aldrig

36 Känner Du att Dina arbetsinsatser uppskattas?						
	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad	Ej aktuellt	
Av överordnade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Av underordnade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Av arbetskamrater	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Av kunder, patienter, klienter, elever eller motsvarande	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
37 Upplever Du ett i stort sett väl fungerande ledarskap?						
	Inte alls	I ganska liten grad	I viss mån	I hög grad	Ej aktuellt	Vet ej
Från Din närmsta chef	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Från den högsta arbets- ledningen i organisationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<i>Var vänlig tag ställning till följande frågor om Dina arbetsvillkor:</i>						
		Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig	
38a	Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
b	Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket hårt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
c	Kräver Ditt arbete en för stor arbetsinsats?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
d	Har Du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
e	Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
f	Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
g	Kräver Ditt arbete skicklighet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

h	Kräver Ditt arbete påhittighet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
i	Innebär Ditt arbete att man gör samma saker om och om igen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
j	Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete ska utföras?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
k	Har Du frihet att bestämma vad som ska utföras i Ditt arbete?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
39 Har Du bytt yrke de <u>senaste 12 månaderna</u>?					
1 <input type="checkbox"/> Ja					
2 <input type="checkbox"/> Nej					
40 Har Du bytt arbetsplats de <u>senaste 12 månaderna</u>?					
1 <input type="checkbox"/> Ja					
2 <input type="checkbox"/> Nej					
41 Hur har följande arbetsvillkor förändrats för Din del under <u>senaste 12 månaderna</u>?					
			Ej		
		Minskat	förändrats	Ökat	
a	Arbetsbelastning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
b	Tidspress i arbetet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
c	Arbetets svårighetsgrad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
d	Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
e	Stöd och uppbackning när Du behöver	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
f	Samarbetet på arbetsplatsen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
g	Personaltäthet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
h	Inflytande och kontroll över det egna arbetet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
i	Anställningstrygghet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
j	Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
k	Känslan av delaktighet i arbetet och dess innehåll	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	

42 Hur kroppsligt ansträngande upplever Du vanligtvis Ditt arbete?

Kryssa för aktuell siffra på skalan. 6 innebär ingen ansträngning alls - t.ex. ligga på sängen. 20 är maximal ansträngning - t.ex. springa det fortaste man kan längre sträcka.

- 6
- 7 Mycket, mycket lätt
- 8
- 9 Mycket lätt
- 10
- 11 Ganska lätt
- 12
- 13 Något ansträngande
- 14
- 15 Ansträngande
- 16
- 17 Mycket ansträngande
- 18
- 19 Mycket, mycket ansträngande
- 20

43 Med tanke på Din hälsa tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke om två år?

- 1 Ja, ganska säkert
- 2 Jag är osäker på det
- 3 Nej, jag tror inte det

E. Sömn och återhämtning**44 Har Du svårt att sova därför att tankar på jobbet håller Dig vaken?**

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ett par dagar per månad
- 4 En dag per vecka
- 5 Ett par dagar per vecka
- 6 Varje dag

45 Känner Du Dig mycket trött under arbetsdagen (arbetspasset)?

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ett par dagar per månad
- 4 En dag per vecka
- 5 Ett par dagar per vecka
- 6 Varje dag

46 Känner Du Dig fylld av energi under arbetsdagen (arbetspasset)?

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ett par dagar per månad
- 4 En dag per vecka
- 5 Ett par dagar per vecka
- 6 Varje dag

47 Känner Du Dig kroppsligt trött efter arbetsdagen (arbetspasset)?

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ett par dagar per månad
- 4 En dag per vecka
- 5 Ett par dagar per vecka
- 6 Varje dag

48 Känner Du Dig psykiskt trött efter arbetsdagen (arbetspasset)?

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ett par dagar per månad
- 4 En dag per vecka
- 5 Ett par dagar per vecka
- 6 Varje dag

49 Känner Du Dig utvilad och återhämtad när Du börjar dagens arbete (ett nytt arbetspass)?

- 1 Aldrig
- 2 Sällan
- 3 Ett par dagar per månad
- 4 En dag per vecka
- 5 Ett par dagar per vecka
- 6 Varje dag

50 Känner Du Dig utvilad och återhämtad när Du börjar arbeta igen efter ett par dagars ledighet, t ex efter helg eller fridagar?

- 1 Aldrig
2 Sällan
3 Ett par dagar per månad
4 En dag per vecka
5 Ett par dagar per vecka
6 Varje dag

51 Händer det att Du känner olust när Du går till arbetet?

- 1 Aldrig
2 Sällan
3 Ett par dagar per månad
4 En dag per vecka
5 Ett par dagar per vecka
6 Varje dag

Nedan följer 16 påståenden om känslor som kan uppstå i samband med arbete. Läs igenom varje påstående och tänk efter om Du har känt så om Ditt arbete.

52 Om Du aldrig haft denna känsla sätt en nolla "0" i kolumnen framför påståendet. Om Du känt på detta sätt, ange hur ofta Du känt så i samband med Ditt arbete genom att skriva den siffra (från 1 till 6) som passar in.

Vad de olika siffrorna står för ser Du nedan.

Skriv i aktuell siffra i rutorna nedan.

0=Aldrig, 1=Några gånger per år eller mindre, 2=Någon gång per månad, 3=Några gånger per månad, 4=Någon gång per vecka, 5=Några gånger per vecka, 6=Varje dag

- a Jag känner mig känslomässigt tömd av arbete
- b Jag känner mig helt slut efter en hel arbetsdag, ett helt arbetspass
- c Jag känner mig trött när jag går upp på morgonen för att möta
en ny arbetsdag
- d Att arbeta under en hel dag känns verkligen påfrestande för mig

e	<input type="checkbox"/>	Jag kan på ett effektivt sätt lösa de problem som uppstår i mitt arbete
f	<input type="checkbox"/>	Jag känner mig utbränd av mitt arbete
g	<input type="checkbox"/>	Det känns som om jag bidrar på ett positivt sätt till den organisation jag arbetar i
h	<input type="checkbox"/>	Jag har blivit mindre intresserad av mitt arbete sedan jag började detta jobb
i	<input type="checkbox"/>	Jag har blivit mindre engagerad av mitt arbete
j	<input type="checkbox"/>	Enligt min egen åsikt gör jag ett bra jobb
k	<input type="checkbox"/>	Jag känner mig upprymd då jag åstadkommit något i arbetet
l	<input type="checkbox"/>	Jag har utfört många värdefulla saker i mitt arbete
m	<input type="checkbox"/>	Jag vill bara sköta mitt arbete och inte bli störd av annat
n	<input type="checkbox"/>	Jag har blivit mer tveksam om värdet av mitt arbete
o	<input type="checkbox"/>	Jag betvivlar att mitt arbete betyder något
p	<input type="checkbox"/>	Jag är säker på att jag är effektiv och får saker och ting gjorda på jobbet

F. Allmänna frågor (besvaras av alla)

53	Vilket år är Du född?	19	<input type="text"/>
54	Är Du?		
	1	<input type="checkbox"/>	Man
	2	<input type="checkbox"/>	Kvinna

55 Vilken grundutbildning har Du?

Ange endast det högsta alternativet! Om Du studerar kryssa i den utbildning Du går.

- 1 Förgymnasial utbildning (folkskola, 9-årig grundskola, realskola eller flickskola)
- 2 Gymnasial utbildning, högst 2-årig (gymnasieskola, komvux, yrkesskola, folkhögskola el fackskola)
- 3 Gymnasial utbildning, 3-årig (gymnasieskola, komvux eller folkhögskola)
- 4 Eftergymnasial utbildning kortare än 3 år
- 5 Eftergymnasial utbildning 3 år eller längre
- 6 Forskarutbildning

56 Hur ser Ditt hushåll ut?

- 1 Jag bor ensam
- 2 Jag bor som ensam vuxen tillsammans med barn
- 3 Jag bor tillsammans med annan vuxen utan barn
- 4 Jag bor tillsammans med annan vuxen och barn

57a Har Du barn under 16 år hemma?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om Ja,

b Hur många mellan 7-16 år?

c Hur många under 7 år?

58 Hur är Din ekonomi?

- 1 Mycket god
- 2 God
- 3 Varken god eller dålig
- 4 Ansträngd
- 5 Mycket ansträngd

59 Om Du plötsligt skulle komma i en oförutsedd situation där Du under en vecka måste skaffa fram 14 000 kronor, skulle Du klara det?

- 1 Ja, helt säkert
- 2 Ja, troligen
- 3 Nej, troligen inte
- 4 Nej

Hjärtligt tack för Din medverkan!

Sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen

Rapport från Statskontoret,
Kommun- och välfärdsenheten

Uppdrag att beskriva och belysa sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen

Sjukförsäkringsutredningen har gett Statskontoret i uppdrag att beskriva och redovisa situationen inom sjukvårdsområdet och att analysera sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen. Uppdraget har utförts med bistånd från en särskild expertgrupp som utredningen utsett.

Enligt överenskommelse med utredningen har Statskontoret löpande redovisat arbetet i projektet. I den bifogade promemorian *Sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen* redovisas det samlade resultatet av arbetet.

Direktör Carl-Göran Högås, chef för Kommun- och välfärdsenheten, har beslutat i detta ärende. Avdelningsdirektör Dan Ljungberg, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Dan Ljungberg

Innehållsförteckning		Sid
Sammanfattning		206
1	Inledning	208
1.1	Bakgrund och syfte	208
1.2	Avgränsningar	209
1.3	Promemorians uppläggnig	210
2	Allmän beskrivning av sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring	211
2.1	Finansiellt	211
2.2	Principiellt	211
3	Olika kostnadsfördelning	216
3.1	Lite sjukvård och ingen sjukförsäkring till de flesta	216
3.2	Lite sjukvård och lite sjukförsäkring till några	217
3.3	Lite sjukvård och mycket sjukförsäkring till en stor grupp	217
3.4	Mycket sjukvård och mycket sjukförsäkring till några få	217
4	Situationen i vården	219
4.1	Reformer, resurser och förändringar i sjukvården under 1990-talet	219
4.2	Tillgänglighet i vården och vårdköer	222
4.2.1	Orsak till köer	223
4.2.2	Dagmaröverenskommelserna och vårdgarantin	225
4.2.3	Uppföljning av vårdgarantin	226
4.2.4	Redovisning av väntetider	226
4.3	Prioritering	227
4.4	Vårdköundersökningar, sjukskrivning under kötiden	229
5	Sjukskrivningsprocessen – tre typfall	231
5.1	Calle – medicinskt fall får vänta i onödan	231
5.2	Lena – ryggfall får vänta men det har ingen betydelse	233
5.3	Danne – medicinskt fall som blir socialta	234
6	En vårdkö	236
6.1	Skadlig väntan	236
6.2	Kostsam väntan	237
6.3	Onödig väntan	237
7	Sjukvårdens konsekvenser – en diskussion	238

Sammanfattning

Sjukvården och sjukförsäkringen är i princip båda erforderliga delar i ett skydd i händelse av en individs sjukdom. Samlat erbjuder de dels vård respektive ekonomisk ersättning *när* en person drabbats av sjukdom eller liknande, dels ger de individer en trygghet *om* något skulle hända.

Sjukförsäkringen regleras i en rättighetslagstiftning och sjukvården i en skyldighetslagstiftning. Tillsammans med det faktum att det inte finns någon direkt organisatorisk koppling mellan systemen kan det innebära att det nära beroendet som finns mellan systemen blir svårt att hantera.

Kostnaderna i sjukförsäkringen respektive sjukvården uppstår nästan uteslutande på grund av sjukdom eller liknande hos befolkningen. Trots det kan man göra två intressanta iakttagelser. För det första har kostnaderna ökat kraftigt i båda systemen samtidigt som sjukligheten minskat. Förklaringarna är i mångt och mycket olika för respektive system, men sammanfaller i vad man kan kalla en allmän standardförbättring. För det andra är fördelningen av kostnader i befolkningen väsentligt skild mellan de båda systemen. Skillnaden beror till stor del på grundläggande olikheter i systemen, men också på att olika medicinska tillstånd leder till helt olika efterfrågan på sjukvård respektive sjukförsäkring. Detta kan innebära att prioriteringar inom det ena systemet motverkar mål inom det andra.

Under 1990-talet har situationen i vården kännetecknats av besparingar. Det senaste decenniet har också i likhet med tiden dessförinnan inneburit medicinska och tekniska framsteg av stor betydelse för sjukvården. Från att ha minskat under första hälften av 1990-talet har vårdköerna återigen börjat öka under andra hälften av decenniet. De nämnda besparingarna brukar framhållas som en förklaring, även om de två utvecklingarna inte tidsmässigt ligger riktigt i fas. Också den medicinsktekniska utvecklingen brukar användas som förklaring, ibland till ökade och ibland till minskade köer. Andra förklaringar som brukar lyftas fram är bristande samordning och ineffektiva vårdkedjor.

I bland annat Dagmaröverenskommelser har vissa av de samordningsbehov som finns mellan sjukvården och sjukförsäkringen tillgodosetts. Andra lösningar har prövats i särskilda försöksverksamheter, t.ex. FINSAM och SOCSAM. En del av problemet kan hänföras till att sjukvård och sjukförsäkring är inte till för samma personer eller situationer. Prioriteringarna inom de olika systemen sker på helt olika grunder.

Vårdköer är ett problem vars omfattning är svår att avgöra. En del av problemet är att sjukförsäkringskostnaderna påverkas. Ingen vet hur mycket. Sjukförsäkringskostnaderna påverkas förutom av vårdköer

också av vårdens sammantagna förmåga att diagnosticera och behandla medicinska tillstånd som innebär nedsatt arbetsförmåga. I ett viktigt avseende skiljer sig emellertid vårdköerna från de flesta andra faktorer inom sjukvården som har betydelse för sjukförsäkringen. Det saknas helt incitament för sjukvården att bidra till att motverka vissa typer vårdköer som kan vara kostsamma för sjukförsäkringen.

Det går att undersöka vårdköernas betydelse för sjukförsäkringen. Med tanke på vårdköernas komplexa uppbyggnad, men kanske främst på grund av att en vårdkö inte är lika med en kostnad för sjukförsäkringen, måste emellertid undersökningen göras på individbasis. Allmän vårdköinformation säger inget om huruvida väntetider innebär kostnader för sjukförsäkringen. Sjukskrivning under väntan i vårdkö behöver inte betyda att vårdkön orsakat ökade kostnader för sjukförsäkringen. Väntan i vårdkön kan innebära ökad/onödig sjukskrivning både i direkt anslutning till väntan men också senare. Den intressanta frågan att besvara i varje enskilt fall är: Hur mycket sjukskrivning hade kunnat undvikas om den enskilde inte hade behövt vänta i vårdkö? Eller skarpare formulerat: Hur mycket lägre hade sjukförsäkringskostnaden varit om vårdköerna hade varit så korta som de skulle vara om sjukvården fungerade optimalt? (Det är naturligtvis inte självklart vad som menas med optimalt, men vad som bör förstås med begreppet i detta sammanhang gäller ur ett samhällsnyttoperspektiv.) Vi presenterar en skiss för hur man skulle kunna bättra på kunskaperna på området något.

1 Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

Sjukförsäkringen påverkas av en mängd omvärldsfaktorer. Sjukvården är en av de mest diskuterade. I många avseenden finns ett tydligt samband mellan sjukförsäkring och sjukvård. Sambandet gäller i första hand att båda är till för att lindra den enskildes besvär av sjukdom. I övrigt består sambandet främst i att sjukvårdens verksamhet påverkar sjukförsäkringen genom att de insatser som görs är avgörande för individernas arbetsförmåga.

Sjukförsäkringen bygger på en rättighetslagstiftning och administreras av 21 försäkringskassor under tillsyn av Riksförsäkringsverket. Sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen som är en s.k. skyldighetslag och verksamheten bedrivs huvudsakligen i 20 landsting och en kommun (Gotland som är en s.k. landstingsfri kommun). Tillsyn över hälso- och sjukvården utövas av Socialstyrelsen. Bortsett från att sjukvårds- och sjukförsäkringsfrågor hanteras inom Socialdepartementet finns således ingen organisatorisk eller annan omedelbar koppling.

För att undvika eller möjligen komma till rätta med ”systemkrockar” har vissa åtgärder genomförts eller prövats på försök. Sedan mitten av 1980-talet träffas årligen s.k. Dagmaröverenskommelser mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i vilka vissa åtaganden beskrivs. Överenskommelserna har bl.a. kommit att beröra de områden där det finns ett samband mellan statens och sjukvårdshuvudmännens åtaganden, t.ex. mellan sjukvård och sjukförsäkring. Vårdköer är en viktig aspekt av detta samband som återkommer i överenskommelserna.

De särskilda försöksverksamheter där sambandet mellan sjukförsäkringen och sjukvården har uppmärksammats är FINSAM och SOCSAM samt allmänt i det s.k. FRISAM, som syftar till en bred samverkan mellan olika aktörer på central, regional och lokal nivå. FINSAM, som är den enda av de nämnda verksamheterna som avslutats och som avsåg endast sjukvård och sjukförsäkring, har utvärderats och befunnits ha positiva effekter.

Trots det närmast självklart starka sambandet mellan sjukvården och sjukförsäkringen finns inte särskilt mycket arbete gjort kring frågan om sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkringen. För att få en belysning av frågan har sjukförsäkringsutredningen lämnat ett uppdrag (bilaga 1) till Statskontoret. Till Statskontorets förfogande har utredningen ställt en expertgrupp. Expertgruppen har lämnat synpunkter på ett utkast till föreliggande promemoria som utgör slutredovisning av uppdraget. För innehållet i promemorian svarar emellertid Statskontoret självständigt.

Inom Statskontoret har arbetet utförts av Dan Ljungberg (projektledare) och Lena Ståhl.

1.2 Avgränsningar

I det följande görs *ingen åtskillnad mellan olika ersättningar* inom den del av socialförsäkringen som hanterar inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl. Skälet är att det främst är av intresse att studera och diskutera sambandet mellan sjukvården och hela systemet för ersättning vid nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl. Med sjukförsäkring avses därför i det följande all inkomstbortfallsersättning som utges från socialförsäkringen vid nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl, dvs. sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukbidrag och förtidspension (i princip också arbetsskadelivränta).

Det finns en närmast mekanisk koppling mellan *läkarnas intygsutfärdande* och sjukförsäkringen. I denna promemoria kommer intygsutfärdandet i sig inte att behandlas eftersom verksamheten inte är att betrakta som sjukvård. I vissa fall är emellertid framtagandet av underlag för läkarintyget att betrakta som sjukvård.

I många fall kan såväl orsakerna till som lösningarna på en nedsatt arbetsförmåga vara en kombination av medicinska och t.ex. sociala. Denna komplexitet kommer att beröras i denna promemoria varför *gränsen mellan* vad som är att betrakta som *sjukvård och annan verksamhet* behöver definieras. En sådan gräns är inte möjlig att dra knivskarpt. Som sjukvård betraktas här endast sådana insatser som uteslutande kan genomföras av medicinskt utbildad personal och i förekommande fall med den typ av medicinsk utrustning som bara finns på sjukhus, primärvårdsmottagning eller annan motsvarande sjukvårdsinrättning. Gränsen dras således i princip ur ett organisatoriskt perspektiv. Således är det nästan uteslutande sjukvårdshuvudmännens verksamhet som avses.

En viktig del av hälso- och sjukvården är vad man kan kalla *förebyggande hälsovård*. Detta begrepp kan inbegripa väldigt mycket och en avgränsning mot t.ex. verksamhet som syftar till att bota eller lindra är i många fall svår att göra. I denna promemoria kommer inte behandlas sådan verksamhet som riktar sig mot "friska" personer för att undvika framtida sjukdom, vare sig verksamheten bedrivs av sjukvården eller annan aktör. Huvudsaken är inte var gränsen dras exakt utan att vad som ska förstås med sjukvård i första hand inte handlar om prevention. En sådan avgränsning betyder emellertid inte att all förebyggande verksamhet definierats bort från vad vi här avser med begreppet sjukvård.

1.3 Promemorians uppläggning

Promemorian inleds med en kort allmän beskrivning av sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring ur ett finansiellt och principiellt perspektiv. Det finansiella perspektivet fördjupas sedan i ett avsnitt som beskriver kostnadsfördelningen inom sjukvården och sjukförsäkringen. Avsnittet är inte en statistisk redovisning, eftersom denna typ av ekonomisk statistik saknas, utan snarare resonerande. Därefter beskrivs övergripande situationen i vården med avseende på de förhållanden som är relevanta i det här sammanhanget. Därefter följer en beskrivning av tre typfall och ett resonemang utifrån dessa om vad en vårdkö är och vilka olika typer av vårdköer det kan finnas. I det avsnitt som följer förs en diskussion bl.a. om vad som kan göras åt de kunskapsluckor som i vissa avseenden finns på området. Diskussionen är på intet sätt slutförd i och med denna promemoria. Avsikten är att delvis initiera och bidra till en diskussion som enligt vår mening inte är tillräckligt livfull. Avslutningsvis skisseras hur sjukvårdens konsekvens för sjukförsäkringen, främst vad avser vårdköer, empiriskt skulle kunna belysas.

2 Allmän beskrivning av sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring

2.1 Finansiellt

Det finns likheter i finansieringen av sjukförsäkringen och sjukvården. Skatter och (arbetsgivar-)avgifter i det ena fallet och enbart skatter (bortsett från en mindre del brukar- eller patientavgifter) i det andra fallet tas ut i så stor utsträckning att det samlade behovet av sjukförsäkring och sjukvård kan tillgodoses. Till viss del, om än liten, finansierar t.o.m. i princip socialförsäkringen sjukvården. Via ett anslag på statsbudgeten som socialförsäkringsadministrationen administrerar ges sjukvårdshuvudmännen ersättning bl.a. för kostnader för sjukvård som följd av internationella avtal. Sammanlagt bidrar detta anslag dock till endast cirka en halv procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna.

I och med det sagda upphör i princip alla likheter mellan hur de båda systemen finansieras. Som tidigare nämnts är sjukförsäkringen reglerad i en s.k. rättighetslag. Detta innebär att staten i princip måste betala ut så mycket ersättning som de försäkrade är berättigade till även om inbetalda avgifter och skatter inte täcker utgifterna. Naturligtvis kan regeländringar genomföras som på olika sätt begränsar utgifterna. Systemet med budgettak på statsbudgeten innebär i praktiken att sådana regeländringar måste genomföras för att klara taken. Formellt kan dock inte staten sluta betala ut ersättning med hänvisning till att pengarna är slut.

Sjukvården regleras i en s.k. skyldighetslag. Sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att tillhandahålla sjukvård av god kvalitet till hela befolkningen inom ramen för de ekonomiska medel som de disponerar. Det finns emellertid ingen rättighet för den enskilde individen kopplad till sjukvårdshuvudmännens skyldighet. Generellt sett kan således den enskilde inte kräva att få vård. Annorlunda uttryckt kan sjukvårdshuvudmannen i princip upphöra att ge, åtminstone viss typ av, vård med hänvisning till att pengarna är slut.

Den svenska hälso- och sjukvården kostar grovt räknat 100 miljarder kronor per år och sjukförsäkringen 70 miljarder kronor. Förenklat kan man säga att kostnaderna för såväl sjukförsäkring som sjukvård beror på förekomsten av sjukdom i befolkningen. Med andra ord ju friskare befolkning desto lägre kostnader. Den faktiska kostnadsutvecklingen inom de båda systemen visar emellertid en helt annan bild. Mellan år 1970 och början av 1990-talet ökade kostnaderna för hälso- och

sjukvård med ca 70 procent¹ mätt i fasta priser. Under samma period mer än fördubblades kostnaderna för sjukförsäkring². Under denna period får befolkningens hälsa antas ha om inte förbättrats så åtminstone inte försämrats. Mätt som andel av BNP var inte utvecklingen lika stark, men kostnaderna ökade även som andel av BNP. Uppenbarligen ökar efterfrågan på såväl sjukvård som sjukförsäkring även av andra orsaker än att sjukligheten ökar.

Trots att sjukligheten uppenbarligen inte är den enda förklaringen till variationen i kostnader inom sjukvården och sjukförsäkringen kan det ändå vara av intresse att beskriva kostnaderna fördelade på olika sjukdomsgrupper. Denna redovisning utgår till stor del från de områden som i Socialstyrelsens Folkhälsorapport 1997 benämns folksjukdomar, nämligen hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, tumörsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar samt astma och allergier. Sammantaget svarar dessa sjukdomar eller folkhälsoproblem för drygt 80 procent av andelen dödsfall, lika stor andel av dödsfall före 65 år (1995) och lika stor andel av antalet nybeviljade förtidspensioner (1996).

Hjärt-kärlsjukdomar

Hjärt-kärlsjukdomar är den i särklass vanligaste dödsorsaken i befolkningen som helhet och de svarar för knappt hälften av alla dödsfall både bland män och kvinnor. I diagnosgruppen inbegrips bl.a. hjärtinfarkt, hjärnblödning och åderförkalkning. Bland personer som dör före 65 års ålder står denna sjukdomsgrupp för 31 procent av dödsfallen bland män och 13 procent bland kvinnor. Det är bara i åldrar över 80 år som fler kvinnor än män dör av denna orsak varje år. Av de som dör i hjärt-kärlsjukdomar i yrkesverksam ålder är mer än tre fjärdedelar män. Även insjuknandet följer samma mönster över ålder och mellan könen.

År 1995 stod denna diagnosgrupp för 30 procent av alla vård dagar i slutenvård, 10 procent av diagnoserna i öppen vård, 11 procent av alla nybeviljade förtidspensioner och en något mindre del av sjukskrivningsdagarna. Enligt Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) stod ischemisk hjärtsjukdom och cerebrovaskulär sjukdom som sammantaget i stort sammanfaller med

¹ Uppgiften hämtad från SOU 1996:163 *Behov och resurser i vården – en analys*.

² Källa: RFV. Observera att samma breda innebörd av begreppet sjukförsäkring används här som i övriga texten.

diagnosgruppen för ca sex procent av de sammanlagda sjukvårdskostnaderna för 15–64-åringar³.

Psykisk ohälsa

Detta folkhälsoproblem märks i första hand inte på dödligheten. Endast 2,4 procent av dödsfallen bland män och 3,9 procent bland kvinnor orsakas av diagnoser i denna grupp. Dödstalen är åldersberoende och är vanligare bland kvinnor över 75 år, annars vanligare bland män. Bland män sker mer än en femtedel av dödsfallen före 65 års ålder, medan motsvarande andel bland kvinnor endast är ungefär en femtondedel.

Denna diagnosgrupp är väsentligt vanligare som orsak till förtidspension än som orsak till dödsfall. År 1998 stod gruppen för ca en fjärdedel av alla nybeviljade förtidspensioner och ca hälften för personer under 40 år. De två nämnda diagnoserna stod för knappt tio procent av alla sjukskrivningsdagar. HSU 2000 uppskattade kostnaderna för schizofreni och övriga psykoser till drygt tio procent av de totala sjukvårdskostnaderna bland 15–64-åringar. Dessa diagnoser utgör en liten del av den samlade psykiska ohälsan, men den ”allvarliga” och därmed troligen mest kostsamma delen.

Tumörsjukdomar

Denna diagnosgrupp utgör en vanlig dödsorsak. Sammantaget står den för ca 23 procent av alla dödsfall och är något vanligare bland män än bland kvinnor. Antalet dödsfall är dock högre bland kvinnor än män i åldrarna 35–60 år. Antalet dödsfall är kraftigt åldersberoende.

Diagnosgruppen är väsentligt mindre vanlig som anledning till förtidspension (ca 4 procent av nybeviljandet) och sjukskrivning (ca 1,5 procent av sjukskrivningsdagarna). Av hälso- och sjukvårdskostnaderna för 15–64-åringar står tumörsjukdomar för ca fem procent.

³ Resultaten redovisas i SOU 1996:163. Denna undersökning avser förhållanden under år 1994 i det dåvarande Malmöhus län. Undersökningen är den som i princip alla uppskattningar av sjukvårdskostnadernas fördelning i befolkningen på senare år bygger på.

Rörelseorganens sjukdomar

Denna diagnosgrupp är mycket ovanlig som dödsorsak (mindre än en på 200), men något vanligare bland män än bland kvinnor. Diagnoserna inom gruppen kräver sällan sjukhusvård men är mycket vanliga i befolkningen. Även här finns ett starkt åldersberoende. Sjukdomarna är i alla åldrar vanligare bland kvinnor. Framst gäller det dock i höga åldrar, bl.a. eftersom förekomsten inte ökar för män efter 64 års ålder.

Dessa sjukdomar är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro över huvud taget. Cirka 40 procent av alla nybeviljade förtidspensioner och en något mindre andel av sjukskrivningsdagarna orsakas av diagnoser i denna grupp. Även om diagnoserna inom denna grupp generellt sett har väsentligt mindre betydelse för sjukvårdens kostnader innehåller dock uppräknningen i HSU 2000 av de mest kostnadskrävande sjukdomarna två sjukdomar ur denna grupp, nämligen inflammatorisk ledsjukdom och artros. Dessa står sammanlagt för knappt fyra procent av sjukvårdskostnaderna för personer mellan 15 och 64 år.

Astma och allergi

Dessa diagnoser är ovanliga som dödsorsak, men är mycket vanliga i befolkningen. Var tredje person hade i slutet av 1980-talet allergiliknande besvär. Allt tyder på att det ökat ytterligare. Dessa diagnoser har inget tydligt ålderssamband.

Det är svårt att se någon påverkan på sjukfrånvaron eftersom diagnoserna är ovanliga som direkt orsak till sjukfrånvaro. Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom stod enligt HSU 2000 för knappt fyra procent av sjukvårdskostnaderna för personer i åldern 15 till 64 år.

Av vad som redovisats framgår att det delvis är olika sjukdomsgrupper som genererar höga kostnader i sjukförsäkringen respektive sjukvården. Ännu tydligare blir skillnaden när man studerar hur kostnaderna fördelar sig på olika grupper i samhället. Enligt den undersökning som HSU 2000 lät genomföra tog de 73 procent av befolkningen som var i yrkesverksam ålder i anspråk 51 procent av landstingens sjukvårdsresurser. Av naturliga skäl går i det närmaste 100 procent av sjukförsäkringens kostnader till gruppen. Kommittén visade hur de ca sex procent av befolkningen i nämnda ålder som hade någon av vad man kallade de mest kostnadskrävande sjukdomarna tog i anspråk mer än hälften av de sjukvårdsresurser som åldersgruppen sammanlagt tog i anspråk. Vi återkommer i avsnitt 3 till ett resonemang om sjukvårdens och sjukförsäkringens kostnadsfördelning i befolkningen.

2.2 Principiellt

Såväl sjukförsäkringen som sjukvården kan sägas bygga på den grundläggande principen att samhället vill begränsa skadan av sjukdomar som drabbar enskilda. Det är och har varit starkt framträdande i Sverige att ansvaret i huvudsak ligger på det offentliga att tillhandahålla de tjänster som krävs för en sådan skadebegränsning. Man kan således tala om att de båda systemen tillsammans utgör medborgarnas försäkring i händelse av sjukdom. I princip kan man i båda fallen tala om en ekonomisk försäkring, i fallet med sjukförsäkringen ekonomisk ersättning för inkomstbortfall och i fallet sjukvård täckning av kostnaderna för behandling. Även om regleringen av de båda systemen som tidigare nämnts sker i en rättighetslag och en skyldighetslag är det troligt att det är just som det samlade försäkringsskyddet vid sjukdom som flertalet medborgare ser på de båda systemen.

3 Olika kostnadsfördelning

Endast en mindre del av sjukvårdens resurser tas i anspråk av de yrkesverksamma. Några säkra empiriska underlag finns inte för att styrka detta, men det är nog ändå odiskutabelt. Hälften av resurserna går till gamla och barn. Hälften av den hälft som går till personer i yrkesverksam ålder går till ”de svårast sjuka”. Dessa är sannolikt yrkesverksamma i mycket liten utsträckning relativt de övriga i åldersgruppen. Uppskattningsvis är inte heller de resterande resurserna jämnt fördelade på de ca 94 procent av befolkningen som är i yrkesverksam ålder. Eftersom knappt 80 procent av gruppen är sysselsatta och sjukdom knappast underlättar yrkesarbete torde de knappt 25 procent av resurserna som återstår alltså sannolikt vara koncentrerade till personer som i relativt liten utsträckning är yrkesverksamma.

Man skulle kunna säga att de flesta personer i yrkesverksam ålder konsumerar lite sjukvård och ingen sjukförsäkring. En stor grupp konsumerar lite sjukvård och mycket sjukförsäkring. Några personer konsumerar lite sjukvård och lite sjukförsäkring medan slutligen ett fåtal konsumerar mycket sjukvård och mycket sjukförsäkring. Genom att försöka dela upp befolkningen i yrkesverksam ålder på detta sätt kan grunden läggas för en diskussion om gemensamma angelägenheter.

3.1 Lite sjukvård och ingen sjukförsäkring till de flesta

Bland de yrkesverksamma är det stora flertalet individer mycket små konsumenter av sjukvård. Oavsett hur mycket man räknar med i begreppet sjukvård (hälsokontroller, receptfria och receptbelagda läkemedel, BVC, MVC) konsumerar de flesta inget eller mycket lite under ett år. När det gäller sjukförsäkring råder ett delvis annat förhållande sedan införandet av sjuklöneperiod. Sjukförsäkringens stora lågkonsumentsgrupp efterfrågar över huvud taget ingen sjukförsäkring. De två stora grupperna av lågkonsumenter i respektive system är av naturliga skäl i stor utsträckning samma personer.

3.2 Lite sjukvård och lite sjukförsäkring till några

En viss andel av befolkningen råkar varje år ut för en olycka eller en sjukdom som innebär att de efterfrågar lite mer sjukvård än normalt och i samband med det aktualiseras ofta också kortare perioder med ersättning från sjukförsäkringen. Det kan röra sig om olyckor med kroppsskador som följd som tar en viss tid att läka eller om sjukdomar som sträcker sig lite längre än sjuklöneperioden. I dessa fall är det i stor utsträckning olika personer i denna grupp varje år. I någon utsträckning finns det emellertid vissa kroniskt sjuka som mera regelbundet efterfrågar sjukvård. Inte heller här är det annat än till en begränsad kostnad per år, men det är ändå regelbundna kostnader som återkommer år från år. Bland en del av dessa kroniskt sjuka finns också en återkommande mindre efterfrågan på sjukförsäkring.

3.3 Lite sjukvård och mycket sjukförsäkring till en stor grupp

För en relativt stor grupp, främst funktionshindrade, är kostnaderna för sjukvårdande insatser årligen låga, om än ofta regelbundna, men funktionshindret gör att arbetsförmågan är permanent nedsatt eller förlorad och kostnaderna för sjukförsäkringen stora. I den grupp vi här talar om ingår det stora flertalet av de cirka 500 000 personer som är förtidspensionerade, har sjukbidrag eller har varit sjukskrivna en mycket lång tid (mer än ett år). Inte heller denna grupp går att exakt storleksbestämma. De flesta torde vara överens om att de sjukvårdande insatserna inte är särskilt omfattande för denna grupp av storkonsumenter av sjukförsäkring. Detta ska inte uppfattas som om de flesta inte är sjuka eller har medicinska skäl till sin nedsatta arbetsförmåga. Det handlar snarare om att de flesta medicinska insatser redan har genomförts innan sjukfrånvaron varat mer än ett år eller sjukbidrag eller förtidspension beviljats.

3.4 Mycket sjukvård och mycket sjukförsäkring till några få

För en mycket liten grupp är de sjukvårdande insatserna mycket dyra, och för en liten del av denna grupp är kostnaderna dessutom höga under en lång tid. Det rör sig svåra olycksfall och om i övrigt mycket svårt sjuka personer. I många av dessa fall går arbetsförmågan helt för-

lorad och sjukförsäkringskostnaderna blir höga, men i andra blir dessa kostnader begränsade. Oavsett vilket av dessa fall det rör sig om är ändå sjukförsäkringskostnaderna små i förhållande till sjukvårdskostnaderna.

4 Situationen i vården

De flesta faktorer som anges som förklaringar till att sjukförsäkringskostnaderna har ökat under andra hälften av 1990-talet har inte direkt med situationen i vården att göra. Några av de orsaker som brukar lyftas fram är i stället t.ex. att fler i arbete ger fler möjliga sjukfall, höjda ersättningsnivåer samt fördröjda effekter av karensdagen och sjuklöneperioden. Även om sjukförsäkringskostnaderna i mycket stor utsträckning påverkas av faktorer utanför hälso- och sjukvården har tillgängligheten till vård samt vissa andra förhållanden i sjukvården stor betydelse för sjukförsäkringen. Det har uppmärksammats att mycket av den senaste tidens ökade sjukfrånvaro hänger samman med ökad frånvaro i offentlig sektor och där ingår personalen i sjukvården som stor grupp. Situationen i vården kan ha haft betydelse för sjukskrivningen inom gruppen men denna aspekt av vården behandlas inte här.

4.1 Reform, resurser och förändringar i sjukvården under 1990-talet

Reformer

Under 1990-talet har flera stora förändringar ägt rum inom hälso- och sjukvården. En av de största förändringarna var ÄDEL-reformen 1992 som innebar att omvårdande verksamhet flyttades från landstingen till kommunerna. Även handikappreformen 1994 och psykiatrireformen 1995 innebar överföring av verksamhet från landstingen till kommunerna och därmed renodling av landstingens verksamhet. Syftet med reformerna var dels att patienterna skulle kunna få vård närmare hemmet, dels ett effektivare resursutnyttjande. Ett av problemen före reformerna var att patienter låg kvar på sjukhusen efter att de var medicinskt färdigbehandlade. Detta inträffade samtidigt som allt fler efterfrågade vård och ledde till växande köer. Erfarenheterna från reformerna tyder dock på att det uppstått samordningsproblem mellan huvudmännen. Huvudmannaskapsförändringen löste vissa problem men skapade också nya⁴.

Husläkarreformen är ett exempel på en förändring inom sjukvården som kunde ha fått betydelse för sjukförsäkringen men som inte fullföljdes. Husläkarreformen genomfördes under den borgliga regeringsperioden i början av 1990-talet och upphävdes i samband med regerings-skiftet 1994. Reformen innebar att alla skulle ha sin egen läkare i

⁴ Sjukvården i Sverige 1998, Socialstyrelsen 1998.

primärvården. Den läkaren skulle vara individens kontakt in i den övriga sjukvården. Husläkaren skulle också ha en samlad kunskap om individens hela hälso- och livssituation. Vissa landsting hade börjat med husläkarsystem innan reformen och på vissa ställen finns systemen kvar i någon form än i dag.

Organisatoriska förändringar

Under 1990-talet har det skett stora förändringar av styr- och ägarformer i sjukvården. Ett flertal landsting har infört beställar–utförarmodeller med intern prestationsersättning. Detta har gjort sjukvården mer ”marknadsorienterad”. Målsättningen med sådana förändringar är att öka effektiviteten och kvaliteten genom att skapa konkurrens och att göra personalen medveten om kostnader. I vissa landsting har delar av vården också lagts ut på entreprenad. Privata vårdgivare har blivit allt vanligare, speciellt inom primärvården. Det är i dagsläget svårt att uttala sig om effekterna av dessa förändringar.

Resursutveckling

Under 1990-talet minskade både antalet sjukhus, antalet vårdplatser och antalet anställda i landstingets sjukvård. Detta beror till viss del på ÄDEL-reformen, men neddragningarna är stora även bortsett från huvudmannaskapsförändringar. År 1990 fanns totalt 94 sjukhus, 1997 var antalet 79. Mellan 1990 och 1997 minskade antalet vårdplatser i landstingets regi från 98 000 till knappt 35 000. Ungefär 31 000 av vårdplatserna försvann från landstingen genom ÄDEL-reformen, resterande platser har försvunnit av andra skäl. Antalet anställda i sjukvården var 1990 ungefär 451 000, 1996 hade antalet minskat till ungefär 326 000. Av minskningen har 55 000 anställda övertagits av kommunerna i samband med ÄDEL-reformen. Antalet vårdcentraler har däremot inte minskat utan hållit sig kring 900 under 1990-talet.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård uppgick 1996 till 98,4 miljarder kronor. Kostnaderna minskade med 1–2 procent årligen från 1992 vilket i stor utsträckning hängde samman med personalneddragningarna. Antalet prestationer (läkarbesök, vårdtillfällen och operationer) ökade 1992–1994. Att prestationerna ökade samtidigt som kostnaderna minskade talar för att det skedde en produktivitetshöjning. Åren 1995 och 1996 minskade dock prestationerna i ungefär samma takt som kostnaderna.

Mer primärvård

Under 1990-talet har det funnits en strävan att skjuta över en större del av vården till primärvården. Andelen besök hos läkare i primärvården ökade från 39 till 42 procent under perioden 1991 till 1996 och sedan 1995 är det lagreglerat att primärvården skall vara basen i sjukvårdsorganisationen. Utöver förändringen som grundas på politiska beslut förklaras utökningen av primärvården av att den medicinska utvecklingen lett till att mer vård kan utföras av primärvården. I en internationell jämförelse utförs dock en mycket låg andel av den svenska vården i primärvården. Trots senare års ökning har primärvården i Sverige ännu inte nått upp till de nivåer som avsetts. Det är också viktigt att notera att primärvården har mycket olika betydelse i olika delar av landet, betydelsen är t.ex. större på små orter som saknar sjukhus jämfört med större orter med sjukhus.

Kortare vårdtider

Den slutna vården har minskat i omfattning. Som sagts ovan har antalet vårdplatser minskat kraftigt. Det har skett genom nedläggning, sammanslagning och samordning av slutenvårdsenheter. Det genomsnittliga antalet vård dagar har minskat markant under tidsperioden. Det beror bl.a. på ändrade behandlingsrutiner samt på att förändrad teknik möjliggör kortare vårdtider. Fler och fler behandlingar kan i dagsläget ske i medicinsk dagvård, dagkirurgi. etc. Utvecklingen har också påverkats av rationaliserings- och besparingskrav. I dagsläget saknas data för att utvärdera vad minskningen i slutenvård får för betydelse för vårdkvaliteten, behandlingsresultatet och sjukligheten⁵.

Förändrad företagshälsovård

Företagshälsovårdens omfattning ökade kraftigt under 1970- och 1980-talet och minskade sedan under 1990-talet. Minskningen beror bl.a. på att de ekonomiska förutsättningarna för företagshälsovården har försämrats. Ambitionen har varit att företagshälsovården skall vara mer inriktad på arbetsmiljöarbete och rehabilitering och mindre inriktad på sjukvårdande insatser.

Den 1 januari 1986 förändrades statsbidragen för anordnare av företagshälsovård. De nya bidragsreglerna innebar att bidraget kopplades till antalet anställda som var anslutna i stället för till kostnaderna för

⁵ Sjukvården i Sverige 1998, Socialstyrelsen 1998.

den medicinska verksamheten. Syftet med förändringen var att minska andelen sjukvård i verksamheten och i stället stimulera till förebyggande arbetsmiljöarbete.⁶ Statsbidraget till företagshälsovården avvecklades fr.o.m. den 1 januari 1993. Arbetsgivarna har dock även efter 1993 rätt att göra skatteavdrag för kostnader för företagshälsovård. Innan statsbidraget togs bort uppgick det till totalt 1 miljard per år, och täckte ca 27 procent av de totala kostnaderna för företagshälsovården⁷.

För att få ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning krävs att läkaren har specialistutbildning. Emellertid är vissa specialiteter inte tillräckliga för rätt till ersättning, däribland företagshälsovård. Vissa företagshälsovårdsenheter fick dock tidigare del av läkarvårdsersättningen genom att de anlidade eller anställde en läkare med sådan specialistkompetens som gav rätt till ersättning och som därmed kunde debitera landstingen för sina sjukvårdsinsatser. I proposition 1996/97:123 anfördes att det fanns ett behov av att förtydliga att insatser inom företagshälsovården inte berättigar till ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning. Från 1 juli 1999 står det inskrivet i lagen om läkarvårdsersättning att ersättning inte lämnas till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård.

Företagshälsovården kan emellertid få ersättning från landstingen för att bedriva en viss andel hälso- och sjukvård genom att teckna vårdavtal. Enligt lagen om läkarvårdsersättning gäller generellt att en läkare får ta emot ersättning från landstinget enligt överenskomna villkor, och att ett sådant avtal gäller i stället för lagen.

4.2 Tillgänglighet i vården och vårdköer

Köer i vården har uppmärksammats som ett problem sedan mitten av 1980-talet. I början av 1990-talet minskade köerna för att öka igen under andra hälften av 1990-talet. Vårdköer och väntetider är dock komplexa och svåra att mäta. Vårdköerna är inte heller ett fullständigt mått på tillgänglighet. Det beror bl.a. på att tillgänglighet i sig kan skapa efterfrågan. Detta kan exemplifieras med att sjukhus med fler vårdplatser har fler vård dagar och att fler öppna mottagningar ökar antalet besök. Det är inte heller så att köerna uppstår därför att antalet behandlingar ligger på en låg nivå. Köerna kan lika gärna skapas genom ökad efterfrågan som i sin tur kan uppstå på grund av vidgade behandlingsindikatorer. Likaså kan behandlingsindikatorerna påverkas av tillgäng-

⁶ Samtidigt infördes i arbetsmiljölagen (1997:1160) en skyldighet för arbetsgivare att tillhandahålla företagshälsovård om arbetsförhållandena påkallar det.

⁷ SOU 1992:103 *FHU92*.

liga resurser. Indikatorerna vidgas om det finns resurser och snävas in om resurserna är begränsade. Socialstyrelsen konstaterar i en utredning om en behandlingsgaranti⁸ i vården att den kanske viktigaste orsaken till väntetider till operationer inte är kapacitetsbrist utan ökade behandlingsmöjligheter.

Att vårdköerna inte säger allt om tillgängligheten beror också på att kötiden för den enskilda individen inte är ett mått på den sammantagna väntetiden. Den totala väntetiden för t.ex. en operation är i praktiken ofta indelad i flera perioder. Efter att ha fått en remiss sätts patienten upp på en väntelista för undersökning och efter undersökningen sätts patienten upp på en annan väntelista för operationen. Dessutom kan en del av väntan på sjukvård ske utan att patienten är uppsatt på en väntelista, det gäller t.ex. väntan på det läkarbesök som behövs för att få remissen. Väntan behöver inte alltid vara till nackdel för patienten. Det kan behövas en förberedelsestid före behandlingen och det kan finnas skäl att avvakta sjukdomsförloppets utveckling.

Det är också viktigt att skilja på förväntade väntetider och den tid patienten i praktiken behöver vänta. För de som står på väntelistan är kötiden olika lång beroende på om de har förtur eller är oprioriterade. (Prioritering diskuteras utförligare i avsnitt 6.3). Den förväntade väntetiden skiljer sig ofta från den faktiska på det viset att den är kortare i genomsnitt men med större spridning⁹.

4.2.1 Orsak till köer

Orsakerna bakom vårdköer är komplexa och olika köer har sina speciella orsaker. Det finns dock ett antal mer generella förklaringar som brukar anges. De hänger antingen samman med utbud, efterfrågan eller samordning mellan olika vårdaktörer.

Orsaker som hänger samman med utbudet av vård:

- Besparingar och personalneddragningar har lett till att tillgängligheten har minskat.
- Kapacitetsbrist, som orsakar flaskhalsar.
- Ineffektiva vårdkedjor, t.ex. att patienter ligger kvar på medicinkliniker för att kommunens eftervård inte är tillräckligt utbyggd, leder till minskat utbud av behandlande insatser.

⁸ En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser, Socialstyrelsen 1999.

⁹ Sjukvården i Sverige, Socialstyrelsen 1998.

Orsaker som hänger samman med efterfrågan på vård:

- Utvecklingen av den medicinska teknologin har medfört att fler patienter än tidigare är behandlingsbara.
- Att befolkningen blir allt äldre leder till ökat behov av såväl omvårdnad som högteknologisk vård.
- Ökade krav och förväntningar bland patientgrupper kan öka efterfrågan på vård.

Orsaker som hänger samman med samverkan/samordning:

- Insatser pågår inte parallellt och tidsbokning till olika behandlingar är inte synkroniserade. Därför blir det lång väntan mellan olika behandlingar.
- Beställarorganisation innebär att det inte lönar sig att hjälpas åt.
- Ansvarsfördelningen mellan primärvården och sjukhusens specialistmottagningar är inte optimal.

Reformerna och resurserna påverkar tillgänglighet och köer på både utbuds-, efterfråge- och samordningssidan. Reformen syftade till att renodla sjukvården och därmed skapa utrymme för förbättrad effektivitet, vilket möjliggör ökat utbud. Reformen syftade också till att lösa problemet med att medicinskt färdigbehandlade patienter låg kvar på sjukhusen vilket också ökar möjligheterna att behandla patienter. Problemet finns dock kvar i viss utsträckning eftersom kommunens omvårdnad inte alltid förmår hantera de patienter som skrivs ut från sjukhusen.

Medicinska framsteg påverkar både utbuds- och efterfrågesidan, men i vilken utsträckning ett framsteg leder till ökat utbud av behandling beror ofta på om resurser tillförs eller inte.

Organisatoriska förändringar kan ha positiv inverkan på utbudssidan. Det är t.ex. en vanlig uppfattning att prestationsbaserad ersättning ökar utbudet. Samtidigt kan dessa mer marknadsorienterade modeller leda till samordnings- och samarbetsproblem och på det viset påverka tillgängligheten i vården negativt i ett sammantaget perspektiv.

Sammanfattningsvis beror köer och tillgänglighetsproblem i sjukvården på faktorer som påverkar ett eller flera förhållanden på utbuds-, efterfråge- eller samordningssidan. Köerna uppstår i ett komplicerat samspel och är ofta beroende eller till och med orsakade av tillgängligheten på vård inom andra delar av sjukvården än den där den aktuella kön uppstår.

4.2.2 Dagmaröverenskommelserna och vårdgarantin

I Dagmarförhandlingarna för år 1987 diskuterades bl.a. åtgärder för att förbättra kapaciteten och öka tillgängligheten i vården. I slutet av 1980-talet kunde sjukvårdhuvudmän som ett resultat av dessa förhandlingar söka pengar till projekt med syfte att förbättra tillgängligheten. I slutet av 1980-talet genomfördes också, inom Dagmar 50-projekt¹⁰, jämförelser av nyckeltal med syfte att stimulera en utveckling som skulle öka effektiviteten och minska flaskhalsarna. För att förkorta och utjämna köerna inom områden med speciellt omfattande problem kom parterna i Dagmaröverenskommelsen för år 1992 överens om en vårdgaranti. Vårdgarantin omfattade tio insatser och innebar att behandling/operation skulle ske inom tre månader från att beslut om behandling fattats¹¹. I de fall detta inte kunde uppfyllas skulle patienter som så önskade erbjudas vård vid annan klinik eller hos privat vårdgivare. För år 1992 tillförde staten 500 miljoner kr för att landstingen skulle uppfylla vårdgarantin. Vårdgarantin ingick även i Dagmaröverenskommelserna för åren 1993–1996, men då utan särskilda statsbidrag. I Dagmaröverenskommelsen för år 1996 kompletterades vårdgarantin med en besöksgaranti som reglerade väntetiden för besök både inom primärvård och specialistvård.

Den ursprungliga vårdgarantin avskaffades 1997. Garantin om tillgänglighet till primärvård och annan specialistbedömning behölls och gäller fortfarande. Den innebär att primärvården ska erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Läkarbesök ska erbjudas inom åtta dagar. Patienter ska vid behov få träffa specialist inom tre månader. Vid osäker diagnos ska besök hos specialist ske inom en månad. I de fall detta inte kan uppfyllas har patienten rätt att uppsöka annan vårdgivare utan att behöva betala extra. Denna garanti tar sikte på alla patienters behov av vård men säger ingenting om när behandling ska ske. Några landsting har dock infört eller behållit behandlingsgarantier med olika utformning. Under år

¹⁰ I Dagmaröverläggningarna för 1990 (1) avsattes 50 miljoner kronor för förändrings- och utvecklingsarbete med syfte att öka tillgänglighet och kapacitet i sjukvården. Dessutom kom Landstingsförbundet och staten överens om att tillsammans med Spri bedriva ett särskilt utredningsarbete kring dessa frågor. DAGMAR 50 har därmed haft som målsättning att försöka bidra till att kapaciteten och tillgängligheten i sjukvården ökar. I oktober 1989 fick sjukvårdshuvudmännen en inbjudan från DAGMAR 50 att söka bidrag till lokalt förändrings- och utvecklingsarbete för att öka kapacitet och tillgänglighet i vården. I mitten av december 1990 gick tiden ut för inlämnande av ansökningar.

¹¹ De insatser som omfattades av garantin utgjorde ca 20 procent av det totala antalet operationer.

1998 hade Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningar för och konsekvenser av en generell behandlingsgaranti som tillförsäkrar patienter behandling inom tre månader för alla åtgärder av medicinsk natur¹². Socialstyrelsens slutsats var att en sådan inte bör införas, främst för att det skulle medföra risker för felaktiga prioriteringar och kräva omfattande resursökningar.

4.2.3 Uppföljning av vårdgarantin

Socialstyrelsen har följt upp resultatet av vårdgarantin och funnit att garantin fick effekt men den blev kortvarig. Köerna minskade kraftigt under 1992, var konstanta under 1993 för att öka under perioden 1994–1996. Förändringarna i köerna hänger samman med variationerna i antalet operationer. Under 1992 ökade antalet ingrepp inom vårdgarantiområdena med 11 procent, under 1993 och 1994 var antalet oförändrat och under 1995 minskade antalet. Ökningen under 1992 bedöms bero på de extra resurser som tillfördes men även på omprioriteringar och teknologiska förändringar som bidragit till att produktiviteten höjts. Att köerna sedan ökade bedöms bero på minskade resurser i kombination med ökad efterfrågan, minskat utrymme för rationaliseringar samt en omfattande vårdkonflikt 1995. En annan förklaring är att incitamenten för att hålla garantin inte var tillräckligt starka eftersom endast ett fåtal patienter utnyttjade möjligheten att bli behandlade hos annan vårdgivare.

4.2.4 Redovisning av väntetider

Under senare år har flera landsting börjat redovisa den förväntade väntetiderna för olika typer av behandlingar på sina hemsidor. Behovet av denna information har ökat bl.a. genom att patienternas möjlighet att välja vårdgivare har ökat. Landstingsförbundet har nu i enlighet med Dagmaröverenskommelsen för 1999 tagit fram ett system för att följa och redovisa väntetider i den svenska hälso- och sjukvården.

Som ett led i att följa upp Dagmaröverenskommelsen har Landstingsförbundet också studerat den faktiska väntetiden för patienter med remiss från primärvården till specialist på sjukhus. I den undersökning som genomfördes under en vecka i mars 1998 deltog 43 sjukhus. På sjukhusen mottogs under mätveckan 8 300 patienter med remiss och i 36 procent av fallen var diagnosen oklar. Undersökningen visar att

¹² En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser, Socialstyrelsen 1999.

vårdgarantins tidsram 4 veckor för dem med oklar diagnos hölls i 57 procent av fallen och tidsramen 13 veckor för dem med klar diagnos hölls i 78 procent av fallen. Andelen patienter som fått vänta mer än vad garantin föreskriver hade minskat något sedan den mätning som genomfördes under oktober 1997. De regionala variationerna är dock stora. Stockholms län har lägst andel som får vänta längre än vad garantin anger. Det är också stora skillnader i väntetider mellan olika mottagningar.

4.3 Prioritering

Eftersom sjukvårdens har begränsade resurser är prioriteringar nödvändiga. Sättet att prioritera bestämmer hur resurserna fördelas och påverkar därmed väntetider och köer för patienter med olika sjukdomar. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården har behandlats i Prioriteringsutredningen som kom med sitt slutbetänkande 1995. I HSL finns en allmän prioritetsregel som lägger fast att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ha företräde till vården. I proposition 1996/97:60 beskrivs tre nationellt fastlagda riktlinjer som ska vara vägledande när prioriteringar görs.

- alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället (*människovärdesprincipen*)
- resurserna bör satsas där behoven är störst (*behovssolidaritetsprincipen*)
- en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder (*kostnadseffektivitetsprincipen*)

I proposition 1996/97:60 fastställdes fyra prioritetsgrupper som olika sjukdomsdiagnoser kan sorteras in i där den första gruppen ska prioriteras framför den andra osv. I grupp I ingår t.ex. vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar och vård i livets slutskede. I prioritetsgrupp II ingår prevention och rehabilitering/rehabilitering. Prioritetsgrupp III innefattar vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar och prioritetsgrupp IV vård av andra skäl än sjukdom eller skada. Detta ska vara vägledande för den politiska prioriteringen. Den politiska prioriteringen har i första hand betydelse för fördelningen av resurser till olika delar av vården.

På sjukhusen sker en klinisk prioritetsordning där patienterna vanligen grupperas i akuta fall, fall med dubbel förtur, fall med förtur eller oprioriterade fall. Den kliniska prioriteringen används i valet mellan i

vilken ordning patienter ska behandlas eller vilken behandlingsmetod som ska användas.

Att undvika sjukskrivning och att snabbt få tillbaka dem som är i yrkesverksam ålder till arbete är inte grund för prioritering enligt det som omfattas i prioritetsgrupp I men kan möjligtvis ingå i grupp II under rehabilitering. I de grundläggande principerna ges ingen grund för att prioritera sjukskrivna, tvärt om fastslås i den s.k. människovärdesprincipen att alla har rätt till vård oberoende av funktion i samhället. Köproblemen är i huvudsak koncentrerade till de grupper som är lågt prioriterade såväl politiskt som kliniskt¹³.

De försök som genomförts med finansiell samordning mellan sjukvården och sjukförsäkringen, FINSAM, samt mellan dessa båda och kommunernas socialtjänst, SOCSAM, är intressanta ur ett prioriteringsperspektiv. FINSAM syftade till att sänka sjukförsäkringskostnaderna genom att ge sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassorna ett gemensamt kostnadsansvar. Redan inför försöksverksamhetens start uppmärksammades problemet med s.k. ”gräddfiler”. Det kan ses som ett etiskt problem att vissa patienter får bättre tillgång till hälso- och sjukvården än andra på grund av annat än medicinsk prioritering. Utvärderingarna av FINSAM visar emellertid att tillgängligheten till vård var oförändrad eller förbättrad för alla, såväl personer i yrkesverksam ålder som övriga.

En diskussion om prioriteringen i vården, och dess konsekvenser för sjukförsäkringen kan göras mycket lång. För en sådan diskussion förefaller emellertid inte denna PM vara rätt forum. Vi nöjer oss här med att konstatera att sjukvårdens prioriteringar tar mycket liten (åtminstone formellt) hänsyn till vilka konsekvenser sjukvården kan ha för sjukförsäkringen. Detta är så vitt vi bedömer det faktum som är mest avgörande för sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring. I princip kan inte införandet av ekonomiska eller andra incitament förändra tillgängligheten till vård för yrkesverksamma så länge den nu gällande prioriteringsordningen gäller, annat än genom att förbättra tillgängligheten för alla.

¹³ En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser, Socialstyrelsen 1999.

4.4 Vårdköundersökningar, sjukskrivning under kötiden

Nedan presenteras exempel på resultat från undersökningar av sjukskrivning under väntetid. Ingen av undersökningarna visar dock köbilden i sjukvården ur sjukförsäkringens perspektiv. De diagnoser som studerats i de svenska undersökningarna är sådana som man vet orsakar mycket sjukskrivning, därför speglas inte vad en vårdkö i allmänhet har för betydelse för sjukfrånvaro. Undersökningarna har dessutom gjorts genom enstaka mätningar och visar således enbart situationen vid ett tillfälle och säger ingenting om förändringar eller situationen vid andra tidpunkter.

Sjukskrivning under kötiden, en norsk undersökning

På regionsjukhuset i Trondheim undersöktes förekomsten av sjukskrivning bland de som väntade på behandling/bedömning för första gången under en sexveckorsperiod 1998¹⁴. Undersökningen omfattade i stort sett alla avdelningar och samtliga patienter mellan 18 och 67 år. Undersökningen visar att de i genomsnitt väntat 86 dagar. I genomsnitt hade 26 procent av patienterna varit sjukskrivna under väntetiden. Andelen varierar från 8 till 61 procent mellan de olika avdelningarna. Andelen som varit sjukskrivna var 28 procent bland dem under 50 år och 23 procent bland dem över 50 år. Andelen som varit sjukskrivna var något högre bland dem som hade yrken som krävde fysisk ansträngning. Av patienterna som varit sjukskrivna under väntetiden trodde 44 procent att undersökningen/behandlingen skulle förbättra deras arbetsförmåga.

Väntan på ortoped

Sjukförsäkringsutredningen har låtit genomföra en undersökning av sjukskrivning bland dem som vid en viss tidpunkt var uppsatta på väntelista på ortopedkliniken vid centrallasarettet i Västerås. Undersökningen omfattar de som är födda efter år 1935. Av de som väntade på operation (höft, knä och axel) var 16 procent pensionerade, 39 procent heltidssjukskrivna, 4 procent halvtidssjukskrivna medan resterande 41 procent inte var sjukskrivna. Denna undersökning visar inte hur lång

¹⁴ H Petersen, B Hilt, S Kaasa (1999), *Sykefravaer men man står på venteliste*, *Tidsskr Nor Laegeforen* nr 21, 1999; 3137-9.

tid de väntat och inte heller i vilken utsträckning de väntande hade för-
tur eller var oprioriterade.

Rehabiliteringsutredningen gjorde en kartläggning av väntetider på
ortopedkliniker (Redovisas i diskussionspromemorian *Individen i
centrum?* från Utredningen om Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen
S 1999:8). Undersökningen som avsåg väntan på ryggbedömning säger
ingenting om förekomsten av sjukskrivning men visar att den genom-
snittliga väntetiden för bedömning var 7,2 månader med en spridning
på 3 till 18 månader.

5 Sjukskrivningsprocessen – tre typfall

Som underlag för den fortsatta diskussionen, främst om vårdköer, presenteras här tre typfall som visar på hur väntetider i sjukvården kan påverka sjukskrivningen för enskilda individer.

5.1 Calle – medicinskt fall får vänta i onödan

Calle är 35 år gammal och arbetar som elektriker på en större byggfirma. Calle kör motocross på fritiden. Han har kört omkull ett otal gånger och brutit snart sagt varje ben i kroppen sedan han började köra cross vid 13 års ålder. Hans högra axel har också gått ur led fler gånger än Calle kan minnas. På senare tid har Calle inte kunnat köra cross, och inte heller spela golf som han brukar göra ibland. Axeln smärtar och hoppar ur led allt oftare och utan att Calle tycker att han belastat den. En dag känner Calle att han inte längre kan installera takarmaturen på bygget. Calle har svårt att över huvud taget lyfta armarna över huvudet.

Calle ringer till sin husläkare (han råkar ha kvar informationsmaterialet om val av husläkare) i hopp om att få lite smärtstillande tabletter, och läkarens besked om att allt blir bra om Calle bara vilar axeln några veckor. Calle får beskedet, från den som svarar i telefonen på den privata husläkarmottagningen, att hans husläkare inte längre arbetar där, men att han kan få träffa distriktssköterskan nästa dag eller en annan doktor om fyra dagar. Calle bokar tid hos läkaren och ringer därefter till byggfirman och sjukskriver sig.

Fyra dagar senare besöker Calle läkaren. Läkaren frågar Calle hur länge han har haft besvären, om vad han arbetar med och om hur besvären påverkar hans arbetsförmåga. Calle får beskedet att hans ledband i axeln är uttänjda och att han inte kan räkna med att det blir bra på några veckor, och att det enda sättet att vara säker på att han inte ska besväras av det i framtiden är att han genomgår en operation. Om han ”tar det lugnt” med axeln bör han dock inte känna av besvären. Calle får ett recept på några milda smärtstillande tabletter, ”att ta vid behov”, och en sjukskrivning i en vecka. Husläkaren lovar återkomma med en remiss till undersökning hos en specialist på sjukhuset.

En vecka senare går Calle tillbaka till jobbet. Han fick remissen till sjukhuset. Han ska besöka en läkare där om fyra månader. Calle känner inte av axeln längre. Han pratar med sin arbetsledare om att han inte tror att det kommer att vara några bekymmer. Calle jobbar på som vanligt i hopp om att som vanligt vara klar med veckans ”beting” vid fredag lunch så att han hinner ut på en golfrunda på eftermiddagen (om

axeln känns bra). Crossen får han nog ”lägga på hyllan” tills efter operationen.

På kvällen har Calle ont i axeln igen. Han tar några smärtstillande och tycker efter några timmar att det känns bra igen. Samma sak är det nästa dag, smärtan börjar kännas när Calle kommer hem, men den går över efter ett par ”piller”. Nästa dag är det fredag och Calle och kompis-sen Lelle (som är VVS:are) är klara med veckans arbete vid lunch. Calle och Lelle har som vanligt tagit med sig golfklubbarna till jobbet och tar en snabblunch på vägen till golfbanan. På ”övningsrangen” tar Calle fram sin nya driver och tänker att han nu äntligen ska börja slå de där raka 200 meters utslagen. Efter en provsving är det dags att ”ta i”. Calles axel går ur led. Smärtan är stor, men som tur är hoppar axeln rätt igen efter bara någon sekund. Calle tänker att han får ta det lite lugnt på dagens runda, han får väl vänta till nästa vecka innan han kan sänka sitt handicap.

Calle har ont i axeln hela helgen. Han stoppar i sig en hel del av de där pillren han fick av läkaren. Han tänker ”det är tur att jag inte skulle ut till mamma och pappas land i helgen”. Han har sett varningstriangeln på tablettasken.

På måndag morgon vaknar Calle och känner att han sovit lite olyckligt på höger sida. Smärtan i axeln är olidlig. Han tar en tablett, och en till. Det nya bygget som Calle skulle börja på den här veckan ligger sju mil bort. Calle tänker att han nog varken kan ta bilen eller jobba efter ett par piller och ringer och sjukskriver sig.

De kommande tre veckorna försöker Calle gå till jobbet några gånger men det blir inte mer än någon enstaka dag. Arbetsledaren har dessutom kallat in en elektriker från granndistriktet, för firman har bara två månader på sig med det här bygget. Arbetsledaren säger till Calle att han kan prata med huvudkontoret om han tror att han inte kommer att kunna gå tillbaka till sitt jobb. Kanske kan de fixa ett jobb på lagret ”eller något”. Calle säger att allt blir bra så fort han fått träffa specialisten på sjukhuset.

Dagen har kommit när Calle ska till sjukhuset. Efter någon timmes väntan är det Calles tur. Calle får återigen svara på frågor om hur länge han har haft besvären, om vad han arbetar med och om hur besvären påverkar hans arbetsförmåga, medan läkaren klämmer på axeln och frågar om det gör ont. Läkaren säger att det enda som kan hjälpa Calle är en ”standardoperation”. Med några veckors vila efter den kommer axeln vara som ny, men motocrossen är nog bäst att lägga av med så inte besvären kommer tillbaka. Med jobbet och golfen ska det inte vara något problem. Calle får tid för operation i början av februari. I dag är det den 28 maj.

5.2 Lena – rygghall får vänta men det har ingen betydelse

Lena är 36 år och är sedan 7 år anställd på ett litet kontor som assistent. Lena är gift med Pelle. De har tre barn tillsammans. Det yngsta barnet är nu 5 år och det äldsta 15 år. Lena började arbeta som vårdbiträde efter gymnasiet.

Hon träffade Pelle under sitt sista år på gymnasiet och de fick sitt första barn tre år senare. Lena var mammaledig i nästan tre år efter att hon fött sitt första barn. Efter mammaledigheten gick Lena tillbaka till jobbet som vårdbiträde. Två år senare började Lena få ont i sin rygg. Jobbet hade inneburit en hel del tunga lyft. Lena började träna sin rygg på inrådan från några av sina äldre kollegor. Lena tyckte att ryggen i alla fall inte blev sämre efter att hon började träna.

Lena blev gravid igen. När Lena var i sjunde månaden med sitt andra barn började hennes rygg att värka. Hon fick genom MVC kontakt med en läkare som bad henne kontakta honom om ryggen blev sämre. Redan någon vecka senare kände Lena att hon inte längre kunde sköta sitt jobb. Lena blev sjukskriven av läkaren i två månader fram till beräknad förlossning.

Under sin tvååriga mammaledighet med sitt andra barn kände Lena att ryggen blev sämre och sämre. Hon hade inte haft tillfälle att träna ryggen, vilket Lena trodde var skälet till att ryggen inte höll för att lyfta sin lille son.

En kombination av att Lena var trött på sitt jobb som vårdbiträde och att ryggen blivit allt sämre gjorde att Lena beslutade sig för att försöka byta yrke. Hon gick en datakurs följt av en redovisningskurs och ett år senare fick hon jobb som assistent på ett litet kontor. Efter att ha jobbat där ett år blev Lena gravid med sitt tredje barn.

Lena fick ännu en gång ont i ryggen i slutet av sin graviditet. Den här gången var hon sjukskriven den sista graviditetsmånaden. Lena hade i stort sett ont i ryggen konstant under sin dotters första levnadsår. Lenas dotter hade ofta ont i magen och Lena fick bära och trösta stora delar av tiden. Efter tre och ett halvt års mammaledighet gick Lena tillbaka till jobbet.

Lena fick lite andra arbetsuppgifter när hon kom tillbaka. Hon skulle ta emot beställningar per telefon och fylla i dessa på dataformulär. Arbetet innebar i stort sett terminalarbete åtta timmar per dag.

Snart började Lena få så ont i ryggen att hon inte längre klarade sitt arbete. Hon var sjukskriven kortare perioder när det gjorde som allra ondast och började äta allt fler smärtstillande tabletter. Till slut kände Lena att det inte fungerade längre. Hon var tvungen att genomgå någon operation eller något.

Hon besökte sin husläkare som meddelade att det var svårt att behandla onda ryggar men lovade att Lena skulle få komma in till en specialist på sjukhuset. Lena blev sjukskriven fem veckor fram till besöket på sjukhuset då hennes ryggont skulle utredas.

När hon besökte läkaren på sjukhuset fick hon ”bekräftat” att hon hade ont i ryggen, men att det var svårt att se exakt vad som var problemet. Hon skulle få komma tillbaka fyra veckor senare för att röntga ryggen.

När hon kom tillbaka fyra veckor senare röntgades ryggen och hon fick tid för att komma tillbaka och se resultatet två veckor senare. Lena var fortfarande sjukskriven. Två veckor senare fick hon tillsammans med läkaren titta på och gå igenom röntgenbilderna. Läkaren pekade på några kotor som var lite dislokerade och andra vars mellanliggande diskar blivit hoptryckta. Alla dessa ”små” avvikelser kunde vara skälet till att Lena hade ont i ryggen. Skälet kunde också finnas i de omgivande mjukdelarna. De kunde man inte se på röntgen. Lena sjukskrevs och fick remiss till sjukgymnast.

Efter ett års sjukskrivning har Lenas rygg inte blivit bättre. Lena ansöker om sjukbidrag.

5.3 Danne – medicinskt fall som blir socialt

Danne är 47 år och arbetar som arbetsledare på den stora industrin på orten. Danne är populär på jobbet, för att vara arbetsledare. Danne är gift och har två barn. Danne och hans familj bor i ett hus som de köpte för 20 år sedan. Boendekostnaden är låg. Dannes fru arbetar halvtid som assistent på samma företag som Danne.

En dag när Danne är på väg från jobbet i sin bil blir han påkörd från sidan av en traktor. Danne hamnar på sjukhus med svåra skador, bland annat har hans bäckenben krossats.

Tre månader och flera operationer senare börjar Danne gå på sjukgymnastik. Den här vintern har temperaturen skiftat ovanligt mycket vilket orsakat flera svåra trafikolyckor. Operationssalarna har använts flitigt och behandlingen av Danne har tagit lite längre tid än normalt. Tiden går och sjukgymnastiken drar ut på tiden, bl.a. eftersom sjukgymnastresurserna också är små i förhållande till behovet just den här vintern. Danne tycker inte heller att sjukgymnastiken gör så mycket nytta som han hoppats. Även efter fem månader när Danne får åka hem från sjukhuset tycker han att han med nöd och näppe kan ta sig fram själv. Sjukgymnasten bedömer emellertid framstegen som goda. I princip kan Danne börja jobba om en vecka.

Väl hemma igen visar det sig vara svårt att få tid hos den lokala sjukgymnasten. Danne har att välja mellan att åka tillbaka till sjukhuset på grannorten för sin sjukgymnastik varannan dag i början, eller vänta fyra veckor på en tid hos sjukgymnasten på hemorten. Sjukgymnasten på hemorten kan inte heller ta emot Danne lika ofta. Danne beslutar sig för att vänta. Han vill vara hemma så mycket som möjligt nu när han kommit ut från sjukhuset.

Danne har alltid varit den på jobbet som tagit i när tunga saker behöver lyftas. Därför vill han inte gå tillbaka till jobbet förrän han känner sig helt frisk igen.

Familjens ekonomin har blivit ansträngd under Dannes tid på sjukhus. Dannes fru har tagit mycket ledigt från jobbet för att kunna vara hos honom på sjukhuset. En del räkningar har inte blivit betalda riktigt i tid.

När Danne kommit hem blir förhållandet mellan honom och hans fru allt sämre. Dannes humör är inte direkt på topp nu när han inte "kan göra rätt för sig". Familjens ekonomi blir allt mer ansträngd.

6 En vårdkö

Det har i stort sett ständigt de senaste decennierna talats mer eller mindre om vårdköer och deras negativa konsekvenser. Efter en sådan lång debatt borde väl begreppet vårdkö vara väl definierat. Det går att definiera enkelt som den tid man får vänta på en utredning (t.ex. undersökning, provtagning) eller behandling (t.ex. operation). Emellertid är det inte så enkelt alla gånger. Man kan tänka sig att en patient sätts upp på kö för en viss typ av behandling eller undersökning, men där denna behandling eller undersökning bara blir aktuell om vissa provsvar visar vad läkaren tror. Står den patienten i vårdkö? Det kan lämnas ett antal exempel som visar på gränsdragningsproblem mellan vad som är respektive vad som inte är att betrakta som väntetid.

I det här sammanhanget är det framför allt viktigt att försöka hitta en korrekt beskrivning av vad en sådan vårdkö som har betydelse för sjukförsäkringen är. Ett försök görs här att kategorisera väntan på behandling eller utredning i tre typer. I beskrivningen hänvisas till de ovan angivna typfallen.

6.1 Skadlig väntan

En person kan få vänta på en behandling eller utredning så länge att han eller hon direkt eller indirekt blir medicinskt sämre av det. Dels kan det betyda ett sämre medicinskt tillstånd för stunden, som kanske innebär en högre behandlingskostnad när behandlingen väl kommer till stånd, dels kan det betyda att det medicinska tillståndet till viss del permanentas.

Denna typ av väntetider har alla inblandade all anledning att undvika. Visserligen finns det inte heller här några direkta utvärderingar av förekomsten av sådana väntetider men troligen kan man utgå ifrån att de sällan uppkommer eller att massiva åtgärder vidtas om det trots allt sker.

Emellertid kan den skadliga effekten av väntan vara svår att mäta i rent medicinska termer. Exemplet Danne ovan är ett exempel på detta. Danne får vänta korta tider i flera led i sin behandling. Sammanlagt går en hel del sjukskrivningstid åt i ren väntan. Det är i detta fall svårt att särskilja vilka komplikationer som beror på väntetider i vården och vad som orsakats av andra faktorer. Det är heller inte intressant. Väntetiderna har bidragit till ett potentiellt mycket besvärligt sjukfall. Det kan sägas att en mycket stor del av väntetid med sjukskrivning är skadlig i ett rehabiliteringsperspektiv. En lång tids sjukskrivning försämrar möjligheterna att komma tillbaka i arbete.

6.2 Kostsam väntan

En person kan få vänta på en utredning eller behandling så länge att det direkt och indirekt innebär kostnader för sjukförsäkringen. Den direkta kostnaden uppstår om individen får vänta på en behandling som innebär att arbetsförmågan återkommer. Här måste man alltså skilja på om väntan innebär att arbetsförmågan återfås senare eller inte. Bara det faktum att en individ inte får genomgå en behandling vid samma stund som man kan konstatera att han eller hon behöver behandlingen räcker således inte för att väntan ska betraktas som kostsam. Den indirekta kostnaden uppstår om väntan innebär att andra åtgärder, än medicinska, blir förskjutna p.g.a. väntetiden. I mångt och mycket sker olika insatser under en sjukskrivning sekventiellt snarare än parallellt. Detta kan innebära en förskjutning i tiden av nödvändiga insatser om den medicinska behandlingen, som ofta kommer först i tiden, drar ut på tiden.

I fallet Danne ovan förekommer kostsam väntan. Också fallet Calle innebär kostsam väntan. Calle är kanske inte sjukskriven konstant i väntan på först undersökning sedan operation, men är ändå sjukskriven i större utsträckning än vad som hade varit fallet om besväret med axeln hade kunnat avhjälpas snabbare.

6.3 Onödig väntan

En person kan få vänta på en utredning eller behandling i onödan, men utan att det påverkar sjukförsäkringen. Det vanligaste exemplet på detta är när individen arbetar under väntetiden. Det kan också vara så att det inte är den medicinska behandlingen som individen väntar på som i alla fall kan avhjälpas arbetsförmågenedsättningen utan det är någon annan pågående parallell process som är mer tidskrävande eller det kanske finns problem som helt enkelt inte kan avhjälpas. I fallet Lena får väntetiden betraktas som onödig. Utfallet ur sjukförsäkringens synvinkel skulle sannolikt inte påverkats av kortare väntetid.

7 Sjukvårdens konsekvenser – en diskussion

Det råder inget tvivel om att sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring är starkt. Båda åsamkas kostnader om en individ blir sjuk, även om befolkningens sjuklighet inte tycks kunna förklara kostnadsutvecklingen i systemen. Detta innebär naturligtvis ett gemensamt intresse att undvika sjukdom, ett intresse som delas med flera andra sektorer. De gemensamma intressena motiverar samordning och samverkan. Den stora frågan om samordning och samverkan mellan sjukvården och sjukförsäkringen är ständigt aktuell. Frågan är av allt att döma av den karaktären att den inte har ett enkelt svar, om den över huvud taget har ett svar. Det är emellertid inte denna fråga som står i fokus i denna PM. Vi försöker här i första hand att hålla oss till frågor internt inom sjukvården som får externa effekter för sjukförsäkringen.

Det tycks endast i begränsad utsträckning vara samma medicinska tillstånd som leder till omfattande efterfrågan på sjukvård respektive efterfrågan på sjukförsäkring. Den skilda fördelningen i befolkningen vad avser hur sjukvård och sjukförsäkring konsumeras har en mängd förklaringar.

- Sjukvården är till för hela befolkningen oavsett ålder.
- Sjukvården har en viktig uppgift i att förebygga ohälsa¹⁵. Även om också sjukförsäkringens regelverk tar upp förebyggande insatser i viss utsträckning är inte avsikten att dessa ska ta några större resurser i anspråk.
- Arbete kan kräva viss typ av funktionsförmåga som inte nödvändigtvis all typ av sjukdom sätter ned. Det innebär att sjukvården har att behandla sjukdomar som inte påverkar arbetsförmågan.
- Sjukvårdens uppgift är i huvudsak att bota och lindra. Många medicinskt orsakade tillstånd är inte behandlingsbara. Av främst denna orsak, men i viss mån också p.g.a. resursbrist, kan sjukvårdens insats vara avslutad trots att den enskilde fortfarande är ”sjuk” och behovet av sjukförsäkring kvarstår.

¹⁵ Här avses s.k. primärprevention dvs. insatser riktade till friska personer för att förebygga sjukdom.

Sjukvårdens prioriteringar kan behöva omprövas

Prioritering inom hälso- och sjukvården har alltid varit aktuell och på det stora hela skett på ungefär samma grunder, oavsett om det handlar om politisk eller klinisk prioritering. En förändrad kunskapsituation och ekonomisk situation samt omvärldsförändringar gör att frågan om hur verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prioriteras ständigt måste ställas. Inte minst under krisåren på 1990-talet har den ekonomiska situationen såväl inom sjukvården som i samhället i stort satt prioriteringsfrågan i fokus. De huvudmannaskapsförändringar som genomförts har bl.a. syftat till att göra den inomsektoriella prioriteringen enklare. Det finns inget skäl att ifrågasätta vare sig grunden för den nuvarande prioriteringen inom hälso- och sjukvården eller i stort de konsekvenser denna får i termer av resursfördelning och val av behandlingsmetod eller -ordning i den kliniska verksamheten.

Den senaste tidens kostnadsökning inom sjukförsäkringen, tillsammans med den situation med arbetskraftsbrist som vi riskerar att stå inför inom de närmaste fem till tio åren, borde emellertid vara tillräckliga skäl för att delvis ompröva sjukvårdens prioriteringar. Det är inte särskilt sannolikt att någon större del av förklaringen till de ökade sjukförsäkringskostnaderna står att finna i sjukvårdens verksamhet. En ändrad prioritering inom sjukvården handlar således inte om att rätta till felaktigheter utan endast om att använda de samlade resurserna på bästa sätt givet de rådande omständigheterna. Lika viktigt som att vid en omvärdering av den prioriteringsordning som nu gäller ta hänsyn till sjukförsäkringen, är att inte glömma bort alla andra samhällsekonomiska och andra hänsyn som också måste få genomslag i prioriteringarna.

Man kan inte undgå att lägga märke till att sjukvårdens prioriteringar tar mycket liten, om ens någon, hänsyn (åtminstone formellt) till vilka konsekvenser sjukvården kan ha för sjukförsäkringen. Detta är det mest avgörande för förhållandet som rör sambandet mellan sjukvård och sjukförsäkring. I princip kan inte införandet av ekonomiska eller andra incitament förändra tillgängligheten till vård för yrkesverksamma så länge den nu gällande prioriteringsordningen gäller, annat än genom att förbättra tillgängligheten för alla.

Den första – och högst rankade – av de tre grundläggande principerna för prioritering i sjukvården, den s.k. människovärdesprincipen, förbjuder i princip att hänsyn tas till sjukfrånvaro från arbete. Denna grundläggande princip får antas ”stå över” sektorsgränserna. Om en annan sektor, socialförsäkringen, tillför resurser till sjukvården måste därför verksamheten alltså bedrivas med utgångspunkt i samma principer. Detta innebär att sjukförsäkringens resurstillskott måste påverka

tillgängligheten för alla patienter i vården trots att man bara är intresserad av att förbättra tillgängligheten för en grupp som tar i anspråk mindre än 25 procent av resurserna. Med detta synsätt kan man uppskatta att mindre än en fjärdedel av de satsade resurserna kommer "rätt" patienter till del, och att kraven på lönsamhet i "investeringen" höjs i motsvarande mån. För att förvärpa bilden ytterligare kan man nog säga att om sjukvården tillförs resurser i en tid då resursbristen är stor kommer merparten av resurstillskottet att gå till de mest prioriterade och inte spridas ut på alla, dvs. resurstillskottet kommer i ännu mindre grad de yrkesverksamma till del.

Vissa förändringar i vården kan ha haft betydelse för sjukförsäkringens kostnader

Trots att sjukförsäkringens kostnadsökning knappast till någon avgörande del har föranletts av sjukvårdens utveckling är det viktigt att försöka se något närmare på de förändringar som skett inom sjukvården och begrunda frågan om de kan ha haft konsekvenser för sjukförsäringen. Huvudmannaskapsförändringarna som genomförts har syftat till att förbättra samordningen mellan landsting och kommuner. Den förskjutning som skett av gränsen mellan ansvarsområdena kan ha haft såväl positiva som negativa konsekvenser för sjukförsäringen. De eventuella oklarheter i var gränsen går som övergångsvis kan ha uppstått är emellertid enbart negativ ur sjukförsäkringens perspektiv. Dels kan effektiviteten i vårdkedjan ha försämrats, dels kan försäkringskassans samordningsuppdrag ha försvårats.

Den allmänna viljan att förskjuta en större del av vården till primärvården är i grunden positiv sett ur ett sjukförsäkringsperspektiv. Primärvården har genom sin kompetensprofil och sin lokala förankring bra förutsättningar att hantera patienterna ur det helhetsperspektiv som är viktigt i samband med bedömning av nedsättning av arbetsförmåga. Den enhetliga förändring som husläkarreformen skulle inneburit genomfördes dock inte. Allmänt sett är de geografiska och organisatoriska skillnaderna stora, bl.a. vad avser primärvårdens roll i hälso- och sjukvården. Detta innebär att det kan vara svårt att hitta en adekvat samverkansmodell.

De ändrade styrformer som genomförts på sina håll har varit motiverade av effektivitets- och kvalitetsskäl. En viktig drivkraft har varit behovet av ökad kostnadseffektivitet. Det är nog inte alltför djärvt att påstå att den ökade interna kostnadseffektiviteten i vissa fall har fått företräde framför en god samhällsekonomisk hushållning. Det har helt enkelt varit så att de interna ekonomiska problemen varit så akuta att

allt annat fått stå åt sidan. Det är dock ingen som vet om den sammantagna effekten av förändrade styrformer har varit positiv eller negativ ur ett samhällsekonomiskt perspektiv eller ur sjukförsäkringsperspektiv. Allmänt sett har dock sannolikt besparingar och personalneddragningar haft vissa negativa konsekvenser för sjukförsäkringen. Detta gäller såväl i lanstingsvården som företagshälsovården.

Vårdtiderna har blivit allt kortare och det är i dagsläget inte känt vad det har fått för betydelse för behandlingsresultatet. Det är inte heller känt om de förkortade vårdtiderna, som bl.a. uppstår genom kortare eftervård och fler behandlingar genom dagvård, har någon betydelse för behovet av sjukskrivning? De förkortade vårdtiderna har inneburit att produktiviteten i sjukvården förbättrats. Det är positivt för tillgängligheten till vård och kan minska köerna och därmed behovet av sjukskrivning under väntetiden. Det är dock osäkert vad det har för betydelse för patienternas behov av sjukskrivning efter behandlingen.

I de fall den förkortade vårdtiden beror på att ingreppet blivit enklare med mindre risk för komplikationer har det en positiv effekt både på tillgängligheten, och därmed sjukskrivning under väntetid, och på tiden för tillfrisknande och därmed behov av sjukskrivning efteråt. I de fall rationaliserings- och besparingskrav lett fram till att vårdtiderna förkortas kan förhållandet vara det omvända. Teoretiskt kan man tänka sig att det finns behandlingsmetoder som kräver kortare tid på sjukhus men där det tar längre tid för patienten att tillfriskna jämfört med en metod som kräver längre vårdtid. Om sjukvården i ett sådant läge agerar för att minimera sina egna kostnader, utan att ta hänsyn till kostnader för sjukförsäkring, produktionsbortfall etc., väljs en metod som är inte är den bästa ur samhällsekonomisk synvinkel.

En rad externa faktorer har också påverkat sjukvården så att dess betydelse för sjukförsäkringen kan ha förändrats. Förbättrade medicinska metoder, medicinska framsteg, nya vårdbehov till följd av ”nya” sjukdomar, demografiska förändringar etc. kan leda till minskat eller ökat behov av sjukskrivning och är samtidigt av stor betydelse för sjukvården.

Vårdköer har betydelse

Som framgår av beskrivningen av det uppdrag som lämnats till Statskontoret är tillgängligheten i vården, och de vårdköer som kan vara ett mått på denna, viktig att belysa. I allmänna termer har man sedan mitten av 1980-talet talat om vårdköer som ett problem. I själva verket har sannolikt köer i vården varit ett problem så länge vården har funnits. Å ena sidan kommer det alltid att upplevas som ett problem om man får

vänta på att få något, i synnerhet om det är något så viktigt som en medicinsk behandling, å andra sidan kommer det aldrig att finnas så mycket resurser att alla köer kan undvikas, eftersom detta i princip skulle kräva en oändlig överkapacitet. Under 1990-talet har vad som beskrivs som vårdkösituationen i sjukvården samvarierat på ett mycket tydligt sätt med sjukförsäkringens utveckling. I valet mellan att kalla detta ett orsakssamband, vårdköerna avgör sjukförsäkringens kostnader, och att hävda att både vårdköerna och sjukförsäkringarna påverkas av samma tredje faktor, eller grupp av faktorer, är nog de flesta ändå benägna att välja det sistnämnda. Icke desto mindre har vårdköerna betydelse för sjukförsäkringen. Det är därför viktigt att utreda vårdköernas storlek och konsekvenser, för att sedan göra vad som går att göra för att påverka dem i önskvärd riktning.

Inte alla köer är betydelsefulla

Endast i undantagsfall är det önskvärt med vårdköer. Endast i de fall då väntan i sig kan inverka positivt på det medicinska tillståndet finns skäl att upprätthålla köer. I princip borde alla andra köer elimineras. Som antytts ovan skulle emellertid en total eliminering av alla köer kräva en oändlig överkapacitet i vården. Varje enskild verksamhet skulle behöva vara dimensionerad för att alla individer skulle behöva största möjliga mängd vård samtidigt. Naturligtvis kan man komma mycket nära en situation utan vårdköer utan att gå så långt. I princip kan man t.o.m. säga att det inte kostar mindre att ha en två år lång kö till en behandling än att ha en veckolång kö. Att minska en kö från två år till en vecka kan dock kräva stora resurser, men bara tillfälligt. Ur ett sjukförsäkringsperspektiv är det dock inte intressant att diskutera alla typer av vårdköer.

Att vänta i en vårdkö kan vara skadligt, kostsamt eller onödigt. Med *skadlig* väntan menas sådan som innebär att det medicinska tillståndet försämras så att behandlingen blir mer omfattande eller behandlingsresultatet blir sämre. Även om också denna typ av väntan kan förekomma så får man anta att sjukvården, helt utan inblandning från sjukförsäkringens sida, har tillräckliga incitament att minimera köer som får sådana konsekvenser. Nästa typ av väntan är *kostsam*. Här menas att vårdkön innebär att kostnaderna i sjukförsäkringen blir högre än nödvändigt. I många fall är gränsen mellan denna typ av väntan och den förstnämnda – skadliga – varianten, svår att dra. Även om sjukskrivning under väntan på behandling eller utredning inte har en uppenbar medicinsk effekt kan den få andra, t.ex. sociala, konsekvenser som

indirekt är skadliga. Slutligen finns en tredje variant av vårdkö, den som innebär *onödig* väntan. I princip är det all annan väntan.

Av de tre varianterna av vårdköer är egentligen bara den kostsamma intressant ur ett socialförsäkringsperspektiv.

Det saknas adekvat information om vårdköer och deras konsekvenser

Information om hur stor andel av alla som väntar i en vårdkö som är sjukskrivna eller omvänt hur stor andel av alla som är sjukskrivna som väntar i en vårdkö är intressant. Någon heltäckande sådan information finns inte, men samlas ibland in lokalt för en viss del av sjukvårdens patienter eller sjukförsäkringens sjukskrivna. Det skulle naturligtvis vara värdefullt att ha sådan information dels löpande, dels heltäckande. Emellertid är sådan information inte tillräcklig för att veta vad vårdköer innebär i termer av sjukförsäkringskostnader. Den information som skulle behövas kan delas i två delar, ingen viktigare än den andra. För det första skulle vi behöva veta mer om vilka konsekvenser en vårdkö kan ha, här i första hand vad gäller sjukfrånvarons omfattning men också rent allmänt. Socialstyrelsen tar i sin publikation om behandlingsgarantier i vården¹⁶ upp fyra typer av negativa konsekvenser; medicinska; livskvalitetsmässiga; organisatoriska, praktiska och fördelningsmässiga samt ekonomiska. Man kan konstatera att konsekvenserna är många och delvis direkta men troligen i ännu högre grad indirekta, väntetiden leder t.ex. till sjukskrivning en tid under väntan men vad värre är kanske till mer sjukskrivning och så småningom kanske till en förtidspension på sikt, eftersom väntan hade medicinska konsekvenser.

Den andra delen av informationsbristen gäller hur stora vårdköerna faktiskt är. Det pågår ett mycket omfattande arbete med frågan och sedan en tid finns viss information samlad om väntetider på Landstingsförbundets hemsida på Internet. Även om arbetet inneburit många och viktiga framsteg vad gäller informationsförsörjningen är den mindre användbar i det här sammanhanget. Den fråga som här behöver besvaras är hur mycket väntan i vårdköer som faktiskt orsakar sjukfrånvaro.

¹⁶ En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser, Socialstyrelsen 1999.

Kunskaperna om vårdköerna och sjukförsäkringen

Det kunskapsområde som rör vårdköerna och deras konsekvenser för sjukförsäkringen kan som ovan berörts delas in i en kvantitativ del, som rör omfattningen på de köer som har betydelse för sjukförsäkringen, och en kvalitativ del, som rör effekterna eller konsekvenserna av de nämnda vårdköerna. I det här sammanhanget är vi intresserade av konsekvenserna för sjukförsäkringen, men i princip skulle även andra konsekvenser kunna innefattas. Vi delar in de konsekvenser vi talar om i sådana som är direkta och indirekta konsekvenser. De direkta är en omedelbar konsekvens av vårdkön, t.ex. att man är sjukskriven medan man väntar och de indirekta sådana som har konsekvenser för något som i sin tur har betydelse för sjukförsäkringen. Med denna indelning i kvantitativt – kvalitativt samt direkt – indirekt kan kunskapsområdet beskrivas i en fyrfältstabla enligt följande.

	<i>Direkta konsekvenser</i>	<i>Indirekta konsekvenser</i>
<i>Kvalitativ kunskap</i>	!!?	? Forskning
<i>Kvantitativ kunskap</i>	? Mätning	? Forskning och mätning

I tablan görs ett försök att sammanfatta hur kunskapsläget ser ut enligt vår uppfattning samt på vilket sätt det skulle vara möjligt att komma till rätta med bristerna. I ett fält, kvalitativa kunskaper om de direkta effekterna, är kunskaperna enligt vår uppfattning relativt goda. Även här finns emellertid ett litet frågetecken som vi återkommer till.

Att komma till rätta med den kvalitativa informationsbristen

I princip är de kvalitativa och kvantitativa informationsbehoven oerhört hårt sammanknutna och har sitt fulla värde endast tillsammans. Emellertid kan den övergripande frågeställningen komma närmare ett svar även med framsteg på respektive område var för sig. Dessutom är det enligt vår mening inte samma metod som bör användas för att komma till rätta med informationsbristen på respektive område.

Att beskriva och analysera vilka konsekvenser en viss väntan i en vårdkö får för den enskilde i olika avseenden kräver forskning. Detta gäller naturligtvis de indirekta effekterna, medan de direkta effekterna i stort sett är oproblematiske. De indirekta konsekvenserna är med all säkerhet helt olika beroende på vilket medicinskt tillstånd det gäller och därmed vilken undersökning eller behandling som avses. Konsekvenserna är högst sannolikt dessutom individuella. En väntetid som

är betydelselös för någon kan vara förödande för någon annan. Sammantaget är det inte meningsfullt att här försöka beskriva vare sig det nuvarande kunskapsläget vad gäller de indirekta effekterna eller närmare föreslå hur kunskaperna kan förbättras. Att det finns vissa kunskapsluckor är dock otvivelaktigt. De direkta effekterna i sammanhanget är hur mycket sjukskrivning en individ konsumerar under väntetiden. Det kan här vara problematiskt att hitta den jämförelsenivå som den faktiska konsumtionen ska relateras till. Vårdköen har ju endast orsakat den del av sjukskrivningen som är utöver det normala. Vi återkommer till frågan nedan.

Att komma till rätta med delar av den kvantitativa informationsbristen

Det skulle som tidigare nämnts behövas mer kvalitativ information om eventuella konsekvenser av vårdköer för att kunna göra en uppskattning av den totala kvantitativa effekten för sjukförsäkringen av väntetider i vården. Detta hindrar emellertid inte att man kan göra en uppskattning av kostnaderna för den del av konsekvenserna vi redan känner till. Genom att börja i det redan kända kan vi komma fram till en minsta kostnad som i princip är odiskutabel. Utgångspunkten är därför att mäta de direkta kostnaderna av väntan i vårdkö till olika undersökningar och behandlingar. I följande skiss beskrivs steg för steg hur informationen skulle kunna samlas in.

I ett första steg upprättas en förteckning på alla patienter som väntat i vårdkö för behandling X vid Y-kliniken på Lasarettet i Z-stad under en viss tidsperiod. För dessa samlas via journaler (eller på annat sätt om detta är mer effektivt) in information om hur stor del av den undersökta tidsperioden de väntat i kö, och hur stor del av denna tid de varit sjukskrivna (som en följd av väntan). Denna undersökning ger dels information om hur mycket väntan på just denna behandling vid just denna klinik kostat sjukförsäkringen, dels en uppskattning av hur mycket sjukskrivning en genomsnittlig patient har under väntan till den behandlingen vid en klinik med en viss förväntad väntetid (mätt med gängse mått) till sådan behandling.

I ett andra steg upprepas samma undersökning för behandling X vid Y-kliniken på Lasarettet i X-köping. Utöver att därmed ha fått information om hur mycket väntan kostat just där har vi därefter fått ytterligare en uppskattning av den genomsnittlige patientens sjukskrivning givet en viss förväntad väntetid.

I nästa steg kan under vissa förutsättningar förfarandet förenklas. Givet att de två ovan genomförda undersökningarna givit en någorlunda samstämmig bild övergår man här till att samla in endast

aggregerad information om antal patienter och förväntade väntetider på alla Y-kliniker som utför behandling X. I annat fall får steg två upprepas.

Vi har efter dessa steg fått en bild av sjukförsäkringens kostnader på grund av väntan på behandling X. Därefter upprepas proceduren med början i steg ett för behandling Y.

Skissen är naturligtvis kraftigt förenklad och många frågor återstår att besvara för att det ska vara möjligt att påbörja en undersökning. En annan viktig del i kunskapsvinnandet är att parallellt samla in alla former av undersökningar som redan har genomförts, främst lokalt, på området.

Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension

Rapport från Statskontoret,
Kommun- och välfärdsenheten

Uppdrag att beskriva och belysa sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension

Sjukförsäkringsutredningen har gett Statskontoret i uppdrag att beskriva och belysa sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension. Uppdraget har utförts med bistånd från en särskild expertgrupp som utredningen utsett.

Enligt överenskommelse med utredningen har Statskontoret löpande redovisat arbetet i projektet. I den bifogade promemorian *Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension* redovisas det samlade resultatet av arbetet.

Direktör Carl-Göran Högås, chef för Kommun- och välfärdsenheten, har beslutat i detta ärende. Avdelningsdirektör Dan Ljungberg, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Enligt Statskontorets beslut

Dan Ljungberg

Innehållsförteckning	Sid
Sammanfattning	252
1 Inledning och uppdrag	254
1.1 Vad menas med sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension?	254
1.2 Vad är sjukförsäkring och förtidspension?	254
1.3 Promemorians uppläggnings	255
2 Statistik	256
2.1 Sjukskrivning och förtidspensionering från 1960 till 1999	256
2.2 Övergång från sjukpenning till sjukbidrag och förtidspension	259
3 Regelverket och administrationen	260
3.1 Kriterier för rätt till ersättning	260
3.1.1 Lik- och olikheter	260
3.1.2 Tänkbara konsekvenser av lik- och olikheterna	262
3.2 Ersättningsregler	264
3.2.1 Lik- och olikheter	264
3.2.2 Tänkbara konsekvenser av lik- och olikheterna	267
4 Attityder och värderingar	269
4.1 Lik- och olikheter	269
4.2 Tänkbara konsekvenser av lik- och olikheterna	270
5 Samband i ett flödesperspektiv	272
5.1 Flödesmodell	272
5.1.1 Analysmodellens struktur: Fysiska flöden som har finansiella effekter	272
5.1.2 Modellen består av nio tabblåer	273
5.2 En kategorisering av befolkningen i tio grupper	274
5.3 Kostnadsökande flöden	277
5.4 Kostnadsminskande flöden	281
5.5 Intäktpåverkande flöden	283
6 Den framtida utvecklingen	284
6.1 Folkhälsans utveckling	284
6.2 Arbetsmarknadens utveckling	285
6.3 Förebyggande hälsovård, sjukvård och rehabilitering	286
Bilagor	
Bilaga 1	Uppdraget
Bilaga 2	Tabblåer till flödesmodellen

Sammanfattning

Antalet personer med sjukbidrag eller förtidspension har successivt ökat från 1960 och framåt. Ökningstakten har visserligen avtagit men visar inte ännu tendenser till avstannande. Antalet sjukskrivna personer varierar däremot kraftigt över tid och visar ingen tydlig långsiktig trend. Sedan 1997 är ökningen dramatisk framför allt bland längre sjukfall vilket gör att förtidspensioneringen av allt att döma kommer att öka den närmaste tiden.

Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension är stort vad gäller de formella reglerna för bedömning av rätten till ersättning. Detta illustreras tydligt i den s.k. steg-för-steg-modellen. Emellertid finns det detaljer i disposition och närmare formuleringar i lagen om allmän försäkring som antyder att skillnaderna är större än vad som uttalas i förarbetena. Den administrativa tillämpningen av lagen innebär vidare att sambandet, i termer av likheter mellan systemen, ytterligare försvagas. Till stor del hänger olikheterna i tillämpningen samman med skillnaden mellan dag ersättning (sjukpenning och rehabiliteringspenning) och förmåner som beviljas på förhand och som utbetalas månadsvis (sjukbidrag och förtidspension). De sistnämnda kräver en stabilitet som bl.a. tar sig uttryck i att det krävs en väsentlig förändring av den enskildes förhållanden för att ersättningen ska omprövas.

Det finns ett klart administrativt samband mellan hanteringen av sjukförsäkring och förtidspension. De resurser som försäkringskassan har ska fördelas bl.a. på utbetalning (och bedömning av rätten till) sjukpenning, samordning av rehabiliteringsinsatser samt utredning och beslut om rätten till förtidspension och sjukbidrag. De av statsmakterna uppställda målen för administrationen får tillsammans med olika ekonomiska och andra incitament konsekvenser, såväl önskade som oönskade, för hur prioriteringen mellan de olika uppgifterna sker på försäkringskassorna.

Grundprincipen, den s.k. inkomstbortfallsprincipen, är gemensam för sjukförsäkringen och förtidspensionen. Utöver att förtidspensionen innehåller ett s.k. grundskydd finns det också en rad andra skillnader mellan hur ersättningarna beräknas i de olika systemen. Det finns motiv för olika beräkningsregler. I nuläget är det emellertid väsentliga skillnader mellan reglerna. I den reformering av ersättningsreglerna som pågår är avsikten att en del av olikheterna ska försvinna.

När man funderar över hur olika ersättningsregler skapar de ekonomiska incitamenten för enskilda individer för att söka sig till det ena eller det andra systemet är det väsentligt att se på de samlade ekonomiska konsekvenserna. Dels finns en rad kompletterande offentliga system till främst förtidspension och sjukbidrag, dels finns andra

kompletterande ersättningar via t.ex. kollektivavtal eller privata försäkringar. I många avseenden brister dock kunskaperna om de samlade ekonomiska konsekvenserna av en sjukskrivning eller en förtidspensionering.

Allmänhetens inställning till sjukförsäkring respektive förtidspension är troligen i många avseenden ungefär desamma. De ses som två delar av samma system. Stödet för systemen är starkt och har ytterligare stärkts under senare år i termer av dels i vilken utsträckning man anser att den avgift man betalar är rimlig, dels i vilket mån det förekommer fusk och missbruk. På samma sätt är stödet starkt för att de bör vara offentliga system. Det finns emellertid skillnader i synen på systemen. Förtidspensionen uppfattas som mer permanent och kan därmed upplevas som en "negativ" dom för vissa, som en nödvändig trygghet för andra och som ett passiviserande bidrag för ytterligare några.

Det är viktigt att ha i åtanke att de olika systemen kan ha olika värdeladdning. Inte minst viktigt är hur arbetsgivarna ser på äldre i arbetskraften. Ett allmänt minskat deltagande i arbetskraften bland äldre kommer inte bara att innebära ansträngningar på flera systems utgiftssida utan också ansträngningar på de avgifts- och skattefinansierade systemens intäktssida. Även om sjukskrivning och förtidspensionering för stunden i princip innebär lika stora påfrestningar på systemen, kan de olika systemens mer värdemässiga skillnader vara värda att särskilt beakta inför den förväntade perioden av ökat tryck på förtidspensionen.

Sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension samt sambandet mellan dessa båda system och andra "tillstånd" som har olika konsekvenser för systemen kan beskrivas utifrån en flödesmodell. Med flödesmodell menas här ett sätt att systematiskt beskriva hur individer förflyttar sig från ett tillstånd, t.ex. i arbete, till ett annat, t.ex. sjukskriven, från en tidpunkt till en annan. En sådan modell kan användas för att diskutera orsaker till och åtgärder för att påverka systemets kostnader och intäkter. En sådan modell har konstruerats och beskrivs i denna promemoria och en diskussion om påverkan på kostnader och intäkter har påbörjats.

1 Inledning och uppdrag

Denna promemoria utgör slutredovisning av ett arbete som genomförts av Statskontoret efter en överenskommelse den 16 februari 2000 mellan Sjukförsäkringsutredningen (S 1999:11) och Statskontoret. Enligt överenskommelsen skall Statskontoret på utredningens uppdrag belysa sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension. Uppdragsbeskrivningen fogas som bilaga 1 till denna promemoria. För arbetet har en särskild expertgrupp funnits till Statskontorets förfogande för intervjuer och samtal. Expertgruppen har till övervägande del bestått av personer som är förordnade som experter eller sakkunniga i utredningen. Statskontoret svarar dock självständigt för innehållet i promemorian.

Sjukförsäkringsutredningen har avsiktligt formulerat uppdraget relativt öppet. Närmare preciseringar och avgränsningar har skett vid de löpande diskussioner som under arbetets gång förts mellan Statskontoret och utredningen respektive expertgruppen. Denna ordning har sin förklaring i ämnets komplexitet och den relativt korta tid som stått till förfogande. Tidsaspekten har också på vissa områden tvingat fram vissa begränsningar av redovisningen till tankar och idéer som i detta skede inte fullt ut kunnat underbyggas med analyser.

1.1 Vad menas med sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension?

Det finns inget enkelt svar på frågan vad begreppet ”samband” mellan två objekt innebär. Emellertid kan det vara på sin plats att kort beskriva hur begreppet tolkats i detta sammanhang.

Med samband har förståtts två skilda saker. För det första vilka likheter och olikheter av relativt formell art som finns mellan sjukförsäkring och förtidspension. För det andra på vilket sätt enskilda individer övergår från ett system till en annat. En viktig del i belysningen av denna aspekt av sambandet är att beskriva vad som kan utgöra skäl till eller vad som påverkar viljan hos den enskilde att övergå från det ena systemet till det andra. En sådan belysning har vi inte funnit vara meningsfull utan att till viss del också studera inflödet till de båda systemen samt utflödet från dem.

1.2 Vad är sjukförsäkring och förtidspension?

Den föregående frågan borde ha fått anstå eftersom begreppen ”sjukförsäkring” och ”förtidspension” bör definieras innan man beskriver sambandet mellan dem. Även om begreppen är välkända för de flesta är

det ändå på sin plats att beskriva vad som i detta sammanhang menas. Sjukförsäkring har på senare tid i allt större utsträckning kommit att betyda hela det system för ersättning som träder in vid nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl och som omfattar förmånerna sjukpenning, rehabiliteringsersättning, sjukbidrag och förtidspension. *I denna PM avses med sjukförsäkring emellertid endast de två förstnämnda förmånerna, sjukpenning och rehabiliteringsersättning.*

Före ålderspensionsreformen var förtidspensionen, ålderspensionen och en rad andra pensionsförmåner delar i samma system. Systemet var uppbyggt kring en folkpension (inkl. ett grundskydd i form av pensionstillskott) och en allmän tilläggspension (ATP). Till systemet fanns ytterligare två delar kopplade; ett bostadstillägg (BTP inkl. särskilt bostadstillägg, SBTP) och ett särskilt grundavdrag (SGA). Samtliga dessa förmåner var i lika hög grad kopplade till förtidspension som till ålderspension och reglerna för beräkning av förmånernas storlek var i princip desamma. Sedan ålderspensionsreformen har emellertid ett avskiljande mellan de båda förmånerna eftersträvat. *I denna PM avses med förtidspension antingen systemet, dvs. med förmånerna sjukbidrag och förtidspension, eller endast förtidspension som förmån, då skild från sjukbidrag.*

1.3 Promemorians uppläggning

Syftet med utredningens uppdrag till Statskontoret och därmed för denna PM är som tidigare nämnts att belysa sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension. Belysningen görs genom att först sjukförsäkringens respektive förtidspensionens volymer kortfattat beskrivs. Därefter redovisas övergripande antalet övergångar mellan systemen samt vilka likheter och olikheter som de båda systemen har dels vad gäller regelverk och ur administrativ synvinkel, dels ur attityd- och värderingsperspektiv. En modell som tagits fram som kan användas för att bl.a. beskriva sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension presenteras sedan. Slutligen görs en koppling mellan några omvärldsfaktorer utveckling och utvecklingen inom sjukförsäkringen och förtidspensionen. Beskrivningen utgår delvis från den beskrivning som gavs i Statskontorets PM till Socialdepartementet 1999-12-29 *Framtidens långa sjukfrånvaro*.

Inom Statskontoret har arbetet med föreliggande PM utförts av Dan Ljungberg. Konsulten Harald Berg, Univeco AB, har också deltagit i arbetet.

2 Statistik

2.1 Sjukskrivning och förtidspensionering från 1960 till 1999

I december 1999 fanns närmare 425 000 personer med förtidspension eller sjukbidrag. Av dessa var ca 238 000 kvinnor och 186 000 män.¹ Det betyder att 7,6 procent av befolkningen i aktiv ålder av främst hälsoskäl helt eller delvis har lämnat arbetslivet i förtid.² Omräknat till heltidsfrånvaro uppgick antalet pensioner/bidrag vid den aktuella tidpunkten till drygt 371 000.³ Samtidigt pågick ca 228 000 ersättningsfall med sjukpenning eller rehabiliteringspenning varav ca 73 000 varat ett år eller längre.

Sett över en längre tidsperiod har antalet förtidspensionärer stadigt ökat. År 1960 var det 3 procent av befolkningen eller 145 000 personer i förvärvsaktiv ålder som var förtidspensionerade. Utvecklingen de senaste fyra decennierna framgår av tabell 1. (I de redovisade talen ingår ej de pensionärer som enbart uppbar ATP. Därav skillnaden jämfört med de ovan angivna totalsiffrorna.)

Tabell 1 Antalet förtidspensioner/sjukbidrag (tusental) från folkpensioneringen totalt, fördelat på män/kvinnor samt andel av befolkningen i åldersgruppen 16-64 år (I de siffror som anges inom parentes är pensionärer med enbart ATP inkluderade.)

År	Män	Kvinnor	Totalt	Andel kvinnor %	Andel av befolkn. 16-64 år %
1960	72	73	145	50,2	3,0
1965	81	80	161	49,8	3,2
1970	113	99	213	46,8	4,1
1975	158	139	297	46,9	5,8
1980	154	149	303	49,3	5,8
1985	160	163	323	50,4	6,1
1990	167	194	361	53,7	6,7
1995	185	223	409	54,6	7,4
1999	(186)	(238)	422	(56,1)	7,5

Källor: SOU 1997:166 Ohälsöförsäkringen (s. 127) och RFV

¹ RFV Statistikinformation Is-I 2000:003

² Varken förtidspension eller sjukbidrag innebär med säkerhet att möjligheten att återgå till arbetslivet helt är försvunnen, men i praktiken är det sällsynt med sådana återgångar.

³ Antalet ”hela” pensioner, dvs. två halva pensioner är en ”hel” osv.

I början av 1960-talet var antalet förtidspensioner och sjukbidrag jämnt fördelade mellan kvinnor och män. Under en följd av år därefter steg antalet både bland män och kvinnor. Sannolikt var det i huvudsak ATP-systemets införande som bidrog till denna ökning. Att ökningen från början var störst bland män kan i så fall förklaras av att det främst var de som gynnades av det införda regelsystemet (eftersom de i högre utsträckning hade förvärvsarbetat). Orsaken till den dämpade öknings-takten mellan 1975 och 1980 är att den allmänna pensionsåldern sänktes den 1 juli 1976 från 67 år till 65 år.

Sedan mitten av 1970-talet har ökningen i antal varit kraftigast för kvinnor och år 1995 var 54,6 procent av förtidspensionärerna kvinnor. En bidragande orsak till denna kraftiga ökning kan vara kvinnornas ökade förvärvsfrekvens särskilt under 1970- och 1980-talen.

De uppgifter som redovisas avser antalet personer som uppbär förtidspension eller sjukbidrag i någon omfattning. Framför allt på senare tid har det emellertid blivit allt vanligare att ersättning inte utges som hel förmån utan som kvarts, halv eller trekvarts pension. Förekomsten av sådana partiella förmåner skiljer sig mellan män och kvinnor.

I tabell 2 redovisas antalet pågående sjukfall mellan åren 1974 och 1999 samt antalet oavsett längd.

Tabell 2 Antal pågående sjukfall under år 1974-1999

År	Samtliga fall	Därav fall med längden (i dagar)				
		30-59	60-89	90-179	180-364	365 och fler
1974	262 000	43 900	22 200	33 400	29 000	22 100
1975	264 500	44 400	22 600	33 800	27 500	28 200
1976	306 900	41 200	21 700	32 900	27 600	27 300
1977	270 400	35 400	19 400	28 100	23 900	24 700
1978	235 900	31 000	17 200	25 200	23 100	22 400
1979	221 100	32 700	16 600	28 900	25 500	22 400
1980	175 800	25 000	12 900	20 400	18 400	19 100
1981	173 800	23 300	11 800	20 200	18 700	14 800
1982	228 600	28 800	17 500	24 600	25 300	16 600
1983	250 400	29 900	17 000	26 500	26 200	16 000
1984	219 900	29 300	18 000	30 000	24 400	25 000
1985	219 700	32 700	19 800	34 700	26 000	29 000
1986	241 700	35 100	19 500	35 500	28 800	34 700
1987	238 900	35 500	21 600	38 100	32 300	40 400
1988	329 000	34 500	21 300	38 100	34 800	48 800
1989	255 000	32 100	19 600	36 100	32 100	54 400
1990	240 200	29 000	19 300	34 800	30 800	55 400
1991	211 000	25 100	17 200	32 000	31 200	57 900
1992	205 800	26 500	15 400	33 400	34 000	70 600
1993	179 300	23 900	16 400	30 800	30 400	53 200
1994	173 100	24 100	17 400	30 100	31 400	46 600
1995	142 000	16 700	12 300	26 100	26 800	45 600
1996	135 200	17 900	12 200	26 300	23 800	42 600
1997	133 400	17 700	12 200	27 200	25 600	43 800
1998	175 700	21 100	15 800	32 800	34 500	54 300
1999	228 500	28 300	21 200	39 200	42 900	72 800

Källa: RFV

Antalet sjukfall varierar högst väsentligt över tid. Till exempel sjönk det totala antalet sjukfall från december 1976 till december 1981 med 133 100 fall eller 43 procent (7,5 procent per år). De därpå följande två åren ökade antalet fall med i genomsnitt 20 procent per år. Utvecklingen under 1990-talet har också den varit dramatisk. År 1992 (det första året med sjuklön) var antalet sjukfall över 200 000. Fyra år senare hade antalet minskat till 135 000. Sedan dess har antalet fall återigen ökat, hittills med ca 50 procent sedan år 1996 (år 1997 var sjuklöneperioden 28 dagar varför antalet fall detta år inte är fullt jämförbart med övriga år).

Antalet långa sjukfall uppvisar liksom totalantalet en stor variation över tid. Ser man till procentuella förändringar är ökningen som allra störst bland de allra längsta sjukfallen (över ett år). Från att ha legat på en nivå på knappt 30 000 sjukfall som varat mer än ett år så halverades antalet fall från mitten av 1970-talet till början av 1980-talet. Därefter inleddes en period av kraftig ökning av antalet långa sjukfall som höll i sig i elva år. Under denna period, från 1981 till 1992 nästan femdubbades antalet långa sjukfall. Som mest fanns det år 1992 sammanlagt drygt 70 000 sjukfall som varat mer än ett år. Sedan sjönk antalet till som lägst 43 000 fall år 1996. Därefter har ökningen varit kraftig och antalet sjukfall längre än ett år är nu fler än någonsin tidigare. Ökningen under 1999 med i genomsnitt ca 1 500 fler fall varje månad är den största någonsin. Av allt att döma kommer denna ökning av antalet långa sjukfall att ge upphov till en ökning av förtidspensioneringen inom kort.

2.2 Övergång från sjukpenning till sjukbidrag och förtidspension

Sedan mitten av 1990-talet tar RFV fram statistik om antalet övergångar mellan sjukförsäkring och förtidspension. Ur denna kan man utläsa att ca 80 procent av alla nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag de senaste åren är övergångar från sjukfall. Det har möjligen skett en svag minskning av denna andel de senaste åren. Det är vanligare bland kvinnor (85 %) än bland män (75 %). Den genomgående trenden är också att det är vanligare bland äldre än bland yngre men undantaget utgörs av personer över 60 år, där andelen är något längre än för de lite yngre (andelen bland de allra yngsta är 0 %, sedan ökar den kraftigt upp till ca 30 års ålder då den är ca 60 % för att sedan fortsätta öka successivt fram till 60 års ålder då andelen är drygt 90 % för att slutligen sjunka till under 80 %).

Övergångar till sjukbidrag och förtidspension är vanligast när sjukfallen är mellan ett och två år långa. År 1999 skedde 40 procent av övergångarna i så långa sjukfall. Cirka 20 procent av övergångarna var något kortare, mellan ett halvt och ett år, och lika många något längre, mellan två och tre år. Även om det från år 1997 skett en förskjutning mot något längre sjukfall vid övergångarna kan man knappast tala om en tydlig trend, särskilt inte som fördelningen år 1996 var mycket lik den år 1999.

3 Regelverket och administrationen

En viktig del av vad man kan kalla sambandet mellan sjukförsäkringen och förtidspensionen står att finna i regelverket som omgärdar de båda systemen. Båda ersättningsreglerna regleras i samma lag; lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Också administrationen av systemen är avgörande för sambandet dem emellan. Systemen administreras tillsammans med nästan alla andra socialförsäkringsförmåner av försäkringskassorna runt om i landet. Utgångspunkten för den följande redovisningen är att beskriva vilka likheter och olikheter sjukförsäkringen och förtidspensionen har ur olika aspekter. Först behandlas de regler som avgör rätten till ersättning, de s.k. kriteriereglerna, och tillämpningen av dessa regler, och därefter reglerna för beräkning av ersättnings storlek.

3.1 Kriterier för rätt till ersättning

3.1.1 Lik- och olikheter

Rätt till ersättning förutsätter sjukdom, tillstånd som innebär nedsatt arbetsförmåga som orsakats av sjukdom och som kvarstår efter det att sjukdomen upphört eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.⁴ Begreppen är delvis olika i de båda systemen men måste anses avse samma sak. Sjukdom eller liknande är dock inte tillräckligt utan den måste också ha förorsakat nedsättning av arbetsförmågan, och därmed personens förmåga att försörja sig. Om det finns särskilda skäl för det får vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning beaktas den försäkrades ålder samt den försäkrades bosättningsförhållanden, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter. I regeringens proposition *Kriterier för rätt till ersättning i form av sjukpenning och förtidspension* (prop. 1996/97:28) uttalar att den där föreslagna, och sedan införda, förändringen av kriteriereglerna skulle innebära att arbetsförmågebedömningen skulle vara densamma inom sjukförsäkringen och förtidspensioneringen i de fall då den försäkrade inte bedöms kunna återgå till sitt vanliga arbete.

Hårddraget kan sägas att det enligt regelverket således endast är en sak som skiljer mellan ett första beslut om rätten till sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension. Förtidspension utges om arbetsförmågan be-

⁴ Observera att frågan om sjukdom föreligger inte kontrolleras av de som ska betala ut ersättningen i normalfallet förrän en vecka gått i sjukfallet. Det ändrar emellertid inte det faktum att sjukdom eller liknande i princip är ett krav för rätt till ersättning.

döms vara nedsatt varaktigt. Om arbetsförmågan inte bedöms vara varaktigt nedsatt, men bedöms vara nedsatt för avsevärd tid, dvs. minst ett år, utges i stället sjukbidrag. Om inte arbetsförmågan bedöms vara nedsatt i minst ett år utges sjukpenning. Som en konsekvens av att prognosen skiljer sig avseende hur lång tid arbetsförmågan kommer att bestå är det naturligt att kraven på omställning, i vilken utsträckning den arbetsförmögne ska acceptera att byta arbete, flytta o.d., också skiljer sig.

Det finns emellertid några andra formella skillnader av mer eller mindre avgörande betydelse. Från år 1999 gäller att arbetsförmågan för rätt till hel förtidspension eller helt sjukbidrag inte behöver vara helt nedsatt utan endast i det närmaste helt. En annan skillnad är att arbetsförmågan vid prövning av rätt till förtidspension och sjukbidrag alltid görs i förhållande till heltidsarbete, medan prövningen görs i förhållande till den egna normalarbetstiden vid sjukpenning.

Den s.k. steg-för-steg-bedömningen innebär att möjligheten att komma ur ersättningen först ska prövas genom återgång i det gamla arbetet, först utan, annars efter (rehabiliterings-)åtgärd, därefter genom återgång till annat arbete hos den gamla arbetsgivaren, utan eller efter åtgärd, samt slutligen genom försörjning i sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. I den proposition (prop. 1996/97:28) där införande av steg-för-steg-modellen föreslogs, konstaterades att prövning av rätten till sjukbidrag och förtidspension görs efter att de första sex ovan beskrivna stegen gått igenom.

När en person väl uppbär ersättning skiljer sig kriterierna i lite större utsträckning vad gäller rätten att behålla ersättningen. Sjukpenning är en dag ersättning vilket i princip innebär att varje ny dag med ersättning ska prövas i förhållande till kraven för rätt till att börja uppbära ersättning. Sjukbidraget utbetalas månadsvis och beslutas i förväg under en viss bestämd tid. För att ersättningen ska sluta betalas ut krävs att arbetsförmågan förbättrats väsentligt. På motsvarande sätt ska arbetsförmågan ha förbättrats väsentligt för att en beviljad förtidspension ska kunna dras in. Dessutom gäller från i år nya regler om vilande förtidspension som medger rätt att behålla förtidspensions- eller sjukbidragsrätten även vid arbete i vissa fall.

Av intresse att beskriva rörande administrationen av sjukförsäkringen och förtidspensionen är utöver den rena beslutsprocessen också den rehabiliterande verksamheten. Formellt kan rehabiliteringsåtgärder pågå oavsett vilken ersättning som utges. I praktiken är det emellertid nästan enbart under tid då sjukförsäkringen betalar ersättning som aktiviteter pågår, åtminstone sådana som försäkringskassan har någon insyn i. I den s.k. steg-för-steg-modellen som beskrivits ovan ingår att ta

ställning till arbetsförmågenedsättningens varaktighet och möjlighet att häva tillståndet med hjälp av rehabiliteringsåtgärder. Frågan om behovet av rehabiliteringsåtgärder är således starkt förknippad med bestämmelserna om rätt till ersättning. Frågan om sjukbidrag eller förtidspension kan aktualiseras först efter att man övervägt och i vissa fall också prövat rehabiliterande åtgärder för återgång i det gamla arbetet, till annat arbete hos arbetsgivaren eller till annat vanligt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Beslut om sjukpenning tas av handläggare på försäkringskassan. Underlag för beslutet är främst läkarintyg och försäkran från den enskilde. Beslut om sjukbidrag eller förtidspension tas efter ansökan eller på kassans initiativ i socialförsäkringsnämnd efter förslag från föredragande tjänsteman. Som underlag för dessa beslut finns läkarutlåtanden och andra dokument som är väsentliga för beslutet. Av naturliga skäl är ett sjukbidrags- eller förtidspensionsbeslut formellt ”tyngre” och också betydligt mer administrativt kostsamt. Det är således kortsiktigt mindre tungt att förlänga ett sjukfall än att initiera en förtidspensionsprövning. I längden blir dock naturligtvis ett stort antal beslut om sjukpenningutbetalningar administrativt mer kostsamt än ett beslut om sjukbidrag eller förtidspension.

Sammantaget kan skillnaden mellan möjligheten att erhålla ersättning i form av sjukpenning jämfört med sjukbidrag och förtidspension således sägas röra inte i första hand det formella regelverket utan snarare hur det tillämpas.

Det är i försäkringskassans och statsmakternas ögon viktigt att ersättning betalas ut i tid så att den enskilde kan klara sin försörjning. I tider av nedskärningar av de administrativa resurserna som sammanfaller med ökade antal personer med nedsatt arbetsförmåga riskerar målet att betala ut sjukpenning snabbt och effektivt att tränga undan annan verksamhet hos försäkringskassan. Såväl rehabiliteringsarbetet som förberedandet av beslut om sjukbidrag och förtidspension kan få stryka på foten. Att i mindre utsträckning ägna sig åt rehabilitering och prövning om förtidspension innebär emellertid att ännu fler beslut om sjukpenningutbetalningar behöver tas, vilket kräver ännu mer resurser.

3.1.2 Tänkbara konsekvenser av lik- och olikheterna

Motiven för flera skilda ersättningar inom ramen för ett försäkringskydd vid nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl är goda och välkända. Bortsett från skilda ersättningsregler som vi återkommer till nedan, finns det skäl att ställa olika höga krav på de enskilda beroende på för hur lång tid ersättningen har respektive ska utges. Å ena sidan bör

tröskeln in i ett system som ger ersättning under lång tid vara hög och kraven på omställning för att undvika ersättningen omfattande. Å andra sidan bör tryggheten i försörjningen vid sjukfrånvaro som prognosticeras bli långvarig vara god. Med andra ord kan man säga att är det svårt att ta sig in i systemet bör det också vara svårt att ”åka” ut. Dessa inslag finns i det nuvarande regelverket och förstärks ytterligare av administrationen.

En annan fråga är om de olikheter som beskrivs ovan eller några andra olikheter mellan ersättningarna innebär att något av de grundläggande bedömningsgrunderna, sjukdom och arbetsförmåga, skiljer sig mellan sjukförsäkringen och förtidspensionen. Även om begreppet sjukdom förekommer i såväl de regler som beskriver rätten till sjukpenning som förtidspension så skiljer sig beskrivningen av vad vi kan kalla övriga medicinska tillstånd. I redovisningen ovan beskrevs hur de olika begreppen i och för sig har samma innebörd. Även om det finns stöd för en sådan tolkning, kan det hävdas att sjukdomsbegreppet är delvis olika. En sådan olikhet i sjukdomsbegreppet eller i arbetsförmågebegreppet skulle få eller har vissa konsekvenser för sambandet mellan de båda systemet. Inte enbart bedömningen av arbetsförmågenedsättningens varaktighet skulle ha betydelse för vilken ersättning som ska utges. Det skulle inte nödvändigtvis vara enbart negativt, men det förefaller lättare att utforma lämpliga regler, inte minst ersättningsregler om endast en faktor avgör vilken ersättning som ska utges.

Ur administrativ synvinkel finns två intressanta olikheter mellan sjukpenning och sjukbidrag eller förtidspension. Den ena är att sjukpenning beslutas av försäkringskassehandläggare, medan sjukbidrag och förtidspension beslutas av socialförsäkringsnämnd. Olika beslutsnivå kan innebära dels skilda bedömningar även avseende sådant som inte bör bedömas olika, dels att genomströmningstiden på en av nivåerna innebär en flaskhals i det totala systemet. De olika beslutsformererna kan också innebära avsevärt olika möjligheter att behålla likformigheten i försäkringen över landet. Inte minst kan socialförsäkringsnämndernas organisation, sammansättning och arbetssätt en källa till olikhet mellan beslut i olika delar av landet. Den andra olikheten är administrationskostnaden. Skillnaden innebär att ekonomiska incitament byggs in i administrationens prioritering mellan att hantera de olika delsystemen. Eftersom systemen innebär olika ekonomiska effekter för enskilda och staten kan sådana incitament få icke avsedda konsekvenser.

3.2 Ersättningsregler

3.2.1 Lik- och olikheter

De regler som bestämmer hur stor ersättning en individ är berättigad till i händelse av nedsatt arbetsförmåga bygger på delvis samma principer oavsett om arbetsförmågan är tillfälligt nedsatt eller om arbetsförmågan är nedsatt varaktigt eller för avsevärd tid. Den bakomliggande principen kan sammanfattas i uttrycket inkomstbortfallsprincipen. I princip ska försäkringen skydda mot det inkomstbortfall som man åsamkas om arbetsförmågan är nedsatt och försörjningsförmågan därmed är begränsad. I inkomstbortfallsprincipen ligger också att det i princip endast är i händelse av att den nedsatta arbetsförmågan leder till ett inkomstbortfall som ersättning ska utges.

Emellertid kan det finnas skäl att utge ersättning i långvariga fall även om det kan vara svårt att konstatera om den nedsatta arbetsförmågan faktiskt lett till ett inkomstbortfall. Skälet till detta kan sägas vara tvåfaldigt. För det första är det önskvärt att alla personer vars arbetsförmåga kan konstateras vara nedsatt ska få sin försörjning tryggad på en viss rimlig nivå, även om tidigare inkomster är låga eller helt saknas. För det andra kan ett grundskydd sägas vara en del av inkomstbortfallsskyddet. Att på kort sikt påstå att en nedsatt arbetsförmåga hos en person som inte har någon inkomst innebär ett inkomstbortfall är inte rimligt. Om arbetsförmågan emellertid är långvarigt nedsatt för en person som saknar inkomst, antingen för att han eller hon inte hunnit in på arbetsmarknaden, eller under en tid varit ifrån arbetsmarknaden, kan det hävdas att arbetsförmågenedsättningen faktiskt leder till ett bortfall av inkomster som personen annars kunde ha haft. Det tydligaste exemplet är kanske den unga personen som aldrig hunnit in på arbetsmarknaden och som drabbas av ett funktionshinder som permanent förhindrar personen från att arbeta. I ett sådant fall är det naturligt att utge ersättning eftersom det normala hade varit att personen hade börjat arbeta om arbetsförmåga hade funnits. Det innebär emellertid stora svårigheter att fastställa inkomstbortfalllets storlek i sådana fall.

Även om således den grundläggande principen för ersättningsreglerna är gemensam för sjukförsäkringen och förtidspensionen är den närmare utformningen olika. I sjukförsäkringen utges sjukpenning och rehabiliteringspenning som en viss andel (f.n. 80 %) av den inkomst som skulle ha betalats i lön (sjukpenninggrundande inkomst, SGI) om inte arbetsförmågan varit nedsatt. Grundregeln är således att ersättningen utges på grundval av individens framtida inkomst. En sådan beräkningsgrund förutsätter normalt att den enskilde har en anställning

med viss varaktighet. Omfattande alternativa beräkningsregler innebär emellertid att det är sällsynt att en person som har eller har haft någon anknytning till arbetslivet saknar sjukpenninggrundande inkomst.

Det nuvarande förtidspensionssystemet är en del av det s.k. ATP-systemet. Reglerna för beräkning av ersättning i form av förtidspension eller sjukbidrag är därför de samma som för ålderspension enligt ATP-systemets regler. I princip vrider man vid beviljandet fram tiden och räknar ut vilken pension personen skulle få när han fyller 65 år. Beräkningen går till så att genomsnittet av de femton bästa pensionspoängen som individen tillgodoräknat sig bestämmer storleken på personens ATP. Eftersom den blivande förtidspensionären eller sjukbidragstagararen ännu inte hunnit bli 65 år beräknas en s.k. antagandeinkomst, dvs. det görs ett antagande om vilken inkomst individen skulle ha haft om denne fortsatt arbeta alla år som återstår fram till 65-årsdagen. Den ersättning som betalas ut består till att börja med av folkpension, som kan sägas ersätta det första basbeloppets inkomster med 90 procent för ogifta och 72,5 procent för gifta. Den genomsnittliga ATP-poängen (i princip taxerad inkomst minus ett basbelopp) som beskrevs ovan utgör grunden för individens ATP. Upp till 6,5 ATP-poäng, dvs. 7,5 basbelopp i genomsnittlig inkomst, utges 60 procent i ersättning. För den som har låg ATP eller helt saknar sådan pensionsrätt utges ett pensionstillskott som tillsammans med eventuell ATP alltid garanterar en pension utöver folkpensionen på minst 112,9 procent av basbeloppet. En viktig skillnad som gäller förtidspension och sjukbidrag jämfört med sjukpenning är vidare att särskilda skatteregler gäller. Dessa kan förenklat sägas innebära att personer med låg eller ingen ATP har ett betydligt större grundavdrag än vad som gäller vid lön eller sjukpenning och som därmed innebär väsentligt lägre skatt.

Förtidspensionssystemet håller på att reformeras. Det är ännu för tidigt att närmare beskriva hur det nya systemet kommer att se ut. Enligt den principproposition (Reformerad förtidspension, m.m., prop. 1997/98:111) som anger riktlinjer för reformen kommer dock de nya ersättningsreglerna att innebära att ersättningen ska grundas på en historisk inkomst, som dock beräknas på färre år än i det nuvarande systemet.⁵ Avsikten är också att det nya systemet kommer att sakna sär-

⁵ I det nuvarande systemet beräknas en antagandeinkomst som används i stället för faktiska inkomster för alla år fram till 65 års ålder vid beräkning av sjukbidrag och förtidspension. Antagandeinkomsten beräknas enligt grundregeln om genomsnittet av de två bästa inkomståren av de senaste fyra åren. I vissa fall är antagandeinkomståren helt dominerande i underlaget för ersättningen. Jämfört med dessa fall kommer inte det nya systemet innebära att färre inkomstår ligger till grund för ersättningen.

skilda skatteregler, vilket bl.a. innebär att bruttonivåerna i grundskyddet i stället kommer att vara högre.

Minst lika viktigt som att beakta skillnader i ersättning vid sjukpenning respektive förtidspension är vilka andra ersättningar som en individ kan få parallellt med de olika ersättningarna. Här skiljer ersättningarna sig åt på många punkter. För det första kan en person med förtidspension eller sjukbidrag komma i åtnjutande av ett bostadstillägg som tillsammans med pensionstillskottet utgör ett slags grundskydd för individen. Bostadstillägget är utformat som ett bidrag som ska garantera att alla pensionärer har råd med en tillräcklig bostadsstandard, medan det s.k. särskilda bostadstillägget i princip innebär en lägsta garanterad disponibel inkomst. För många personer med låga inkomster och därmed låg inkomstrelaterad ersättning utgör bostadstillägget en betydande del av inkomsten.

Även om det offentliga systemet utgör den huvudsakliga försörjningen för en absolut majoritet av alla som drabbas av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är i vissa fall också andra kompletterande ersättningar av stor betydelse. I princip alla anställda omfattas av kollektivavtal som ger ett kompletterande försäkringsskydd vid nedsatt arbetsförmåga. I samband med utbetalning av sjukbidrag och förtidspension innebär avtalsförsäkringarna att pensionen späs på med knappt 15 procent för inkomster upp till inkomsttaket, 7,5 basbelopp, i det offentliga systemet. För tjänstemän i såväl privat som offentlig sektor ges också ersättning för inkomster över taket. Den närmare utformningen varierar, men i princip kan man säga att avtalsförsäkringarna kompenserar inkomster över taket ungefär på samma sätt som det offentliga gör upp till taket. Det finns på motsvarande sätt kompletterande kollektivavtalade lösningar även i samband med sjukpenningutbetalningar. Sedan en tid råder det stor oreda på detta område. I princip gäller för alla att kollektivavtalen kompletterar den offentliga ersättningen med 10 procent av inkomsten mellan dag 15 och dag 90 i ett ersättningsfall. På vissa avtalsområden ges motsvarande kompensation ända fram till ersättningsfallets 365:e dag.

Utöver kollektivavtalade ersättningar finns det en flora av försäkringsformer som kan ge ytterligare försäkringsskydd. Nära de kollektivavtalade förmånerna finns s.k. gruppförsäkringar som kan omfatta många personer hos en arbetsgivare. På andra änden av en skala finns olika individuella och helt privata sjukförsäkringar som kan ge ersättning, för inkomstbortfall eller på annat sätt. Omfattningen på i viss mån de kollektivavtalade men främst de privata individuella förmånerna är relativt okänd.

3.2.2 Tänkbara konsekvenser av lik- och olikheterna

Att ha identiska ersättningsregler vid kortvarig och långvarig sjukfrånvaro skulle innebära att det inte fanns några ekonomiska incitament inbyggda i systemet som skulle ge enskilda drivkraft att sträva efter den ena eller den andra ersättningen. Valet av ersättning skulle kunna ske enbart på andra grunder. Detta skulle i vissa avseenden kunna vara eftersträvansvärt. Det finns emellertid en rad argument för åtskillnad i ersättningsreglerna.

Om förlusten av förvärvsförmåga är tillfällig är det rimligt att ersättningen så långt som möjligt ansluter till den inkomst individen annars skulle ha. På så sätt behöver den enskilde inte göra några förändringar i sitt liv endast på grund av temporär ohälsa. Att ersättningen ska ansluta till inkomsten betyder dels att självriskerna inte bör vara alltför höga, dels att inkomstunderlaget bör vara fastställt med utgångspunkt i den inkomst som faktiskt går förlorad.

Om förlusten av arbets- och förvärvsförmågan är mer långvarig eller rent av permanent är det inte minst ur statsfinansiell synvinkel rimligt att självriskerna är något högre och kraven större på att den enskilde accepterar viss omställning i livet. Om man ska hävda inkomstbortfallsprincipen fullt ut skulle emellertid detta vara den enda skillnaden. Problemet med att använda framtida inkomst som underlag för ersättningen är att den endast är en prognos framtagen på en ögonblicksbild av inkomstsituationen. Prognoser kan vara både för höga och för låga, och en sådan som underlag innebär således att den enskilde och staten tar en stor risk. Ersättningen kan av rena tillfälligheter bli väldigt låg eller väldigt hög. Det kan därför vara rimligt att som komplement till (inte i stället för) inkomstbortfallsprincipen använda en annan princip nämligen standardtrygghetsprincipen. Med den principen menas att det är den standard som en individ uppnått i livet som bör kunna bibehållas (bortsett från effekterna av en självrisk). Ett bra mått på uppnådd standard är historiska inkomster. För att de historiska inkomsterna ska kunna påstås visa uppnådd standard är det vidare rimligt att det är inkomsterna över åtminstone några år som används.

Sammantaget talar antagligen det mesta för olika ersättningsnivåer och olika ersättningsregler i sjukförsäkringen och förtidspensionen. De stora olikheter som föreligger i dag vad gäller beräkningen av de offentliga ersättningarna är emellertid inte lyckliga. Även om det är sällsynt kan det förekomma att en individs inkomstmönster leder till en högre förtidspension än sjukpenning även utan att grundskyddet är aktuellt. Om man därtill lägger effekterna av BTP, SBTP och SGA är det ytterligare några som får en bättre förtidspension än sjukpenning, på i vissa fall konstiga eller rent av oförklarliga grunder. Därtill kom-

mer avtalsförsäkringar som ger ersättning i varierande och svåröverskådlig grad. Sannolikt innebär dessa avtal att ytterligare ett antal personer får ett bättre ekonomiskt utfall vid förtidspension än vid sjukpenning. Även om slutligen de privata försäkringarna inte ofta är knutna på samma sätt till vilken ersättningsform individen erhåller från det offentliga bidrar de i alla fall till att göra bilden näst intill överskådlig vad gäller vilken ekonomisk ersättning som gäller för den enskilde i händelse av arbetsförmåga.

4 Attityder och värderingar

4.1 Lik- och olikheter

Det finns sannolikt inte många personer i detta land som inte har en rad uppfattningar om våra välfärdssystem och om huruvida de sköts effektivt utan att folk missbrukar dem och om de är värda de avgifter och skatter som man betalar för dem. Det allmänna stödet för sjukförsäkring och pensionssystem är starkt att döma av resultat från olika attitydundersökningar som genomförts.⁶ I dessa undersökningar har det också visat sig att allmänhetens misstro mot systemen, i den meningen att man tror att de är vanligt att de missbrukas, kraftigt har minskat under 1990-talet. Vad gäller denna allmänna inställning till vilja att betala till systemen och dylikt finns det inga skäl att tro att det finns allt för stora skillnader mellan sjukförsäkring och förtidspension. I den mån det trots allt kan finnas några skillnader är väl avsikten med att sammanföra dem, bl.a. genom en gemensam avgift, att de ska uppfattas som två delar av samma försäkring.

De värderingar som är viktigare att diskutera i det här sammanhanget är de som potentiella förtidspensionärer, sjukbidragstagare och sjukpenningmottagare själva har och de värderingar som de upplever finns i deras omedelbara närhet. Vad finns det för positiva och negativa aspekter på att ha sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension? Allmänt sett ligger det högre status i att arbeta, än att vara sjukfrånvarande. Emellertid är det rimligt att tro att om skälet till att man inte arbetar är att man inte kan p.g.a. av sjukdom så går inte så mycket av statusen förlorad. Det är högst sannolikt betydligt värre i de flestas ögon att inte arbeta för att man inte vill, och troligen också värre att inte kunna få ett arbete trots att man vill och kan arbeta. I mångt och mycket är den typ av värderingar som det här talas om ungefär desamma oavsett vilken ersättningsform som avses. När det gäller skillnaden mellan de olika ersättningsformerna rör sig troligen dessa på en annan skala. Här handlar det mer om skillnaden i varaktighet och stabilitet och trygghet. För vissa är en så varaktig ersättning som möjligt att föredra, dels eftersom det skapar en trygg försörjning, dels kanske för att en sådan ersättning tyder på att de medicinska tillståndet är allvarligt. För andra är en så temporär ersättning som möjligt att föredra eftersom det då ger intryck av att endast vara ett tillfälligt tillstånd som snart går över.

En annan viktig aspekt att ta upp vad gäller värderingar av betydelse för sjukförsäkring och förtidspension är inställningen till arbete när

⁶ Se kapitel 34 i SCB (1997), Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995, Rapport nr 92 i serien Levnadsförhållanden, SOS

hälsan inte är fullgod. Den långsiktiga utvecklingen av folkhälsan är positiv. Även om 1990-talet inneburit en negativa utveckling vad gäller många förklaringsfaktorer till folkhälsan, som också fått betydelse för den självupplevda hälsan i vissa – främst psykosociala – avseenden, kan ännu inte något trendbrott observeras vad gäller utvecklingen mätt i termer av dödlighet, medellivslängd o.d. Även om den självupplevda hälsan i befolkningen som helhet har förbättrats gäller det inte alla i befolkningen. Utvecklingen är t.ex. inte lika positiv bland de yngre i befolkningen. Trots detta är det troligen mer avgörande hur inställningen till arbete vid högre ålder utvecklas. Helt naturligt är det i dessa åldrar som en större del av befolkningen upplever sin hälsa som annat än fullgod. Tillsammans med ökade krav i arbetslivet kan detta innebära att efterfrågan på ersättning ökar.

Det är bl.a. i detta sammanhang värt att intressera sig för alternativa ersättningar till sjukförsäkring och förtidspension. Dessa är av betydelse för de berörda ersättningarna av två, delvis motsatta, skäl. Om en person lämnar arbetskraften i förtid innebär det dels att risken att individen senare kommer att efterfråga ersättning minskar, dels att individen i mindre utsträckning bidrar till finansieringen. Ett omfattande användande av t.ex. privata pensionsförsäkringar för förtida utträde ur arbetskraften får också konsekvenser för samhällets inställning till arbete vid högre ålder, vilket indirekt kan påverka efterfrågan också på sjukförsäkring och förtidspension. Om det, oavsett orsak, etableras ett mönster där det är allt mer sällsynt att en individ arbetar ända fram till sin ålderspension kommer troligen alla system som kan ge ersättning dessförinnan att få vara med och betala.

4.2 Tänkbara konsekvenser av lik- och olikheterna

Det vore på sikt mycket allvarligt om attityden är negativ till sjukförsäkringen och förtidspensionen, i termer av huruvida den är värd sin kostnad och om den överutnyttjas. Attityderna i dag är på intet sätt alarmerande och dessutom på väg i rätt riktning.

Inställningen till att uppbära ersättning från den potentiella ersättningsmottagaren är troligen densamma till sjukförsäkringen som till förtidspensionen i vissa avseenden. Samtidigt finns det sannolikt en hel del olikheter. I synnerhet för en yngre person och för en person som tycker att arbete är livet kan förtidspension upplevas som en dom. I någon mening är det bra att inställningen till de olika systemen delvis skiljer sig åt eftersom de kan bidra till individens motivation att återfå

arbetsförmågan. Likheterna kan förstärkas ytterligare av att de blir en del av samma system. Detta behöver således inte enbart vara av godo.

I samband med diskussionerna om inställningen till arbete vid hög ålder och ohälsa är det viktigt att hantera en annan grupps inställning, nämligen arbetsgivarnas. Arbetsgivarna är troligen den grupp vars attityder är mest avgörande för i vilken mån det kommer att finnas arbete för framtidens 60+. Om inte värdet av denna grupps arbetskapacitet uppskattas av arbetsgivarna kommer svårigheten att behålla den på arbetsmarknaden vara stor, och därmed per definition också försörjningsbördan att bli ohanterlig och troligen också den samlade arbetskraften att bli för liten vilket får allvarliga konsekvenser för samhälls-ekonomi.

5 Samband i ett flödesperspektiv

De ovanstående avsnitten med beskrivningar av sambanden mellan sjukförsäkring och förtidspension representerar traditionella sätt att analysera likheter och olikheter mellan de två systemen. I detta avsnitt anläggs ett annorlunda perspektiv. Här analyseras sambanden mellan systemen utifrån hur människor flödar (=kategoriseras om, förflyttar sig) mellan olika delar inom systemen - och även utanför systemen.

5.1 Flödesmodell

Som metodmässig hjälp i analysen av sambanden mellan systemen används en flödesmodell. Den modellen är beskriven i bilaga 2.

Flödesmodellen beskriver hur befolkningen förflyttar sig mellan tio olika kategorier. Dessa kategorier kallas i modellen för kolumner. Tre av dessa kolumner representerar personer som finns i systemet som ersättningsmottagare. Sju kolumner omfattar personer som står utanför systemet i den mening att de inte tar emot sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension.

Flödena (under någon tidsperiod) mellan dessa tio kolumner är i de flesta fall dåligt kända. Modellen har använts som hjälpmedel för intervjuer med experter för att diskutera möjliga samband. Modellen används här för att på ett systematiskt sätt beskriva olika samband.

5.1.1 Analysmodellens struktur: Fysiska flöden som har finansiella effekter

Modellen skiljer på fysiska flöden (som är fundamentet) och finansiella flöden (som blir effekten). Med fysiska flöden menas personer som växlar mellan olika kategorier (i förhållande till försäkringssystemet). Försäkringens kostnader och intäkter ses som den finansiella påverkan eller effekt på systemet som dessa personer genererar beroende på i vilken kategori de befinner sig.

Följande grundtanke ligger bakom den uppläggningsen: För att förstå hur man ska påverka de finansiella flödena är det effektivt att först förstå hur flödena av personer mellan olika kategorier kan påverkas.

5.1.2 Modellen består av nio tablåer

En enkel modell för flödet av personer visas i **Tablå 1 i bilaga 2**.⁷ I tablåen illustreras olika flöden med hjälp av pilar från en av de kolumner som redovisas överst på sidan till en annan. Sammanlagt har 46 sådana flöden identifierats som potentiellt relevanta för att diskutera den aktuella frågeställningen. Av dessa flöden har 21 bedömts ha högre vikt och därför legat i fokus för beskrivningen. Det fysiska flödet av personer har grupperats med hänsyn till vilka de finansiella effekterna är för systemet.

Faktorer som påverkar detta flöde av personer visas i **Tablå 2, 3 och 4**. Tablå 2 förtecknar arbets- och ohälsorelaterade faktorer, som påverkar de fysiska flödena. Tablå 3 visar påverkande faktorer inom den administrativa tillämpningen av regelverkets kriterieregler. Tablå 4 visar faktorer som påverkar den individrelaterade reservationslönen, som ofta i hög grad väntas styra de fysiska flödena. Individens *reservationslön* inkluderar, till skillnad från t.ex. *ersättningsnivå*, de icke ekonomiska incitamenten⁸. Reservationslönen kan tänkas vara olika stor för sjukpenningtagare, för sjukbidragstagare och för förtidspensionärer. Därför borde det bli tre olika tablåer med var sin uppsättning faktorer. Många av dessa är dock gemensamma som faktor, men olika i styrka. Därför är de sammanfattade i en tablå 4.

Denna individuella reservationslön påverkas i hög grad av kompletterande och alternativa ersättningsystem. En översikt av sådana alternativ och komplement ges i **Tablå 5**. Innehållet i den tablåen har betydelse för såväl faktorer, som enligt Tablå 4 påverkar de fysiska flödena i Tablå 1, som faktorer, som enligt Tablå 7 påverkar systemets kostnader och intäkter enligt **Tablå 6**.

Det är viktigt att poängtera att vi här talar om faktorer som har inverkan på en valsituation som endast uppstår i vissa speciella fall. Även om det omedelbara valet mellan lön och ersättning från försäkringen endast i liten utsträckning påverkas av storleken på ersättningen o.d. kan olika ekonomiska incitament ha indirekt betydelse för en serie

⁷ De hänvisningar som fortsättningsvis görs till olika tablåer åsyftar de som återfinns i bilaga 2.

⁸ Begreppet reservationslön används i det följande för att illustrera hur den enskilde individen kan ställa upp vissa villkor i termer av ekonomisk ersättning, fritidskonsumtion, krav på deltagande i olika aktiviteter o.d. för att vara villig att byta sin nuvarande situation till en annan (t.ex. för att börja arbeta i stället för att vara sjukskriven). När det talas om en individs reservationslön menas egentligen flera olika, nämligen en för varje potentiellt val individen har att byta status från den nuvarande till någon annan status som är möjlig för henne eller honom att uppnå.

av valsituationer som kan uppstå som på viss sikt kan påverka risken för att en person kommer att uppbära ersättning.

Utöver vad som i Tablå 3 redovisas ha betydelse för de formella besluten i socialförsäkringsadministrationen så kan även faktorer som läkarnas praxis och andra sjukvårdssystemrelaterade faktorer ha betydelse. Dessa faktorer redovisas i **Tablå 8**. Dessa faktorer påverkar också utfallet av hälsofrämjande skeenden och därmed också styrkan i de faktorer som ingår i Tablå 2.

En översikt av sambanden mellan ovanstående åtta tablåer visas i **Tablå 9**. Där visas dessutom hur dessa tablåer hänger samman med ett möjligt input till och output från modellen.

5.2 En kategorisering av befolkningen i tio grupper

En grov kategorisering av den folkbokförda befolkningen kan möjligen göras enligt följande:

Under 19 år	Mellan 19 och 65 år								Över 65 år
	Har arbetsförmåga och arbetar (vitt)		Har ej arbetsförmåga p.g.a. sjukdom och har				Har arbetsförmåga men arbetar ej (vitt) p.g.a.		
	och vill det	men vill inte (fast måste)	sjuklön (eller ingen ersättning)	sjukpenning	sjukbidrag	förtidspension	ovilja (mht bl.a.) lönsamhet	arbetsmarknad	
	Ger finansiellt inflöde		Ger finansiellt utflöde			Påverkar ej finanserna			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Det finns naturligtvis en rad problem med att kategorisera befolkningen på detta sätt som bl.a. har att göra med gränsdragningarna mellan de tio kategorierna. Här kommenteras några av dessa problem:

19-årsgränsen i kolumn 1 = Gränsen in i systemet

Gränsen mellan kolumn 1 och summan av kolumnerna 2 tom 9 är något flytande. De flesta personer som kan komma ifråga för sjuklön och sjukpenning torde visserligen vara över 19 år. Men det kan förekomma att personer *över 16 år* (i yttersta undantagsfall ännu yngre) arbetar i sådan omfattning att de vid sjukdom kommer in i systemet. Det förekommer också att personer *över 16 år* (då oftast med medfödda, eller tidigt förvärvade, grava fysiska eller psykiska handikapp) kan gå direkt till förtidspension eller till sjukbidrag, utan att ha passerat sjukpenning.

Gränsen mellan kolumn 2 och 3

Systemet med sjukförsäkring, förtidspension och andra ersättningar för inkomstbortfall när förmågan att förvärvsarbeta är begränsad uppfattas av många snarare som ett välfärdsprojekt än ett självfinansierat försäkringssystem. Gränserna mellan nämnda system, arbetslöshetsförsäringen, arbetsmarknadspolitiska åtgärder och kommunal socialhjälp kan intuitivt ha blandats samman i mångas medvetande. Mot denna bakgrund är det av intresse att söka fokusera intresset till bl.a. gränsen mellan kolumnerna 2 och 3. En rimlig hypotes är att det är främst ur kolumn 3 som den påverkbara rekryteringen till olika trygghetssystem sker. Det finns emellertid två viktiga kommentarer till den hypotesen:

- Den hypotesen kan vara fel: Kanske grundläggs rekryteringen i större utsträckning snarare i kolumn 1 genom de attityder till arbetslinjen som medborgaren har vid sitt inträde på arbetsmarknaden. Kanske kan i så fall slutsatsen om möjligheter till åtgärder dras, att bättre än att stämna i bäcken är att stämna redan vid källan – och sämst att stämna i ån.
- Om hypotesen är korrekt räddas systemets finanser eventuellt bäst genom att man försöker se till att personerna inte går från kolumn 2 till kolumn 3. Det skulle i så fall vara fruktbart att fokusera en debatt till dessa kolumngränser trots att de naturligen är mycket diffusa och knappast i första hand kan eller bör påverkas av socialförsäkringsadministrationen.

Gränsen mellan å ena sidan kolumn 2+3 och å andra sidan kolumn 8+9

Många personer finns i flera av dessa fyra kolumner mer eller mindre samtidigt. De arbetar såväl vitt som svart. De arbetar (i kol 3) men kan inte få sitt ideala jobb (dvs. kol 9) som skulle göra dem engagerade i arbetet – och därmed med stor sannolikhet minska deras sjukvårdsbelastning osv.

Gränsen mellan kolumn 8 och kolumn 9

Kolumn 8 innefattar de som tillfälligt står utanför arbetskraften, t.ex. för att de studerar eller är barnlediga. Kolumnen innefattar även övriga som inte lönearbetar, men inte heller har sin försörjning från samhället. Kolumn 9 innefattar personer som vill och kan arbeta om bara ett lämpligt arbete fanns. Kolumnen innehåller även de som definieras som

arbetslösa men som i praktiken inte står till arbetsmarknadens förfogande. Gränsdragningen mellan de båda kolumnerna är svår av flera skäl. Det finns bl.a. personer i kolumn 8 som förefaller ovilliga att arbeta, men där oviljan endast är ett resultat av rådande arbetsmarknad eller individuella förhållanden som under rådande omständigheter inte gör det möjligt att arbeta (men som inte är tillräckliga för att få del av socialförsäkringen). Det finns i kolumn 9 personer som är arbetslösa, står till arbetsmarknadens förfogande, söker arbete i den utsträckning som krävs för rätt till ersättning från a-kassa eller socialtjänsten men som inte vill arbeta (och därför undviker det).

Två svagheter rörande personer som är osynliga i statistiken

Sjukförsäkringen och förtidspensionen är på sätt och vis konstruerad med två enkla tankar som grund:

- antingen är man frisk och då arbetar man (om man är under 65 år)
- eller också är man sjuk och då ska man få dels vård och dels ersättning för sitt inkomstbortfall.

I praktiken är det sannolikt väldigt många medborgare, som inte passar in i så svart-vita och enkla kategoriseringar. Det medför bl.a. följande två svagheter:

Var finns personer med arbetsförmåga av andra skäl än sjukdom?

Befolkningen mellan 19 och 65 år påstås finnas i kolumnerna 2 tom 9. Samtidigt har de utan arbetsförmåga begränsats till sådana med orsaken "sjukdom" eller "ohälsa". Sannolikt är försäkringen utformad så att arbetsförmågebegreppets teoretiska och praktiska definition är ett av de fundamentala problemen i försäkringen.

Hur många och vilka finns i kolumn 4?

Det kan finnas många personer mellan 19 och 65 år som vid sjukdom inte har någon sjuklön eller någon annan ersättning alls. Studerande kan vara vanliga exempel på detta. Det är dåligt med statistik över sjuklöner. Det torde vara ännu sämre med statistik över när personer som inte kan få sjuklön är sjuka. Denna svaghet torde emellertid ha mycket svag koppling till utredningens huvudproblem: sambandet mellan sjukförsäkring och förtidspension.

Hur hanteras sjuknärvarande personer?

Det påstås ibland, att personer är i arbete, trots att de borde vara hemma pga. sjukdom. De arbetar kanske för att de känner sig outhärliga på jobbet, eller för att de inte har råd att mista en karensdags inkomst. I den här promemorian anses de ha arbetsförmåga, eftersom de uppenbarligen arbetar trots sin sjukdom. De finns således i kolumn 2 eller 3.

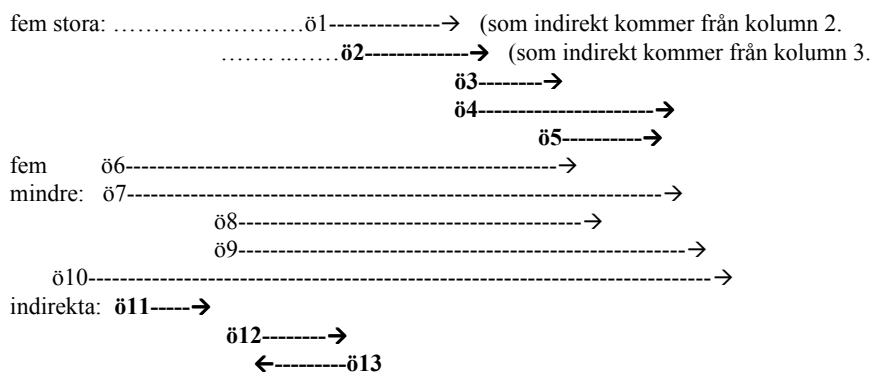
Kolumn 5 innehåller personer med och utan rehabilitering

Sannolikheten att en person i kolumn 5 ska hamna i kolumn 6 eller 7 beror för många sjukpenningtagare bl.a. på i vad mån man lyckats åstadkomma ett bra rehabiliteringsprogram eller ej. Ett bra sådant program ökar sannolikheten för återgång till arbete och minskar risken för överförande till förtidspension. Det är en svaghet att kolumn 5 inte skiljer ut dessa förhållanden. Kolumn 5 skulle behöva delas upp. Bedömningen är emellertid att modellen (presentationstekniskt sett) skulle bli för tung med fler än 10 kolumner.

5.3 Kostnadsökande flöden

Följande flöden, hämtade från Tablå 1, representerar sådan överflyttningar av individer mellan olika kategorier, eller kolumner, som får effekt i form av ökade kostnader för statens sjukförsäkring och förtidspension.

Under 19 år	Mellan 19 och 65 år								Över 65 år
	Har arbetsförmåga och arbetar (vitt)		Har ej arbetsförmåga p.g.a. sjukdom och har				Har arbetsförmåga men arbetar ej (vitt) p.g.a.		
	och vill det	men vill inte (fast måste)	sjuklön (eller ingen ersättning)	sjuk- penning	sjuk- bidrag	förtids- pension	ovilja (mht bl.a.) lönsamhet	arbets- marknad	
	Ger finansiellt inflöde			Ger finansiellt utflöde			Påverkar ej finanserna		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Flödena ö1 och ö2 representerar det traditionella inflödet till systemet. Skillnaden mellan flödena ö1 och ö2 är att det förstnämnda är mindre påverkbart, i den meningen att det oftast rör sig om uteslutande medicinska orsaker. Det är också enligt vår mening personer som kommer in i systemet via ö2 som sedan går vidare i karriären genom ö3-ö5.

Flödet ö1 påverkas i första hand av *arbets- och hälsorelaterade faktorer* (tablå 2). Flödet kan minskas exempelvis genom att förlänga sjuklöneperioden, arbetsmiljöarbete samt genom allmänna folkhälsohöjande åtgärder.

Flödet ö2 påverkas i stor utsträckning av *regelverket och dess tillämpning* (tablå 3) samt av *reservationslönens storlek* (tablå 4). Det är i mångt och mycket p.g.a. detta flöde som behovet av inslag av självrisk och kontroll finns. Flödet kan därutöver minskas genom ett batteri av åtgärder, som alla är svårnådda (= politiskt och administrativt invecklade och svårhanterliga). Som exempel kan nämnas förebyggande åtgärder riktade mot arbetsplatser eller andra mer allmänna preventiva insatser. I mångt och mycket hänger dock frågan i första hand ihop med hur individerna hamnat i kolumn 3, dvs. ö11. Det är dock inte säkert att flödet ö2 minskas bäst på detta sätt. Man kan tänka sig, att det viktigaste är en allmän attitydpåverkan redan för personer i kolumn 1. De attityder till arbetslivet man har när man först kommer in på arbetsmarknaden ses därvid som grundläggande. De grundläggs sannolikt

främst av föräldrarna, av syskon och kamrater, av skolan och av mass-media.

Flödena **ö3**, **ö4** och **ö5** är kärnan i den frågeställning som utredningen lämnat oss i uppdrag att belysa. Storleken på dessa flöden påverkas av den administrativa tillämpningen av kriteriereglerna (se ovan samt Tablå 3) och sjukvårdens och rehabiliteringens administration och effektivitet (Tablå 8). Naturligtvis påverkar även sådana faktorer som har betydelse för inflödet till systemen (se t.ex. Tablå 2) och inte minst hela spektrat av incitament (Tablå 4).

Flödet **ö6** och **ö7** torde kunna omfatta personer med lång historia i sjukvårdssystemet eller med akut uppkomna allvarliga hälsoproblem. Det är svårt att se hur dessa flöden kan minskas genom åtgärder från den offentliga sektorns sida.

Flödena **ö8** och **ö9** torde också främst omfatta personer med lång historia i sjukvårdssystemet eller i andra ersättningssystem. De kan ha varit sjuka under långa perioder eller haft annan ersättning och de kan återkomma in som kostnader för försäkringen genom beslut efter en kortare tids arbete. Dessa flöden kan i någon mån minskas genom samma metoder som flödet **ö2**.

Flödet **ö10** torde omfatta främst personer med grava medfödda (eller tidigt förvärvade) fysiska eller psykiska handikapp. Flödet kan minskas genom ny teknik, som underlättar för handikappade att arbeta och genom ökat utbud av arbeten från t.ex. Samhalls sida. Flödet kan knappast minskas genom försäkringsrelaterade åtgärder (utöver ändrade regler eller praxis). Flödet **ö10** är relativt litet i antal människor räknat, men är långsiktigt mycket kostsamt. Det är möjligtvis mer konstruktivt att inte fokusera på **ö10**, utan snarare på **ö2** & **ö11**.

Flödet **ö11** kan vara det mest väsentliga att söka hålla under kontroll, om man vill värna om minskade kostnader och ökade intäkter till systemet. Det är inte lätt för staten att påverka arbetsförhållandena, så att fler trivs med sina jobb. Går det att identifiera var på arbetsmarknaden kolumn 3 finns? Eller hos vilken del av den arbetande befolkningen? Sannolikt handlar det i första hand om fel person på ett jobb, eller fel jobb, dvs. är det kombinationen arbete–anställd som är problemet, snarare än att det finns arbeten som alla skulle uppleva som ”dåliga” jobb. Vilken försämrande inverkan har det att personer stannar för länge i jobb de inte trivs med – och att de därmed blir sjuka i ökad omfattning? I egentlig mening är flödet **ö11** inte ett samband mellan sjukförsäkring och förtidspension? Vår bedömning är emellertid att mycket av grunden för nämnda samband läggs redan i detta flöde.

Flödet **ö12** har gått ett steg längre än **ö11**. ”Karriären i vårdsvängen” har just börjat. Nästa steg är ofta det kostnadskrävande flödet **ö1**. Kan man få flödet att gå tillbaka enligt **ö13**, så är det visserligen kortsiktigt

bra, men det krävs att flödet går till kolumn 2 för att vara långsiktigt hållbart, utan stor risk för stora kostnader. Därför är även ö13 markerad som ett potentiellt kostnadsökande flöde, trots att det borde motverka **ö12**.

På senare år har mycket sagts om hur socialförsäkringsadministrationen sedan införandet av sjuklöneperioden år 1992 tappat information om korta sjukfall. Information om dessa korta sjukfall antas vara viktig för att på ett tidigt stadium upptäcka riskbeteenden för framtida lång sjukfrånvaro. I teorin är informationsförlusten besvärlig. Emellertid är informationsförlusten inte fullständig. Väl upparbetade kontakter med arbetsgivare skulle i de flesta fall kunna ge ungefär samma information, till ömsesidig nytta försäkringskassan och arbetsgivaren. Ett tillkommande faktum är att storleken på den informationsmängd som all frånvaro under sjuklöneperiod sammanlagt utgör gör den svårhanterlig. Frågan är hur denna information kan användas, eller hur den faktiskt användes före år 1992?

De flöden som beskrivits är i många fall av förklarliga skäl svåra att storleksbestämma. Icke desto mindre är det värt ett försök. Flödena ö1 och ö2 kan inte särskiljas till sin storlek. I den redovisade modellen har vidare förutsatts att flödet in i sjukpenningen eller förtidspensionen endast sker "från vänster", dvs. personer som antingen uppnår tillräcklig ålder för rätt till ersättning och därefter direkt kommer in i systemet och personer som kommer från arbete. Skälet till denna förenkling grundar sig på att principen för ersättningarna är att det ska ha uppstått ett inkomstbortfall. I praktiken vet vi att ca 20-30 procent av de (långtids-)sjukskrivna är arbetslösa dvs. i praktiken kommer från kolumn 9. Flödena är vidare svåra att beskriva eftersom kategorin med personer som uppbär sjukpenning är instabil. Man kan uppskatta att nettoökningen av antalet pågående sjukfall de senaste dryga ett och ett halva åren motsvarat mellan 30 000 och 50 000 fall per tolv månadersperiod. År 1998 avslutades ca 570 000 sjukfall vilket innebär att någonstans mellan 600 000 och 620 000 sjukfall påbörjades samma år.

Flödena ö3 och ö4 uppgår till 30 000 fall per år (år 1996 och 1997 ca 33 000, år 1998 ca 27 000 samt år 1999 åter över 30 000 en siffra som av allt att döma kommer att vara högre år 2000 och ytterligare något eller några år). Cirka en tredjedel av dessa är ö3. Grovt räknat uppgår ö6 till ö9 sammanlagt till ca 10 000 per år. Det är i sammanhanget viktigt att poängtera att den ökning av förtidspensioneringen som förväntas ske tillfälligt under den närmaste tiden inte innebär en ökning av dessa flöden. Inte heller antas flödet ö10 påverkas, tvärtom är detta flöde relativt konstant mellan 500 och 1000 personer per år.

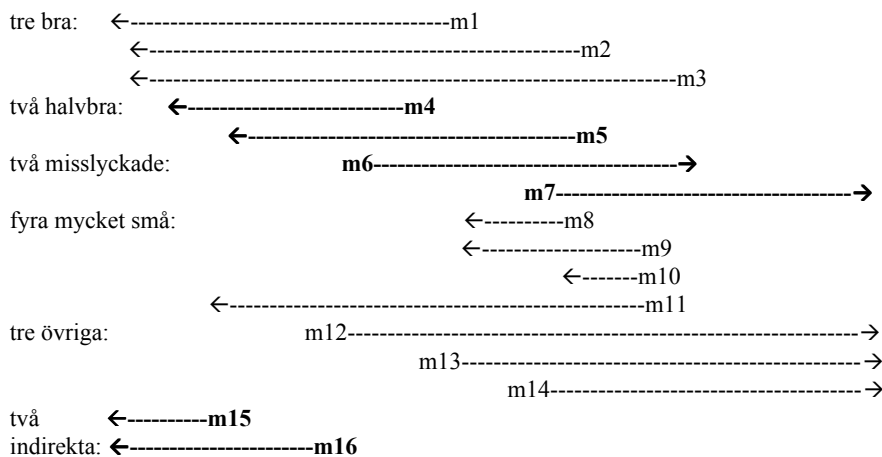
Flödet ö11 har vi av naturliga skäl inga möjligheter att storleksbedöma. Flödet ö12 och det outtalade flödet mellan kolumn 2 och 4 kan inte

mätas i någon befintlig statistik. Att döma av skillnaden mellan antalet fall före införandet av sjuklöneperioden och efter torde i storleksordningen tio gånger så många fall flöda in i sjuklönen som kommer in i sjukpenningen. Den absoluta majoriteten av dessa flödar tillbaka i ö13 och mellan kolumn 4 och 2.

5.4 Kostnadsminskande flöden

På motsvarande sätt som ovan kan flera flöden hämtas från Tablå 1 som representerar sådan överflyttningar av individer mellan olika kategorier, eller kolumner, som får effekt i form av minskande kostnader för statens sjukförsäkring och förtidspension.

Under 19 år	Mellan 19 och 65 år								Över 65 år
	Har arbetsförmåga och arbetar (vitt)		Har ej arbetsförmåga p.g.a. sjukdom och har				Har arbetsförmåga men arbetar ej (vitt) p.g.a.		
	och vill det	men vill inte (fast måste)	sjuklön (eller ingen ersättning)	sjuk- penning	sjuk- bidrag	förtids- pension	ovilja (mht bl.a.) lönsamhet	arbets- marknad	
	Ger finansiellt inflöde			Ger finansiellt utflöde			Påverkar ej finanserna		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Flödena m1, m2 och m3 torde representera önskedrömmen för försäkringen. Flödet m1 handlar i första hand om "spontana" tillfrisknanden. Emellertid utgör den intressanta delen av detta flöde den som åstadkoms genom rehabilitering i vid mening, dvs. alla aktiva insatser som vidtas för att återge en person förmågan att försörja sig. Flödena m2

och m3 är i princip de samma som m1, om än väsentligt mindre, men är i någon mening av större betydelse.

Flödena **m4** och **m5** är tyvärr sannolikt alltför vanliga och torde ha höga risker för återfall in i systemet. Det är också sannolikt i detta flöde som många av de personer som upplever sig misshandlade av systemet återfinns. Det bedöms i stor utsträckning handla om personer som kommit in i systemet från kolumn 3. I viss utsträckning är det också tänkbart att systemet "skapar" personer till kolumn 3. Men sannolikt är det svårt att mäta dessa flöden, vilket gör det svårt att effektivt diskutera vad som kan och bör göras för att åtgärda problemet.

Flödena **m6** och **m7** är misslyckande ur systemets synvinkel, eftersom de medför bortfall av finansiellt inflöde. För individen kan de tänkas uppfattas som bra eller dåliga, beroende på många komplicerade förhållanden och attityder. Det är inte heller säkert att de uppfattas (eller ska uppfattas) som misslyckade ur socialförsäkringssystemets synvinkel. Det uttalade målet är att återge arbetsförmåga inte skaffa arbete. Det är oklart hur stor del av dessa flöden som är beroende av andra ersättningsystem och i vad mån flödena skulle påverkas av förekomst av alternativ mellan t.ex. Samhall och den normala arbetet.

Flödet m11 torde var ytterst ovanligt: en person som fått förtidspension och inte är intresserad av sitt arbete (eller att ha ett annat arbete), torde vara svår att få medverkan från till en arbetslivsinriktad utveckling. Det är oklart hur litet flödet är och om det är praktiskt möjligt att öka det.

Flödena m12 till m14 är endast intressanta ur ett prognosperspektiv. I princip är de opåverkbara. Flödena m15 och m16 ligger utanför systemet men påverkar sannolikt indirekt systemets kostnader påtagligt. Se motsvarande kostnadsökande flöde ö11 ovan.

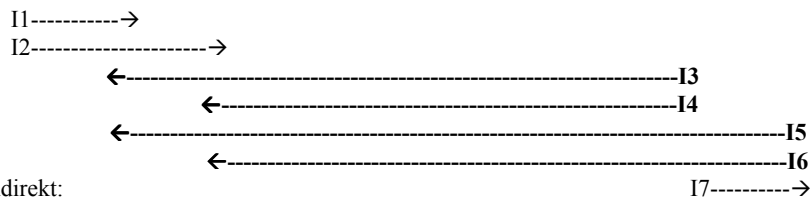
Flödena m1, m4 och m6 (möjligen också en mindre del m12) uppgick år 1998 till sammanlagt ca 570 000 individer. Flödena m2, m3, m5 och m7 uppgår sammanlagt till ca 3 000 individer per år, en siffra som kan höjas genom de nya reglerna med vilande förtidspension. Flödena m8 till m11 är troligen helt försumbara. Flödena m13 och m14 uppgår sammanlagt till ca 30 000 per år i nuläget, men varierar mycket beroende främst på demografiska faktorer. Flödet m15 kan i likhet med ö11 ovan inte bedömas. Flödet m16 kommenteras ovan i samband med ö12 och ö13.

5.5 Intäktpåverkande flöden

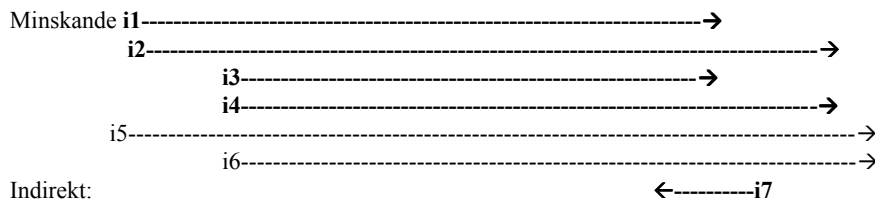
Slutligen kan ur Tablå 1 hämtas ett antal flöden som inte påverkar kostnaderna i systemen, men däremot intäkterna.

Under 19 år	Mellan 19 och 65 år								Över 65 år
	Har arbetsförmåga och arbetar (vitt)		Har ej arbetsförmåga p.g.a. sjukdom och har				Har arbetsförmåga men arbetar ej (vitt) p.g.a.		
	och vill det	men vill inte (fast måste)	sjuklön (eller ingen ersättning)	sjuk- penning	sjuk- bidrag	förtids- pension	ovilja (mht bl.a.) lönsamhet	arbets- marknad	
	Ger finansiellt inflöde			Ger finansiellt utflöde			Påverkar ej finanserna		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ökande:



Indirekt:



Att få människor i arbete är inte socialförsäkringens uppgift. Om en person har arbete eller inte är emellertid tillsammans med personens motivation för att arbeta ofta avgörande för huruvida försäkringens administration kan vidta effektiva åtgärder. Det synes därför angeläget att så långt praktiskt möjligt (och systemtekniskt lönsamt) söka vägar att öka flödena **I3 - I7**, att minska flödena **i1 - i4** samt **i7**.

6 Den framtida utvecklingen

I en PM till Socialdepartementet (1999-12-29 *Framtidens långa sjukfrånvaro*) redovisade Statskontoret resultatet av ett uppdrag att analysera den framtida utvecklingen av den långa sjukfrånvaron. Fokus i redovisningen var utvecklingen av förtidspensioneringen. Uppläggningsen var att försöka beskriva vad ett antal faktorer skulle kunna ha för betydelse för sjukfrånvaron. I det följande ges en mycket kortfattad beskrivning av vad som redovisades där. Avsikten är främst att här komplettera med en bedömning av vad motsvarande faktorer får för betydelse för också den kortare sjukfrånvaron och fördelningen mellan kort och lång frånvaro. Tanken är att tillämpa den ovan beskrivna flödesmodellen. De områden som behandlas i den tidigare PM:n, och som behandlats tidigare i denna PM tas inte upp här.

6.1 Folkhälsans utveckling

I promemorian *Framtidens långa sjukfrånvaro* gjordes bedömningen att folkhälsan kommer att fortsätta förbättras långsamt. Den långsiktiga utvecklingen fram till i dag har emellertid lärt oss att sjukfrånvaro och folkhälsa inte utvecklas parallellt. En förbättrad folkhälsa behöver inte innebära att alla typer av sjukdomar minskar för alla i befolkningen. Den förbättrade folkhälsan förväntas främst få effekt på de äldres sjukfrånvaro.

Psykisk ohälsa kan öka som andel av den totala ohälsan, antingen genom att det visar sig att den uppgång som varit de senaste åren inte är övergående (som har varit fallet tidigare för dessa diagnoser) utan är en ny trend, eller för att alla andra diagnoser fortsätter att minska och den psykiska ohälsan håller sig konstant. Detta borde leda till en annorlunda fördelning av sjukfrånvaron mellan främst sjukpenning och förtidspension. Psykisk ohälsa är i många fall svår att bedöma varaktigheten för, vilket innebär att sjukpenningfallen borde öka i andel. Främst berörs dock de flöden som i ovan beskrivna modell utgörs av kostnadsökande inflöden till sjukpenning eller sjukbidrag och förtidspension (främst ö1, ö2 och ö6-ö10) av folkhälsans utveckling. Det kan inte antas vara främst inom socialförsäkringen som instrumenten för att påverka en sådan utveckling finns.

6.2 Arbetsmarknadens utveckling

Arbetsmiljöfrågor, och deras betydelse för individens hälsa i olika avseenden, har intresserat många under lång tid. Arbetsmarknaden har också under de senaste decennierna haft en sådan utveckling att åtminstone fysiska arbetsmiljöproblem borde ha minskat betydligt i omfattning (betydligt minskad sysselsättning inom jord- och skogsbruk och tung industri). Trots detta visar undersökningar snarare på en ökad arbetsmiljöbelastning, också fysisk, i många avseenden. Under de allra senaste åren kan man också uppmärksamma en påtaglig ökning av arbetsskador. Trots detta får antas att det främst är den psykosociala arbetsmiljön snarare än den fysiska som kommer att ha betydelse för den framtida sjukfrånvaron.

Om en dålig fysisk arbetsmiljö i första hand på ett relativt okomplicerat sätt påverkade de kostnadsökande inflödena till sjukpenning och sjukbidrag eller förtidspension så är den psykosociala arbetsmiljöns påverkan mer komplicerad. Det är mycket med denna del av arbetsmiljön i åtanke som tankarna på främst kolumn 3 och även kolumn 8 i modellen tillkommit, dvs. att det är viktigt att identifiera inställningen till arbete. En dålig psykosocial arbetsmiljö får högst sannolikt som första konsekvens att viljan att arbeta minskar (vilket naturligtvis också en dålig fysisk arbetsmiljö kan innebära om t.ex. arbetet innebär påtagliga hälsorisker). Som en konsekvens av att det i första hand är ur socialförsäkringssynpunkt ”externa” flöden som påverkas av de nya arbetsmiljöproblemen har administrationens möjligheter att påverka med gamla metoder minskat. Man kan över huvud taget ifrågasätta om socialförsäkringsadministrationen ska försöka påverka dessa flöden, men även om man är av den uppfattningen är det lätt att inse att påverkan endast kan ske genom samverkan med andra aktörer.

En annan viktig aspekt av arbetsmarknadens utveckling rör sysselsättning och arbetslöshet. Mycket talar för en ökad efterfrågan på arbetskraft det närmaste decenniet vilket skulle innebära generellt sett ökad sysselsättning. Om efterfrågan ökar väsentligt på arbetskraft, vilket förefaller troligt, kommer efterfrågan också på arbetskraft som inte har fullgod hälsa att öka. Mycket talar för att efterfrågan till och med kommer att öka så fort och i sådan utsträckning att dagens förtidspensionärer i viss utsträckning skulle behöva återkomma till arbetsmarknaden för att tillgodose behovet.

6.3 Förebyggande hälsovård, sjukvård och rehabilitering

Drivkrafterna att utveckla hälso- och sjukvård och rehabilitering är många och starka. Så har i princip alltid varit fallet. Det finns ändå vissa områden som ännu inte är särskilt välutvecklade. Det finns således fortfarande mycket att göra och detta områdes potential i termer av att i positiv riktning påverka i stort sett alla de flöden som den beskrivna modellen innehåller är stort. Ett ökat fokus på inte minst sjukvårdens konsekvenser för sjukförsäkring och förtidspension samt över huvud taget mer tvärsektoriellt tänkande och samarbete på alla nivåer kan förstärka en positiv utveckling.

RFV ARBETSMATERIAL

1999-09-07

Fördjupad
bedömning
i praktiken

*Hur tillämpas reglerna om bedömning av sjukfall enligt
3 kap. 8 a § AFL och hur effektiva är reglerna?*

Uppdragsgivare:

Eva-Maria Magnusson och Cecilia Udin
Enheten för sjukförsäkring och rehabilitering,
Riksförsäkringsverket

Genomförande av undersökningen:

Eva Olkiewicz och Ulrik Lidwall
Utredningsenheten,
Riksförsäkringsverket

Inledning

Avsikten med reglerna om bedömning av sjukfall enligt 3 kap. 8a § AFL (*fördjupad bedömning*), som trädde i kraft i oktober 1995 är:

- Att det i sjukfallet skall kunna konstateras i vilken mån arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och därmed rätt till sjukpenning (grindvakt).
- Att det tidigt i sjukfallet skall kunna konstateras om det föreligger behov av rehabilitering eller om ytterligare utredningsåtgärder är erforderliga. Därmed skall adekvata rehabiliteringsåtgärder kunna sättas in tidigt, vilket i sin tur skall kunna leda till att sjukfallen blir kortare.

För att försäkringskassan skall kunna ta ställning till rätten till sjukpenning och behovet av rehabilitering, krävs ett beslutsunderlag i form av ett särskilt läkarutlåtande, en särskild försäkran från den sjukskrivne och att försäkringsläkaren har hörts.

Syftet med undersökningen är därför att undersöka om lagen om fördjupad bedömning leder till, att endast de som har rätt till sjukpenning får det, och att försäkringskassan tidigt tar ställning till behovet av rehabilitering eller annan utredning, så att rehabilitering sätts in tidigt i sjukfallen, så att sjukfallen avkortas.

Undersökningen omfattar ett slumpmässigt urval i riket av 1000 sjukfall, som hade påbörjats under tiden 1–16 februari 1998 och som var minst 60 dagar långa. Uppgifterna om sjukfallen hämtades från försäkringskassans sjukfallsakter, och överfördes till en enkät av personal, som hade lånats in av Riksförsäkringsverket från försäkringskassor i olika län. Av de 1000 sjukfallen i urvalet utgick 12 sjukfall, för att de inte motsvarade urvalskriterierna. Av de övriga föll 19 bort för att försäkringskassan inte kunde hitta sjukfallsakterna, och ytterligare tre för att sjukfallsakterna inte skickades in från försäkringskassan, trots påstötningar. Det egentliga bortfallet var således 22 sjukfall, motsvarande två procent av urvalet. Analysen omfattade därmed totalt 966 sjukfall. Undersökningen genomfördes ett år efter det att sjukfallen hade påbörjats, i februari–mars 1999.

Frågeställningar:

Följde försäkringskassorna lagen om fördjupad bedömning:

- I vilken utsträckning följde försäkringskassan reglerna om fördjupad bedömning och bedömde rätten till sjukpenning och behov av rehabilitering?

Ställningstagande till behov av rehabilitering:

- Vilken betydelse hade den fördjupade bedömningen för att försäkringskassan skulle ta ställning till behovet av rehabilitering, och för när i sjukfallet det skedde?

Påbörjade arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder:

- Vilken betydelse hade den fördjupade bedömningen för att försäkringskassan skulle påbörja arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, och för när i sjukfallet det skedde?

Avslutning av sjukfallen:

- Vilken betydelse hade den fördjupade bedömningen för att de sjukskrivna skulle bli arbetsföra och för hur långa sjukfallen blev?

Mot en samlad bild av den fördjupade bedömningens betydelse:

- Är försäkringskassor som genomför fördjupade bedömningar i en stor andel av sjukfallen mer framgångsrika i sin rehabilitering än andra kassor?

Resultat

Följde försäkringskassan lagen om fördjupad bedömning?

Försäkringskassan samlade in beslutsunderlaget – särskilt läkarutlåtande, särskild försäkran från den sjukskrivne och hörde försäkringsläkaren i sjukfallet – i nästan samtliga sjukfall, över 90 procent. Likaså tog man ställning till rätten till sjukpenning i 92 procent av sjukfallen. Ställningstagandet ledde i princip alltid till bedömningen att sjukpenning skulle beviljas. Det sista villkoret – att ta ställning till om det fanns behov av rehabilitering eller annan utredning i sjukfallet – genomfördes endast i hälften, 54 procent, av sjukfallen. Lite tillspetsat kan man säga att försäkringskassan samlade in underlag för att kunna fatta beslut om behovet av rehabilitering, men underlät sedan i stor utsträckning att fatta själva beslutet.

Det fanns en stor variation mellan försäkringskassorna, när det gällde i vilken utsträckning de genomförde fördjupad bedömning. Andelarna varierade från 22 till 83 procent. Tiden som förflöt mellan sjukfallets början fram till den fördjupade bedömningen varierade likaledes mellan försäkringskassorna, från 42 till 75 dagar.

Det som hade betydelse, både för vilka sjukfall som skulle bli föremål för fördjupad bedömning och när i fallet det skedde, var försäkringskassetillhörigheten. Däremot valde inte försäkringskassorna ut sjukfallen efter bakgrundsfaktorer som exempelvis ålder, kön eller diagnos.

Hur genomfördes den fördjupade bedömningen?

Med fördjupad bedömning menas, att försäkringskassan tidigt ska granska alla sjukfall, för att ta ställning till rätten till sjukpenning och om det finns behov av rehabilitering resp rätten till sjukbidrag/förtidspension skall utredas, eller om den sjukskrivne förväntas bli arbetsför utan åtgärder från försäkringskassan. För den fördjupade bedömningen krävdes således dels att försäkringskassan samlade in ett beslutsunderlag, dels tog ställning till om den sjukskrivne hade rätt till sjukpenning och om det fanns behov av rehabilitering i sjukfallen. Beslutsunderlaget utgjordes av ett särskilt läkarutlåtande, en särskild försäkran från den sjukskrivne, och att försäkringsläkaren skulle höras i sjukfallet. Utifrån detta beslutsunderlag skulle försäkringskassan ta ställning till

om den sjukskrivne hade rätt till sjukpenning och till om det fanns behov av rehabilitering i sjukfallet.

Det finns sålunda två kriterier, med sammanlagt fem villkor, för att man ska kunna anse att en fördjupad bedömning har genomförts:

- beslutsunderlag (*med de tre villkoren: särskilt läkarutlåtande, särskild försäkran från den sjukskrivne och att försäkringsläkaren är hörd*)
- ställningstagande i sjukfallet (*med de två villkoren: rätt till sjukpenning respektive behov av rehabilitering*)

Beslutsunderlag

Som framgår av tabell 1, uppfylldes det första kriteriet, ett fullständigt beslutsunderlag, i praktiskt taget samtliga sjukfall. Ett särskilt läkarutlåtande fanns i 99 procent av samtliga fall, särskild försäkran från den sjukskrivne i 94 procent av sjukfallen och försäkringsläkaren hade hörts i 92 procent av sjukfallen. Underlaget samlades också in relativt tidigt i sjukfallen. Det särskilda läkarutlåtandet samlades in drygt 30 dagar efter sjukfallets början, särskild försäkran efter 40 dagar och försäkringsläkaren hördes efter 50 dagar, oavsett om det gällde sjukfall där fördjupad bedömning gjorts eller inte.

När det gällde det andra kriteriet, att försäkringskassan skulle ta ställning i sjukfallen, var emellertid bilden splittrad.

Ställningstagande

Rätten till sjukpenning. Försäkringskassan tog ställning till rätten till sjukpenning i 92 procent av sjukfallen. Emellertid var det endast i 0,1 procent av sjukfallen, som försäkringskassan bedömde att ingen rätt förelåg. I ytterligare 0,6 procent av sjukfallen ansågs sjukpenningrätt föreligga, men inte enligt yrkande. Det innebär att försäkringskassan i praktiken så gott som alltid anser att sjukpenning bör beviljas. Sjukpenningrättsbedömningen gjordes, oavsett om fördjupad bedömning hade gjorts eller inte, drygt 50 dagar efter sjukfallets början. I de fall där fördjupad bedömning hade gjorts skedde bedömningen efter 51 dagar, och i de övriga fallen efter 53 dagar¹.

Behovet av rehabilitering/rätten till förtidspension skulle utredas. Totalt tog försäkringskassan ställning till behovet av rehabilitering/att rätten till förtidspension skulle utredas i 54 procent av sjukfallen vid

¹ Median

den fördjupade bedömningen. Det var dock inte i alla dessa sjukfall, som försäkringskassan kunde komma fram till om någon insats från försäkringskassan behövdes, och i så fall vilket slag av insats (se tabell 1). I de fall försäkringskassan kunde ta ställning till sjukfallet, skedde det efter en mediantid på 52 dagar efter sjukfallets början. Ställningstagandet innebar att man bedömde om det

- kunde finnas behov av rehabilitering
- kunde föreligga rätt till förtidspension eller sjukbidrag
- varken fanns behov av rehabilitering eller rätt till förtidspension (*den sjukskrivne förväntades återfå arbetsförmågan utan åtgärder*)

I de fall, där ingen fördjupad bedömning gjordes, tog försäkringskassan motsvarande ställning i sjukfallen efter 261 dagar.

Tabell 1 De fem villkoren för fördjupad bedömning – beslutsunderlag och ställningstaganden. Andel av samtliga sjukfall, där detta genomförts, samt antal dagar (median) från sjukfallets början då åtgärden genomfördes med uppdelning på sjukfall, där fördjupad bedömning gjorts resp inte gjorts

Beslutsunderlag föreligger:	Andel av samtliga sjukfall (Procent)	Fördjupad bedömning: (Antal dagar, median)	Ej fördjupad bedömning: (Antal dagar, median)
Särskilt läkarutlåtande	99	35	34
Särskild försäkran från den försäkrade	94	40	42
Försäkringsläkaren är hörd	92	50	52
Tagit ställning i sjukfallet:			
Bedömt rätten till sjukpenning	92	51	53
Bedömt <u>om</u> det fanns behov av rehabilitering resp rätt till förtidspension/ sjukbidrag eller inget behov av åtgärd	54	52	261

Tidsvillkoret

Det fanns också ett sjätte villkor, för att en fördjupad bedömning skulle anses genomförd, nämligen tidsaspekten. Sedan lagen hade tillkommit utökades emellertid den tid, som arbetsgivaren betalade sjuklön till sina anställda, från två till fyra veckor. Det innebar att det i allmänhet dröj-

de över en månad innan försäkringskassan fick kännedom om sjukfallet. Detta gjorde att vi valde att bortse från detta villkor, när det gällde att avgöra om fördjupad bedömning hade genomförts eller inte. RFV har tolkat att den fördjupade bedömningen ska ske, innan försäkringskassan betalar ut sjukpenning för tiden efter den 28 dagen i sjukfallet. När den fördjupade bedömningen genomfördes före utbetalning vilket skedde i 77 procent av fallen – så tog det i genomsnitt 50 dagar från sjukfallets början, och i övriga fall 70 dagar.

I vilken utsträckning, och när genomfördes fördjupad bedömning på de enskilda försäkringskassorna?

Det fanns stora variationer mellan försäkringskassorna, både när det gällde i vilken utsträckning man genomförde fördjupade bedömningar och när i sjukfallet det skedde. Andelen fördjupade bedömningar varierade mellan 22 procent och 83 procent av de sjukfallen. Detta motsvarade i medeltal 54 procent i riket.

Mediantiden för den tid som förflöt mellan sjukfallets början fram till den fördjupade bedömningen, var 52 dagar för riket som helhet, men varierade mellan 42 och 75 dagar mellan försäkringskassorna.

Hur valde försäkringskassan ut dem som blev föremål för fördjupad bedömning?

För att det skulle vara möjligt att bedöma om den fördjupade bedömningen har effekt på sjukfallet, behövde vi först undersöka om det förekom någon form av selektering från försäkringskassans sida. Effekterna av den fördjupade bedömningen påverkas av om försäkringskassan till exempel skulle ha valt ut särskilt lättrehabiliterade eller svårrehabiliterade grupper.

Vi har därför med hjälp av statistiska analysmetoder undersökt om de sjukskrivnas bakgrund har haft betydelse för om försäkringskassan har gjort en fördjupad bedömning i deras sjukfall, liksom för hur lång tid efter sjukfallets början bedömningen gjordes.²

De faktorer som undersöktes är de som är tillgängliga i försäkringskassans sjukfallsakter – kön, ålder, yrke, sysselsättning, civilstånd,

² Med hjälp av *cox proportional hazard regression* undersöktes olika faktorer betydelse för att fördjupad bedömning hade genomförts. Metoden tar också hänsyn till när i sjukfallet den fördjupade bedömningen gjordes.

medborgarskap, diagnos, tidigare längre sjukskrivning eller arbetslivsinriktad rehabilitering under den tolv månadersperiod som föregick det aktuella sjukfallet, sjukskrivningsgrad och förekomst av sjukbidrag eller förtidspension i början av sjukfallet, och om det förekom någon notering om missbruk i sjukfallsakten. Dessutom undersöktes försäkringskassetillhörighetens betydelse.

Analysen visade att det inte fanns något samband mellan de sjukskrivnas bakgrund och om de hade blivit föremål för fördjupad bedömning, och inte heller för om den hade skett sent eller tidigt i sjukfallet. Den enda faktor som hade ett statistiskt säkerställt samband med detta var försäkringskassetillhörigheten. Som redan har framgått var det stora variationer mellan försäkringskassorna, både när det gällde i vilken utsträckning man genomförde fördjupade bedömningar, liksom när i sjukfallet det gjordes. Möjligheten att bli föremål för fördjupad bedömning, och om det skedde i ett tidigt eller sent skede av sjukfallet, berodde således på vilken försäkringskassa den sjukskrivne tillhörde.

Man kan självklart inte utesluta att försäkringskassan valde ut de sjukfall, som blev föremål för fördjupad bedömning efter andra kriterier – till exempel efter hur allvarligt man ansåg att sjukfallet var.

Vilken betydelse hade den fördjupade bedömningen för försäkringskassans ställningstagande till behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering?

Vid den fördjupade bedömningen kunde försäkringskassan bara i ungefär hälften av sjukfallen ta ställning till om det fanns behov av rehabilitering respektive rätt till förtidspension/sjukbidrag skulle utredas, eller om den sjukskrivne förväntades bli arbetsför utan åtgärder från försäkringskassan. I de allra flesta fall pågick medicinsk behandling, eller också var sjukfallet fortfarande så oklart att försäkringskassan inte kunde ta ställning ännu. Endast i sex procent av de sjukfall, som blev föremål för fördjupad bedömning, bedömde försäkringskassan att det kunde finnas behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i sjukfallet.

- 1. Detta motsvarade 33 sjukfall, eller, omräknat till hela urvalet, tre procent av samtliga sjukfall. Bedömningen av rehabiliteringsbehovet skedde i genomsnitt cirka 50 dagar efter sjukfallets början.*
- 2. Bland dem, där försäkringskassan inte kunde ta ställning till behovet av rehabilitering i samband med den fördjupade bedömningen, skedde ställningstagande efter 162 dagar, och omfattade sex procent av sjukfallen.*
- 3. I de sjukfall, där ingen fördjupad bedömning genomförts, tog försäkringskassan ställning till rehabiliteringsbehovet efter 97 dagar. Dessa fall utgjorde sex procent av sjukfallen.*

Det innebär, att endast en femtedel av rehabiliteringsfallen identifierades i samband med den fördjupade bedömningen. De övriga identifierades senare.

I vilken utsträckning ledde den fördjupade bedömningen till att försäkringskassan tog ställning till behovet av rehabilitering?

Vid den fördjupade bedömningen kunde försäkringskassan ta ställning till den sjukskrivnes behov av åtgärder från försäkringskassans sida i mindre än hälften av sjukfallen. Som framgår av tabell 2 pågick i de flesta fall medicinsk behandling fortfarande, och i de övriga sjukfallen behövdes antingen kompletterande uppgifter eller också var sjukfallet så oklart, att försäkringskassan ville avvakta den vidare utvecklingen.

I sammanlagt sex procent av de fall, där fördjupad bedömning genomfördes, kunde försäkringskassan ta ställning till att det fanns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta motsvarade 33 sjukfall, eller, omräknat till hela urvalet, tre procent av samtliga sjukfall.

I övrigt innebar försäkringskassan att i fem procent av sjukfallen skulle rätten till sjukbidrag eller förtidspension utredas. I 34 procent av sjukfallen innebar försäkringskassans ställningstagande helt enkelt att det varken fanns behov av rehabilitering eller rätt till sjukbidrag eller förtidspension.

Tabell 2 Försäkringskassans ställningstagande i sjukfallen i samband med den fördjupade bedömningen. (Omfattar endast sjukfall, där försäkringskassan har genomfört fördjupad bedömning)

Ställningstagande:	Procent
Vare sig behov av rehabilitering eller rätt till sjukbidrag/förtidspension	34
Behov av rehabilitering	6
Rätt till sjukbidrag eller förtidspension ska utredas	5
Medicinsk behandling pågår	32
Avvakta/bevaka sjukfallens utveckling	18
Kompletterande uppgifter behövs	5
Totalt	100

Ledde den fördjupade bedömningen till att försäkringskassan tidigare tog ställning till behovet av rehabilitering i sjukfallen?

I samband med den fördjupade bedömningen ansåg försäkringskassan att det förelåg behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i sammanlagt tre procent av det totala antalet sjukfall. Ställningstagandet skedde också tidigt, bara 52 dagar efter sjukfallens början.

I många fall kunde emellertid försäkringskassan inte ta ställning i ett så tidigt skede, utan ställningstagandet sköts upp. Så småningom fångades även en del av dessa sjukfall upp och i ytterligare sex procent av fallen gjorde försäkringskassan bedömningen att det kunde finnas behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Denna bedömning skedde dock först efter 162 dagar.

I de sjukfall, där ingen fördjupad bedömning hade gjorts, tog försäkringskassan ställning till arbetslivsinriktad rehabiliteringsbehov i ytterligare sex procent av sjukfallen. Detta ställningstagande skedde efter 97 dagar.

Totalt ansåg försäkringskassan att det kunde finnas behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i 15 procent av sjukfallen. Av dessa identifierades tre procent, en femtedel av samtliga identifierade rehabiliteringsfall, vid den fördjupade bedömningen. De övriga identifierades senare.

De sjukfall, som tog längst tid för försäkringskassan att bedöma, var de som från början hade varit föremål för fördjupad bedömning, men där försäkringskassan inte hade kunnat ta ställning. Man kan spekulera om, att det skulle kunna vara så, att försäkringskassan lade de sjukfall åt sidan, som de inte kunde ta ställning till vid den fördjupade bedömningen, i stället för att – som tanken var – kontinuerligt bevaka dem.

En indikation på att dessa fall kan ha lagts åt sidan är det långa dröjsmålet, innan rehabiliteringsbehovet konstaterades. Sådana sena ställningstaganden är ofta den logiska följd av att när sjukfall blir tillräckligt långa, så ökar sannolikheten också för att försäkringskassan tar ställning till rehabiliteringsbehovet.

En annan möjlighet är, att underlaget från den fördjupade bedömningen inte innehöll ”rätt” information, det vill säga den information som försäkringskassan behövde för att kunna ta ställning till rehabiliteringsbehovet. Frågan är vilken information försäkringskassan egentligen använder, när man tar ställning till rehabiliteringsbehovet. Det är nämligen tänkbart att försäkringskassan använder sig av andra kriterier än dem som framgår av underlaget till den fördjupade bedömningen, och att ställningstagandet till behovet av rehabilitering fattas på, åtminstone delvis, andra grunder.

Slutsatsen är, att den fördjupade bedömningen ledde till ett snabbare ställningstagande till rehabiliteringsbehovet i endast en femtedel av de potentiella rehabiliteringsfallen. I övrigt ledde den fördjupade bedömningen inte till tidigare ställningstagande.

Tabell 3 Andel av sjukskrivna, där försäkringskassan tog ställning till behov av arbetslivsinriktad rehabilitering dels i samband med den fördjupade bedömningen, dels senare, samt antal dagar efter sjukfallets början som ställningstagandet gjordes (median)

Sjukfall med behov av arbetslivsinriktad rehabilitering	Andel av de sjukskrivna (procent)	Antal dagar (median)
<i>Fördjupad bedömning gjord:</i>		
Försäkringskassan tog ställning direkt	3	52
Försäkringskassan tog ställning senare	6	162
<i>Ingen fördjupad bedömning gjord:</i>		
Försäkringskassan tog ställning	6	97

Ledde den fördjupade bedömningen till att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder påbörjades tidigare, och i högre utsträckning?

I de tre grupper som jämfördes med varandra, så påbörjades den arbetslivsinriktade rehabiliteringen 187 dagar efter sjukfallets början. Rehabiliteringsåtgärder genomfördes i 70 procent av de sjukfall, där försäkringskassan hade ansett att det fanns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det fanns inget statistiskt samband mellan fördjupad bedömning och om rehabiliteringsåtgärder påbörjades i sjukfallen på de enskilda försäkringskassorna. Med andra ord, tycks den fördjupade bedömningen inte ha lett till att flera arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomfördes.

Ledde den fördjupade bedömningen till arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder påbörjades tidigare i sjukfallen?

För att undersöka, om den fördjupade bedömningen hade någon betydelse för hur snart i sjukfallet arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder sattes in, jämfördes tre grupper med varandra.

- Den grupp, där *fördjupad bedömning genomförts*, och där försäkringskassan direkt tog ställning till rehabiliteringsbehovet
- Den grupp, där *fördjupad bedömning genomförts*, men där försäkringskassan senare tog ställning till rehabiliteringsbehovet
- Den grupp, där *ingen fördjupad bedömning genomförts*, men där försäkringskassan senare tog ställning till rehabiliteringsbehovet

Tabell 4 nedan visar att i den grupp där fördjupad bedömning gjordes och där försäkringskassan direkt kunde ta ställning till rehabiliteringsbehovet, så påbörjades arbetslivsinriktad rehabilitering i 67 procent av sjukfallen. Rehabiliteringsåtgärden påbörjades 114 dagar efter sjukfallets början.

I den grupp, där fördjupad bedömning visserligen gjordes, men där försäkringskassan tog ställning till rehabiliteringsbehovet först i efterhand, genomfördes arbetslivsinriktad rehabilitering i 72 procent av sjukfallen. Rehabiliteringsåtgärden påbörjades 193 dagar efter sjukfallets början.

Detta kan jämföras med den tredje gruppen, där ingen fördjupad bedömning hade gjorts, men där försäkringskassan senare bedömde att det fanns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. I denna grupp

påbörjades rehabilitering i 72 procent av sjukfallen. Rehabiliteringsåtgärden påbörjades 182 dagar efter sjukfallets början.

Sett över alla tre grupperna påbörjades arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i ungefär 70 procent av de sjukfall, där försäkringskassan har bedömt att det fanns behov av rehabilitering. Mediantiden från sjukfallets början till att rehabiliteringsåtgärderna startade var 187 dagar.

Tabell 4 Andel av de sjukskrivna, där försäkringskassan har bedömt att det fanns behov av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, och andel där dessa åtgärder påbörjades, samt antal dagar från sjukfallets början fram till dess att åtgärderna påbörjades (median), uppdelat på dem som blivit föremål för den fördjupade bedömningen, och dem som inte blivit det.

Sjukfall, där försäkringskassan bedömt att det fanns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering:	Andel, där fk bedömt behov av rehabilitering (procent)	Andel av de bedömda, där rehab-åtgärd påbörjats (procent)	Antal dagar till påbörjad rehab-åtgärd (median)
<i>Fördjupad bedömning gjord:</i>			
Försäkringskassan tog ställning direkt	3	67	114
Försäkringskassan tog ställning senare	6	72	193
<i>Ingen fördjupad bedömning gjord:</i>			
Försäkringskassan tog ställning senare	6	72	182

Ledde den fördjupade bedömningen till att de som fått fördjupad bedömning blev arbetsföra i högre utsträckning än de övriga?

Som tabell 5 nedan visar, så avslutades omkring 60 procent av sjukfallen med att de sjukskrivna blev helt arbetsföra. Bland dem som fått fördjupad bedömning var andelen 63 procent och bland de övriga 59 procent. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt säkerställd.

Tabell 5 Avslutningsanledning i sjukfallen, ett år efter sjukfallens början. Jämförelse mellan sjukfall, där fördjupad bedömning gjorts, respektive inte gjorts (procent)

Avslutningsanledning:	Andel med fördjupad bedömning	Andel utan fördjupad bedömning
Sjukfallet pågår med hel sjukpenning	21	23
Sjukfallet pågår med partiell sjukpenning	10	10
Sjukpenningen drogs in	0	1
Arbetsför, helt	63	59
Arbetsför med partiellt sjukbidrag/förtidspension	1	2
Helt sjukbidrag/förtidspension	3	4
Annat	2	2
<i>Totalt:</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Mot en sammanfattande bild – Är kassor som genomför fler fördjupade bedömningar mer framgångsrika i sin rehabilitering än andra kassor?

Är det så, att de försäkringskassor där man tidigt i sjukfallen och i stor utsträckning genomför fördjupad bedömning, också är de försäkringskassor, där man snabbt kommer igång med arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och där de sjukskrivna i högre utsträckning blir arbetsföra?

För att undersöka detta har vi först indelat försäkringskassorna i tre grupper efter i hur stor andel av sjukfallen som fördjupad bedömning genomfördes, hög – mellan – låg. I den första gruppen med ”hög” andel ingick försäkringskassor med 67–83 procent fördjupade bedömningar, i ”mellan”-gruppen med 45–65 procent och ”låg”-gruppen med 22–37 procent.

I tabell 6 nedan redovisas ”sannolikheten” för att fördjupad bedömning, ställningstagande i sjukfallet (till om det behövdes respektive inte behövdes insatser från försäkringskassans sida), påbörjandet av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder och friskskrivning inträffade i de olika grupperna av försäkringskassor, med olika stora andelar fördjupade bedömningar bland sjukfallen. I den grupp försäkringskassor med störst andel fördjupade bedömningar har sannolikheten satts till 1, och således jämförs de två andra grupperna med denna referensgrupp.

Tabellen visar, föga förvånande, att i de försäkringskassor där få bedömningar gjordes, att sannolikheten för att få fördjupad bedömning var mindre än i försäkringskassor med en hög andel fördjupade bedömningar. Likaledes var sannolikheten att försäkringskassan skulle ta ställning till sjukfallet lägre i de försäkringskassor, där få fördjupade bedömningar gjordes, än i de övriga försäkringskassorna.

Det intressanta är emellertid, att i de försäkringskassor där fördjupad bedömning genomfördes i mindre utsträckning, var sannolikheten för att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder skulle påbörjas, betydligt högre. I jämförelse med den grupp som hade störst andel fördjupade bedömningar, var sannolikheten 50 procent högre i ”mellan”-gruppen, och 130 procent högre i ”låg”-gruppen för att rehabiliteringsåtgärder skulle påbörjas.

När det gäller sannolikheten för friskskrivning, så var också den större i de grupper med lägre andelar fördjupade bedömningar. I jämförelse med den grupp som hade högst andelar fördjupade bedömningar, hade ”mellan”-gruppen 30 procent högre sannolikhet för friskskrivning, och ”låg”-gruppen 40 procent högre sannolikhet.

Tabell 6 Genomförd fördjupad bedömning, ställningstagande om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering, påbörjad arbetslivsinriktad rehabilitering och friskskrivning i försäkringskassor grupperade efter andelen fördjupade bedömningar i sjukskrivningar. Relativa risker^a. Sjukfall påbörjade 19980201–19980215, n=966.

<i>Grupp av FK (andelen fördjupade bedömningar)</i>	<i>Ställningstagande om behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering</i>				<i>N</i>
	<i>Fördjupad bedömning</i>	<i>Påbörjad åtgärd</i>	<i>Frisk- skrivning</i>		
1. 67–83%	1	1	1	1	337
2. 45–65%	0,6**	0,8*	1,5*	1,3**	400
3. 22–37%	0,3**	0,6**	2,3**	1,4**	229

**= $p \leq 0,05$, *= $p \leq 0,10$.

^a Cox proportional hazard regression. Metoden tar hänsyn till den tid det tar fram till händelsen. I modellerna kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, yrke, sysselsättning, medborgarskap, diagnos, tidigare sjukskrivning, tidigare arbetslivsinriktad rehabilitering, sjukskrivningsgrad vid insjuknandet, sjukbidrag eller förtidspension vid insjuknandet samt notering om missbruk.

Slutsatser och diskussion

Den slutsats man kan dra är att de förhoppningar man en gång knöt till den fördjupade bedömningen knappast har infriats. Tanken var att man med den skulle åstadkomma en tidig och noggrann granskning av alla sjukfall. Målet var att försäkringskassan dels kunna agera grindvakt, så att endast de som verkligen var berättigade till sjukpenning skulle få det, dels att rehabiliteringen skulle komma igång tidigt i de sjukfall där det behövdes.

Fortfarande gäller, att ju tidigare försäkringskassan tar ställning till behovet av rehabilitering i ett sjukfall, desto snabbare kommer rehabiliteringsåtgärderna igång, och desto mera ökar sannolikheten för att den sjukskrivne åter blir arbetsför.

Däremot är det tveksamt om den fördjupade bedömningen leder till tidigare ställningstagande i rehabiliteringsärenden.

Den bild som gradvis har trätt fram under analysen har visat att:

- försäkringskassan samvetsgrant samlar in det beslutsunderlag man behöver för att kunna göra en fördjupad bedömning och tar ställning till sjukpenningrätten, men att en fördjupad bedömning i lagens mening bara sker i hälften av sjukfallen
- försäkringskassorna genomför fördjupade bedömningar i lagens mening i mycket olika utsträckning – andelen varierade mellan 22 och 83 procent av sjukfallen
- *visserligen* var sannolikheten för att försäkringskassan skulle ta ställning i sjukfallen högre i de försäkringskassor, som hade en hög andel fördjupade bedömningar
- *men* sannolikheten för att försäkringskassan skulle påbörja en rehabiliteringsåtgärd och senare friskskrivning var betydligt lägre i de försäkringskassor som hade en hög andel fördjupade bedömningar.

Det kan finnas olika orsaker till att den fördjupade bedömningen inte har haft avsedd effekt.

En förklaring skulle kunna vara att informationen – särskilt läkarutlåtande, särskild försäkran från den sjukskrivne och hörande av försäkringsläkaren – inte har innehållit ”rätt” information. Om man å ena sidan har en lag, som säger att man ska samla in en viss information, men lagen sedan inte egentligen tillhandahåller det man behöver för beslutet, så kan informationsinsamlande och beslutet läsas in i var sitt skåp... Det innebär att man å ena sidan följer lagen, men å andra sidan fattar sitt beslut på helt eller delvis andra grunder och efter andra kriterier.

Vi kan konstatera, att lagen om fördjupad bedömning inte har haft avsedd effekt. Däremot kan vi inte uttala oss om varför. Det är därför angeläget att gå vidare med någon form av kvalitativ undersökning, där syftet skulle vara att ta reda på vilket beslutsunderlag och vilket tillvägagångssätt, som krävs för att uppnå målet om tidig identifiering av rehabiliteringsbehov.

En väl upplagd kvalitativ undersökning bör ta tillvara erfarenheter och kunskaper hos de handläggare på försäkringskassorna, som arbetar med dessa sjukfall, och ge en fingervisning om, vilka delar av de nuvarande reglerna om fördjupad bedömning som leder till målet och vilka som bör ersättas av mera ändamålsenliga regler och tillvägagångssätt.