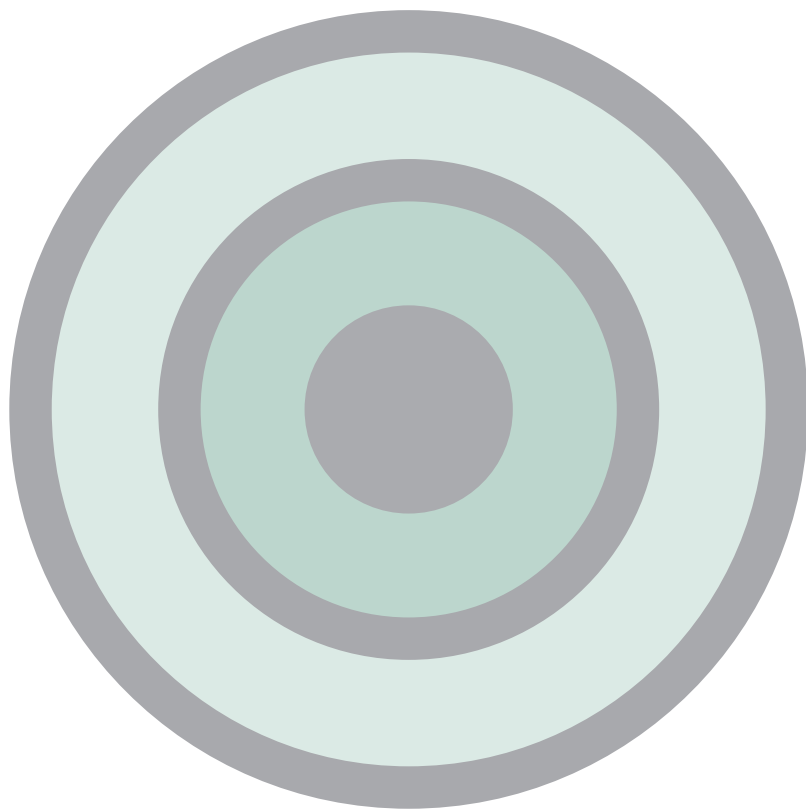


ANALYSERAR

2006:18



Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen

– en första utvärdering

Utgivare	Försäkringsdivisionen Enheten för utvärdering
Upplysningar	Mattias Ossowicki 08-786 91 09 mattias.ossowicki@forsakringskassan.se
Beställning	E-post: forsakringskassan@ontime.se Telefon: 08-556 799 29, On Time Internet: www.forsakringskassan.se
Tryck	Lenanders Grafiska AB, 2006

Förord

Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen har varit i kraft sedan 1 januari 2005. Reformen har diskuterats mycket i den politiska debatten. Syftet med medfinansieringen är att arbetsgivaren ska arbeta preventivt mot ohälsa på arbetsplatsen, och aktivt underlätta för sina anställda som är sjukskrivna att återgå i arbete. Denna studie undersöker medfinansieringen ur ett flertal perspektiv. Rapporten undersöker hur Försäkringskassan lever upp till de krav som ställdes på myndigheten i och med reformen. Registerbaserad statistik över medfinansieringens första år redovisas samt arbetsgivarnas syn och inställning till reformen diskuteras.

Mattias Ossowicki är huvudförfattare till rapporten. Följande personer har deltagit i framtagningen av rapporten som skribenter och/eller hjälpt till med databehandling: Marie Ekman, Anja Helms, Janet Runnerstedt, Josefin Ståhl, Bertil Thorslund, Erick Ujiji samt Esbjörn Åkesson.

Britt-Marie Anderson
Tf chef för enheten för utvärdering

Innehåll

Sammanfattande slutsatser	5
Bakgrund	9
Reformen om medfinansiering.....	10
Tänkbara effekter av medfinansieringen	11
Syftet med rapporten	12
Datamaterial och disposition.....	13
Medfinansiering i praktiken	14
Arbetsgivarnas inställning till medfinansieringen	17
Rehabiliterande åtgärder	23
Försäkringskassans arbete med sjukskrivning	27
Referenser	41
Bilaga	42

Sammanfattande slutsatser

Sedan 1 januari 2005 har arbetsgivaren ett särskilt medfinansieringsansvar för anställda som är sjukskrivna på heltid. Arbetsgivarens finansieringsansvar (medfinansieringen) utgörs av en särskild sjukförsäkringsavgift på 15 procent av den anställdes sjukpenning. Under vissa förutsättningar behöver dock inte arbetsgivaren betala avgiften. Det gäller om den anställda får förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning, har utökat särskilt högriskskydd, återgår i arbete på hel- eller deltid eller beviljas sjuk- och aktivitetsersättning. Syftet med de ekonomiska incitament som medfinansieringen skapar är – enligt regeringen – att arbetsgivare i större utsträckning dels ska förebygga ohälsa på arbetsplatsen, dels ska vidta åtgärder för att hjälpa sjukskrivna att återgå i arbete. Den nya lagstiftningen om medfinansiering innebär även förändringar för Försäkringskassans administration och arbete med sjukskrivningarna. Utvärderingsavdelningen vid Försäkringskassans huvudkontor har under våren 2006 börjat utvärdera vissa delar av medfinansieringsreformen. Huvudsyftet med denna rapport är att undersöka hur Försäkringskassan lever upp till de krav som ställs på myndigheten i och med reformen. De ökade kraven handlar om Försäkringskassans arbete med sjukskrivningarna samt samverkan mellan arbetsgivarna och Försäkringskassan. Avsikten med rapporten är dock även att redovisa en del registerbaserad statistik över medfinansieringens första år, samt belysa arbetsgivarnas inställning till reformen (enligt en mätning från hösten 2005) och vilka grupper av sjukskrivna som erhåller rehabiliterande åtgärder av arbetsgivare som betalar den särskilda avgiften.

Statistik från Försäkringskassan visar att cirka 53 000 arbetsgivare under perioden januari–november 2005 haft någon anställd som varit sjukskriven på heltid. Men det är endast cirka 16 500 arbetsgivare som har betalat medfinansieringsavgift. Detta beror på att många mindre arbetsgivare (färre än 100 anställda) hamnar under fribeloppet som är 12 000 kronor per arbetsgivare och år. Avsikten med fribeloppet, och högkostnadsskyddet, är framför allt att undvika att små arbetsgivare hamnar i svårigheter i och med reformen. Slutsatsen är att fribeloppet har fungerat som det var tänkt. Det är dock inte möjligt att i denna rapport ta hänsyn till högkostnadsskyddet, eftersom avgiften i förhållande till skyddet korrigeras i efterhand. Cirka 52 procent av arbetsgivarna med 10–19 anställda skulle ha betalat medfinansieringsavgift utan fribeloppet. I praktiken, dvs. när hänsyn tas till fribeloppet, är det 13 procent av arbetsgivarna som har 10–19 anställda som betalat medfinansiering. Bland arbetsgivare med 200 anställda eller fler är det i princip 100 procent som betalat medfinansieringsavgift. Sam-

mantaget har arbetsgivarkollektivet betalat cirka 1,8 miljarder kronor i medfinansieringsavgifter under år 2005. Detta innebär att arbetsgivarkollektivet betalat mindre i medfinansieringsavgift än storleken på sänkningen av arbetsgivaravgiften som motsvarade cirka 2,5 miljarder kronor (en sänkning med 0,24 procentenheter av arbetsgivaravgiften). Avsikten från regeringen var att reformen skulle bli kostnadsneutral för arbetsgivarkollektivet.

En förutsättning för att medfinansieringen ska påverka arbetsgivarnas beteende är att de känner till vad reformen innebär. Denna studie visar att 63 procent av arbetsgivarna har kännedom om vad medfinansieringen betyder för dem. Det är framför allt de större arbetsgivarna som känner till reformen. Detta beror självfallet på att det, i huvudsak, är de stora arbetsgivarna som betalar medfinansieringsavgift.

En slutsats av den här studien är att de arbetsgivare som känner till medfinansieringen har påverkats av den. Av de arbetsgivare som känner till reformen uppger 36 procent att de, i och med medfinansieringen, i större utsträckning kartlägger sjukfrånvaron på arbetsplatsen. Fyrtiotvå procent av arbetsledarna, som känner till reformen, uppger att de har – eller kommer att – skärpa rutinerna vid nyanställningar. Detta indikerar att det blir en ökad selektering vid nyanställningar på arbetsmarknaden med avseende på hälsotillstånd. Grupper som får det svårare att hitta ett arbete som en konsekvens av sådan statistisk diskriminering är bland andra kvinnor, äldre och personer med utländsk bakgrund. En kritik mot dessa resultat är de bygger på arbetsgivarnas inställning, attityder och hur de själva säger att de agerar. Det går inte att veta hur arbetsgivarna *faktiskt* agerar. Men även om vi inte vet hur arbetsgivarna ”objektivi” agerar är det anmärkningsvärt att 14 procent av dem som har kunskap om reformen uppger att de avskedar, eller kommer att avskeda, anställda som är långtidssjukskrivna.

Medfinansieringen verkar få en del positiva effekter. Av de arbetsgivare som känner till reformen är det 12 procent som uppger att de ska förändra sitt arbete med rehabilitering, 18 procent som uppger att de mer aktivt ska ta sitt rehabiliteringsansvar och 23 procent som kommer att se över arbetsmiljön på arbetsplatsen som en konsekvens av reformen. Detta kan innebära att arbetsgivarna vidtar, eller kommer att vidta, fler åtgärder för att få tillbaka anställda sjukskrivna i arbete efter reformens införande jämfört med tidigare. Men för tillfället finns ingen kunskap kring detta. Det är emellertid en förhållandevis låg andel av arbetsgivarna som vidtar rehabiliterande åtgärder. Av de heltidssjukskrivna (60 dagar eller längre) är det 36 procent som uppger att arbetsgivaren har vidtagit åtgärder för att underlätta återgång i arbete. Bland de deltidssjukskrivna är motsvarande siffra 32 procent. Det är tydligt att arbetsgivarna selekterar vad gäller *vilka* som erhåller rehabiliterande åtgärder. Bland de heltidssjukskrivna anställda är det framför allt medelålders, högutbildade, personer med diagnosen psykiska besvär, samt de sjukskrivna som arbetar på stora arbetsplatser som uppger att arbetsgivaren vidtar åtgärder för att individen ska kunna återgå i arbete.

År 2005 finns det, enligt denna studie, en rehabiliteringsutredning i 58 procent av de sjukfall där den anställde är sjukskriven på heltid. Det är en ökning med 10 procentenheter eller med 21 procent jämfört med år 2004 (48 procent). Ökningen av andelen sjukfall med en rehabiliteringsutredning är i det närmaste lika hög bland deltidssjukfallen som bland dem som omfattas av medfinansieringen. År 2005 finns det en rehabiliteringsutredning i 44 procent av deltidssjukfallen. År 2004 var samma siffra 36 procent. En förklaring till denna förbättring är möjligtvis den omfattande debatten i media, bland politiker och allmänhet om medfinansieringens införande och sjukfrånvarons orsaker samt konsekvenser som pågått under de senaste åren. Arbetsgivarna kan ha tagit intryck av denna debatt.

Rehabiliteringsutredningen ska komma in till Försäkringskassan inom åtta veckor. Av de rehabiliteringsutredningar som inkommit till Försäkringskassan var det år 2005 och år 2004 cirka 30 procent som inkom inom åtta veckor. Här åskådliggörs således ingen förbättring mellan åren. En slutsats är att det är viktigt att Försäkringskassan påminner arbetsgivaren om att skicka in rehabiliteringsutredningen. I åtta av tio fall inkom det en rehabiliteringsutredning år 2005, när väl Försäkringskassan påminde arbetsgivaren.

Denna studie visar att år 2005 finns det en rehabiliteringsplan i 11 procent av de sjukfall med hel sjukpenning där det också finns en rehabiliteringsutredning inskickat av arbetsgivaren. Detta är ingen större skillnad i jämförelse med 2003 (finns ej uppgifter för år 2004). I endast 5 procent av sjukfallen med hel sjukpenning har både arbetsgivaren skickat in en rehabiliteringsutredning *i tid* (inom åtta veckor) och Försäkringskassan upprättat en rehabiliteringsplan *i tid* (inom två veckor efter inkommen rehabiliteringsutredning). Slutsatsen av det blir att varken arbetsgivare eller Försäkringskassa lever upp till de lagar och regler som finns. Det är svårt att avgöra om detta är ett tillfredställande resultat eller inte. En rehabiliteringsplan ska upprättas när det finns ett klarlagt rehabiliteringsbehov eller när Försäkringskassan ska planera eller samordna insatser från flera aktörer. Men bland sjukfallen med hel sjukpenning år 2005 där det fanns *ett uppskattat behov* av arbetslivsinriktad rehabilitering upprättades det en rehabiliteringsplan i 58 procent av fallen. Motsvarande andel för år 2004 var 38 procent. Försäkringskassans sätt att arbeta med sjukskrivningarna har således, i detta avseende, förbättrats mellan de två åren.

År 2005 har ett avstämningsmöte ägt rum i 13 procent av sjukfallen, vilket är en högre andel jämfört med år 2003 (9 procent), i de ärenden där den anställde är sjukskriven på heltid. Motsvarande ökning finns även för den grupp av sjukskrivna där det inte varit aktuellt med medfinansiering, dock hålls färre avstämningsmöten i denna grupp. Försäkringskassan ska från och med den 1 januari år 2005 kalla till ett avstämningsmöte senast 14 dagar efter inkommen rehabiliteringsutredning om det inte bedöms som obehövligt. De flesta avstämningsmötena hålls senare än 60 dagar efter inkommen rehabiliteringsutredning oavsett hel-

respektive deltidssjukskrivning. Avstämningsmötena hålls även senare år 2005 i jämförelse med år 2003. En anledning till att avstämningsmötena hålls senare är troligen att reglerna numera säger *när* ett avstämningsmöte ska ha genomförts. Det kan vara så att Försäkringskassan innan medfinansieringsreformen trädde i kraft, inte inväntade rehabiliteringsutredningen i lika stor utsträckning. Att dra några slutsatser om andelen avstämningsmöten, och om de hålls vid ”rätt” tidpunkt är komplicerat, eftersom det i lagen står att ett möte ska hållas om det inte är obehövligt.

Andelen sjukfall där arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjats har ökat från år 2003 till år 2005, men däremot inte i jämförelse med 2001. Samma mönster återfinns för den grupp av sjukskrivna anställda som inte var aktuella för medfinansiering (deltidssjukskrivna). Det är vanskligt att utifrån denna studie avgöra om andelen som får arbetslivsinriktad rehabilitering har ökat år 2005, men de åtgärder som ändå påbörjas verkar komma igång tidigare (i jämförelse med 2001 och 2003). Att åtgärderna kommer i gång tidigare kan bero på flera olika saker. Det kan dels bero på Försäkringskassans arbete med dessa sjukfall har blivit bättre, men det skulle också kunna bero på medfinansieringens införande. I och med medfinansieringen har arbetsgivaren ett större ekonomiskt intresse av att den anställde återgår i arbete så fort som möjligt.

Detta är en första (beskrivande) studie om medfinansieringens första år. För att kunna dra mer övergripande och generella slutsatser om reformen är det viktigt med ytterligare studier som belyser hur olika grupper i samhället påverkas av reformen. Det är även centralt att använda mer kvalificerade metoder i de kvantitativa analyserna. Effekterna av reformen märks möjligtvis heller inte fullt ut under det första året. Medfinansieringen behöver därmed utvärderas när reformen varit i kraft i ett antal år. Fördjupade analyser kommer att genomföras inför nästa avrapporteringstillfälle till Socialdepartementet i juni 2007.

Bakgrund

Under hösten 2001 presenterade regeringen ett åtgärdsprogram för ökad hälsa i arbetslivet. Bakgrunden till åtgärdsprogrammet var att de långa sjukskrivningarna ökade mycket kraftigt under perioden 1997–2001. Ett av förslagen i åtgärdsprogrammet var att skapa ytterligare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att förebygga ohälsa bland anställda. Arbetsplatsen är enligt regeringen av central betydelse för arbetet att minska de långa sjukskrivningarna och arbetsgivaren har i allmänhet god kunskap om sina anställda och kännedom om vad som kan underlätta för den sjukskrivne att börja arbeta igen. Ett förslag till ny lagstiftning med inriktning mot starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare arbetades fram, men flera remissinstanser var kritiska på flera punkter och regeringen gick därför inte vidare med förslaget.

I budgetpropositionen för år 2004 (prop. 2003/04:1) togs frågan om stärkta ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare ånyo upp som en viktig aspekt för att minska sjukskrivningarna. I slutet av mars 2004 presenterades promemorian ”Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro” där huvudförslaget var att arbetsgivare från och med 1 januari 2005 skulle betala en särskild sjukförsäkringsavgift för anställda som är sjukskrivna på heltid. Den särskilda sjukförsäkringsavgiften skulle enligt förslaget utgöra 15 procent av sjukpenningkostnaden för arbetstagare som är sjukskrivna på heltid. Enligt regeringen skulle syftet med en sådan reform vara att ge arbetsgivarna ekonomiska incitament för att arbeta preventivt och rehabiliterande med de långa sjukskrivningarna. Enligt förslaget som lades fram skulle arbetsgivaren finansiera 15 procent av sjukpenningen under *hela* den tid den anställde är sjukskriven, eftersom de ekonomiska drivkrafterna blir mer verkningfulla ju längre tid de får verka.

Reformen kring den särskilda sjukförsäkringsavgiften trädde i kraft 1 januari 2005. Reformen kring det utökade kostnadsansvaret för arbetsgivarna benämns numera i allmänna ordalag som arbetsgivarnas *medfinansiering* av sjukpenningkostnaderna. Reformen om medfinansiering tydliggör och specificerar även hur Försäkringskassan ska arbeta med sjukskrivningarna. Medfinansieringsreformen har inneburit att regeringen, men också arbetsgivare, ställer nya krav på Försäkringskassans administration och arbetet med sjukskrivningarna. Förväntningarna på Försäkringskassan som en kompetent och tillgänglig partner i rehabiliteringsfrågor, förebyggande insatser men även kring allmänna frågor kring medfinansieringen blev påtaglig från början. Debatten kring medfinansieringens införande och konsekvenser har varit livlig i media, bland politiker och bland fack- och arbetsgivarorganisationer.

Reformen om medfinansiering

Sedan 1 januari 2005 har arbetsgivaren ett medfinansieringsansvar för anställda som är sjukskrivna på heltid. Denna reform är en av de större inom sjukförsäkringsområdet under senare år. Medfinansieringsansvaret utgörs av en särskild sjukförsäkringsavgift på 15 procent av den hela sjukpenning som utbetalas av Försäkringskassan. Under vissa förutsättningar behöver dock inte arbetsgivaren betala avgiften. Det gäller om den anställde får förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning, har utökat särskilt högriskskydd, återgår i arbete på deltid eller beviljas hel sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension/sjukbidrag). Bakgrunden till dessa undantag är att det ska stimulera arbetsgivaren att tidigt genomföra rehabiliteringsutredningar, vilket i sin tur ska leda till att olika åtgärder och insatser kan komma till stånd tidigt i sjukfallet. Enligt regeringen (proposition 2004/05:21) innebär den nya lagstiftningen att arbetsgivaren får ökade ekonomiska drivkrafter att arbeta med de långa sjukskrivningarna dels genom att det blir fler förebyggande insatser på arbetsplatserna, dels till att fler rehabiliterande åtgärder genomförs i syfte att underlätta för heltidssjukskrivna att återgå i arbete på hel- eller deltid.

Det finns ett så kallat *fribelopp* och ett *högkostnadsskydd* vad gäller medfinansieringsavgiften. Fribeloppet är 12 000 kronor och lika för alla arbetsgivare. Det innebär att arbetsgivaren endast betalar den särskilda sjukförsäkringsavgift som överstiger 12 000 kronor per kalenderår. Högkostnadsskyddet innebär att arbetsgivaren aldrig betalar mer än fyra procent av företagets sammanlagda lönesumma i särskild sjukförsäkringsavgift för ett kalenderår. Fribeloppet och högkostnadsskyddet är utformat så att mindre arbetsgivare inte ska hamna i ekonomiska svårigheter som en konsekvens av reformen. Uppbörderna sker genom att arbetsgivarens skattekonto debiteras. Varje månad aviseras arbetsgivare om debiteringen. Avisering sker även om arbetsgivaren ännu ligger under golvet (12 000 kronor) så att arbetsgivaren alltid ska ha kontroll och kunskap om situationen. Samtidigt som reglerna om medfinansiering infördes sänktes arbetsgivaravgiften med 0,24 procentenheter. Tanken med sänkningen av arbetsgivaravgiften är att reformen ska bli kostnadsneutral för arbetsgivar Kollektivet. Reformen innebar också att sjuklöneperioden förkortades från tre till två veckor.

Den nya lagstiftningen innebär även förändringar för Försäkringskassans administration och arbetet med sjukskrivningarna. I samband med att den särskilda sjukförsäkringsavgiften infördes gjordes ändringar i 22 kap AFL § 5 och 6, där det angavs inom vilken tid från det att en rehabiliteringsutredning inkommit som ett avstämningsmöte skulle hållas respektive rehabiliteringsplan upprättas. Försäkringskassan ska exempelvis (enligt proposition 2004/05:21) – om en individ behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilken det kan utbetalas rehabiliteringsersättning – upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter det att en rehabiliteringsutredning har inkommit från arbetsgivaren. Försäkringskassan skall vidare – om det inte är obehövligt – kalla den sjukskrivne till ett avstäm-

ningsmöte senast två veckor efter det att arbetsgivaren skickat en rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan. Enligt medfinansieringsreformen (proposition 2004/05:21) ska avstämningsmöten mellan den sjukskrivne, Försäkringskassan, arbetsgivaren och sjukskrivande läkare användas mer regelmässigt och tidigare i sjukfallen jämfört med tidigare. Arbetsgivaren har sedan tidigare ansvaret att upprätta en rehabiliteringsutredning om arbetstagaren blir sjukskriven fyra veckor eller längre. Rehabiliteringsutredningen ska ha inkommit till Försäkringskassan inom åtta veckor.

Tänkbara effekter av medfinansieringen

Åsikterna kring medfinansieringens betydelse för individ, arbetsgivare och samhälle har varit många. Både för- och nackdelar har diskuterats. Troligtvis får medfinansieringen olika ekonomiska och sociala konsekvenser för olika sektorer och grupper i samhället. En konsekvens, och som enligt regeringen är syftet med reformen, är att det blir mer lönsamt för arbetsgivare att vidta åtgärder för att minska de långa sjukskrivningarna.

En annan effekt av reformen kan bli att deltidssjukskrivningarna ökar. Om detta är fördelaktigt eller inte är svårt att veta eftersom det finns få studier om deltidssjukskrivning. En fördel med deltidssjukskrivning kan vara att individen behåller kontakten med arbetsplatsen, vilket skulle kunna främja återgång i arbete på heltid.

Medfinansieringsreformen kan även få konsekvenser som ökar polariseringen på arbetsmarknaden. Reformen innebär ekonomiska incitament för arbetsgivare att undvika sjukskrivning bland sina anställda, vilket kan påverka rekrytering och uppsägningar (SNS 2006). Risken finns att grupper med höga sjukskrivningstal exempelvis kvinnor och äldre, allt annat lika, kan komma att selekteras bort vid nyanställningar. Denna farhåga är den nackdel med reformen som oftast framförts i debatten kring medfinansieringen. Tabellen nedan visar det genomsnittliga antalet medfinansieringsdagar per inskriven försäkrad (befolkningen) efter kön och åldersgrupp.

Tabell 1 Genomsnittligt antal medfinansieringsdagar per inskriven försäkrad (befolkningen) efter kön och åldersgrupp, år 2005

	16–29 år	30–44 år	45–54 år	55–64 år	Samtliga
Kvinnor	1,3	5,3	7,5	8,6	5,4
Män	0,4	2,4	3,7	5,3	2,8
Samtliga	1,0	3,8	5,6	7,0	4,1

Källa: Försäkringskassans register, egna bearbetningar

En konsekvens av ökad selektering vid nyanställningar kan bli en ökad arbetslöshet bland grupper som i genomsnitt har sämre hälsa än andra. Reformen kan även innebära att rörligheten på arbetsmarknaden minskar (Palmer 2005), på grund av att individer med hög sjukfrånvaro får det besvärligare att byta jobb. Studier visar att en förändrad arbetssituation har betydelse för många sjukskrivna att återgå i arbete (Eklund och Ossowicki 2005).

En ytterligare effekt av reformen är att arbetsgivarna får ökade incitament till att uppmuntra långvarigt sjukskrivna att övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning. Arbetsgivaren undviker den särskilda sjukförsäkringsavgiften om den anställde övergår från sjukpenning till sjukersättning (tidigare förtidspension) vilket skulle bli ett problem för både individ och samhällsekonomi, eftersom sannolikheten för en person med sjuk- eller aktivitetsersättning att komma tillbaka i arbete är mycket låg. Det är emellertid Försäkringskassan som självfallet har avgörandet när det gäller att bevilja den anställde sjuk- eller aktivitetsersättning.

Syftet med rapporten

Huvudsyftet med denna rapport, är att utvärdera hur Försäkringskassan lever upp till de krav som ställdes på myndigheten i och med medfinansieringsreformen. De ökade kraven handlar dels om Försäkringskassans arbete med sjukskrivningarna, dels om samverkan mellan arbetsgivarna och Försäkringskassan. Det är, lite förenklat, fyra frågeställningar som kommer att belysas i denna rapport när det gäller Försäkringskassans arbete med sjukskrivningarna. För det första om det är fler arbetsgivare som skickar in en rehabiliteringsutredning. För det andra om Försäkringskassan upprättar en rehabiliteringsplan vid behov. För det tredje om reformen om medfinansiering har inneburit att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder kommit i gång tidigare, och till sist om Försäkringskassan vid behov samordnar avstämningsmöten i tillräckligt stor utsträckning.

Eftersom Försäkringskassan innehar datamaterial som även kan belysa andra aspekter av medfinansieringsreformen är ytterligare syften med denna rapport att redovisa en del registerbaserad statistik över medfinansieringens första år, samt belysa arbetsgivarnas inställning till reformen och vilka grupper av sjukskrivna som erhåller rehabiliterande åtgärder och insatser av de arbetsgivare som betalar den särskilda sjukförsäkringsavgiften. Arbetsgivarnas uppfattning om medfinansieringen belyses med hjälp av en enkätundersökning riktad till arbetsgivare runt om i landet. Uppgifter om rehabiliterande åtgärder och insatser bygger på information från de långtidssjukskrivna själva.

Datamaterial och disposition

Detta är en första delrapport kring medfinansieringen och har skrivits under en relativt kort tidsperiod. Detta innebär att rapporten i huvudsak är beskrivande och fördjupade analyser kommer att genomföras inför nästa avrapporteringstillfälle i juni 2007. Innehållet i denna rapport består i huvudsak av de data kring medfinansieringen som har kunnat tas fram under maj och juni månad år 2006. Det är många aspekter av medfinansieringen som inte belyses i rapporten, exempelvis effekter på arbetslöshet, arbetsutbud, på deltidssjukskrivningen eller medfinansieringens generella påverkan på sjukfrånvaron. En fördjupad analys av vissa av dessa frågeställningar kommer att studeras vid ett senare tillfälle.

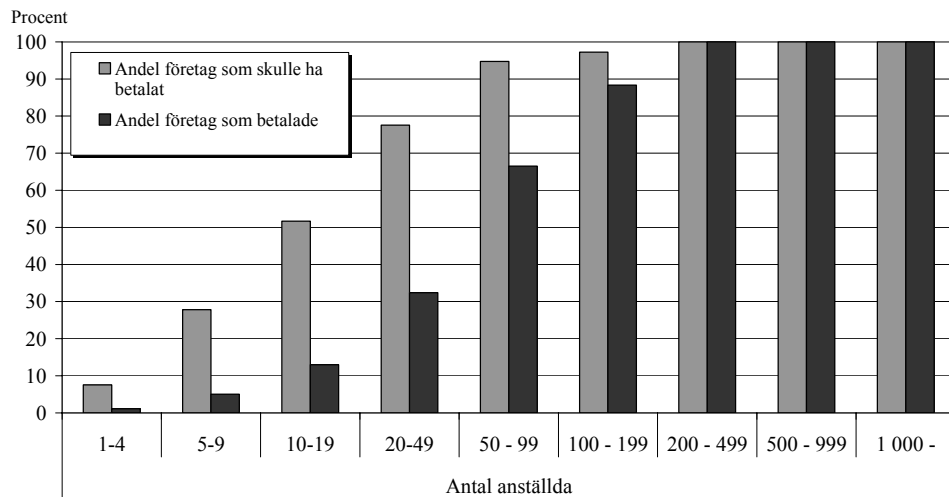
Det är ett antal olika datakällor som ligger till grund för rapporten. Den första delen av rapporten bygger på data från Försäkringskassans egna datalager. Den andra delen av rapporten, som belyser arbetsgivarnas attityder kring medfinansieringen, bygger på data från en enkät som skickats ut till arbetsgivare. Den tredje delen av rapporten bygger på en enkätundersökning till sjukskrivna personer, och den sista delen består i huvudsak av data från sjukfallsakter och enkäter till handläggare på Försäkringskassan. Bilagan i slutet av rapporten beskriver de olika datakällorna mer i detalj. Under varje enskild figur eller tabell redogörs det också för vilket datamaterial som ligger till grund för resultaten. Det är endast anställda sjukskrivna som studeras i denna rapport, eftersom exempelvis arbetslösa sjukskrivna per definition inte kan ha en arbetsgivare som kan betala särskild sjukförsäkringsavgift. Med långtidssjukskrivning menas i denna rapport sjukskrivning 60 dagar eller längre.

Medfinansiering i praktiken

Försäkringskassan har under perioden januari–november 2005 betalat ut 12 727 miljoner kronor i sjukpenning till heltidssjukskrivna anställda. Femton procent av den summan är 1 909 miljoner, vilket således är särskilda sjukförsäkringsavgiften. På grund av fribeloppet på 12 000 kronor blev summan som arbetsgivare debiterades 1 567 miljoner under perioden. I praktiken motsvarar den särskilda sjukförsäkringsavgiften 4,3 procent av de totala utgifterna för sjukpenning. Det beror på att Försäkringskassan betalar statlig ålderspensionsavgift på sjukpenningen, att deltidssjukskrivning alltid betalas av sjukförsäkringen samt på fribeloppet som är 12 000 kronor per arbetsgivare och år.

Det är 53 000 arbetsgivare som under perioden januari–november 2005 haft någon anställd som fått sjukpenning på heltid. Det är dock endast 16 500 som någon gång under året har blivit debiterade, dvs. kommit över golvet på 12 000 kronor. Arbetsgivarkollektivet har kompenserats för den särskilda sjukförsäkringsavgiften genom en sänkning av arbetsgivaravgiften med 0,24 procentenheter. Det beräknas motsvara en minskad inkomst för statskassan på 2,5 miljarder. Debiteringarna till arbetsgivarna kommer inte att överstiga 1,8 miljarder (på 12-månadersbasis) för år 2005, vilket innebär att arbetsgivarkollektivet har betalat in mindre i medfinansieringsavgift än storleken på sänkningen av arbetsgivaravgiften.

Figur 1 Arbetsgivare med medfinansiering i procent av totalt antal arbetsgivare – efter antal anställda, år 2005



Källa: Försäkringskassans register, egna bearbetningar

Figuren ovan visar att storleken på arbetsplatsen har stor betydelse för om en arbetsgivare betalar särskild medfinansieringsavgift. Figuren visar även effekten av fribeloppet på 12 000 kronor. Fribeloppet har en avsevärd betydelse för arbetsgivare med 1–100 anställda. Exempelvis utan fribeloppet skulle cirka 52 procent av arbetsgivarna med 10–19 anställda ha betalat medfinansieringsavgift. I praktiken med hänsyn till fribeloppet betalade 13 procent av arbetsgivarna med 10–19 anställda medfinansieringsavgift. Bland arbetsgivare med mer än 200 anställda eller fler är det 100 procent som betalade medfinansieringsavgifter under år 2005.

Tabell 2 Arbetsgivare med medfinansiering i procent av totalt antal arbetsgivare – efter näringsgren och antal anställda, år 2005 (justerat för fribelopp)

	1–4	5–9	10–19	20–49	50–99	100–199	200–499	500–999	1000–
Jordbruk, skogsbruk, fiske och jakt	0,9	3,6	11,9	28	60,9	83,3	100	100	–
Utvinning av material	1,4	4,5	24,4	53,8	57,1	100	100	–	100
Tillverkning	1,3	5,7	15,6	38,3	75,4	92,6	98,6	98,1	98,5
El-, gas-, värme- och vattenförsörjning	1,3	4,5	15,1	36,1	78	94,4	100	100	100
Byggverksamhet	1,5	6	14,5	38,6	74,5	89,6	100	100	100
Parti- och detaljhandel, reparation av motor- och hushållsapparater etc.	1,1	4,5	11,5	28,5	62,2	89,5	99,1	94,3	100
Hotell- och restaurangverksamhet	1,2	3,9	8,3	21,6	52,7	78,4	90	100	100
Transport, magasinering, kommunikation	1,5	6,4	17,1	36,9	72,7	96,8	95,5	100	96,3
Finansiell verksamhet	0,9	1,6	5,6	20,2	59,1	67,3	100	100	100
Fastighets- och uthyrningsverksamhet	0,8	4,1	9,9	25,1	54,4	80,7	95,6	97,4	100
Offentlig förvaltning och försvar, obligatorisk socialförsäkring	1,1	8	10,8	28,8	57,6	100	97,2	100	93,8
Utbildning	1,6	7,7	14,9	38,6	61,1	86,0	100	100	100
Hälsa- och sjukvård, sociala tjänster	1,1	6,2	17,8	38,9	80,7	92,5	100	100	100
Andra samhälliga och personliga tjänster	1,1	5	13,7	33,8	63,8	86,4	95,7	100	100

Källa: Försäkringskassans register, egna bearbetningar

Tabell 3 Anställda med medfinansiering i procent av alla anställda – efter näringsgren och antal anställda, år 2005 (justerat för fribelopp)

	Totalt	1–4	5–9	10–19	20–49	50–99	100–199	200–499	500–999	1000–
Jordbruk, skogsbruk, fiske och jakt	0,3	0,5	1,0	1,9	4,0	5,4	7,6	6,6	7,4	–
Utvinning av material	1,3	0,6	0,9	3,8	7,0	5,7	10,8	7,1	–	7,2
Tillverkning	1,6	0,7	1,3	2,6	4,9	8,2	9,5	10,3	9,8	9,9
El-, gas-, värme- och vattenförsörjning	1,7	0,3	1,1	2,3	4,6	7,5	6,4	6,2	7,2	5,3
Byggverksamhet	1	0,8	1,4	2,2	4,8	7,7	8,0	9,2	8,7	8,7
Parti- och detaljhandel, reparation av motor- och hushållsapparater etc.	0,8	0,6	1,1	1,8	3,3	5,8	7,6	7,8	9,5	9,5
Hotell- och restaurangverksamhet	0,6	0,7	1,0	1,4	2,5	4,3	5,3	7,5	6,5	9,7
Transport, magasinering, kommunikation	1,1	0,8	1,6	2,8	4,3	7,5	10,3	9,4	8,0	10,6
Finansiell verksamhet	0,5	0,5	0,3	1,0	1,9	4,7	4,4	6,6	9,6	7,5
Fastighets- och uthyrningsverksamhet	0,5	0,5	1,0	1,7	3,0	5,1	6,7	6,8	5,3	7,4
Offentlig förvaltning och försvar, obligatorisk socialförsäkring	2,6	0,3	2,5	1,3	3,4	5,7	7,8	7,5	8,1	7,6
Utbildning	1,8	1,0	2,0	2,6	5,5	6,3	6,6	7,4	9,1	12,3
Hälso- och sjukvård, sociala tjänster	1,5	0,5	1,6	3,6	5,5	10,2	10,1	10,8	13,6	13,1
Andra samhälliga och personliga tjänster	0,7	0,7	1,3	2,3	4,3	6,7	8,0	8,7	9,2	11,6

Källa: Försäkringskassans register, egna bearbetningar

Arbetsgivarnas inställning till medfinansieringen

Under perioden oktober till december 2005 genomförde Statistiska centralbyrån (SCB) en enkätundersökning på uppdrag av utvärderingsavdelningen vid Försäkringskassans huvudkontor. Populationen var chefer/arbetsledare som leder den dagliga verksamheten och har ansvar för miljö och sjukskrivna medarbetare på arbetsställen med anställda. Urvalet av arbetsställen stratifierades efter storlek och geografisk region. Totalt var det 4 811 chefer/arbetsledare som besvarade frågeblanketten, vilket är 61 procent av urvalet. Bakgrunden till undersökningens genomförande är att det finns stora skillnader i sjukfrånvaro mellan olika delar av landet. Hela undersökningen består av fyra enkäter som skickades ut till arbetsgivare, läkare, handläggare på Försäkringskassan och till ett urval av befolkningen. I den enkät som skickades till arbetsgivare ställdes ett antal

frågor om medfinansieringen. Reformen hade varit i kraft i cirka 10–12 månader när respondenterna svarade på frågorna om medfinansieringen.

Tabellen nedan visar vilka arbetsgivare som vet vad medfinansieringen innebär uppdelat på antal anställda och sjukfrånvaro¹ på arbetsplatsen. Det visar sig att 63 procent av cheferna/arbetsledarna på arbetsplatserna vet vad medfinansieringen innebär (innan frågorna om medfinansieringen ställs i enkäten återfinns en kort information om den särskilda sjukförsäkringsavgiften). Kunskapen om vad medfinansieringen innebär samvarierar med storleken på arbetsplatsen. Endast 39 procent av arbetsgivarna med 1–4 anställda vet vad reformen innebär, medan cirka 80 procent bland arbetsgivare med 100 anställda eller fler känner till vad medfinansieringen innebär.

Tabell 4 Andel arbetsgivare som har kännedom om vad medfinansieringen innebär – enligt chef/arbetsledare på arbetsplatsen, december 2005

Genomsnittlig sjukfrånvaro på arbetsplatsen under 2002–2004	Antal anställda på arbetsplatsen								
	1–4	5–9	10–19	20–49	50–99	100–199	200–499	500–	Totalt
0–14 dagar	36	44	47	54	78	74	85	–	43
15–29 dagar	36	44	64	73	73	78	76	70	67
30–59 dagar	45	60	72	68	76	80	81	83	74
60–89 dagar	50	59	78	71	81	80	81	89	76
90 dagar eller fler	47	48	61	74	81	86	83	88	68
Totalt	39	49	61	68	78	81	81	82	63

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: SKA-undersökningen, egna bearbetningar

Framför allt bland de små arbetsgivarna har även sjukfrånvaron på arbetsplatsen betydelse för att ha kunskap om den särskilda sjukförsäkringsavgiften. Endast 54 procent av arbetsgivarna med 20–49 anställda och som har 0–14 dagar sjukfrånvaro i genomsnitt under perioden 2002–2004 känner till reformen (se tidigare not för definition av sjukfrånvaro på arbetsplatsen). Motsvarande andel för lika stora arbetsgivare, men med minst 90 dagar sjukfrånvaro på arbetsplatsen är 74 procent. En anledning till att mindre arbetsgivare inte känner till medfinansieringen kan vara att det är färre av dem som betalar medfinansieringsavgift.

¹ Genomsnittligt antal sjukdagar på arbetsstället har tagits fram genom att matcha Försäkringskassans register över ersatta sjukskrivningsdagar och sjuk- eller aktivitetsersättningsdagar för personer i åldern 20–64 år under åren 2002–2004 mot RAMS. Antalet sjukdagar per arbetsställe dividerades sedan med det antal personer som var kopplade till arbetsstället enligt RAMS november 2003 (en person är kopplad till det arbetsställe varifrån man får sin huvudsakliga inkomst). Variabeln kan endast ses som ett grovt mått på sjukfrånvaro, eftersom det t.ex. inte är säkert att en person var anställd på arbetsstället under hela perioden 2002–2004.

I enkäten ställdes en fråga om i vilket utsträckning arbetsgivaren har, eller kommer, – i och med medfinansieringen – att förändra förhållanden på arbetsplatsen. Det är endast chefer/arbetsledare som svarat att de vet vad medfinansieringen innebär som svarat på de frågor som gäller den särskilda sjukförsäkringsavgiften. Svartalternativen som är kopplade till frågorna består av skalan 1–7. Sju innebär att man instämmer i mycket stor utsträckning, och ett innebär att man inte alls instämmer. I tabellerna nedan redovisas andelar som bygger på de svar där chefer/arbetsledare kryssat 6 eller 7. Att ha kryssat dessa alternativ redovisas som att *i hög grad* genomfört förändringar på arbetsplatsen, som en konsekvens av medfinansieringen. Resultaten bygger på arbetsgivarnas inställning, attityder och hur de själva säger att de agerar i och med medfinansieringen. Det går *inte* att utifrån denna statistik veta hur arbetsgivarna *faktiskt* agerar som en konsekvens av reformen.

Tabell 5 Arbetsgivare som, i och med medfinansieringen, i hög grad kartlägger sjukfrånvaron. Procent – enligt chefer/arbetsledare på arbetsplatsen, december 2005

Genomsnittlig sjukfrånvaro på arbetsplatsen 2002–2004	Antal anställda på arbetsplatsen								
	1–4	5–9	10–19	20–49	50–99	100–199	200–499	500–	Totalt
0–14 dagar	25	–	–	25	–	–	–	–	27
15–29 dagar	–	–	–	27	–	30	–	–	28
30–59 dagar	–	27	–	39	36	47	34	51	41
60–89 dagar	–	–	–	33	33	46	44	44	40
90 dagar eller fler	26	–	–	39	31	52	50	–	37
Totalt	25	28	31	34	34	46	37	47	36

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: SKA-undersökningen, egna bearbetningar

Trettiosex procent av de arbetsgivarna som känner till reformen uppger att de, som följd av medfinansieringen, i hög grad kartlägger – eller har kartlagt – sjukfrånvaron på arbetsplatsen. Detta visar att många arbetsgivare, på något sätt, påverkas av reformen. Det är framför allt större arbetsgivare med hög sjukfrånvaro som uppger att de kartlägger sjukfrånvaron. Vid små arbetsplatser behövs det säkerligen inte göras någon kartläggning, eftersom antalet anställda är få vilket innebär att arbetsgivaren redan vet hur sjukfrånvaron ser ut på arbetsplatsen.

Att kartlägga sjukfrånvaron kan ha ett samband med att arbetsgivaren ser över kostnaderna för sjukfrånvaron. För den sjukskrivne kan detta både vara positivt och negativt. Det kan dels betyda att arbetsgivaren gör det för att förbättra arbetsmiljön/vidta åtgärder för att hjälpa sjukskrivna att åter börja jobba, eller för att på andra sätt undvika sjukskrivning på arbetsplatsen. Ett sätt att undvika

sjukskrivning på arbetsplatsen är att skärpa rutinerna vid nyanställning, dvs. att i större utsträckning undvika att anställa individer som tillhör grupper som har höga relativa risker för sjukfrånvaro, exempelvis kvinnor, äldre och lågutbildade. Sådan diskriminering kan innebära högre arbetslöshet för dessa grupper och lägre rörlighet på arbetsmarknaden.

Det är 42 procent av de arbetsgivare som har kunskap om reformen som också uppger att de skärper rutinerna vid nyanställning som en konsekvens av medfinansieringen. Det är vanligare att små arbetsgivare uppger att de har skärpt, eller ska skärpa, rutinerna vid nyanställning. Konsekvenserna för små arbetsgivare att få ett antal anställda sjukskrivna på heltid innebär troligtvis större problem än vad det innebär för större arbetsgivare. Dessa resultat kan ses som en indikation på en ökad selektering med avseende på hälsa som en konsekvens av reformen. Allt annat lika, indikerar detta att en arbetsgivare föredrar att anställa en individ med *låg* sjukfrånvaro jämfört med en individ med *hög* sjukfrånvaro. Orsaken till det är att minimera risken för framtida kostnader för sjukfrånvaro.

Tabell 6 Arbetsgivare som, i och med medfinansieringen, i hög grad skärper rutinerna vid nyanställning. Procent – enligt chef/arbetsledare på arbetsplatsen, hösten 2005

Genomsnittlig sjukfrånvaro på arbetsplatsen 2002–2004	Antal anställda på arbetsplatsen								
	1–4	5–9	10–19	20–49	50–99	100–199	200–499	500–	Totalt
0–14 dagar	–	46	42	40	–	–	–	–	44
15–29 dagar	–	–	52	39	–	36	36	–	38
30–59 dagar	–	–	51	48	35	43	43	39	41
60–89 dagar	–	63	–	40	37	42	42	35	40
90 dagar eller fler	62	51	–	34	35	39	39	–	42
Totalt	51	49	45	40	35	40	34	36	42

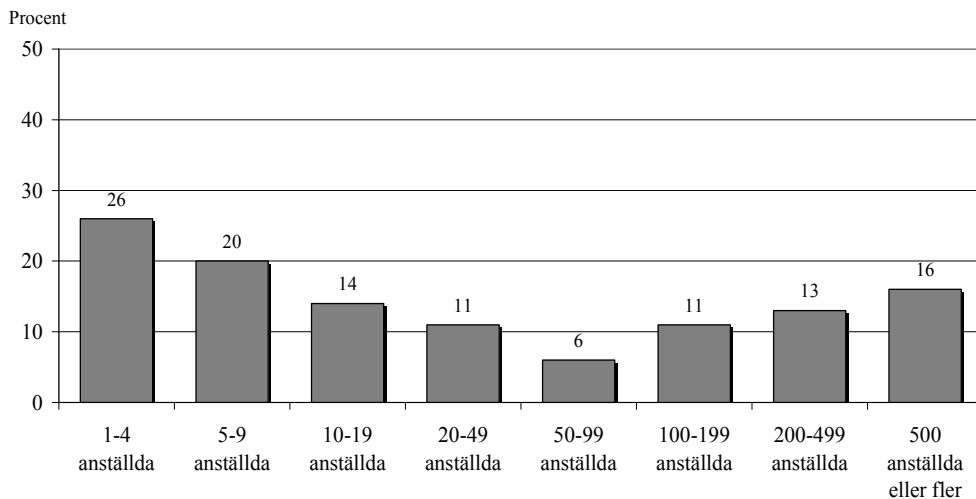
Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: SKA-undersökningen, egna bearbetningar

De ekonomiska incitamenten att undvika sjukskrivning bland anställda kanske inte bara påverkar arbetsgivarnas beteende vid rekrytering, utan också deras förhållande till uppsägningar. Resultaten från enkäten visar att arbetsgivare uppger att de har, eller kommer att, säga upp långtidssjukskrivna. Enligt lag är det i princip förbjudet med uppsägningar på grund av sjukskrivning. I enkätundersökningen HALS (se bilaga för en beskrivning av HALS-undersökningen) som riktar sig till sjukskrivna visar det sig att 4 procent av de långtidssjukskrivna (60 dagar eller längre) uppger att de under år 2005 blivit uppsagda från sitt arbete på grund av sin sjukskrivning. Av de arbetsgivare som har kunskap om reformen är det 14 procent som uppger att de i stor utsträckning har, eller kom-

mer att, säga upp långtidssjukskrivna på grund av medfinansieringen. Det är de små, och de allra största, arbetsgivarna som uppger i enkäten att de i stor utsträckning har, eller kommer att, säga upp långtidssjukskrivna i och med medfinansieringen.

Figur 2 Arbetsgivaren som, i och med medfinansieringen, i hög grad säger upp långtidssjukskrivna. Procent – enligt chef/arbetsledare på arbetsplatsen, hösten 2005



Källa: SKA-undersökningen, egna bearbetningar

Tabell 7 Arbetsgivaren som, i och med medfinansieringen, i hög grad ställer krav på Försäkringskassan. Procent – enligt chef/arbetsledare på arbetsplatsen, hösten 2005

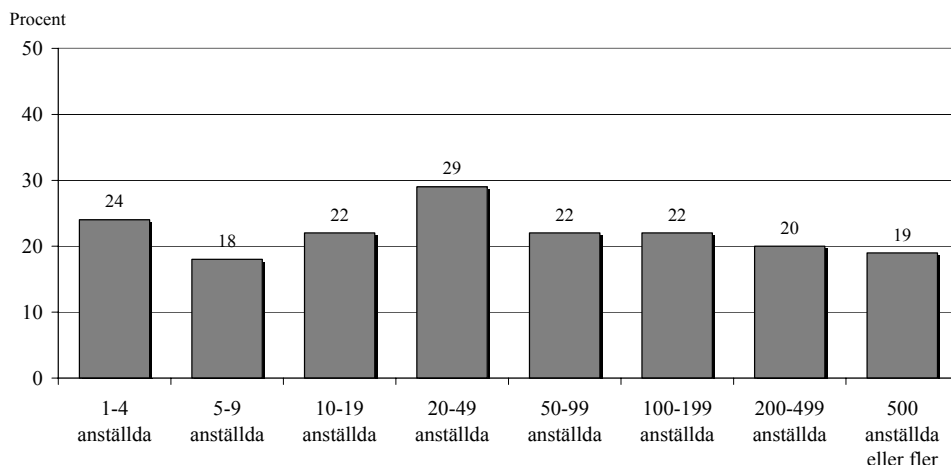
Genomsnittlig sjukfrånvaro på arbetsplatsen 2002–2004	Antal anställda på arbetsplatsen								Totalt
	1–4	5–9	10–19	20–49	50–99	100–199	200–499	500–	
0–14 dagar	36	33	34	36	–	–	–	–	35
15–29 dagar	–	–	–	35	–	37	66	–	40
30–59 dagar	–	–	–	35	36	46	41	57	42
60–89 dagar	–	–	–	40	–	43	40	46	38
90 dagar eller fler	42	–	–	28	42	41	41	–	38
Totalt	37	35	37	34	32	42	44	52	39

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: SKA-undersökningen, egna bearbetningar

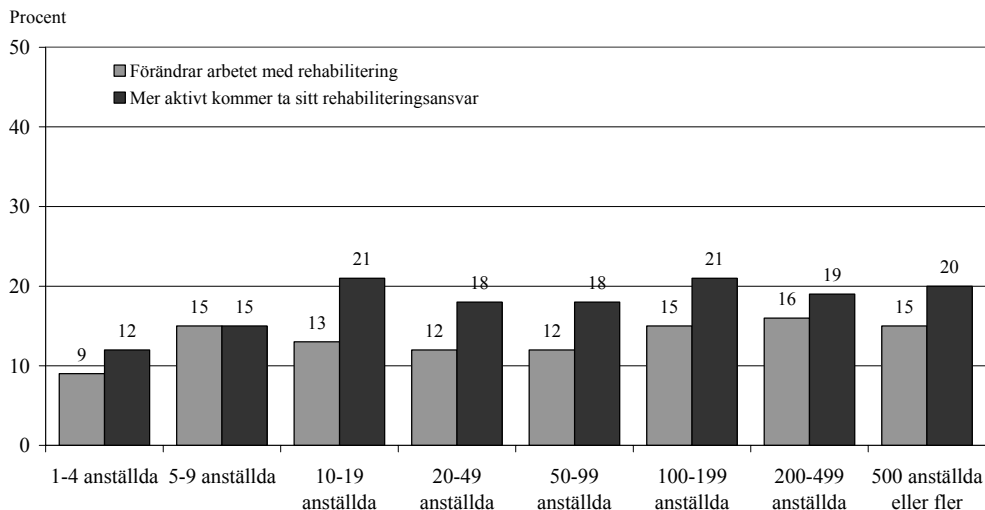
Huvudsyftet med medfinansieringen är att arbetsgivare dels ska förebygga ohälsa på arbetsplatsen, dels vidta åtgärder för att hjälpa sjukskrivna anställda att komma tillbaka i arbete. Ett första steg när det gäller att börja arbeta förebyggande är att se över arbetsmiljön på arbetsplatsen. I genomsnitt uppger 23 procent av de arbetsgivare som har kunskap om reformen att de kommer att se över arbetsmiljön som en konsekvens av reformen. Antalet anställda på arbetsplatsen har inte någon större betydelse för om arbetsgivaren ser över arbetsmiljön. Hur omfattande sjukfrånvaron är på arbetsplatsen verkar heller inte spela någon större roll. Det är 20 procent av arbetsgivarna med 0–14 dagar sjukfrånvaro på arbetsplatsen under perioden 2002–2004 som uppger att de ska se över arbetsmiljön som en konsekvens av medfinansieringen. Motsvarande siffra för de arbetsgivare som i genomsnitt har 90 sjukdagar på arbetsplatsen är 27 procent.

Figur 3 Arbetsgivare som, i och med medfinansieringen, i hög grad ser över arbetsmiljön. Procent – enligt chef/arbetsledare på arbetsplatsen, hösten 2005



Av de arbetsgivare som har kännedom om medfinansieringsreformen är det 12 procent som säger att de ska förändra sitt arbete med rehabilitering på arbetsplatsen. Det är en något högre andel som anger att de i högre grad kommer att ”ta sitt rehabiliteringsansvar” (18 procent). De allra största arbetsgivarna har, eller kommer att, förändra sitt arbete med rehabilitering och i större utsträckning ta sitt rehabiliteringsansvar, i och med medfinansieringen, i högre grad än de allra minsta arbetsgivarna. Bland de arbetsgivare som har 0–14 sjukdagar i genomsnitt på arbetsplatsen är det 14 procent som uppger att de i större utsträckning ska ta sitt rehabiliteringsansvar medan motsvarande andel för de arbetsgivare som har 90 sjukdagar på arbetsplatsen är 22 procent.

Figur 4 *Arbetsgivare som, i och med medfinansieringen, i hög grad förändrar arbetet med rehabilitering samt mer aktivt kommer att ta sitt rehabiliteringsansvar. Procent – enligt chef/arbetsledare på arbetsplatsen, hösten 2005*



Rehabiliterande åtgärder

Medfinansieringen innebär att arbetsgivare får starkare ekonomiska incitament att hjälpa anställda sjukskrivna att komma tillbaka i arbete. Innan reformen försvann de direkta kostnaderna för sjukfrånvaron för arbetsgivaren efter sjuklöneperioden. Teoretiskt sätt innebar detta i teorin att det tidigare endast fanns ekonomiska incitament för arbetsgivarna att försöka undvika den korta sjukfrånvaron. Införandet av medfinansieringen innebär att det dessutom blir lönsamt för arbetsgivare att även bry sig om den långvariga sjukfrånvaron. Nedan studeras hur arbetsgivare selekterar bland anställda när det gäller att vidta rehabiliterande åtgärder och insatser.

Mycket av den information som finns om sjukskrivna bygger på registeruppgifter eller information från Försäkringskassans sjukfallsakter. Den sjukskrivnes eget perspektiv på om arbetsgivaren vidtar rehabiliterande åtgärder kan dock inte belysas med hjälp av register eller sjukfallsakter. Eftersom den sjukskrivne kan ge viktig information om tänkbara förklaringar till de höga sjukskrivningstalen och vad som kan underlätta för individer att återgå i arbete påbörjade Riksförsäkringsverket (numera Försäkringskassan) under våren 2002 en återkommande enkätundersökning riktad till sjukskrivna personer. Med hjälp av undersökningen går det att studera om arbetsgivare vidtar rehabiliterade åtgärder för att hjälpa sjukskrivna att återgå i arbete. Exempel på åtgärder är byte av

arbetsuppgifter, förändring av arbetsschema, förändringar av arbetsmiljön eller om arbetsgivaren ordnar så att den sjukskrivne kan arbetsträna. Enkätundersökningen har genomförts vid två tillfällen (år 2002 respektive år 2005) vilket möjliggör att studera om arbetsgivarna numera i högre grad vidtar rehabiliterande åtgärder. Det är dock svårt att avgöra utifrån befintliga data om medfinansieringen har påverkat arbetsgivarna vad gäller att vidta rehabiliterande åtgärder och insatser.

Tabell 8 visar emellertid att arbetsgivarna i signifikant högre grad vidtar rehabiliterande åtgärder år 2005 i jämförelse med 2002. År 2005 uppger 36 procent av de personer som är långvarigt sjukskrivna på heltid att arbetsgivaren har vidtagit en eller flera åtgärder för att hjälpa dem att återgå i arbete. Detta är en ökning med 6 procentenheter eller med 20 procent i jämförelse med år 2002. Även om det skett en ökning mellan dessa två tidpunkter är det en majoritet av arbetsgivarna, som har anställda som är sjukskrivna på heltid, som inte vidtar några åtgärder för att hjälpa individen tillbaka i arbete. Sjukskrivna som har en arbetsgivare som inte betalar medfinansieringsavgift, dvs. anställda som är långtids-sjukskrivna på deltid, uppger inte i högre grad att arbetsgivaren vidtar åtgärder 2005 i jämförelse med år 2002.

Tabell 8 Långtidssjukskrivna (60 dagar eller längre) som uppger att arbetsgivaren vidtar åtgärder för att få den anställde att återgå i arbete
Logistisk regression och procentandelar

Omfattning sjukskrivning	Heltid		Deltid	
	Oddsquoter	Procent	Oddsquoter	Procent
År				
2005	1,25**	36	0,95	32
2002 (ref)	1	30	1	33
Kön				
Kvinna (ref)	1	34	1	32
Man	1,02	32	1,08	34
Ålder				
20–29 år	0,78	27	0,76	23
30–44 år (ref)	1	37	1	29
45–54 år	1,01	38	1,65**	41
55–64 år	0,71**	28	1,07	32
Utbildning				
Grundskola, högst 9 år	0,80**	26	0,53**	26
Gymnasium (ref)	1	33	1	36
Högskola/universitet	1,25**	40	0,91	33
Antal anställda på arbetsplatsen				
1–4 anställda	0,56**	22	0,70	23
5–9 anställda	0,69**	27	1,18	35
10–19 anställda	0,73**	30	0,96	31
20–49 anställda	0,96	35	1,26	35
50–99 anställda (ref)	1	35	1	32
100–199 anställda	1,12	39	1,28	36
200–499 anställda	1,24	39	0,85	28
500 anställda eller fler	1,39*	43	1,39	37
Sjukskrivningsdiagnos				
Psykiska sjukdomar	2,14**	48	1,44	36
Besvär i rörelseorganen	1,18*	32	1,55*	38
Övriga sjukdomar	1	25	1	25
Sjukskrivningslängd				
60–89 dagar (ref)	1	20	1	22
90–179 dagar	1,62**	30	1,77*	33
180–364 dagar	2,28**	38	1,56	31
365 dagar eller längre	2,62**	40	2,64**	44
Antal observationer	3 758		633	

** Signifikant på 1 %-nivå, * Signifikant på 5 %-nivå

Källa: HALS-undersökningen 2003, HALS-undersökningen 2006, egna bearbetningar

Vissa grupper av långvarigt heltidssjukskrivna uppger i större utsträckning att arbetsgivaren vidtar rehabiliterade åtgärder. För långvarigt heltidssjukskrivna med endast grundskoleutbildning är chansen lägre att arbetsgivaren vidtar åtgärder i jämförelse med dem med högre utbildning. Även ålder spelar en viss roll för om den sjukskrivne ska uppge att arbetsgivaren vidtar åtgärder för att hjälpa individen att återgå i arbete. Heltidssjukskrivna i åldern 55–64 år uppger i lägre grad att arbetsgivaren vidtar åtgärder jämfört med heltidssjukskrivna i åldern 30–44 år. Det är möjligt att arbetsgivare upplever att det är svårare att hjälpa äldre sjukskrivna att återgå i arbete som har en kortare period kvar i arbetslivet jämförelsevis med yngre eftersom motivationen att återgå i arbete troligtvis (i genomsnitt) är lägre bland äldre i jämförelse med yngre. En annan förklaring kan vara att arbetsgivaren vidtar rehabiliterande åtgärder för de personer som de upplever har störst chans att komma tillbaka i arbete.

En faktor som har stor betydelse för om arbetsgivaren vidtar åtgärder eller inte är antal anställda på arbetsplatsen. Chansen att arbetsgivaren ska vidta åtgärder är betydligt lägre på mindre arbetsplatser. En förklaring till detta kan vara att arbetsgivare på små arbetsplatser har mindre resurser till rehabiliteringsåtgärder än vad större arbetsgivare har. Större arbetsgivare kan erbjuda företagshälsovård och andra resurskrävande åtgärder i större utsträckning och har bättre kunskap om sitt rehabiliteringsansvar än mindre arbetsgivare. Av de långvarigt heltidssjukskrivna som arbetar på en arbetsplats med 1–4 anställda uppger 22 procent att arbetsgivaren vidtar åtgärder för att hjälpa individen att återgå i arbete. Motsvarande siffra bland långtidssjukskrivna på en arbetsplats med minst 500 anställda är 43 procent. Bland deltidssjukskrivna spelar däremot inte storleken på arbetsplatsen någon roll för att uppge att arbetsgivaren vidtar åtgärder.

Andra faktorer som har betydelse för om arbetsgivaren vidtar åtgärder är individens sjukskrivningsdiagnos och sjukskrivningslängd. Bland långtidssjukskrivna som har en arbetsgivare som betalar medfinansieringsavgift är det framför allt personer med diagnosen psykiska besvär som uppger att arbetsgivaren vidtar åtgärder som syftar till att få individen åter i arbete. Av individer som varit heltidssjukskrivna under sjukfallet samt varit sjukskrivna minst ett år uppger 40 procent att arbetsgivaren har vidtagit rehabiliterande åtgärder. Av de som varit sjukskrivna 60–89 dagar uppger 20 procent samma sak.

Tabell 9 Olika åtgärder arbetsgivaren hjälpt till med att vidta för att den sjukskrivne ska kunna återgå i arbete. Procent

Omfattning sjukskrivning	Heltid		Deltid	
	Ar 2005	Ar 2002	Ar 2005	Ar 2002
Förändring av arbetsuppgifter på samma arbetsplats	50	35	46	38
Arbetsträning	26	30	16	10
Rehabiliteringsprogram	27	23	24	19
Förändring av den fysiska arbetsmiljön	17	12	14	18
Byte av både arbetsplats och arbetsuppgifter	15	13	15	7
Förändring av arbetsschema	26	9	27	12
Byte av arbetsplats med samma arbetsuppgifter	10	8	10	5
Utbildning	3	4	6	2
Annat	14	13	14	16

Anm. Kolumnerna summerar till mer än 100 procent eftersom de sjukskrivna kunde uppgge att arbetsgivaren vidtog mer än en åtgärd.

Källa: HALS-undersökningen 2003, HALS-undersökningen 2006, egna bearbetningar

Förändringar av arbetsschemat kan exempelvis handla om att förlägga arbetstiden under en annan tid på dygnet. Ett mönster är att arbetsgivarna verkar anpassa arbetsplatsen efter den sjukskrivnes behov i större utsträckning år 2005 i jämförelse med 2002. Detta verkar dock inte ha med medfinansieringen att göra eftersom även arbetsgivare som har anställda som är deltidssjukskrivna vidtar dessa åtgärder i högre grad 2005 jämfört med 2002.

Enligt individen är den vanligaste åtgärden som arbetsgivare vidtar är att hjälpa den anställde att byta arbetsuppgifter. Även i jämförelse med 2002 är det en högre andel arbetsgivare som hjälper den långtidssjukskrivne att återgå i arbete genom att låta individen byta arbetsuppgifter. Att förändra den anställdes arbetsschema är också vanligare år 2005 i jämförelse med år 2002. Detta gäller även för personer som är långvarigt sjukskrivna på deltid, dvs. sjukfall som inte berörs av medfinansieringen.

Försäkringskassans arbete med sjukskrivning

Försäkringskassan har sedan tidigare samordningsansvaret för individens rehabilitering vilket innebär att Försäkringskassan ska se till, och verka för, att de olika rehabiliteringsåtgärder som individen behöver fogas samman. I detta avsnitt studeras hur Försäkringskassan arbetar med sjukskrivningarna. I samband med medfinansieringsreformen ökade kraven på Försäkringskassans verksamhet. Försäkringskassan ska, om den sjukskrivne behöver en rehabiliteringsåtgärd – upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter det att en rehabiliteringsutredning har inkommit från arbetsgivaren. Försäkringskassan skall vidare –

om det inte är obehövt – kalla den sjukskrivne till ett avstämningsmöte senast två veckor efter det att arbetsgivaren skickat en rehabiliteringsutredning.

I detta avsnitt undersöks även i vilken omfattning arbetsgivare skickar in den obligatoriska rehabiliteringsutredningen. I likhet med tidigare avsnitt studeras endast heltidssjukskrivningar som pågått 60 dagar eller längre bland personer med en anställning. I dessa sjukfall betalar arbetsgivaren den särskilda sjukförsäkringsavgiften motsvarande 15 procent av sjukpenningen. Jämförelsegruppen är sjukfall på deltid bland personer med en anställning.

Syftet med medfinansieringen är att arbetsgivarna ska bli mer aktiva vad gäller att vidta rehabiliterande åtgärder. Ett första steg när det gäller rehabiliteringsinsatser är att kartlägga behovet av åtgärder i en rehabiliteringsutredning. Arbetsgivaren har ett ansvar att i samråd med individen kartlägga dennes rehabiliteringsbehov samt vidta de åtgärder som krävs för att individen ska kunna återgå i arbete. Arbetsgivaren ska alltid göra en rehabiliteringsutredning när arbetstagaren varit helt eller delvis sjukskriven i minst fyra veckor. Även när det inte finns behov av rehabiliteringsinsatser ska en utredning göras, där det tydliggörs varför individen inte behöver hjälp med några åtgärder. Arbetsgivaren har även ansvar att genomföra en rehabiliteringsutredning när arbetstagaren har upprepade korta sjukperioder eller när arbetstagaren själv begär det.

Resultaten visar att det finns en rehabiliteringsutredning i 58 procent av de sjukfall där arbetsgivaren betalar medfinansieringsavgift. Detta är en ökning med 10 procentenheter eller med 21 procent jämfört med år 2004 (heltidssjukskrivningar), dvs. året innan medfinansieringen infördes. Jämfört med år 2003 är ökningen ännu större. Det ska nämnas att före den 1 juli 2003 hade arbetsgivaren inget ansvar att skicka in en rehabiliteringsutredning i alla ärenden, utan endast om det ansågs som behövt. I deltidssjukfallen skickas det in färre rehabiliteringsutredningar. Men ökningen av andelen sjukfall med en rehabiliteringsutredning är i det närmaste lika hög bland deltidssjukfallen som bland dem som omfattas av medfinansieringen. Detta tyder på att det är andra faktorer än medfinansieringen *i sig* som har gjort att arbetsgivarna i högre grad genomför och sänder in en rehabiliteringsutredning till Försäkringskassan. Men medfinansieringen kan ha fått indirekta effekter. Debatten kring medfinansieringen, tillsammans med det direkta kostandsansvaret, kan ha påverkat arbetsgivarna att arbeta mer generellt med sjukfrånvaron på arbetsplatserna.

Tabell 10 Rehabiliteringsutredning upprättad av arbetsgivaren efter sektor Sjukskrivna 60 dagar eller längre. Procent

	År 2005		År 2004		År 2003	
	Medfin	Deltid	Heltid	Deltid	Heltid	Deltid
Privat sektor	55	42	43	30	18	12
Kommunal sektor	62	46	55	49	26	17
Statlig sektor	63	46	55	20	19	23
Landsting	59	48	54	40	24	16
Samtliga	58	44	48	36	21	15

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, LS 2004, egna bearbetningar

Enligt lagen om allmän försäkring ska rehabiliteringsutredningen komma in till Försäkringskassan inom åtta veckor från sjukansmälningdagen. Av de rehabiliteringsutredningar som inkommit till Försäkringskassan var det både år 2005 och 2004 inte fler än runt 30 procent som inkom inom åtta veckor (se tabell 11). Cirka hälften av de inskickade rehabiliteringsutredningarna inkom inom 11 veckor. En del rehabiliteringsutredningar inkommer emellertid mycket sent till Försäkringskassan. Av de rehabiliteringsutredningar som inkom år 2005 var det 15 procent som skickades in sex månader eller senare efter den första sjukskrivningsdagen (visas ej i tabell). Vid en jämförelse mellan heltidssjukskrivna och deltidssjukskrivna år 2005 framgår det att arbetsgivare till heltidssjukskrivna i högre grad skickar in rehabiliteringsutredningen i tid, dvs. inom åtta veckor.

Tabell 11 Tidpunkt för när rehabiliteringsutredningen inkom till Försäkringskassan. Heltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Kumulativ procent

	Inom 8 veckor	Inom 9 veckor	Inom 10 veckor	Inom 11 veckor	Efter 12 veckor eller längre
År 2005	32	38	44	53	100
År 2004	28	37	47	56	100
År 2003	25	34	41	47	100

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, LS 2004, egna bearbetningar

Tabell 12 Tidpunkt för när rehabiliteringsutredningen inkom till Försäkringskassan. Deltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Kumulativ procent

	Inom 8 veckor	Inom 9 veckor	Inom 10 veckor	Inom 11 veckor	Efter 12 veckor eller längre
År 2005	23	29	36	45	100
År 2004	–	–	–	–	–
År 2003	–	–	–	–	–

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, LS 2004, egna bearbetningar

Enligt Försäkringskassans metodsamling – som innehåller regler kring hur handläggningen ska fungera – framgår att om en rehabiliteringsutredning inte har inkommit inom nio veckor ska handläggaren skicka ett påminnelsebrev till arbetsgivaren. I 29 procent av fallen där arbetsgivaren betalar medfinansieringsavgift, och där arbetsgivaren inte skickat in en rehabiliteringsutredning i tid, påminner Försäkringskassan arbetsgivaren. I de fall där sjukskrivningen är på deltid påminner Försäkringskassan arbetsgivaren i något lägre grad.

Tabell 13 Försäkringskassan har skriftligen påmint arbetsgivaren om att skicka in en rehabiliteringsutredning. Sjukskrivna 60 dagar eller längre. Procent

	Medfin/heltid	Deltid
År 2005	29	23
År 2004	27	20

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, egna bearbetningar

Av resultaten framgår att år 2005 är det en större andel rehabiliteringsutredningar (jämfört med 2004) som skickas in *utan* att Försäkringskassan sänt ut någon påminnelse till arbetsgivaren. Detta verkar vara fallet oavsett om arbetsgivaren har anställda som är sjukskrivna på heltid eller deltid. Cirka sex av tio rehabiliteringsutredningar inkom till Försäkringskassan utan att Försäkringskassan behövde påminna arbetsgivaren. Det är ofta som en påminnelse från Försäkringskassan leder till att arbetsgivaren skickar in en rehabiliteringsutredning. I åtta av tio fall inkom det en rehabiliteringsutredning år 2005, när väl Försäkringskassan påminde arbetsgivaren (visas ej i tabell). År 2004 var motsvarande siffra 76 procent (visas ej i tabell). En slutsats är att det är viktigt att Försäkringskassan påminner arbetsgivaren om rehabiliteringsutredningen.

Tabell 14 Rehabiliteringsutredningen från arbetsgivaren inkom *utan* eller *med* påminnelse. Heltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Procent

	Utan påminnelse	Efter påminnelse
År 2005	64	36
År 2004	48	52

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, egna bearbetningar

Tabell 15 Rehabiliteringsutredningen från arbetsgivaren inkom utan eller med påminnelse. Deltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Procent

	Utan påminnelse	Efter påminnelse
År 2005	60	40
År 2004	–	–

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, egna bearbetningar

I rehabiliteringsutredningen ska arbetsgivaren beskriva den anställdes behov av rehabilitering och vilka åtgärder som pågår, eller skulle behöva påbörjas, för att den anställda ska kunna återgå i arbete. Det visar sig att innehållet i utredningarna vad gäller föreslagna åtgärder inte har förändrats särskilt mycket mellan åren 2005 och 2004. Det är dock en lägre andel rehabiliteringsutredningar som innehöll information om att ingen åtgärd var igång med anledning av att man avvaktade medicinsk behandling eller utredning år 2005 jämfört med 2004. Detta kan tyda på att arbetsgivarna numera vill att åtgärder ska komma i gång tidigare i sjukfallet, som en konsekvens av ett ökat kostnadsansvar. De arbetsgivare som betalar medfinansieringsavgift har föreslagit deltidssjukskrivning som åtgärd i 14 procent av rehabiliteringsutredningarna. Tyvärr finns det ingen jämförelse som kan göras med år 2004. Vid deltidssjukskrivning behöver arbetsgivaren inte betala medfinansieringsavgiften.

Arbetsgivarna efterfrågar inte avstämningsmöten i rehabiliteringsutredningarna i högre grad 2005 jämfört med år 2004. Två procent av arbetsgivarna föreslår ett avstämningsmöte i rehabiliteringsutredningen. Ett avstämningsmöte kan ses som ett tämligen ”formellt” möte med flera parter inblandade. Det kan vara så att arbetsgivare i stället för ett avstämningsmöte önskar mer informella kontakter vid behov.

Tabell 16 De åtgärder arbetsgivaren har föreslagit i rehabiliteringsutredningen. Sjukskrivna 60 dagar eller längre. Procent

	År 2005		År 2004	
	Medfin	Deltid	Heltid	Deltid
Anpassning av arbetsplatsen	24	36	24	–
Omplacering	6	5	8	–
Arbets träning på ordinarie arbetsplats	7	4	11	–
Arbets träning på annan arbetsplats	2	1	3	0
Åtgärder som ska göras på utanför arbetsplats	8	9	9	–
Utbildning	1	1	2	–
Deltidssjukskrivning	14	23	Ej	–
Arbetsresor	0	0	Ej	–
Avstämningsmöte	2	1	2	0
Arbets hjälpmedel	3	5	Ej	–
Ingen åtgärd i avvaktan på behandling/utredning	30	21	45	–
Inga åtgärder alls har föreslagits	21	22	Ej	–
Annat	11	13	15	–

Anm. Kolumnerna summerar till mer än 100 procent eftersom arbetsgivaren kunde föreslå flera åtgärder i rehabiliteringsutredningen.

– innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Ej innebär att åtgärden inte fanns som alternativ

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, egna bearbetningar

Försäkringskassan ska, om den sjukskrivne behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilket ersättning kan utges enligt 22 kapitlet AFL – upprätta en rehabiliteringsplan senast två veckor efter det att en rehabiliteringsutredning har inkommit från arbetsgivaren. Försäkringskassans initiativ och samordningsansvar innebär att tidigt klarlägga rehabiliteringsbehov och ta initiativ till samt koordinera och följa upp rehabiliteringsåtgärder utifrån individens behov och förutsättningar. En rehabiliteringsplan ska upprättas när en person behöver en rehabiliteringsåtgärd för vilken rehabiliteringsersättning kan utges. Av planen ska bland annat framgå målet med rehabiliteringen och vilka åtgärder som är aktuella och vem som ansvarar för att åtgärderna kommer igång inom den tid som är beslutat. Rehabiliteringsplanen ska innehålla de kostnader som åtgärderna ger upphov till och hur de är fördelade. Utgångspunkten är att arbetsgivaren ska betala allt eller merparten av kostnaderna (22kap 6 § AFL). Rehabiliteringsplanen ska så långt som möjligt upprättas i samråd med den försäkrade (22 kap 6 § AFL och kapitel 16 vägledning 2004:2). Enligt den gemensamma arbetsmetoden ska en plan för återgång i arbete/rehabiliteringsplan upprättas även i ärenden då åtgärder ska vidtas för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete och Försäkringskassan är med och samordnar åtgärderna, även om rehabiliteringsersättning inte ska betalas ut.

Tabellen nedan visar att år 2005 finns det en rehabiliteringsplan i 11 procent av de sjukfall med hel sjukpenning där det också finns en rehabiliteringsutredning

inskickad av arbetsgivaren. Detta är ingen större skillnad i jämförelse med 2003. Bland deltidssjukfallen med en inkommen rehabiliteringsutredning finns det en rehabiliteringsplan i 7 procent av ärendena.

Tabell 17 Sjukfall med rehabiliteringsplan i procent av de sjukfall där det finns en rehabiliteringsutredning upprättad av arbetsgivaren

	Medfin/heltid		Deltid	
	Ja	Nej	Ja	Nej
År 2005	11	89	7	93
År 2003	13	87	7	93

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2005, Försäkringskassans metodundersökning 2004, egna bearbetningar

I samband med medfinansieringsreformen preciseras i 22 kapitlet AFL inom vilken tid rehabiliteringsutredningen ska komma in till Försäkringskassan och inom vilken tid Försäkringskassan ska upprätta en rehabiliteringsplan efter det att utredningen skickats in. I *5 procent* av alla sjukfall (anställda med hel sjukpenning) har både arbetsgivaren skickat in en rehabiliteringsutredning *i tid* (inom åtta veckor) och Försäkringskassan upprättat en rehabiliteringsplan *i tid* (inom två veckor efter inkommen rehabiliteringsutredning). Men om man bortser från vilken tidpunkt arbetsgivaren skickat in rehabiliteringsutredningen har Försäkringskassan tagit fram en rehabiliteringsplan i 14 procent av sjukfallen *inom två veckor* efter det att arbetsgivaren skickat in rehabiliteringsutredningen. Motsvarande andel för deltidssjukskrivna är 26 procent. Det verkar som Försäkringskassan i detta sammanhang prioriterar deltidssjukskrivna. Det är vanskligt att avgöra om detta är höga eller låga andelar. En rehabiliteringsplan ska upprättas när det finns ett klart rehabiliteringsbehov eller när Försäkringskassan ska planera eller samordna insatser från flera aktörer.

Tabell 18 Har en rehabiliteringsplan upprättats vid behov av arbetslivsinriktad rehabilitering? Procent

Här rehabiliteringsplan upprättats?	Försäkringskassans ställningstagande till arbetsinriktade rehabilitering			
	Finns behov		Finns inte behov	
	År 2005	År 2004	År 2005	År 2004
Ja	58	38	10	14
Nej	42	62	90	86
Summa procent	100	100	100	100

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans Metodundersökning 2004, egna bearbetningar

Bland sjukfallen med hel sjukpenning år 2005 där det bedöms finnas *ett behov* av arbetslivsinriktad rehabilitering upprättades en rehabiliteringsplan i 58 pro-

cent av fallen. Motsvarande andel för 2004 var 38 procent. Det är handläggaren på Försäkringskassan som uppskattar behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering. I analysen ingår alla ärenden med hel sjukpenning och där det både finns en rehabiliteringsutredning och en rehabiliteringsplan. Tabellen ovan visar även att det upprättats rehabiliteringsplaner i sjukfall där handläggaren bedömt att det *inte* finns något behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Frågan är om Försäkringskassan prioriterar rätt bland de sjukskrivna vad gäller att upprätta rehabiliteringsplaner. I rehabiliteringsplanen ska det finnas uppgifter om de åtgärder som ska vidtas, och vem eller vilka, som ska vidta åtgärderna. Enligt rehabiliteringsplanerna ska arbetsgivaren ensam vidta åtgärderna i 47 procent av fallen (visas ej i någon tabell). Det visar sig också att i 35 procent av sjukfallen ska flera olika aktörer vidta ett antal olika åtgärder.

Samarbetet mellan arbetsgivare och Försäkringskassan kan ske på flera olika sätt. Den första kontakten som Försäkringskassan kan ta med arbetsgivaren är, enligt den så kallade metodsamlingen, en aktivitet som heter *förkorta sjukperioden*. Här diskuteras exempelvis möjligheten till anpassning av arbetsuppgifterna, om det finns möjlighet för den sjukskrivne att arbeta i reducerad takt eller om individen kan byta arbetstider. I Försäkringskassans metodundersökning år 2004 och 2005 fick handläggare som arbetar med sjukskrivna enligt metodsamlingen svara på vilket inflytande de tycker att arbetsgivaren har när det gäller aktiviteten *förkorta sjukperioden*. Resultaten visar att andelen handläggare som tycker att arbetsgivaren har ett mycket stort inflytande har ökat från år 2004 till 2005. Under 2004 upplevde handläggarna i högre grad att arbetsgivaren hade ett ganska stort inflytande när det gäller att förkorta sjukperioden. Det är möjligt att debatten kring, och införandet av, medfinansieringen har inneburit att arbetsgivarna engagerar sig mer och ökar sitt inflytande vad gäller att förkorta den anställdes sjukperiod.

Tabell 19 Arbetsgivaren har följande inflytande när det gäller att förkorta sjukperioden – enligt handläggare vid Försäkringskassan. Procent

	År 2005	År 2004
Inget/inte särskilt stort	5	6
Ganska stort	29	41
Mycket stort	65	52
Vet ej	1	1

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2005, Försäkringskassans metodundersökning 2004, egna bearbetningar

Det sker även ett samarbete mellan arbetsgivare och Försäkringskassan vid så kallade avstämningmöten. Vid avstämningmöten träffar Försäkringskassan och den sjukskrivne en eller flera aktörer (till exempel arbetsgivare, läkare, företagshälsovård och/eller arbetsförmedling) för att utreda arbetsförmågan och

klarlägga individens behov av rehabilitering. Dessa avstämningsmöten ses som ett viktigt redskap för att bidra till lägre sjukfrånvaro (Proposition 2002/03:89).

Initiativ till ett avstämningsmöte kan tas av antingen arbetsgivaren, läkaren, den sjukskrivne eller Försäkringskassan. Arbetsgivaren kan till exempel efterfråga ett avstämningsmöte i rehabiliteringsutredningen. Detta gör arbetsgivarna emellertid sällan, se tidigare tabell. Att Försäkringskassan tillsammans med andra aktörer ska samordna avstämningsmöten infördes i lagen om allmän försäkring den 1 juli 2003. Resultaten visar att avstämningsmöten är vanligare år 2005 (13 procent av sjukfallen) jämfört med år 2003 (9 procent) i de ärenden där den anställde är sjukskriven på heltid. Motsvarande ökning föreligger även för den grupp av försäkrade där det inte varit aktuellt med medfinansiering, dock hålls generellt något färre avstämningsmöten i denna grupp. Eftersom lagen kring avstämningsmöten började gälla vid halvårsskiftet 2003 samt att det tar en viss tid att utbilda handläggare kring hur avstämningsmötena ska fungera är det inte förvånande att det genomfördes flera avstämningsmöten under 2005.

Tabell 20 Har ett avstämningsmöte förekommit under sjukskrivningen. Procent

	Medfin/heltid		Deltid	
	Ja	Nej	Ja	Nej
År 2005	13	87	7	93
År 2003	9	91	3	97

Källa: LS/Metod 2006; LS 2004, egna bearbetningar

Tidpunkten för när avstämningsmötet genomförs kan vara viktigt för att förhindra en allt för lång sjukskrivningsperiod. Det är centralt att behovet av rehabilitering utreds tidigt, samt att åtgärder och insatser påbörjas inom rimlig tid. Det genomförs färre avstämningsmöten inom tre månader år 2005 i jämförelse med 2003. En anledning till detta är att reglerna numera är tydligare med *när* ett avstämningsmöte ska ha genomförts, dvs. senaste två veckor efter att rehabiliteringsutredningen inkommit från arbetsgivaren. Det kan vara så att Försäkringskassan innan medfinansieringsreformen trädde i kraft, inte inväntade rehabiliteringsutredningen i lika hög grad.

Tabell 21 Tidpunkt för avstämningsmötet från sjukankmälningsdagen år 2005. Procent

	Medfin		Deltid	
	Procent	Kumulativ procent	Procent	Kumulativ procent
1–89 dagar	16	16	–	–
90–179 dagar	30	46	–	–
180–269 dagar	25	71	–	–
270–364 dagar	24	95	–	–
365 dagar eller senare	5	100	–	–

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: LS/Metod 2006; LS 2004, egna bearbetningar

Tabell 22 Tidpunkt för avstämningsmötet från sjukankmälningsdagen år 2003. Procent

	Heltid		Deltid	
	Procent	Kumulativ procent	Procent	Kumulativ procent
1–89 dagar	25	25	–	–
90–179 dagar	26	51	–	–
180–269 dagar	21	72	–	–
270–364 dagar	20	92	–	–
365 dagar eller senare	8	100	–	–

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: LS/Metod 2006; LS 2004, egna bearbetningar

Försäkringskassan ska från och med den 1 januari år 2005 kalla till ett avstämningsmöte senast två veckor efter inkommen rehabiliteringsutredning om detta inte bedöms som obehövt. Utifrån de undersökningar Försäkringskassan genomfört går det dock endast att belysa när avstämningsmötena har hållits i förhållande till inkommen rehabiliteringsutredning. Enligt tabellen nedan hålls de flesta avstämningsmötena senare än 60 dagar efter inkommen rehabiliteringsutredning oavsett hel- respektive deltidssjukskrivning, dessa andelar har dessutom ökat från år 2003 till 2005. Att dra några slutsatser kring om avstämningsmötena hålls i ”rätt tid” är svårt eftersom det i lagen står att ett möte ska hållas när det är behövt. När det är behövt går inte att ”fånga” med hjälp av genomförda akt- och enkätundersökningar. Det kan vara så att det inte är behövt att ha ett avstämningsmöte förrän efter en viss tid. Det är 16 procent av avstämningsmötena, bland de sjukfall som omfattas av medfinansieringen, som genomförs *innan* eller *inom* två veckor efter inkommen rehabiliteringsutredningen från arbetsgivaren.

Tabell 23 När avstämningsmötena har hållits i förhållande till inkomsten rehabiliteringsutredning. Procent

	År 2005		År 2003	
	Medfin	Deltid	Heltid	Deltid
Före	9	–	27	–
Samma dag	2	–	9	–
Inom 14 dagar	5	–	5	–
15–28 dagar	6	–	4	–
29–59 dagar	15	–	12	–
60 dagar eller senare	63	–	43	–

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: LS/Metod 2006, LS 2004, egna bearbetningar

Enligt reglerna kring avstämningsmöten ska Försäkringskassan vara den aktör som kallar de olika parterna till mötet. Kallelseansvaret kan dock överlåtas till en annan aktör om det finns ett upparbetat samarbete, dock ska Försäkringskassan alltid försäkra sig om att den försäkrade fått kännedom om mötet (Metodstöd avstämningsmöte 2006-05-04). Tabellen nedan åskådliggör att det är vanligast att Försäkringskassan kallar till mötena bland de sjukfall där medfinansiering har varit aktuellt. Den näst vanligaste enskilda aktören som kallar till avstämningsmötena är arbetsgivaren (18 procent av fallen med medfinansiering). Motsvarande siffra för 2004 var också 18 procent. Att flera aktörer kallar till avstämningsmötena har ökat något från år 2004 till 2005.

Tabell 24 Vilken aktör som kallar till avstämningsmötet. Procent

	År 2005		År 2004	
	Medfin	Deltid	Heltid	Deltid
Arbetsförmedlingen	0	–	0	–
Arbetsgivaren	18	–	18	–
Den sjukskrivne	0	–	2	–
Försäkringskassan	41	–	43	–
Läkaren	8	–	6	–
Annan	2	–	5	–
Flera aktörer har kallat	19	–	11	–
Uppgift saknas	12	–	15	–

Anm. I LS/Metod 2006 är det sjukfall som pågått längst 401 dagar, för att göra denna grupp så lik den i Försäkringskassans metodundersökning 2004 som möjligt har i sistnämnda undersökning ärenden som överstiger 540 dagar tagits bort.

– innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: LS/Metod 2006, Försäkringskassans metodundersökning 2004, egna bearbetningar

Aktundersökningen från 2004 visar att i 37 procent av avstämningsmötena var arbetsgivaren aldrig mötesledare. Denna andel för år 2005 är 27 procent, vilket tyder på att arbetsgivaren är mer aktiv vad gäller att leda avstämningsmötena

mellan den sjukskrivne, Försäkringskassan, läkare och andra aktörer. Arbetsgivaren efterfrågar dock inte särskilt ofta avstämningsmöten enligt rehabiliteringsutredningen (se tidigare tabell). Det kan dock vara så att arbetsgivare önskar fler möten och kontakt med Försäkringskassan än vad som åskådliggörs i rehabiliteringsutredningen, exempelvis spontana kontakter och möten när behov uppstår.

Tabell 25 Avstämningsmöten som har förts av arbetsgivaren – enligt handläggaren. Procent

	År 2005		År 2004	
	Procent	Kumulativ procent	Procent	Kumulativ procent
Så gott som aldrig	27	27	37	37
Inte i särskilt stor utsträckning	37	67	30	67
I ganska stor utsträckning	26	90	24	91
I mycket stor utsträckning	8	98	6	97
Vet inte	2	100	3	100

Källa: Försäkringskassans metodundersökning 2004; Försäkringskassans metodundersökning 2005, egna bearbetningar

Ett syfte med att ange inom vilken tid avstämningsmöten ska hållas och rehabiliteringsplaner ska upprättas i samband med rehabiliteringsutredningen är att fler rehabiliterande åtgärder ska påbörjas, och att dessa åtgärder påbörjas tidigare i sjukfallen. Sedan 1992 har arbetsgivaren förstahandsansvar och Försäkringskassan samordningsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Arbetsgivaren har ansvaret att uppmärksamma, utreda behovet av, finansiera och se till att åtgärderna påbörjas. Avsikten med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att individen ska få tillbaka sin arbetsförmåga och därmed sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Flera aktörer (exempelvis arbetsgivare, sjukvården och Försäkringskassan) kan vara inblandade i olika delar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Andelen sjukfall där arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjats har ökat från år 2003 till 2005 men däremot inte i jämförelse med 2001. Samma mönster återfinns för den grupp av sjukskrivna anställda som inte var aktuella för medfinansiering (deltidssjukskrivna). Begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering innefattar i huvudsak: olika typer av utbildningar, anpassning av arbetsplatsen eller arbetsuppgifterna, arbetsträning hos ordinarie arbetsgivare eller hos annan arbetsgivare samt olika typer av aktiverings-/motivationsinsatser. År 2005 hade arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjats i 21 procent av heltidssjukskrivningarna. Motsvarande siffra för 2003 är 13 procent och för 2001 har arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjats i 22 procent av heltidssjukfallen.

Tabell 26 Om arbetslivsinriktad rehabilitering har påbörjats i sjukfallet. Procent

	Medfin/heltid		Deltid	
	Ja	Nej	Ja	Nej
År 2005	21	79	18	82
År 2003	13	83	6	94
År 2001	22	78	21	79

Källa: LS/Metod 2006 och LS 2002, Försäkringskassans metodundersökning 2004, egna bearbetningar

Även om det inte finns någon större ökning av andelen som får arbetslivsinriktad rehabilitering så verkar de åtgärder som ändå påbörjas komma igång tidigare i sjukfallen år 2005 (i jämförelse med 2003 och 2001). Av de deltidssjukskrivna som får arbetslivsinriktad rehabilitering är det 47 procent som har påbörjat åtgärden inom två månader. Motsvarande andel bland heltidssjukskrivna är 21 procent.

Tabell 27 Tidpunkt när arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas. Från dagen för sjukanmälan. Heltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Kumulativ procent

	Inom 59 dagar	Inom 89 dagar	Inom 179 dagar	Inom 364 dagar	Efter 365 dagar eller längre
År 2005	21	37	63	96	100
År 2003	11	22	46	93	100
År 2001	16	24	59	93	100

Källa: LS/Metod 2006 och LS 2004, egna bearbetningar

Tabell 28 Tidpunkt när arbetslivsinriktad rehabilitering påbörjas. Från dagen för sjukanmälan. Deltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Kumulativ procent

	Inom 59 dagar	Inom 89 dagar	Inom 179 dagar	Inom 364 dagar	Efter 365 dagar eller längre
År 2005	47	64	83	99	100
År 2003	30	37	37	46	100
År 2001	22	33	46	95	100

Källa: LS/Metod 2006 och LS 2004, egna bearbetningar

Huvudregeln bör vara att en rehabiliteringsplan upprättas om det finns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Bland heltidssjukfallen som påbörjat en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd finns det en rehabiliteringsplan i 42 procent av fallen år 2005. Motsvarande siffra för deltidssjukfall är 25 procent.

Tabell 29 Om rehabiliteringsplan finns i de sjukfall där arbetslivsinriktad åtgärd har påbörjats. Heltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Procent

	Ja	Nej
År 2005	42	58
År 2003	62	38

Källa: LS/Metod 2006 och LS 2004, egna bearbetningar

Tabell 30 Om rehabiliteringsplan finns i de sjukfall där arbetslivsinriktad åtgärd har påbörjats. Deltidssjukskrivna 60 dagar eller längre. Procent

	Ja	Nej
År 2005	25	75
År 2003	–	–

Anm. – innebär att antalet observationer är för få för att kunna redovisas

Källa: LS/Metod 2006 och LS 2004, egna bearbetningar

Referenser

Regeringens proposition 2004/05:21, Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro.

Budgetproposition år 2004, 2003/04:1.

Eklund och Ossowicki (2005), Sjukskriven i onödan? Analyserar 2005:5, Försäkringskassan, Stockholm.

Palmer (2004), En reform av sjukförsäkringen, Ekonomisk debatt nr 4 2004 årgång 32.

Bilaga

Datamaterial

Utvärderingsavdelningen vid Försäkringskassan huvudkontor har under de senaste åren utvecklat ett antal databaser som innehåller information kring sjukförsäkringen. Databaser har skett på flera olika sätt. Registerdata från Försäkringskassans datalager har bearbetats och kvalitetssäkrats för utvärderingsändamål. Enkätundersökningar har dels skickats ut till sjukskrivna, dels till handläggare på försäkringskassorna. Det är således ett antal olika datakällor som används i denna rapport. Nedan beskrivs de olika datamaterialen mer i detalj.

Försäkringskassans register

Utvärderingsavdelningen vid Försäkringskassans huvudkontor har sedan införandet av reformen samlat in datauppgifter om medfinansieringen. Databasen innehåller värdefull information om alla debiteringar och krediteringar som gjorts till arbetsgivare runt om i landet. Bland annat finns uppgifter kring arbetsgivarens organisationsnummer, den försäkrades personnummer (avidentifierat), personens arbetsställesnummer enligt SCB, sjukfallens anmälningsdatum, sjukfallens antal dagar med medfinansiering och avgiften för den anställde. Med andra ord går det att via register se vilka arbetsgivare som debiterats för vilka försäkrade, för vilken period debiteringen avsåg och hur mycket.

Undersökning om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning – HALS

Enkätundersökningen genomförs av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av enheten för utvärdering vid Försäkringskassans huvudkontor. SCB har hand om utskick, insamling och registrering av inkomna svar. Den första enkäten skickades ut till cirka 11 000 sjukskrivna under våren 2002. Svarefrekvensen blev 57,2 procent. En uppföljning av undersökningen genomfördes under våren 2003. Under 2005 har undersökningen genomförts ånyo. En ny och omarbetad enkät skickades denna gång ut till cirka 16 000 sjukskrivna. Svarefrekvensen blev 56,2 procent. Även denna gång (under våren 2006) skickades en uppföljningsenkät till de personer som ingick i den första omgången av undersökningen. För att kunna jämföra de sjukskrivnas situation med en kontrollgrupp har även enkäter skickats ut till ett urval av befolkningen.

Försäkringskassans metodundersökning 2004

Försäkringskassans metodundersökning 2004 består av individer som sjukskrevs mellan den förste februari och den förste mars 2004 och som varat mer än 60 dagar. Populationen bestod av 17 928 individer varav ett urval på 1 080 individer genomfördes. Svarsfrekvensen blev 74 procent. De metoder och aktiviteter som infördes i samband med SFA-utbildningen ska utvärderas kontinuerligt till och med år 2008. Detta har också gjorts med hjälp av Försäkringskassans metodundersökningar. Syftet med försäkringskassans metodundersökningar är dels att få kunskap om i vilken utsträckning de metoder och aktiviteter som finns i metodsamlingen tillämpas och tillämpas enligt intentionerna, dels att få kunskap om i vilken utsträckning de metoder och aktiviteter som finns i metodsamlingen ohälsa leder till minskad sjukskrivning, ökad rättssäkerhet och minskade regionala skillnader i tillämpning av sjukförsäkringen.

LS-metod 2006

I syfte att få ökad kunskap om arbetet inom Försäkringskassan utfördes en aktundersökning i form av en webb-baserad enkät under februari 2006 och omfattade hela Försäkringskassan. Undersökningen bygger på LS-metodundersökning 2006, och urvalet innefatta 11 617 slumpmässigt utvalda sjukskrivna som fått sjukpenning utbetalt i 30 dagar eller mer. Från urvalet besvarades 11 091 fall, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 95 procent. Samtliga fall sjukanmäldes någon gång under perioden 17–31 januari år 2005. Undersökning består av frågor uppdelade på tre olika områden. Den första delen i enkäterna innehåller allmänna frågor såsom kön, yrke, diagnos, arbetsgivare etc. Den andra delen behandlar de aktiviteter som ingår i metodsamlingen och den sista delen består av avslutningsfrågor som behandlar beslut om sjukpenning samt sjukskrivningsgrad. Som följd av det stora datamaterialet som rapporten bygger på är studien begränsad till de sjukfall som påbörjades under januari 2005 och som hade en arbetsgivare som betalade särskild sjukförsäkringsavgift.

LS-undersökningen

LS-undersökningen (tidigare RFV-LS) är en undersökning om Långvariga Sjukskrivningar och arbetsinriktad rehabilitering som genomförts sedan år 2000. Denna studie genomförs vartannat år. I LS-2003 består urvalet av sjukfall som påbörjades de två sista veckorna i januari 2003. Ett urval av ca 5 000 fall som pågått i minst 60 dagar gjordes och följdes sedan till dem avslutades eller om de fortfarande pågick som längst drygt ett år. På grund av det stora datamaterialet som rapporten bygger på är studie begränsad till de sjukfall (individer) som hade en hel sjukpenning och arbetsgivare under tiden som undersökningen gäller.

Sjukskrivning, kulturer och attityder (SKA) -undersökningen

Bakgrunden till denna enkätundersökning är att det finns stora skillnader mellan olika delar av landet i hur sjukskrivning och sjuk- och aktivitetsersättning används. Denna undersökning är en av fyra enkätundersökningar som genomförs med syftet att undersöka om synen på sjukskrivning skiljer sig mellan olika delar av landet. Populationen utgjordes av chefer/arbetsledare som leder den dagliga verksamheten och har ansvar för miljö och sjukskrivna medarbetare på arbetsställen med anställda. Totalt var det 4 811 personer som besvarade frågeblanketten, vilket är 61 procent av urvalet. Enkätundersökningen har genomförts av Statistiska centralbyrån (SCB).

I serien Analyserar har följande skrifter publicerats under år 2006:

- 2006:1 Kundundersökning 2004
- 2006:2 Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 1)
- 2006:3 Trygg i början – om samspelet sjukförsäkring, avtalsersättningar och tid (del 2)
- 2006:4 Prognosverktyget – ett stöd i det första vägvalet vid handläggningen av sjukfall
- 2006:5 Socialförsäkringarna – rätt och fel. Rapport från forskarseminarium i Umeå 25–26 januari 2006
- 2006:6 Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – regelverket i praktiken
- 2006:7 Skilda vägar. Föräldrars kunskaper om vårdnad, boende, umgänge och underhåll
- 2006:8 Socialförsäkringens omfattning och finansiering 2004–2007
- 2006:9 Försäkringskassans utredningar av misstänkt fusk – metoder och kostnadseffektivitet
- 2006:10 Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering – aktiva åtgärder och återgång i arbete
- 2006:11 Genomsnittlig pensionsålder i de nordiska länderna – med internationell utblick
- 2006:12 Försäkringskassans arbete med misstänkta brott 2005
- 2006:13 Försäkringsmässighet: skatter och avgifter i socialförsäkringens finansiering
- 2006:14 Prisutvecklingen inom privattandvården och folktandvården, april 2004–maj 2005
- 2006:15 Professionellt ohälsöarbete på Försäkringskassan – förutsättningar i organisationen
- 2006:16 Sjukförsäkring Kulturer och Attityder
- 2006:17 Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken med ungdomsperspektiv
- 2006:18 Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering

Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering

Sedan 1 januari år 2005 har arbetsgivaren haft ett särskilt medfinansieringsansvar för anställda som är sjukskrivna på heltid. Arbetsgivarens finansieringsansvar (medfinansieringen) utgörs av en särskild sjukförsäkringsavgift på 15 procent av den anställdes sjukpenning. Konsekvenserna av medfinansieringsreformen har diskuterats flitigt i den politiska debatten. Denna rapport redovisar statistik över medfinansieringens första år samt belyser arbetsgivarnas inställning till medfinansieringsreformen. Rapporten beskriver även hur Försäkringskassan lever upp till de krav som ställdes på myndigheten i och med reformen.

Det finns indikationer på att medfinansieringen fått både positiva och negativa effekter för individ och samhälle. Enligt arbetsgivarna själva har rutinerna vid nyanställningar skärpts som en konsekvens av reformen. Detta tyder på att personer med relativt sämre hälsa kan komma att selekteras bort vid nyrekryteringar. Men resultaten tyder också på att arbetsgivarna blivit mer aktiva med att hjälpa sina anställda som är sjukskrivna att återgå i arbete.