

Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro

– erfarenheter från fyra länder

I serien RFV ANALYSERAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och utvärderingsarbete

I huvudsak är det frågan om mera omfattande studier av olika försäkringsområden som genomförts på RFV:s initiativ.

Publikationerna i denna serie utarbetas av olika enheter inom Riksförsäkringsverket.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Utgivare: Enheten för forskning och utveckling

Upplysningar: Sisko Bergendorff
Tel 08-786 93 17

Hanna Larheden
Tel 08-786 91 85

Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

RFV Föreskriver (RFFS)	Författningar med bindande föreskrifter
RFV Rekommenderar (RAR)	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
RFV Vägledning	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
RFV Analyserar	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete
RFV Anser	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen
RFV Informerar	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
RFV Redovisar	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning.

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-556 799 29

Fax 08-718 29 90

E-post: rfv@ontime.se eller på Internet www.rfv.se

Tryck: Sjuhäradsbygdens tryckeri 2003.

Förord

Den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron i Sverige sedan 1998 har väckt intresse för internationella jämförelser. Frågan om den svenska utvecklingen är unik eller om motsvarande utveckling förekommer i andra länder har tidigare belysts i en studie av Riksförsäkringsverket och Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Studien visade att sjukfrånvaron sedan länge har varit betydligt högre i Sverige jämfört med flertalet andra länder inom EU. Skillnaderna förklarades i rapporten delvis men långt ifrån helt av den stora andelen kvinnor och äldre bland anställda i Sverige.

Internationell statistik och jämförande studier visar att svenskar har god hälsa och bra arbetsförhållanden i jämförelse med andra nationaliteter inom EU. Riksförsäkringsverkets och ESO:s studie antyder att en förklaring till skillnaderna kan ligga i hur sjukförsäkringen är utformad och administrerad. Hittills har det endast funnits fragmentarisk kunskap om hur sjukförsäkring och dess administration, företagshälsovård samt arbetsgivares insatser för att förebygga ohälsa samverkar i olika länder och vilken betydelse denna samverkan har för sjukfrånvaron. Här beskrivs och jämförs strategier som används i Sverige, Finland, Nederländerna och Tyskland för att förhindra sjukfrånvaro, återföra sjukskrivna i arbete och förhindra bestående arbetsoförmåga. Denna kunskap bidrar sålunda till diskussionen om hur sjukfrånvaron kan minskas i Sverige.

Rapporten är författad av Sisko Bergendorff och Hanna Larheden.

Stockholm i oktober

Edward Palmer

Chef för enheten för forskning och utveckling

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Inledning	12
2 Sjukförsäkringens administration, ansvarsområden och finansiering	18
2.1 Tyskland	18
2.2 Finland	19
2.3 Nederländerna.....	20
2.4 Sverige.....	20
3 Regelverk för ersättning av inkomstbortfallet vid tillfällig och permanent arbetsoförmåga	22
3.1 Tyskland	22
3.2 Finland	23
3.3 Nederländerna.....	24
3.4 Sverige.....	26
4 Att förhindra sjukfrånvaro	27
4.1 <i>Hälsofrämjande och förebyggande arbete</i>	27
4.1.1 Tyskland.....	27
4.1.2 Finland	28
4.1.3 Nederländerna	30
4.1.4 Sverige	30
4.2 <i>Företagshälsovård</i>	31
4.2.1 Tyskland.....	31
4.2.2 Finland	31
4.2.3 Nederländerna	33
4.2.4 Sverige	33
5 Rätten till sjukpenning	35
5.1 Tyskland	35
5.2 Finland	35
5.3 Nederländerna.....	36
5.4 Sverige.....	37

6	Att förkorta sjukfall	38
6.1	<i>Tyskland</i>	38
6.2	<i>Finland</i>	39
6.3	<i>Nederländerna.....</i>	41
6.4	<i>Sverige.....</i>	42
7	Rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension)	44
7.1	<i>Tyskland</i>	44
7.2	<i>Finland</i>	44
7.3	<i>Nederländerna.....</i>	45
7.4	<i>Sverige.....</i>	46
8	Ekonomiska drivkrafter	48
8.1	<i>Tyskland</i>	48
8.2	<i>Finland</i>	49
8.3	<i>Nederländerna.....</i>	49
8.4	<i>Sverige.....</i>	50
9	Skillnader i strategier för att förhindra och förkorta sjukfrånvaro.....	51
10	Slutsatser	54
	Referenser	55
Bilaga	Besökta institutioner och ansvariga värdar	59

Sammanfattning

Bakgrund och syfte

Riksförsäkringsverket och Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi publicerade år 2002 en studie som visar att sjukfrånvaron sedan länge har varit betydligt högre bland anställda i Sverige, Norge och Nederländerna än i Finland, Danmark, Frankrike, Tyskland, Storbritannien och högre än EU-genomsnittet. Sjukfrånvaron i Sverige är dubbelt så hög som i Finland och nästan fyra gånger så hög som i Tyskland. Studien visar att skillnader i åldersstruktur, sysselsättningsgrad och kvinnlig förvärvsfrekvens samt konjunkturers inverkan förklarar en del av skillnaderna i sjukfrånvaron mellan länder. Dessa stora skillnader är dock fortfarande till stor del oförklarade. Inget i övriga studier eller statistik tyder dock på att den höga sjukfrånvaron i Sverige skulle kunna förklaras av sämre hälsa eller arbetsförhållanden än i andra länder. Varför har vi en hälsoparadox med god hälsa och lång medellivslängd men hög sjukfrånvaro i Sverige?

Denna studie påbörjades för att öka kunskapen om andra orsaker till skillnader i sjukfrånvaro. Huvudsyftet med studien är att beskriva och jämföra strategier som används i andra länder för att förhindra sjukfrånvaro, återföra sjukskrivna i arbete och förhindra bestående arbetsoförmåga. Denna kunskap förväntas ge ett värdefullt bidrag till diskussionen om hur sjukfrånvaron kan minskas i Sverige.

Information om strategier som används i andra länder har inhämtats genom litteraturstudier och studiebesök till tre länder. Tyskland och Finland valdes som studieobjekt på grund av låg sjukfrånvaro. Nederländerna är trots en historiskt sett hög sjukfrånvaro av intresse därför att arbetsgivarna har givits starka ekonomiska drivkrafter att förebygga sjukfrånvaro och ta större ansvar för rehabiliteringen av sina anställda.

Eftersom en del av faktaunderlaget till denna rapport har tillhandahållits muntligt under studiebesöken har rapporten faktagranskats av värdarna i respektive land.

Strategiska skillnader i arbetet att förhindra och förkorta sjukfrånvaro mellan Finland, Tyskland, Nederländerna och Sverige

Sverige skiljer sig från Finland, Tyskland och Nederländerna huvudsakligen på fem områden:

- Likformighet och rättssäkerhet i tillämpningen av sjukförsäkringens regelverk

- Sjukförsäkringens ersättningsperiod
- Företagshälsovård
- Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare
- Försäkringskassans deltagande i förebyggandet av ohälsa.

Hur använder de olika länderna sina verktyg för att begränsa sjukfrånvaro?

Läkarintyg krävs för att styrka nedsatt arbetsförmåga från dag 1 i Finland, dag 3 i Tyskland och dag 8 i Sverige. Inget läkarintyg krävs i Nederländerna. Karensdag finns endast i Sverige.

Ersättningen för inkomstbortfallet är hög i Finland och Tyskland i början av sjukperioden. Arbetsgivaren betalar *full lön* i sex veckor i Tyskland och 1–2 månader i Finland. Därefter ersätter sjukförsäkringen 70 procent av bruttolönen i båda länder. Sjukpenningen är dock inte skattepliktig i Tyskland i motsats till de övriga länderna. Därav följer att ersättningen där är hög under hela sjukskrivningstiden, dock högst 90 procent av nettolönen. I Sverige betalar arbetsgivaren sjuklön i tre veckor sedan den 1 juli 2003 varefter Försäkringskassan betalar ut sjukpenning. Sjuklönen ersätter 80 procent av bruttolönen och sjukpenningen motsvarar ungefär 78 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst. Kollektivavtal kompletterar ersättningen med ytterligare cirka tio procent efter sjuklöneperioden. Ersättningen är dock högst i Nederländerna där *sjuklön* från arbetsgivaren utgör 70 procent av bruttolönen under 52 veckor och kompletteras för de allra flesta anställda med resterande 30 procent enligt kollektivavtal. Ersättningen betalas ut upp till ett maximitbelopp i Finland, Tyskland och Sverige medan det inte finns något tak för sjuklönen i Nederländerna. Ersättningsperioden är tidsbegränsad till cirka ett år i Finland, Tyskland och Nederländerna medan den är obegränsad i Sverige.

I alla försäkringssystem ingår bevakning och kontroll av att de som vill ta del av försäkringens förmåner har rätt till ersättning. Försäkringskassorna i Tyskland och Finland använder sig av likartade strukturerade strategier för att säkerställa en rättssäker och likformig handläggning av försäkringsärendena. Ett viktigt underlag för försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning är läkarintyg som ska styrka nedsatt arbetsförmåga. Det krävs tidigt i sjukfallen både i Finland och Tyskland. Läkarna ska följa givna försäkringsmedicinska riktlinjer vid bedömningen av arbetsförmåga. Vidare granskar försäkringsläkare samtliga avvikelser från riktlinjerna i Tyskland och samtliga läkarintyg för långa sjukfall i Finland. Sjukskrivningspraxisen blir därmed förhållandevis lika och försäkringskassan prövar regelbundet rätten till ersättning mot riktlinjerna.

I förhållande till detta strukturerade arbetssätt ligger Sverige långt efter i utvecklingen. Läkarintyg krävs så sent som från den åttonde sjukdagen. Fram till dess kan den försäkrade själv besluta om sin arbetsförmåga. Såväl försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivning som försäkringsläkarnas systematiska granskning av läkarintyg saknas i Sverige. Ett tydligt exempel på vad avsaknaden av riktlinjer leder till ges i Socialstyrelsens rapport om sjukskrivningstider för utvalda sjukdomar. Rapporten visar på omotiverat stora skillnader i sjukskrivningspraxis. Exempelvis var den genomsnittliga sjukskrivningstiden för mäns akuta hjärtinfarkt 85 dagar längre än i de fyra nordligaste länen än i Jönköpings och Kronobergs län. I Nederländerna är bristen på försäkringsmässighet än mer framträdande. Inget läkarintyg krävs, inga försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivning existerar och det finns ingen sjukförsäkringsadministration som kontrollerar sjukskrivningspraxis och de försäkrades rätt till ersättning. I Sverige och Nederländerna, där sjukfrånvaron är högst, är försäkringsmässigheten således minst.

Ersättning för inkomstbortfallet upphör efter cirka ett år i Tyskland och Finland och Nederländerna varefter de försäkrade kan ansöka om förtidspension. Socialförsäkringsadministrationen utövar stark bevakning i handläggningen av ansökningar om förtidspension, exempelvis genom en centralisering av besluten i Finland. I Sverige är försäkringsvillkoren otydliga såtillvida att det inte finns någon definitiv tidsgräns för sjukpenningen. Vidare fattas besluten om förtidspension av ett stort antal socialförsäkringsnämnder. Detta anses inte säkerställa lika tillämpning av lagen även om avslag kan överklagas.

Det går en tydlig skiljelinje mellan Tyskland och Finland å ena sidan och Sverige och Nederländerna å andra sidan även vad gäller hälsofrämjande insatser, förebyggande av sjukfrånvaro och rehabilitering. I Tyskland och Finland är hälsofrämjande och förebyggande insatser en lagstadgad skyldighet för försäkringskassorna. De finansierar och/eller medverkar till att förebyggande insatser kommer till stånd på arbetsplatser i de båda länderna.

En obligatorisk och lagstadgad företagshälsovård har vida ansvarsområden och äger samordningsansvaret för rehabilitering i Finland. Företagshälsovården är synnerligen lämpad för denna uppgift på grund av sin medicinska kompetens och nära anknytning till arbetsplatsen. Om företagshälsovårdens åtgärder inte är tillräckliga kompletteras de med försäkringskassans rehabiliteringsåtgärder. Företagshälsovården har visserligen liknande ansvar i Nederländerna men saknar den parallella försäkringsmässiga sjukfallshandläggningen som finns i Finland. Försäkringskassan i Tyskland har kostnadsansvar för såväl sjukvård som medicinsk rehabilitering och har därigenom samordningsmöjligheter.

Företagshälsovården är varken obligatorisk eller lagstadgad i Sverige. Därför har en stor andel av de anställda inte tillgång till företagshälsovård. Dessutom spelar inte företagshälsovården samma nyckelroll i sjukskrivningsprocessen som exempelvis i Finland.

Försäkringskassans förebyggande verksamhet förekommer i varierande grad i olika delar av Sverige. Den omfattar i huvudsak information om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och ansvar för att förebygga ohälsa. Arbetsgivaren har ansvaret för att utreda rehabiliteringsbehov och även förstahandsansvaret för rehabilitering. Försäkringskassan ska upprätta rehabiliteringsplan samt samordna och utöva tillsyn över de åtgärder som behövs för den enskildes rehabilitering. Möjligheten till sanktioner mot arbetsgivaren saknas om denne inte tar sitt ansvar. Den svenska Försäkringskassan har således varken ett helhetsansvar för sjukskrivningsprocessen eller ett samordningsansvar med tydliga befogenheter. Såväl försäkringskassans som företagshälsovårdens förebyggande arbete är än så länge förhållandevis outvecklade i Sverige.

Arbetsgivare i Finland och i synnerhet i Nederländerna har getts ett stort kostnadsansvar för sjukfrånvaro och förtidspensioner för att öka deras ekonomiska drivkrafter att förebygga ohälsa. Överföringen av kostnadsansvaret har haft förväntad effekt i Finland men inte i Nederländerna. Det holländska resultatet visar med all tydlighet att arbetsgivaren inte tror att hälsofrämjande och förebyggande åtgärder ger tillräcklig utdelning i form av minskad sjukfrånvaro eftersom de inte satsar på sådana åtgärder. Det tyder på att ekonomiska drivkrafter måste kombineras med stöd från försäkringskassorna och en försäkringsmässig handläggning av sjukfall för att åstadkomma önskvärda resultat.

I jämförelse med Tyskland, Finland och Nederländerna är arbetsgivarens kostnadsansvar fortfarande minst i Sverige efter förlängningen av sjuklöneperioden till tre veckor. Ett utvidgat arbetsgivaransvar innebär en differentiering av arbetsgivaravgifter på företagsnivå. Erfarenheterna i synnerhet från Nederländerna visar emellertid att risken för hälsorelaterad selektion vid nyanställningar är uppenbar i ett system med stort arbetsgivaransvar. Den holländska strategin har dock försökt motverka selektion med hjälp av särskilda åtgärder såsom förbud mot medicinska kontroller vid nyanställningar och rabatt i avgiften till förtidspension vid anställningar av personer med gravt nedsatt arbetsförmåga.

Slutsatser

Avslutningsvis förefaller det vara tydligt att det behövs klara ”spelregler” för alla aktörer – och i synnerhet för de försäkrade – för att kunna förhindra och förkorta sjukfrånvaron. De fås genom en försäkringsadministration som utfärdar riktlinjer för sjukskrivning, genomför noggranna kontroller av avvikande läkarintyg och de försäkrades rätt till ersättning samt genom tidsbegränsad ersättning. På samtliga dessa punkter har såväl det svenska som det holländska systemet svagheter. Socialförsäkringsadministrationens helhetsansvar för sjukfall i Tyskland och Finland ger däremot möjlighet till en försäkringsmässig tillämpning av lagen och stöd till såväl enskilda försäkrade som arbetsgivare. Även om försäkringens ansvarsområden skiftar och administrationen av sjukförsäkringen skiljer sig åt mellan de två länderna är den försäkringsmässiga tillämpningen en gemensam framgångsfaktor i arbetet att begränsa sjukfrånvaron. Dessutom utgör hälsofrämjande och förebyggande insatser en betydande del i de båda ländernas försäkringsadministration.

Det tyska exemplet visar att hög ersättningsnivå inte nödvändigtvis medför hög sjukfrånvaro. Däremot förefaller kombinationen hög ersättning och bristfällig bedömning av rätten till ersättning i Sverige och kombinationen hög ersättning och avsaknaden av bedömning av denna rätt i Nederländerna resultera i hög sjukfrånvaro.

Det holländska exemplet visar tydligt att överföringen av kostnadsansvaret för sjukskrivningar och förtidspensioner på arbetsgivaren inte är tillräckliga för att förmå arbetsgivare att förbättra arbetsförhållanden, öka återgång i arbete och därmed minska sjukfrånvaro och förtidspensionering. Erfarenheterna från Tyskland och Finland visar i stället att ekonomiska drivkrafter blir framgångsrika och starka först i kombination med i första hand en sjukförsäkring som tillämpas försäkringsmässigt och i andra hand en medveten satsning på hälsofrämjande och förebyggande insatser.

I Sverige, där bedömningen av rätten till sjukpenning verkar vara mindre restriktiv än i Tyskland och Finland, finns en tendens att arbetslösa övergår till sjukskrivning mot slutet av arbetslöshetsperioden. En del av förklaringen till skillnader i sjukfrånvarons nivå mellan länder kan således vara att svaga grupper på arbetsmarknaden får sin försörjning ordnad inom olika delar av det sociala skyddsnätet. Sett ur ett försäkringsperspektiv är det dock rimligt att sjukförsäkringen ger rätt till ersättning enligt lagens intentioner medan andra samhällsliga problem, såsom arbetslöshet, löses inom ramen för respektive lagstiftning. Då kan rätt åtgärd vidtas för att hjälpa och stödja individen.

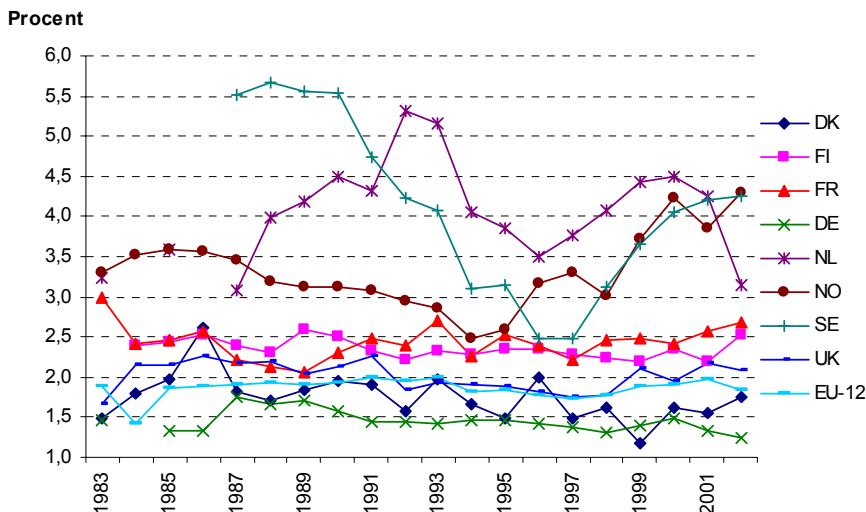
1 Inledning

En studie som Riksförsäkringsverket och Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) publicerade år 2002 visade att sjukfrånvaron av anställda sedan senare delen av 1980-talet varit betydligt högre i Sverige, Norge och Nederländerna än i Finland, Danmark, Tyskland¹, Frankrike och Storbritannien (Riksförsäkringsverket 2002, Ds 2002:49). Sjukfrånvaron mättes i studien som andelen anställda som under en mätvecka hade varit helt frånvarande från arbetet på grund av egen sjukdom eller skada.

I Sverige och Norge har sjukfrånvaron ökat markant sedan mitten av 1990-talet. Den höga sjukfrånvaron som har noterats i Sverige är dock inte anmärkningsvärt hög i förhållande till frånvaron i slutet på 1980-talet enligt ESO-rapporten. De allt längre sjukfallen har dock medfört att sjukdagarna har ökat mer än antalet personer som varit frånvarande på grund av sjukdom. Enligt HpH-utredningens beräkningar uppgick det totala antalet sjukdagar, inklusive karensdagar och sjuklönedagar, redan år 2000 till samma höga nivå som år 1989 (SOU 2002:5).

År 2002 var 4,3 procent av de anställda i Sverige och Norge samt 3,1 procent av de anställda i Nederländerna frånvarande på grund av egen sjukdom eller skada en hel mätvecka. I de övriga länderna har en betydligt lägre andel, i allmänhet mindre än 2,5 procent, varit frånvarande under hela den undersökta perioden.

¹ Studien omfattar endast före detta Västtyskland.

Figur 1 Sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år, 1983–2002

Anm. DK=Danmark, FI=Finland, FR=Frankrike, DE=Tyskland, NL=Nederländerna, NO=Norge, SE=Sverige, UK=Storbritannien, EU12=samtliga medlemsländer i EU år 2003 exklusive Sverige, Finland och Österrike.

Studien visar vidare att sjukfrånvaro är mera vanligt förekommande bland äldre än yngre anställda i alla länder och att kvinnor är frånvarande i större utsträckning än män med undantag av Tyskland. Sjukfrånvaron är högre i så gott som alla åldersgrupper i Sverige, Norge och Nederländerna än i de övriga länderna och särskilt hög bland de äldsta anställda i Sverige och Norge. En förklaring till den höga sjukfrånvaron i Sverige och Norge är att de äldre, speciellt äldre kvinnor, är sysselsatta i mycket högre utsträckning där än i de övriga länderna. Studien visar också att sjukfrånvaron varierar kraftigt med konjunkturer i Sverige och Nederländerna, i synnerhet i de äldsta åldersgrupperna. När arbetslösheten är hög är sjukfrånvaron låg och vice versa. Detta mönster är inte lika tydligt i de övriga länderna (Riksförsäkringsverket 2002, Ds 2002:49).

Studien baserades på Arbetskraftsundersökningar som genomförs på samma sätt i EU-länderna. Dessa undersökningar utgör den mest jämförbara källan till information om sjukfrånvaro inom EU eftersom uppgifterna inte påverkas av olikheter i sjukförsäkringens regelverk. Således påverkas Arbetskraftsundersökningarnas mått på sjukfrånvaron till exempel inte av om arbetsgivare eller sjukförsäkringen står för ersättningen. Arbetskraftsundersökningarna syftar dock primärt till att belysa arbetsmarknadsfrågor. Därför innehåller de inte

tillräckligt med information för fördjupade analyser av orsakerna till skillnader i sjukfrånvarons förekomst mellan länderna. Skillnader i åldersstruktur, sysselsättningsgrad, kvinnlig förvärvsfrekvens och konjunkturers inverkan förklarar en del av skillnaderna i sjukfrånvaro. Det återstår dock en oförklarad del som kan bero på andra faktorer (Riksförsäkringsverket 2002, Ds 2002:49).

För att kunna belysa andra faktorer som kan ha betydelse för skillnader i sjukfrånvaron mellan de åtta länderna jämfördes internationella studier och statistik över hälsa och arbetsförhållanden i rapporten. Inget tyder dock på att svenska anställda generellt har sämre arbetsmiljö eller hälsotillstånd än till exempel finländare, danskar eller tyskar, vilket annars skulle kunna förklara den höga sjukfrånvaron i Sverige (Paoli 1997, Ilmarinen 1999, Paoli & Merllie 2001, OECD 2001).

Anställningstrygghet är en faktor som kan inverka på tolkningen av skillnaderna i sjukfrånvarons nivå mellan länder. I Sverige och Nederländerna är anställningstryggheten starkare än exempelvis i Danmark. I Nederländerna har de anställda kvar sin anställning två år efter den första sjukdagen. I motsats till detta har det till exempel varit lagenligt att avskeda tjänstemän efter 120 dagars sjukfrånvaro i Danmark (Bergendorff & Gordon 2000). Det innebär att fler kan ange frånvaro från arbete på grund av sjukdom eller skada i Arbetskraftsundersökningarna i Sverige och Nederländerna än exempelvis i Danmark eftersom de fortfarande har sin anställning kvar.

Ytterligare orsaker till skillnaderna i sjukfrånvaro mellan länderna, som inte var möjliga att studera inom ramen för ESO-studien, är skillnader i sjukförsäkringens regelverk och dess tillämpning samt ersättningar som de sjukskrivna kan få med stöd av andra lagar och kollektivavtal. Ersättningsnivå, karensdagar, sjuklöneperiod och socialförsäkringsadministrationens kontroller av sjukskrivna är exempel på faktorer i regelverk som kan antas påverka vilka som får ersättning från arbetsgivaren eller sjukförsäkringen, hur mycket de får och hur länge. Regelverken kan också innehålla ekonomiska drivkrafter som påverkar både det individuella sjukskrivningsbeteendet och arbetsgivarnas handlande visavi sjukfrånvaro och rehabilitering. Olika länder kan även ha olika strategier för att förebygga sjukskrivning, hjälpa sjukskrivna att snabbt återgå i arbete och hålla ned kostnaderna för sjukfrånvaron. En intressant fråga är om det finns några tydliga skillnader i strategier, sjukförsäkringens regelverk och tillämpningen av regelverk mellan de olika länderna som kan bidra till att förklara deras olika utfall.

Syfte

Denna rapport kompletterar den kunskap som redovisades i ESO-rapporten om sjukfrånvaron i åtta länder. Rapporten avser att ge ytterligare förklaringar till skillnaderna mellan länder och därmed bidra med ny kunskap till den pågående diskussionen om hur sjukfrånvaron kan minskas i Sverige.

Syftet är att beskriva strategier som tillämpas i andra europeiska länder för att förhindra sjukfrånvaro, återföra sjukskrivna i arbete och förhindra bestående arbetsförmåga.

Redovisningen syftar också till att jämföra strategier mellan länder och att diskutera deras eventuella betydelse för sjukfrånvaron. Rapporten fokuserar på de strategier som socialförsäkringsadministrationerna använder sig av i sin strävan att förhindra och förkorta sjukfrånvaro. Den beskriver också hur arbetsgivarna går till väga för att förebygga ohälsa.

Strategi definieras här som välplanerat tillvägagångssätt eller arbetssätt med syfte att förebygga och minska sjukfrånvaro och i förlängningen minska förtidspensionering.

Studerade länder

Information om andra länders strategier och socialförsäkring har inhämtats genom litteraturstudier och studiebesök till tre länder². Tyskland och Finland valdes som studieobjekt på grund av deras låga sjukfrånvaro. Nederländerna, som är det tredje undersökta landet, har haft hög sjukfrånvaro under många år och kan därför inte betraktas som ett föredöme för Sverige. Nederländerna är dock av intresse av andra skäl i den situation som Sverige befinner sig i i dag.

Möjligheten att ge arbetsgivarna starkare ekonomiska drivkrafter att förebygga sjukfrånvaro och ta större ansvar för rehabiliteringen av sina anställda har präglat den politiska debatten i Sverige på senare tid. Ett steg i denna riktning har nyligen tagits i och med att arbetsgivarna ska betala sjuklön även under den tredje sjukveckan från och med den 1 juli 2003. Eftersom Nederländerna sedan 1990-talet successivt har fört över sjukfrånvarons kostnader på arbetsgivarna är de holländska erfarenheterna värdefulla i den fortsatta diskussionen om ekonomiska drivkrafter för de svenska arbetsgivarna.

² De besökta institutionerna och ansvariga värdar för studiebesöken framgår av bilagan.

Studerade ersättningar för inkomstbortfall under sjukfrånvaro

Sjukförsäkringens regelverk är komplext i alla länder och är dessutom olika för anställda, egenföretagare, studeranden osv. I denna rapport redogörs huvudsakligen för sjukförsäkringen såsom den fungerar för den stora majoriteten av försäkrade, dvs. anställda med låga inkomster eller medelinkomster. Även ersättning till arbetslösa sjukskrivna kommenteras kortfattat.

Sjukförsäkringen och dess tillämpning kan inte studeras isolerade från andra delar av socialförsäkringen eller andra försäkringar som kan ersätta inkomstbortfallet på grund av arbetsoförmåga. En av de viktigaste näraliggande ersättningarna är förtidspension (numera sjukersättning eller aktivitetsersättning i Sverige). Många försäkrades sjukskrivning avslutas med förtidspension. Hur många som övergår till förtidspension varierar både över tid och mellan länder och kan därför påverka den mätta sjukfrånvaron i ESO-rapporten. Därför berörs även förtidspension i denna rapport.

Arbetskadeförsäkring kan i några länder ersätta inkomstbortfallet under tillfällig arbetsoförmåga. I andra länder utgår sjukpenning från sjukförsäkringen även vid arbetsskada. I rapporten utesluts dock arbetskadeförsäkringen som ett specifikt ämne för att fokusera på sjukförsäkringen.

Kvalitetssäkring

Eftersom en del av faktaunderlaget för rapporten har tillhandahållits muntligt under studiebesöken har ett utkast på rapporten lästs och granskats av värdarna för studiebesöken i respektive land.

Disposition av rapporten

Rapporten inleds i kapitel 2 med en kortfattad redovisning av administration, ansvarsområden och finansiering av försäkringar som ersätter inkomstbortfall vid arbetsoförmåga i de fyra länderna. Sjukförsäkring och förtidspension (sjukersättning) beskrivs i korthet i kapitel 3. Kapitel 2 och 3 ger således en institutionell bakgrund för strategierna. Efter dessa inledande redogörelser redovisas och kommenteras följande delar av sjukskrivningsförloppet i kapitel 4–7:

- Hur sjukfrånvaro förhindras (4)
- Hur rätten till sjukpenning bedöms (5)
- Hur sjukskrivna rehabiliteras och återförs i arbete (6)
- Hur rätten till förtidspension bedöms (7).

I kapitel 4–7 presenteras arbetssätt och strategier som förefaller vara betydelsefulla i arbetet att förhindra och minska sjukfrånvaro i Tyskland, Finland, Nederländerna och Sverige. I kapitel 8 diskuteras skillnader i de ekonomiska drivkrafter att ta tillvara arbetsförmågan som ingår i försäkringen eller förtidspensionen i respektive land. De viktigaste strategiska skillnaderna i arbetet att förhindra och förkorta sjukfrånvaro sammanfattas i kapitel 9. I kapitel 10 dras slutsatser av jämförelserna.

2 Sjukförsäkringens administration, ansvarsområden och finansiering

Sjukförsäkringens administration, ansvarsområden och finansiering beskrivs kortfattat i detta kapitel som en institutionell bakgrund för tillämpade strategier för att minska sjukfrånvaro. Även förtidspension (sjukersättning) berörs.

2.1 Tyskland

Administration

Sjukförsäkringen är obligatorisk för alla anställda i Tyskland. Det finns i dag sju olika typer av offentliga försäkringskassor i Tyskland som var och en är organiserade och indelade på olika sätt³. AOK, Allgemeine Ortskrankenkassen, och BKK, Betriebskrankenkassen, är två av de tre största försäkringskassorna med ekonomiskt och organisatoriskt självständiga kontor⁴. AOK och BKK representerar försäkringskassorna inför statsmakten, marknadsför dem utåt, utvecklar strategier för arbetet och sluter avtal med vårdgivare. De är också rådgivare i juridiska frågor, utbildar personal, framställer statistik och genomför analyser. Försäkringskassorna tillses av en självständig administration i vars styrelse arbetsmarknadens parter är representerade.

Ansvarsområden

De främsta ansvarsområdena för försäkringskassorna är dels utbetalning av sjukpenning, dels finansiering och administration av sjukvård och medicinsk rehabilitering. De medverkar också i hälsofrämjande och förebyggande arbete på arbetsplatser (Workplace Health Promotion). Sjukförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen är åtskilda.

Finansiering

Sjukförsäkringsavgiften fastställs av försäkringskassorna. Den anställde betalar cirka sju procent av bruttolönen till sjukförsäkringen. Lika stor del av lönesumman betalas av arbetsgivaren. Förtidspension finansieras på motsvarande sätt, kompletterad med medel från statsbudgeten.

³ Det finns även privata försäkringskassor som försäkrar cirka tio procent av befolkningen.

⁴ AOK har 27 miljoner försäkrade och BKK 14 miljoner försäkrade.

En regeländring år 1996 medförde att alla fritt får välja vilken försäkringskassa de vill tillhöra. Försäkringskassorna konkurrerar sedan dess om de försäkrade bland annat med avgiften och servicen.

2.2 Finland

Administration

Den finska socialförsäkringen har många likheter med den svenska. Folkpensionsanstalten (FPA) med sina lokalbyråer verkställer en stor del av den sociala tryggheten, däribland sjukförsäkring, invaliditetspension och en stor del av rehabiliteringen. Lokalbyråerna är inordnade i den statliga myndighetsstrukturen. FPA:s verksamhet regleras i lag och FPA är underställd riksdagen.

Ansvarsområden

Folkpensionsanstalten ansvarar främst för utbetalning av sjukpenning, finansiering och administration av förebyggande och yrkesinriktad rehabilitering samt psykoterapi.

Sjukförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen är åtskilda. Arbetsskadeförsäkringen administreras av privata försäkringsbolag. Invaliditetspension eller förtidspension består av två delar, folkpension och arbetspension. Folkpension administreras FPA, arbetspension av Pensionsskyddscentralen (PSC) för anställda i privat sektor och av särskilda institutioner för statligt och kommunalt anställda. Rehabilitering finansieras även av arbetsskadeförsäkringen och arbetspensionssystemet.

Finansiering

Sjukförsäkringen finansieras med avgifter från arbetsgivare (1,6 procent av lönesumman) och anställda (1,5 procent av lönen) kompletterade med medel från statsbudgeten. Medlen fonderas. Arbetsgivare betalar avgifter till invaliditetspension både i folkpensionssystemet och arbetspensionssystemet. Avgiften är differentierad efter antal anställda. De anställda betalar avgifter endast till invaliditetspension i arbetspensionssystemet.

2.3 Nederländerna

Administration och ansvarsområden

Inkomstbortfall på grund av tillfällig arbetsförmåga ersätts av arbetsgivaren i form av sjuklön i Nederländerna. Arbetsgivaren betalar sjuklön i ett år, i vissa fall upp till två år. Den sjukpenningförsäkring som administreras av Institute for Employee Benefit Schemes UWV (Uitvoering werknemersverzekering) ersätter inkomstförlust på grund av sjukdom för arbetslösa och tillfälligt anställda. Denna försäkring ersätter vidare inkomstförlust på grund av arbets-skada för de tillfälligt anställda. Det finns ingen särskild arbetsskadeförsäkring. UWV administrerar förtidspension. Rehabilitering bekostas av arbetsgivaren. Även pensionssystemet kan bekosta arbetslivsinriktad rehabilitering.

Finansiering

Sjukförsäkringen för arbetslösa och tillfälligt anställda finansieras med avgifter från arbetsgivare, försäkrade och via statsbudgeten. Förtidspensionen finansieras med en tudelad avgift från arbetsgivare, dels en allmän avgift, dels en differentierad avgift vars storlek beror på antalet förtidspensioneringar hos arbetsgivaren under de senaste tre åren. Avgifterna kompletteras med medel från statsbudgeten.

2.4 Sverige

Administration

Riksförsäkringsverket (RFV) och försäkringskassorna administrerar tillsammans sjukförsäkringen. RFV svarar under regeringen för bland annat tillsyn och utvärdering av försäkringskassornas verksamhet. Varje försäkringskassa leds av en styrelse och en direktör.

Ansvarsområden

De 21 försäkringskassorna med lokalkontor handlägger enskilda försäkringsärenden och betalar ut sjukpenning. Försäkringskassorna samordnar rehabiliteringsinsatser och kan i vissa fall bekosta arbetslivsinriktad rehabilitering. Socialförsäkringsnämnder med förtroendevalda ledamöter beslutar i vissa enskilda ärenden såsom exempelvis sjukersättning (tidigare förtidspension). Sjukpenning utbetalas även vid arbetsskador.

Finansiering

Den svenska sjukförsäkringen finansieras med socialavgifter, egenavgifter samt allmänna skattemedel.

3 Regelverk för ersättning av inkomstbortfallet vid tillfällig och permanent arbetsförmåga

I detta kapitel beskrivs kortfattat reglerna som styr sjukskrivningsprocessen, vilka aktörer som medverkar och vilka ersättningar som betalas ut vid tillfällig och permanent arbetsförmåga i de fyra länderna⁵.

3.1 Tyskland

Läkarintyg: Krävs senast tre dagar efter insjuknandet i Tyskland. Vissa arbetsgivare kräver läkarintyg redan från första sjukdagen.

Sjuklön: Arbetsgivaren betalar normalt *full lön* från den första dagen i sjukfallet upp till sex veckor.

Karensdag: Saknas.

Sjukpenning: Efter sex veckors löneutbetalning utgår sjukpenning från sjukförsäkringen upp till ett maximibelopp. Ersättningsnivån motsvarar 70 procent av bruttolönen men får inte överstiga 90 procent av nettolönen. Sjukpenningen är inte skattepliktig. Sjukpenning betalas ut för samma sjukdom i högst 78 veckor under en 3-årsperiod i vilken sjuklöneperioden inberäknas.

Partiell sjukpenning: Finns inte formellt men förekommer i praktiken genom möjligheten att gradvis återgå i arbete. Villkoren för gradvis återgång i arbete regleras i ett kontrakt, se vidare kapitel 6.1.

Arbetslösa sjukskrivna: De får ersättning från arbetslöshetsförsäkringen och därefter sjukpenning från försäkringskassan med samma belopp som arbetslöshetsersättning. Arbetslöshetsersättningen är dock något lägre än sjukpenningen⁶.

⁵ Information om regelverk utan referenser kommer huvudsakligen från två källor:

a) Social Protection in the EU Member States and the European Economic area (http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_en.html)

b) Social Security Programs Throughout the World (<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/index.html>)

⁶ 67 procent av nettolönen för försäkrade med barn, 60 procent för försäkrade utan barn.

Förtidspension: Ersättningen är av samma storlek som förväntad ålderspension. Både hel och partiell förtidspension finns. Den försäkrade ska ansöka om förtidspension.

3.2 Finland

Läkarintyg: Krävs vanligen redan första sjukdagen. Arbetsgivare kan dock besluta om att kräva intyget senare, t.ex. den tredje frånvarodagen.

Sjuklön: Arbetsgivaren betalar *full lön* enligt arbetsavtal från första sjukdagen och de nio därpå följande vardagarna⁷. Enligt kollektivavtal betalar arbetsgivaren därefter ut lön under de första 1–2 månaderna, beroende på anställningstid, och sedan möjligtvis en del av full lön. För den perioden söker arbetsgivaren i sin tur sjukpenning från Folkpensionsanstaltens (FPA) lokalbyrå som ersättning för utbetald lön. Sjukförsäkringen har således en karens på tio dagar; anmälningsdagen och nio påföljande vardagar⁸. Efter löneutbetalningen från arbetsgivaren betalar lokalbyrån sjukpenning direkt till den försäkrade.

Sjukpenning: Efter de 1–2 månadernas löneutbetalning utgår sjukpenning direkt till den försäkrade från FPA:s lokalbyrå. Ersättningsnivån utgör 70 procent av bruttoinkomsten för låg- och mellaninkomsttagare. Sjukpenningen är skattepliktig. När det totala antalet sjukdagar under en 2-årsperiod har uppgått till 300 vardagar⁹ upphör ersättningen från sjukförsäkringen. Det är inte heller möjligt att få en ny ersättningsperiod för den aktuella sjukdomen förrän efter en karensperiod på ett år. Efter de 300 sjukdagarna kan den försäkrade söka och beviljas invaliditetspension.

Karensdag: Saknas för den försäkrade. Arbetsgivaren har dock en karens på tio dagar under vilka sjukförsäkringen inte ersätter någon del av arbetsgivarens kostnader för lön vid sjukskrivning.

Partiell sjukpenning: Saknas men diskussioner pågår om möjligheten att införa det.

Arbetslösa sjukskrivna: De får sjukpenning från sjukförsäkringen med samma belopp som arbetslöshetsersättning.

⁷ Inklusivt lördagar.

⁸ Inklusivt lördagar.

⁹ Inklusivt lördagar.

Förtidspension: Invaliditetspension eller förtidspension består av folkpension, som är lika för alla, och av en inkomstrelaterad arbetspension som är knuten till tidigare sysselsättning. Invaliditetspension från arbetspensionssystemet kan utgå även som en halv förmån. Den försäkrade ska ansöka om förtidspension. Den sammanlagda invaliditetspensionen uppgår till ca 60 procent av inkomsten. Arbetsgivaren har ett stort kostnadsansvar även för invaliditetspensioner. I arbetspensionssystemet betalar arbetsgivare med 50–800 anställda 1–79 procent och arbetsgivare med fler än 800 anställda 80 procent av kostnaderna för invaliditetspensionen ända fram till den allmänna pensionsåldern 65 år (Hytti 2002, Hytti 2003). De kan inte återförsäkra sig mot denna direkta kostnad.

3.3 Nederländerna

Läkarintyg: Krävs inte för att styrka arbetsoförmågan. Däremot kan företagshälsovården kontakta de sjukskrivna efter några dagar, beroende på arbetsgivarens avtal med företagshälsovården.

Sjuklön: Sedan 1996 betalar arbetsgivaren sjuklön under 52 veckor. De flesta arbetsgivare återförsäkras sig sedan dess för sjukfrånvarons kostnader i privata försäkringsbolag och betalar differentierade premier för sin försäkring. Sjuklönen motsvarar 70 procent av bruttolönen oavsett lönenivå och är skattepliktig. Kollektivavtal, som så gott som alla anställda omfattas av, kompletterar ersättningen med resterande 30 procent. Enligt en ny lag från 2002, kallad grindvaktslagen, riskerar arbetsgivare som inte vidtagit tillräckliga åtgärder under det första året tvingas betala sjuklön i ytterligare ett år¹⁰.

Sjukpenning: Sjukförsäkringen har reformerats i flera steg under 1990-talet och arbetsgivaren har successivt fått allt större kostnadsansvar för de anställdas sjukfrånvaro. I praktiken privatiserades de anställdas sjukpenningförsäkring i samband med reformen år 1996. Det finns även en offentlig sjukpenningförsäkring som omfattar arbetslösa, tillfälligt anställda, anställda som blivit friställda under sin sjukfrånvaro samt anställda med gravt nedsatt arbetsförmåga. Ersättningsnivån i sjukpenningförsäkringen motsvarar 70 procent upp till ett maximibelopp.

¹⁰ I början av år 2004 ska sjuklöneperioden förlängas till två år. Komplettering med resterande 30 procent enligt kollektivavtal blir dock inte tillåten under det andra året.

Kommentar: Befarade negativa effekter av privatiseringen såsom ökad hälsorelaterad selektion i samband med nyanställningar, har förekommit i någon mån. Medicinska kontroller före nyanställning har förbjudits i lag, om de inte är absolut nödvändiga, för att motverka selektion. Tillfälliga anställningar och köp av tjänster från bemanningsföretag har ökat i antal på senare år, speciellt i små och medelstora företag. På detta sätt försöker företagen minska risken för stora kostnader vid sjukfrånvaro och förtidspensionering (Geurts et al. 2000, van Oorschot 2003).

Karensdag: De allra flesta anställda har ingen karensdag. Upp till två karensdagar kan dock ingå i kollektivavtal eller i det enskilda arbetskontraktet.

Partiell sjukpenning: Ej aktuellt för tillsvidareanställda. Sjuklön utgår.

Sjukskrivna arbetslösa: De får sjukpenning från sjukpenningförsäkringen.

Förtidspension: Efter 52 veckors sjukfrånvaro bedöms rätten till förtidspension av Institute of Employee Benefit Schemes (UWV) efter ansökan från den försäkrade. Förtidspensionen utgår antingen som en hel eller partiell (sex nivåer) ersättning. Kollektivavtalen kompletterar förtidspensionen så att en person med full ersättning aldrig får mindre än 70 procent av sin tidigare lön. Arbetsgivaren har fått allt större kostnadsansvar även för förtidspension. Differentierade och kraftigt höjda avgifter infördes år 1998. Den differentierade riskbaserade delen av arbetsgivaravgiften har därefter successivt utökats och utgör större delen av den totala avgiften år 2003. Arbetsgivaren kan återförsäkra sig mot kostnader för avgiften. Arbetsgivaren kan också välja bort den differentierade delen av avgiften och i stället finansiera sina anställdas förtidspensioner under de första fem åren¹¹. För att skydda sig mot oväntade kostnader för förtidspensioner kan arbetsgivaren även teckna en privat försäkring.

¹¹ Under 2004–2005 kommer alla förtidspensioner att omprövas. Specificerade riktlinjer gällande sjukdomar och deras utläkningstid används som underlag vid bedömning. Personer med mindre än 35 procents nedsättning av arbetsförmågan hänvisas till arbete eller arbetslöshet.

3.4 Sverige

Läkarintyg: Krävs från den åttonde sjukdagen.

Sjuklön: Arbetsgivaren betalar ut sjuklön, motsvarande 80 procent av bruttolönen upp till ett maximibelopp, från och med den andra till och med den 21 sjukfrånvarodagen.

Sjukpenning: Efter sjuklöneperioden betalas sjukpenning. Kompensationsnivån för sjukpenningen är 80 procent av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst multiplicerad med talet 0,97. I tillägg får många anställda cirka tio procent efter dag 21 genom avtalsförsäkringar hos arbetsgivaren. Det finns ingen fast tidsbegränsning för hur länge en försäkrad kan få sjukpenning i Sverige. Men en ny lagändring, införd vid halvårsskiftet 2003, medför att Försäkringskassan senast ett år efter sjukanmälningsdagen ska ha utrett om det finns förutsättningar för att ge den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning i stället för att betala ut sjukpenning.

Karensdag: Ja, den första sjukfrånvarodagen.

Partiell sjukpenning: Den försäkrade kan få hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning.

Sjukskrivna arbetslösa: De får sjukpenning. Sjukpenningnivån är sedan 1 juli år 2003 sänkt till samma nivå som arbetslöshetsersättningens maximibelopp.

Förtidspension: Bestämmelserna om förtidspension och sjukbidrag upphörde att gälla vid årsskiftet 2002/2003. I och med det infördes regler om sjuk- och aktivitetsersättning. Vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga kan försäkrade i åldrarna 30–64 år få sjukersättning. Är arbetsförmågan nedsatt för en begränsad tid (minst ett år) kan den försäkrade få tidsbegränsad sjukersättning. Försäkrade i åldrarna 19–29 år kan få aktivitetsersättning. Aktivitetsersättning är alltid tidsbegränsad och kan ges för mellan ett och tre år i taget. Ersättningsnivån för sjuk- och aktivitetsersättning är ungefär 60 procent av tidigare inkomst.

4 Att förhindra sjukfrånvaro

Detta kapitel belyser olika strategier att befrämja hälsa, förebygga ohälsa och förhindra sjukfrånvaro i Sverige, Tyskland, Finland och Nederländerna. Efter- som företagshälsovården har en viktig strategisk roll i hälsofrämjande och förebyggande arbete i två av länderna redovisas den för sig.

4.1 Hälsofrämjande och förebyggande arbete

I de undersökta länderna används något olika strategier för att befrämja hälsa och förebygga ohälsa. Här ges några exempel på åtgärder som socialförsäkringsadministrationen och arbetsgivare vidtar.

4.1.1 Tyskland

Försäkringskassorna har sedan 1990-talet en lagstadgad skyldighet att bedriva hälsofrämjande och förebyggande arbete på arbetsplatser (Workplace Health Promotion) som ett komplement till arbetarskydd. Verksamheten är fortfarande under utbyggnad¹².

Ett mycket viktigt redskap för försäkringskassorna i deras förebyggande arbete är väl utvecklade databaser med uppgifter om all sjukfrånvaro utöver de två första sjukdagarna. De möjliggör jämförelser mellan branscher och mellan företag inom samma bransch. Försäkringskassorna kan även göra jämförelser mellan avdelningar på en och samma arbetsplats. Med hjälp av statistiken kan de identifiera så kallade riskarbetsgivare och rikta särskilda insatser mot dessa. De olika försäkringskassornas statistik läggs nu dessutom samman i en databas för att kassorna ska kunna jämföra sig med varandra.

Ofta är arbetsmomenten i det förebyggande arbetet strukturerade på följande sätt. Utgående från uppgifter om sjukfrånvaron på arbetsplatser identifierar försäkringskassan målgrupper för förebyggande arbete på en arbetsplats. Därefter informerar försäkringskassan de anställda om sin framstående kartläggning orsaker till ohälsa. Kassan fördjupar analysen av arbetsförhållandena och de anställdas behov genom till exempel enkäter eller intervjuer. Utifrån analysresultaten rekommenderar försäkringskassan åtgärder för arbetsgivaren. I ett kontrakt med arbetsgivaren anges mål för åtgärderna, deras omfattning och

¹² Exempelvis BKK bedriver hälsofrämjande arbete på en femtedel av arbetsplatserna.

vilka som är ansvariga för genomförandet på arbetsplatsen. Arbetsgivaren bekostar åtgärderna medan försäkringskassan står för kostnaden för kartläggningar och analyser. Avslutningsvis genomför försäkringskassan en utvärdering.

Syftet med åtgärderna är att förbättra den generella hälsolivån på en arbetsplats. Alla försäkringskassor kan erbjuda tjänster exempelvis i form av hälso-cirklar, livsstilsprogram, missbruksprogram och utbildning av arbetsledare i hur man minskar stress på arbetsplatsen. Även utvecklingsprogram i arbetsorganisatoriska frågor förekommer. Försäkringskassorna inriktar sig inte på hela företaget eller arbetsplatser utan arbetar i regel med grupper eller avdelningar. Att fokusera på hela grupper ger bättre resultat än att fokusera på enskilda individer enligt försäkringskassornas erfarenhet.

Ett modellprojekt i Nieder-Sachsen i AOK:s regi som bygger på ett bonus-system kan nämnas som exempel på nyttan av att vidta åtgärder på arbetsplatsen. Olika kriterier ger bonuspoäng som leder till reduceringar av månadsavgiften till sjukförsäkringen för både arbetsgivaren och arbetstagaren. Projektet har pågått sedan 1996 och drivs fram till 2004. Totalt 30 företag med samtliga fler än 100 anställda är med i projektet som följs av en oberoende utvärderare.

4.1.2 Finland

Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser

Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser, kallad TYKY-verksamhet, pågår sedan ett tiotal år på nio av tio finska arbetsplatser¹³. Verksamheten omfattar olika typer av åtgärder i syfte att upprätthålla och främja arbetsförmåga och funktionsförmåga samt att främja kompetensutveckling, bland annat genom motivationsarbete. Initiativ till åtgärder tas oftast av företagshälsovården men också av de anställda, arbetsgivare och skyddskommittéer. Arbetsplatsernas ledning, personal och företagshälsovård anger i enkätundersökningar att TYKY har ökat de anställdas ork och deras fysiska och psykiska välbefinnande. Arbetsgivare, som följer upp verksamheten genom personalekonomisk redovisning, anger att även kostnads- och nyttoanalyser visar positiva resultat (Räsänen 2002, Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, Ministry of Social Affairs and Health 2002).

¹³ Med minst två anställda.

Finland har även skapat en nationell policy och genomfört flera aktionsprogram för att upprätthålla och utveckla arbetsförmågan samt att ändra attityder till tidigt utträde ur arbetskraften¹⁴. Vidare har arbetslöshetsförsäkringen och pensionssystemet förändrats för att ge arbetsgivare ekonomiska drivkrafter att sysselsätta äldre arbetskraft och för att ge de försäkrade ekonomiska drivkrafter att stanna kvar i arbetslivet¹⁵. Dessa åtgärder har understött arbetsgivarnas ansträngningar att upprätthålla arbetsförmågan bland äldre anställda (Ministry of Social Affairs and Health 2002, Peltomäki et al. 2002).

Folkpensionsanstaltens förebyggande arbete

I likhet med tyska försäkringskassor har även Folkpensionsanstalten (FPA) en lagstadgad skyldighet att befrämja hälsa och förebygga ohälsa och sjukfrånvaro.

FPA verkar förebyggande bland annat genom finansiering av företagshälsovården. Vidare har FPA utvecklat den yrkesinriktade rehabiliteringen genom att i större utsträckning satsa på förebyggande rehabilitering eller ”förtidsrehabilitering”. Ett exempel är FPA:s så kallade ASLAK-kurser, en mycket väl etablerad rehabiliteringsform med ett registrerat varumärke. Syftet med dessa kurser är att långsiktigt förbättra och upprätthålla arbetsförmågan. ASLAK-rehabiliteringen syftar också till att understödja arbetsplatsens egen TYKY-verksamhet. En ASLAK-kurs kan komma ifråga då det finns klara symtom på nedsatt hälsa och arbetsförmågan hotar att bli nedsatt. Kurserna bedrivs som ett samarbete mellan arbetsplats, företagshälsovård, den försäkrade, rehabiliteringsanstalt och FPA (FPA 2003).

¹⁴ T.ex. Finnish National Workplace Development Programme 1996–1999, 2000–2003, Well-being at Work Programme 2000–2002, National Programme for Ageing Workers 1998–2002.

¹⁵ Till exempel har arbetslöshetsersättning sänkts, arbetsgivaravgifter till arbetslöshetsförsäkringen och förtidspensionen har höjts för den del av arbetsgivarens personal som är 50 år eller yngre och sänkts för den del som är äldre än 50 år och pensionsbeloppet vid förtida uttag av ålderspension har sänkts.

Arbetsgivaren ansöker om medel för ASLAK-kurserna hos FPA som finansierar insatserna. Kurserna bedrivs oftast i internatform uppdelat på två eller tre olika tillfällen under totalt ett års tid. De olika kurstillfällena innefattar totalt 15–25 dygn. Urvalskriterierna är:

- förvärvsarbetande personer som haft samma arbete i flera års tid
- de problem som orsakar symptom/frånvaro måste vara arbetsrelaterade
- sjukfrånvarande i skäligen omfattning de senaste två åren samt liten sannolikhet att få invaliditetspension
- ska ha rehabiliteringsmotivation och uppvisa levnadssätt som stöder rehabilitering.

Enligt utvärderingar är ASLAK-deltagarnas behovstillfredsställelse hög, deras funktionsförmåga och arbetsförmåga har generellt förbättrats och deras levnadsvanor förändrats mer än i andra rehabiliteringsformer, i synnerhet bland kvinnor (Lahtela et al. 2002, Ministry of Social Affairs and Health 2002).

4.1.3 Nederländerna

Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser (Workplace Health Promotion) är inget etablerat begrepp i Nederländerna. Arbetsgivare vidtar i begränsad utsträckning åtgärder för att förbättra arbetsmiljö och förebygga ohälsa. Åtgärderna är ofta inriktade på individuella förhållanden, såsom utbildning eller träning för anställda eller mellanchefer (Geurts et al. 2000). De syftar inte till att åtgärda arbetsförhållanden i vidare bemärkelse på samma sätt som i Tyskland och Finland.

De flesta arbetsgivare reagerar i efterhand när sjukfrånvaron redan har blivit hög och vidtar åtgärder som syftar till att begränsa sjukfrånvaron genom att ändra de anställdas beteenden. Att skärpa formella rutiner för hanteringen av sjukfrånvaro är vanligt och minskar frånvaron på kort sikt. Ett exempel på en sådan åtgärd är att sjukanmälan ska göras till chefen eller arbetsledaren personligen och inte till personalavdelningen (Veerman & Besseling 2001).

4.1.4 Sverige

Försäkringskassornas förebyggande arbete omfattar aktiva insatser som inte är individanknutna och som syftar till att minska risken för individer att drabbas av långvarig nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller skada.

Många försäkringskassor genomför kartläggningar av långa sjukfall. Dessa utgör sedan underlag för försäkringskassornas dialoger med arbetsgivare och

vårdgivare. En viktig målgrupp är läkarna, främst inom primärvården men också inom företagshälsovården. Ofta deltar försäkringsläkare i dessa dialoger. Försäkringsläkare på ungefär hälften av alla försäkringskassor deltar i utbildningen i försäkringsmedicin till blivande läkare.

Flera försäkringskassor gör återkommande läkarintygsstudier. Syftet är att beskriva det aktuella sjukskrivningsmönstret i olika regioner samt göra jämförelser över tid. Resultaten används som underlag för informationer och diskussioner framförallt med olika vårdgivare.

Samtliga försäkringskassor har arbetsgivarna som målgrupp. I de flesta fall rör det sig om informationsinsatser om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar kopplat till det förebyggande arbetsmiljöarbetet i syfte att undvika kommande sjukskrivningar.

Det ska även nämnas att ett omfattande arbete pågår år 2003 för att utveckla en ny arbetsmetod för det förebyggande arbetet. Syftet med metoden är att möjliggöra för försäkringskassorna att göra prioriteringar och riktade insatser till arbetsgivare med höga ohälsotal. Målet med insatserna ska vara att i dialogform förmå arbetsgivare att påbörja och genomföra ett utvecklingsarbete som leder till en friskare arbetsplats, som i sin tur leder till minskat inflöde till sjukförsäkringen.

4.2 Företagshälsovård

I de fyra länderna har företagshälsovården skilda ansvarsområden.

4.2.1 Tyskland

I Tyskland är arbetsgivare skyldiga att ordna och bekosta företagshälsovård för sina anställda oavsett arbetsplatsens storlek. Företagsläkarens huvuduppgift består dock av rådgivning när det gäller arbetsplatsens utformning.

4.2.2 Finland

Finland har sedan länge en obligatorisk lagstadgad företagshälsovård. Enligt lagen är målet att skapa en sund och säker arbetsmiljö samt en välfungerande arbetsgemenskap, att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och upprätthålla och främja arbets- och funktionsförmågan.

Folkpensionsanstalten (FPA), hälsovårdsmyndigheterna och arbetsmarknadens parter har från början gemensamt utvecklat företagshälsovården och er-

sättningssystemet. Med stöd av sjukförsäkringslagen betalar FPA 60 procent av kostnaderna för utarbetandet av verksamhetsplanen för företagshälsovården och hälften av kostnaderna för företagshälsovårdens tjänster. Det gäller även om arbetsgivaren ordnar sjukvård för sina anställda.¹⁶

Företagshälsovården har många ansvarsområden¹⁷. Den ska bland annat:

- utreda och utvärdera hälsan hos de anställda, säkerheten i arbetet samt arbetsförhållandena t.ex. genom upprepade arbetsplatsbesök,
- utreda, utvärdera och följa risker för de anställdas hälsa och genomföra hälsoundersökningar. Arbetsgivare kräver oftast hälsokontroller vid nyanställningar och resultaten av kontrollen utgör grunden för fortsatta uppföljningar av hälsa.
- ge information, råd och vägledning samt lägga fram förslag till åtgärder i syfte att förbättra hälsan och säkerheten, förmå arbetsgivaren att anpassa arbetet till arbetstagarens förutsättningar och följa genomförandet av föreslagna åtgärder,
- genomföra åtgärder som bevarar och befrämjar arbetsförmågan och vid behov utreda behovet av rehabilitering,
- ge råd om rehabilitering och hänvisa till medicinsk eller yrkesinriktad rehabilitering,
- samarbeta med övrig hälso- och sjukvård, arbetsförmedling, utbildningssektor, socialförsäkring, socialtjänst och arbetarskyddsmyndigheter,
- utvärdera och följa företagshälsovårdens kvalitet och effektivitet.

En verksamhetsplan för företagshälsovården ska innehålla uppgifter bland annat om mål och hur uppföljning och utvärdering ska ske. Planen följs upp vid årliga besök på arbetsplatser och i utredningar som genomförs av företagshälsovården. FPA följer upp att verksamheten motsvarar kostnaderna för företagshälsovården.

Läkare i företagshälsovården ska ha en specialistkompetens och andra yrkeskategorier såsom hälsovårdare (sjuksköterskor), sjukgymnaster, psykologer och ergonomer ska ha genomgått en särskild utbildning i företagshälsovård. Samtliga anställda inom företagshälsovården ska minst vart tredje år delta i kompletterande utbildning som upprätthåller yrkesskickligheten.

¹⁶ Upp till ett maximibelopp per anställd. Beloppet är lägre för sjukvård.

¹⁷ L 2001/1383.

Företagshälsovården är skyldig att lämna uppgifter om verksamheten till Social- och hälsovårdsministeriet som ansvarar för en fördjupad riksomfattande utvärdering av företagshälsovårdens verksamhet. Utvärderingen sker både på nationell och lokal nivå. Dessutom får företagshälsovårdsenheterna tillgång till statistik om andra enheters resultat för jämförelser.

Sammanfattningsvis kan konstateras att företagshälsovården har en central och samordnande roll i sjukskrivningsprocessen i Finland. Eftersom företagshälsovården utfärdar läkarintyg möjliggörs en kontinuerlig uppföljning av de anställdas hälsoutveckling. Den samlade kunskapen om deras hälsa och arbetsplatsen ger också företagshälsovården en unik möjlighet att göra en rehabiliteringsutredning, förmå arbetsgivaren att anpassa arbetet till arbetstagarrens förutsättningar och att hänvisa de sjukskrivna till adekvat rehabilitering.

4.2.3 Nederländerna

Nederländerna har en obligatorisk lagstadgad företagshälsovård. Företagshälsovården ska stödja arbetsgivaren i frågor om sjukfrånvaro. Den ska genomföra en kartläggning av de sjukskrivnas hälsa efter sex veckors sjukskrivning, föreslå adekvata åtgärder för att återskapa arbetsförmågan och underlätta återgång i arbete samt hänvisa till adekvat rehabilitering. Vidare ska företagshälsovården följa upp arbetsgivarens genomförande av åtgärder. En ytterligare uppgift för företagshälsovården är att förbereda ett underlag till Institute of Employee Benefit Schemes (UWV) inför prövning om rätten till förtidspension.

Arbetsgivarna tenderar att köpa endast ett minimum av tjänster av företagshälsovården (Geurts et al. 2000). De kan dock köpa ytterligare privata tjänster från ”Labour Reintegration Services”, en speciell typ av tjänster som ökat i omfattning på senare år. Dessa tjänster syftar till rådgivning och utredning av arbetsförmåga och kompletterar därmed företagshälsovårdens tjänster. En närmare beskrivning av tjänsterna återfinns i kapitel 6.

4.2.4 Sverige

Företagshälsovården har genomgått stora förändringar sedan 1992 då det centrala arbetsmiljöavtalet sades upp och statsbidraget till företagshälsovården året därpå upphörde. Sedan avregleringen har företagshälsovården gradvis marknadsanpassats och branschen har strukturrationaliserats till färre men större enheter. Samtidigt har antalet yrkesverksamma inom företagshälsovården minskat kraftigt. Men de sista årens situation med ökande sjukskrivningstal har medfört ett ökat behov av kompetens i det förebyggande arbetet och

rehabiliterande insatser med god tillgänglighet och förtroende på både arbetsgivar- och arbetstagersidan. Drygt 70 procent av alla sysselsatta är anslutna till företagshälsovård i dag (Statskontoret 2001).

Statskontoret konstaterar i en utvärdering av den svenska företagshälsovården att regleringen av den i flera avseenden är svagare än i andra jämförbara länder i Europa. Exempelvis gäller det kraven på företagshälsovårdens ställning, omfattning, utbyggnadstakt samt uppgifter. Rent tekniskt har dessutom regelverken i andra länder mer bindande karaktär än i Sverige. Det finns även ett behov av ökad kvalitetssäkring av företagshälsovården i Sverige i jämförelse med andra europeiska länder (Statskontoret 2001).

5 Rätten till sjukpenning

Alla försäkringssystem har en bevakning och kontroll som syftar till att begränsa antalet förmånstagare till att endast omfatta de som har rätt till ersättning. I detta kapitel beskrivs hur rätten till sjukpenning bedöms i de fyra länderna.

5.1 Tyskland

Ingen speciell försäkringsmedicinsk utbildning för läkare finns i Tyskland. Försäkringskassan ger dock ut diagnosvisa riktlinjer för sjukskrivning.

Försäkringskassorna har försäkringsläkare som granskar alla inkomna läkarintyg som avviker från de sjukskrivningsnormer som anges i de utgivna riktlinjerna för sjukskrivning. Försäkringsläkarna kan även gå ut på arbetsplatserna för att kunna bedöma arbetsmiljön och dess påverkan på arbetsförmågan.

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) har effektiviserat sitt arbetssätt. Alla sjukskrivna har numera sin personliga handläggare. Varje handläggare har hand om 50–60 ärenden samtidigt. Ett välstrukturerat handläggningssystem med datorstöd har skapats som beslutsstöd och enligt AOK vet varje handläggare vad som är bäst i sjukfallet¹⁸. Ett dataprogram håller reda på försäkringens kostnader och utgifter per försäkrad och totalt för försäkringskassan.¹⁹

5.2 Finland

Sjukanmälan sker i regel till företagshälsovården som utfärdar läkarintyg i Finland. Under epidemier såsom influensa har företagssköterskan rätt att utfärda sjukintyg omfattande tre dagar.

En försäkringsmedicinsk handbok innehåller riktlinjer för bedömningen av arbetsoförmåga för såväl behandlande läkare som försäkringsläkare. Riktlinjerna syftar till att öka likformigheten av bedömningarna (Aro 1999, Social Insurance Institution 2003).

¹⁸ Systemet för handläggningsstöd baseras på information om regelverk, i vilken ordning åtgärder ska vidtas, vilka åtgärder finns att köpa osv.

¹⁹ Det nya arbetssättet minskade kostnaderna med 1/3 under fyra år. Eftersom försäkringskassorna konkurrerar om kunder var det viktigaste resultatet dock nöjda kunder.

Av läkarintyg som avser sjukskrivning före den 60 dagen granskas cirka 15 procent av försäkringsläkaren. I sjukfall som har pågått mer än 60 dagar granskar försäkringsläkaren samtliga intyg. Om arbetsförmågan baseras på symtomdiagnoser, flera sjukdomar, missbruk eller om det finns oklarheter i tillämpningen av sjukförsäkringen konsulterar försäkringsläkarna å sin sida FPA:s regionala eller centrala försäkringsläkare.

Beslut om sjukpenning fattas av handläggare på FPA:s lokalbyrå. Ersättning avslås initialt i knappt en procent av sjukfallen på grund av att de medicinska skälen för arbetsförmågens nedsättning inte berättigar till ersättning. Drygt en procent av sjukfallen nekats en förlängning av sjukskrivningstiden av samma skäl. Sjukpenning betalas ut under maximalt 300 vardagar²⁰ under en 2-årsperiod för samma sjukdom.

5.3 Nederländerna

En motsvarighet till sjukpenning för anställda saknas i Nederländerna i och med att arbetsgivaren står för kostnaderna för sjukfrånvaron under hela det första året. Sjukförsäkringen träder in först efter sjuklöneperioden i form av en tidsbegränsad förtidspension (se kap 7).

Under sjuklöneperioden använder sig arbetsgivaren av företagshälsovården för att kunna bedöma och kontrollera de anställdas arbetsförmåga. Vanligtvis kallas den anställde till företagshälsovården efter tre frånvarodagar men beroende på arbetsgivarens kontrakt med företagshälsovården kan detta ske tidigare eller senare. Enligt Institute of Employee Benefit Schemes, UWV, är företagshälsovården dock inte särskilt tillfreds med denna roll som granskare eller kontrollant av sjukskrivning. Företagshälsovården har snarare en tydlig rådgivande funktion som sin huvuduppgift.

Arbetsgivare ska, enligt grindvaktslagen, dokumentera alla åtgärder som de har vidtagit under det första året för att underlätta sjukskrivnas återgång i arbete. På motsvarande sätt ska de anställda dokumentera hur de har bidragit till sin arbetsåtergång. Finner UWV i sin prövning av rätten till förtidspension att parterna inte har gjort sitt bästa för att återskapa arbetsförmågan så kan arbetsgivaren bli skyldig att ersätta 70 procent av lönen upp till ytterligare 52 veckor och de anställda kan förlora sjuklönen under samma tid.

²⁰ Inklusivt lördagar.

5.4 Sverige

Den 1 juli år 2003 förändrades läkarintyget i huvudsak för att främja ökad användning av sjukskrivning på deltid (i enlighet med proposition 2002/03:89). Om läkaren gör bedömningen att arbetsförmågan är helt nedsatt ska särskilda frågor besvaras för att motivera heltidssjukskrivning. I och med det riktas uppmärksamheten på den arbetsförmåga som finns i stället för på arbetsoförmågan. Det nya läkarintyget fungerar som ett ”basintyg” som används under hela sjukskrivningen.

Det finns varken försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivning eller någon systematisk granskningspraxis av läkarintyg i Sverige. Ett tydligt exempel på vad avsaknaden av riktlinjer leder till ges i Socialstyrelsens rapport om sjukskrivningstider för utvalda sjukdomar. Rapporten visar på omotiverat stora skillnader i sjukskrivningspraxis. Exempelvis var den genomsnittliga sjukskrivningstiden för mäns akuta hjärtinfarkt 85 dagar längre i de fyra nordligaste länen än i Jönköpings och Kronobergs län efter att hänsyn tagits till skillnader i patientgruppens demografiska och socioekonomiska struktur samt annan sjuklighet (Socialstyrelsen 2003).

Den försäkrade ska ge en skriftlig särskild försäkran när Försäkringskassan vid behov begär det. Den ska innehålla uppgifter om sjukdomen, arbetsförhållanden, sociala förhållanden och fritidsintressen – med fokus på arbetsförhållanden och sociala förhållanden. Syftet med försäkran är att förbättra beslutsunderlaget i den del som rör den försäkrades arbetsförmåga samt att ge denne en tydligare skyldighet att medverka i processen. Försäkringskassan kan då få en bättre bild av vilken motivation och vilket förhållningssätt den försäkrade har till fortsatt arbete. Om det behövs för bedömningen av rätten till ersättning ska Försäkringskassan begära in ett särskilt läkarutlåtande. Alla läkare har rätt att utfärda ett särskilt läkarutlåtande.

Förutsatt att det medicinska underlaget styrker nedsättning av arbetsförmågan och rätt till sjukpenning föreligger så ska Försäkringskassan alltid ta ställning till om deltidssjukskrivning kan vara ett alternativ. Vidare ska Försäkringskassan kontakta arbetsgivaren och diskutera möjligheter att förkorta sjukperioden, exempelvis genom att byta arbetsuppgifter eller se över den sjukskrivnes behov av arbetshjälpmiddel. Ett annat alternativ är att byta ut den försäkrades sjukpenning mot betalda arbetsresor om det kan underlätta tidigare arbetsåtergång.

6 Att förkorta sjukfall

I detta kapitel redovisas strategier som tillämpas i de fyra länderna för att begränsa sjukfallens längd och för att underlätta återgång i arbete. Företagshälsovården har en viktig roll även i detta arbete (se kapitel 4.2).

6.1 Tyskland

Sjukvård och medicinsk rehabilitering administreras och bekostas av sjukförsäkringen i Tyskland. Medicinsk rehabilitering beviljas om försäkringsläkaren konstaterat att behov av rehabilitering finns och om ett positivt resultat kan förväntas. Även pensionssystemet kan bekosta medicinsk rehabilitering, exempelvis i form av 3–4 veckors kurvistelser, för att återskapa arbetsförmågan och förhindra förtidspensionering. Vad gäller den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är försäkringskassan rådgivare medan pensionssystemet, arbetsskadeförsäkringen eller arbetsmarknadsverket står för kostnaderna. Pensionssystemets kostnadsansvar ger goda ekonomiska drivkrafter att satsa på rehabilitering och begränsa nybeviljandet av förtidspensioner.

Arbetslivsinriktad rehabilitering kan bestå av utbildning, arbetsträning, rådgivning och stöd i att hitta adekvat arbete och olika stödåtgärder för att kunna behålla sitt jobb. Det finns olika nätverk av rehabiliteringsproducenter eller ”Vocational retraining centres” och ”Vocational training centres” som arbetar nära arbetsgivarna.

Enligt en ny lag ska så kallade rådgivningsställen upprättas dit de försäkrade kan vända sig för hjälp. Dessa servicekontor ska identifiera vilka aktörer, såsom försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna, som svarar för och finansierar rehabiliteringsinsatser, hjälpa till med ansökan om rehabilitering samt samordna ärendet mellan inblandade aktörer (Federal Ministry of Labour and Social Affairs 2002).

Gradvis återgång i arbete

Det finns möjlighet att gradvis återgå i arbete om arbetsförmågan är nedsatt och sjukskrivande läkare har uppfattningen att det är möjligt för den försäkrade att successivt utöka arbetstiden på sitt ordinarie arbete. Läkaren måste ange på läkarintyget vilken typ av arbete och i vilken utsträckning den försäkrade kan arbeta. I de fall läkaren bedömer att det behövs kan han/hon inhämta ett utlåtande från företagsläkaren efter att ha konsulterat försäkringsläkaren på försäkringskassan.

Initiativet till gradvis återgång i arbete kan komma från den försäkrade, sjuk-skrivande läkare, arbetsgivaren eller försäkringskassan. Det bygger på ett nära samarbete mellan alla parter. Ett kontrakt skrivs mellan den försäkrade, arbetsgivaren, företagsläkaren och försäkringskassan. I det anges tidplan, finansiering och vad som gäller om en part vill dra sig ur.

Den försäkrades ersättning under arbetsförsöket betalas av arbetsgivaren om den försäkrade arbetar hälften av sin ordinarie arbetstid eller mer. Om arbetstiden är mindre än hälften får den försäkrade sjukpenning. Det finns ingen fast tidsgräns för hur länge en försäkrad kan delta i ett arbetsförsök med gradvis återgång. Enligt riktlinjerna ska det inte pågå mer än sex månader. En förlängning är dock möjlig.

Ett sätt att få arbetsgivare att anställa personer med nedsatt arbetsförmåga är det kvotssystem som innebär att arbetsgivare med minst 20 anställda ska ha fem procent av arbetsstyrkan med betydande nedsättning av arbetsförmågan.

6.2 Finland

Rehabilitering i Folkpensionsanstaltens verksamhet

Folkpensionsanstalten (FPA) ordnar rehabilitering inom ramen för de anslag riksdagen årligen beviljar.

FPA har lagstadgad skyldighet att klarlägga alla sjukpenningtagares rehabiliteringsbehov senast den 60 utbetalningsdagen i ett sjukfall. Vid den tidpunkten måste ett nytt läkarintyg, kallat B-läkarintyg, lämnas till FPA-byrån som gör en grundligare utredning. Samtidigt får den sjukskrivne en broschyr i vilken det redogörs för FPA:s och arbetspensionsanstaltens rehabilitering. FPA skickar även ett brev till den sjukskrivne som uppmanar honom eller henne att utreda sina möjligheter till rehabilitering. Därmed tydliggörs den sjukskrivnes ansvar för sin egen rehabilitering. Detta meddelande går även i väg som kopia till den sjukskrivnes arbetspensionsanstalt. Arbetspensionsanstalten kan också ta initiativ till att rehabilitering ordnas för den enskilde (Pensionssyddscentralen, Arbetspensionsanstaltens förbund, 1997).

Då arbetsförmågan och behovet av rehabilitering utreds betonas den kvarstående arbetsförmågan lika starkt som arbetsförmågans nedsättning. FPA utreder vad den försäkrade faktiskt förmår göra och inte endast vad han eller hon inte förmår göra.

Vid bedömningen av arbetsförmågan ser FPA först till vilken sjukdom den försäkrade har och prognosen för den. Därefter beaktas arbetet och de krav arbetet ställer. I nästa steg bedöms hur sjukdomen inverkar på den försäkrades möjlighet att utföra sitt arbete och om den återstående arbetsförmågan är tillräcklig. En prognos för återhämtning av arbetsförmågan ställs. Slutligen tar FPA ställning till om arbetsförmågan kan förbättras med hjälp av rehabilitering. Vid behov upprättas en rehabiliteringsplan.



Ytterligare ställningstagande till rehabiliteringsbehov görs av FPA i och med att sjukpenning betalats ut i 150 dagar under en 2-årsperiod. Då erhåller den försäkrade ett brev med information om möjligheterna till rehabilitering. Samtidigt erhålls information om ansökningsförfarande av invaliditetspension. Denna information kan ses som en ytterligare uppmaning till att i möjligaste mån ta ansvar för sin egen rehabilitering men också som en ”varning” eftersom avslagen på ansökan om invaliditetspension är vanligt förekommande²¹.

FPA:s enhet för rehabiliteringsservice anordnar och bekostar yrkesinriktad rehabilitering och utredningar av arbetsförmågan. Värt att nämna är att FPA-rehabiliteringen i Finland kan bestå av psykoterapi²². FPA betalar ut rehabiliteringsstöd under rehabiliteringen.

Rehabilitering inom arbetspensionssystemet

Rehabilitering inom arbetspensionssystemet är i huvudsak yrkesorienterad och består i allmänhet av rådgivning, arbetsträning och yrkesutbildning som leder till arbete. I undantagsfall kan även medicinsk rehabilitering bekostas om det anses krävas för att den yrkesorienterade rehabiliteringen ska lyckas. Om arbetspensionssystemet står för rehabilitering vid försämrad arbetsförmåga är rehabiliteringsstödet 33 procent högre än invaliditetspension.

²¹ 21 procent år 2001.

²² Vanligtvis brukar individuell terapi understödjas i två år medan gruppterapi kan understödjas i tre år.

Pensionsskyddscentralen (PSC) har infört begreppet ”hot om arbetsoförmåga” (vid 58–59 år) som definieras som risk för invaliditetspension inom fem år. Arbetslivsinriktad rehabilitering ska vid hot sättas in för att förhindra invaliditetspensionering. Förslag finns om att ge subjektiv rätt till rehabilitering inom arbetspensionssystemet enligt PSC.

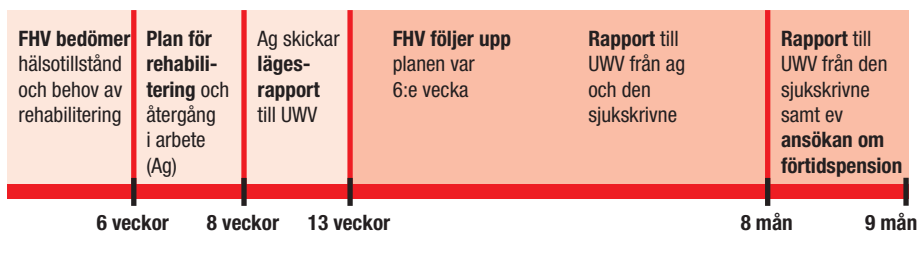
Uppföljning och utvärdering

Alla typer av rehabilitering följs upp bland kunder och aktörer. Enligt den första uppföljningen, kallad ”Rehab-barometern”, bedömde rehabiliteringsexperterna att FPA:s förebyggande ASLAK-rehabilitering förbättrade arbetsförmågan bäst, följt av yrkesinriktad rehabilitering och medicinsk rehabilitering²³ (Lahtela et al. 2002).

6.3 Nederländerna

Trots att ansvaret för sjukskrivningar är överfört på arbetsgivaren i Nederländerna så finns det givna tidpunkter då åtgärder ska vidtas. Företagshälsovården ska göra en bedömning av den sjukskrivnes hälsotillstånd och rehabiliteringsbehov inom sex veckors sjukskrivning. Läkare inom företagshälsovården har till uppgift att föreslå lämpliga åtgärder för återgång i arbete och stödja de anställdas återgång.

Arbetsgivaren ska upprätta en plan för den sjukskrivnes rehabilitering och återgång i arbete inom åtta veckor. Det finns tydliga riktlinjer, givna av Institute of Employee Benefit Schemes, UWV, för vad planen ska innehålla. Planen ska upprättas tillsammans med den anställde och vid behov konsulteras företagsläkaren. Företagshälsovården ska även följa upp arbetsgivarens genomförande av planerade åtgärder för arbetsåtergång var sjätte vecka efter färdigställandet av rehabiliteringsplanen.



²³ ASLAK-rehabiliteringen bedömdes vara bra av närmare 70 procent, yrkesinriktad rehabilitering av närmare 60 procent och medicinsk rehabilitering av drygt 40 procent av experterna.

Efter 13 veckors sjukskrivning ska arbetsgivaren skicka en lägesrapport till UWV. Den åttonde frånvaromånaden ska arbetsgivaren och den sjukskrivne lämna en rapport till UWV om och hur återgång i arbete ska bli möjligt. Månad nio ska den sjukskrivne skicka en rapport och ansökan om förtidspension till UWV för beslut om förtidspension efter att sjuklönen från arbetsgivaren upphör. Företagsläkaren rapporterar till försäkringsläkaren som gör en bedömning av restarbetsförmågan inför beslut om eventuell förtidspension.

Arbetsgivaren kan även erbjuda de anställda olika alternativ av tjänster för en snabbare återgång i arbete. Det kan exempelvis vara ryggrehabilitering, stresshantering, samtalsterapi och i slutändan hjälp med att söka nytt arbete om en återgång till tidigare arbete är omöjlig. Tjänsterna är i privat regi och tillhandahålls av så kallade ”labour reintegration services”.

Arbetsgivaren är även skyldig att omplacera en anställd som inte längre kan arbeta med sina arbetsuppgifter. Om en omplacering är omöjlig straffas arbetsgivaren genom att tvingas betala ökade arbetsgivaravgifter till förtidspension under fem år. Detta gäller dock inte mindre arbetsgivare med färre än 25 anställda.

UWV kan köpa tjänster av rehabiliteringsproducenter, exempelvis arbetsträning och arbetsanpassning, för att undvika eller senarelägga förtidspensionering.

Trots många goda intentioner förefaller inte tidiga åtgärder och återgång i arbete ha lyckats enligt förväntningarna. Mot slutet av det första frånvaroåret minskar dessutom både företagshälsovården och arbetsgivaren sina insatser för att få tillbaka den anställda i arbete (Veerman & Besseling 2001).

De sjukskrivna arbetslösa och friställda saknar både arbetsgivare och företagshälsovård som skulle kunna hjälpa dem att återgå i arbete. Regionala centra för arbete och inkomst (Centres for Work and Income) har bildats för att hjälpa dessa människor att återgå i arbete. Insatserna från arbetsförmedling, socialförsäkringsadministration och kommunernas socialtjänst integreras i dessa centra. En utvärdering efter 3–7 års verksamhet visar dock att det har varit svårt att åstadkomma samarbete mellan arbetsförmedlingen och socialförsäkringsadministrationen på grund av deras olika intressen och synsätt. Intressena har inte gått att förena trots goda intentioner och dessa centra har inte uppfyllt sitt syfte (Terpstra 2002).

6.4 Sverige

Arbetsgivaren har ansvar för att klarlägga behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och se till att rehabilitering kommer till stånd. När en anställd har

varit sjukskriven i mer än fyra veckor är arbetsgivaren skyldig att i samråd med honom eller henne göra en rehabiliteringsutredning. Vid samma tidpunkt ska den försäkrade lämna ett särskilt läkarutlåtande med uppgifter om rehabiliteringsbehov, prognos samt pågående och planerad behandling till Försäkringskassan. Arbetsgivare genomför dock inte rehabiliteringsutredningar i tillräcklig omfattning. I vart fjärde fall saknas utredning trots behov (Bergendorff & Goede 1998).

Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn över de åtgärder som behövs för den enskildes rehabilitering. Försäkringskassan tar också initiativ till rehabilitering när det behövs. Det innebär att Försäkringskassan ska ta kontakt med arbetsgivare om en rehabiliteringsutredning inte kommer in inom åtta veckor när Försäkringskassan bedömer att en utredning borde ha gjorts. Inga sanktioner kan riktas mot arbetsgivare som inte tar sitt ansvar. Försäkringskassan upprättar en rehabiliteringsplan och ser till att planen följs. Inga bestämda tider är angivna när dessa åtgärder ska vidtas.

I Sverige finansieras medicinsk rehabilitering av hälso- och sjukvården.

7 Rätten till sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension)

Många sjukskrivna återgår aldrig i arbete efter sin sjukskrivning utan beviljas sjukersättning eller aktivitetsersättning. I andra länder kallas det oftast förtidspension men exempelvis invaliditetspension förekommer också. Socialförsäkringen ser till att de som får denna ersättning eller pension tillhör rätt målgrupp. Beroende på hur sträng denna kontroll är i de olika länderna kan flöden från sjukskrivning till förtidspension skilja sig och påverka nivån på sjukfrånvaron.

Sjukskrivning kan även avslutas med övergång till någon annan ersättningsform, till exempel arbetslöshetsersättning av något slag eller förtida uttag av pension. Eftersom förtidspension är en mycket vanlig, om inte den vanligaste, utträdesväg från arbetslivet så begränsas jämförelsen till denna.

7.1 Tyskland

Vid prövning av rätten till förtidspension bedöms endast arbetsförmågan. Tidigare gjordes, i Tyskland, en distinktion mellan yrkes- och arbetsförmåga. En försäkrad kan få hel eller halv förtidspension. Förtidspensionen är en permanent ersättning. Pensionsfonder med geografisk och yrkesinriktad indelning prövar rätten till förtidspension.

7.2 Finland

När sjukpenning betalats ut i 150 dagar under en 2-årsperiod erhåller den sjukskrivne ett brev med information om möjligheterna till rehabilitering och information om hur man ansöker om invaliditetspension. Invaliditetspensionen från folkpensionssystemet betalas ut först efter 300 dagars sjukpenning-utbetalningar. Sjukperioden som föregår invaliditetspension behöver dock inte vara sammanhängande (Kela 2002). En försäkrad kan beviljas hel invaliditetspension i folkpensionssystemet och hel eller partiell invaliditetspension i arbetspensionssystemet. Personer som är blinda eller oförmögna att röra sig har alltid rätt till invaliditetspension i Finland även om de kan arbeta.

En försäkringsmedicinsk handbok innehåller riktlinjer för bedömningen av arbetsförmåga för såväl behandlande läkare som försäkringsläkare. Riktlinjerna syftar till att öka likformigheten av bedömningarna (Aro 1999, Social Insurance Institution 2003). För att ytterligare säkerställa en likformig tillämpning har besluten om invaliditetspension i folkpensionssystemet centra-

liserats till Folkpensionsanstalten (FPA) i Helsingfors. Handläggare fattar beslut om invaliditetspension baserat på ett utlåtande från en försäkringsläkare och andra handlingar (Social Insurance Institution 2003). Försäkringsläkaren undersöker inte den försäkrade. Läkaren betraktas inte som en kontrollant i pensionssystemet utan ska arbeta opartiskt och grunda sina ställningstaganden på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ansökningar om invaliditetspension avslås i allt större utsträckning i Finland²⁴. I och med att beviljandegraden minskat förefaller FPA utöva strängare kontroll i dag än tidigare. Men det är omöjligt att dra slutsatsen att den höga andelen avslag i Finland, jämfört med i Sverige, beror på att det finska systemet har en bättre kontrollfunktion. I Finland prövas rätten till invaliditetspension efter 300 sjukpenningdagar, en period som dessutom inte behöver vara sammanhängande. I Sverige saknas en tidsbegränsning för sjukpenning vilket medför att flertalet sjukersättningsprövningar rör sjukfall som pågått under längre tid än ett år. Om en fast tidsbegränsning för sjukpenning praktiserats även i Sverige så hade förmodligen andelen avslag varit betydligt högre här än de är i dag.

Invaliditetspension kan även utges under en viss tid i form av tidsbegränsad ersättning, rehabiliteringsstöd, från både folkpensionssystemet och arbetspensionssystemet. En förutsättning för att erhålla ersättningen är att en rehabiliteringsplan har upprättats eller är under beredning. Rehabiliteringsstödet storlek motsvarar invaliditetspensionen med ett tillägg på tio procent i folkpensionssystemet och 33 procent i arbetspensionssystemet för att uppmuntra deltagande i rehabilitering (Gould & Saurama 2002).

Arbetslöshetspension beviljas 60–64-åriga personer som har fått arbetslöshetsersättning under maximitiden 500 dagar och är anmälda som arbetslösa arbetssökande på arbetsförmedlingen.

7.3 Nederländerna

Efter ett års sjukfrånvaro gör försäkringsläkare på Institute of Employee Benefit Schemes (UWV) bedömningar av arbetsförmågan och beslutar om hel

²⁴ Avslagen var 12 procent år 1987 och 21 procent år 2000. År 2000 var avslagen vanligast i åldersgruppen 35–54 år (23 procent) men många även i åldersgruppen 60–64 år (11 procent). Ansökningar som baseras på sjukdomar i muskuloskeletal system och bindväven avslås i 30–35 procent av fallen (Kela 2002). Samtidigt beviljas många fler i åldern 55–64 år arbetslöshetspension från arbetspensionssystemet än invaliditetspension (Kela 2000, Gould 2001).

förtidspension. Försäkringsläkaren genomför en medicinsk undersökning av den försäkrade och fokuserar därvid på vilka funktioner och vilken arbetsförmåga som finns, inte vilka som fattas. Mätningen sker enligt 28 kriterier.

Försäkringsmedicin är en särskild specialitet i läkarutbildningen. Försäkringsläkare genomgår en vidareutbildning vart femte år. En tillsyn av deras verksamhet sker årligen genom att ett urval av besluten granskas.

Yrkesspecialister (vocational experts) på UWV beslutar om partiell förtidspension. Graden av arbetsförmåga bestäms på teoretiska grunder på basis av den inkomstförlust som den försäkrade drabbas av på grund av sin funktionsnedsättning. Förlusten beräknas genom att jämföra den tidigare lönen med den genomsnittliga lönen i de tre högst betalda arbeten av den typ som den försäkrade, med sin specifika funktionsprofil, fortfarande kan utföra. Funktionsprofiler med tillhörande löner är tillgängliga i en databas (Pennings 2002).

Förtidspension är tidsbegränsad och en omprövning av beslutet görs vart femte år. På senare tid har man börjat diskutera att slopa omprövningarna eftersom de är tidskrävande och resulterar i lika stora delar minskningar och ökning av pensionens omfattning.

På senare år har nybeviljandet av förtidspensioner minskat i Nederländerna. Orsakerna är flera. För det första har differentieringen av arbetsgivaravgifter till förtidspension från år 1998 successivt fått ökad effekt och full effekt efter fem år. För det andra har den ekonomiska utvecklingen varit god. Vidare har den nyligen införda grindvaktslagen haft effekt. Effekten av grindvaktslagen har visserligen bara kunnat avläsas under några månader men uppföljningar visar att antalet nya prövningar av rätten till förtidspension har minskat till hälften²⁵. Slutligen har avslagen ökat på senare år, från 23 procent år 1999 till 31 procent år 2002.

7.4 Sverige

Den försäkrade kan själv ansöka om sjuk- eller aktivitetsersättning. Men Försäkringskassan kan även ge den försäkrade ersättning utan att han eller hon själv har ansökt om det. Försäkringskassan har i dag skyldighet att senast ett år efter sjukanmälningsdagen ha utrett om förutsättningar finns att tillerkänna den försäkrade sjuk- eller aktivitetsersättning. Men regeln innebär inte att Försäkringskassan ska vänta med prövningen av sjukpenningrätten till dess

²⁵ En ny reform kommer att träda i kraft 2004.

ett år förflutit om förutsättningar för att ta upp frågan om utbyte av sjukpenning mot sjuk- eller aktivitetsersättning finns dessförinnan.

Rätten till ersättning ska baseras på medicinska kriterier utan att särskilda arbetsmarknadsmässiga eller sociala förhållanden vägs in i bedömningen av om sjukdom föreligger. Den försäkrade kan få hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels ersättning. Vilken grad den försäkrade får beror på i vilken omfattning arbetsförmågan bedöms vara nedsatt.

8 Ekonomiska drivkrafter

Ekonomiska drivkrafter ingår vanligen i socialförsäkringar. Syftet är att uppmuntra främst arbetsgivare, men även enskilda försäkrade, att vidta åtgärder som främjar sjukskrivna anställdas återgång i arbete.

8.1 Tyskland

Drivkrafter för arbetsgivare

Det tyska systemet medför starka drivkrafter för arbetsgivare i och med den sex veckor långa sjuklöneperioden med 100 procents ersättning. Som tidigare nämnts bedrivs ett intressant modellprojekt i Nieder-Sachsen där arbetsgivare, med ett sorts bonussystem, kan reducera sin månadsavgift till sjukförsäringen genom att arbeta hälsofrämjande på arbetsplatsen. Projektet betraktas vara framgångsrikt och det finns i dag långt framskridna planer på att lagstifta om ett nytt arbetssätt för arbetsgivare med utgångspunkt från modellprojektet i Nieder-Sachsen. Tanken är att införa ett bonussystem som ger både arbetsgivare och anställda utdelning vid deltagande i hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen.

Arbetsgivare med minst 20 anställda ska ha en kvot om fem procent anställda med nedsatt arbetsförmåga. Om inte kvoten uppfylls måste arbetsgivaren betala en differentierad straffavgift som är högre ju större avvikelser från den givna kvoten är. Lönesubventioner vid anställning av arbetsoförmögna är ytterligare en drivkraft.

Drivkrafter för de försäkrade

Generellt sätt är sänkt ersättningsnivå, som exempelvis då sjuklönen övergår i sjukpenning, en självrisk för den försäkrade och betraktas i sig som ett sätt att återfå sjukskrivna i arbete. Detta gäller även i Tyskland men sänkningen är ganska blygsam i det tyska systemet. Viktigare är förmodligen det faktum att sjukpenningen är tidsbegränsad. Vidare kan de pågående planerna om att införa ett bonussystem vid deltagande i hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen utgöra en viktig drivkraft för den enskilde.

Drivkrafter för försäkringskassan

Sedan år 1996 då alla fritt kan välja försäkringskassa i Tyskland har kassorna konkurrensutsatts vilket utgör en viktig drivkraft för dem som försäkringsgivare. Vidare har försäkringskassorna kostnadsansvar för vård och medi-

cinsk rehabilitering vilket utgör en ekonomisk drivkraft för försäkringskassan att driva försäkringen effektivt.

8.2 Finland

Drivkrafter för arbetsgivare

Precis som i Tyskland så bär arbetsgivaren i Finland ett betydande ekonomiskt ansvar för sjukskrivningar i och med perioden med full lön och ytterligare ersättning under därpå följande 1–2 månader. Detta utgör en stark drivkraft för arbetsgivarna att vidta hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. En väsentlig skillnad i jämförelse med Tyskland är att finska arbetsgivare dessutom tvingas bära stora kostnader för anställda som beviljas invaliditetspension. För arbetsgivaren kan det således innebära en stor ekonomisk risk att anställa personer med sviktande hälsa.

Drivkrafter för de försäkrade

Den sänkta ersättningsnivån efter en till två månaders sjukskrivning, då endast sjukpenning motsvarande 70 procent av bruttolönen betalas ut, är viktig. Precis som i Tyskland utgör tidsbegränsningen av sjukpenningen en effektiv drivkraft. Ytterligare en sak som kan nämnas är den osäkerhet som de långtidssjukskrivna står inför vid ansökan om invaliditetspension då avslag är relativt vanliga.

8.3 Nederländerna

Drivkrafter för arbetsgivare

Även om arbetsgivarnas ekonomiska ansvar för sjukskrivningar är omfattande i Tyskland och Finland så är det trots allt större i Nederländerna. I dag betalar de holländska arbetsgivarna sjuklön i 52 veckor. Dessutom tvingas arbetsgivarna, liksom de finska, betala höga avgifter till förtidspensionerna. Avgifterna är differentierade och består av en fast avgift och en successivt utökad riskbaserad avgift. Den senare utgör större delen av avgiften. Vidare tvingas arbetsgivaren betala ökade avgifter till förtidspension under flera år om han inte kan omplacera en anställd som inte längre kan fortsätta med sina arbetsuppgifter.

I och med grindvaktslagen har kraven på arbetsgivaren skärpts ytterligare. Om Institute for Employee Benefit Schemes, UWW, vid förtidspensionsprövningar finner att arbetsgivaren inte har gjort sitt bästa för att återskapa arbets-

förmågan kan arbetsgivaren bli skyldig att ersätta 70 procent av lönen upp till ytterligare 52 veckor.

I gengäld finns positiva drivkrafter för arbetsgivare. Ett exempel är en rabatt på avgiften till förtidspension om arbetsgivaren anställer personer med gravt nedsatt arbetsförmåga. Socialförsäkringsinstitutionen betalar även sjuklönen till dessa anställda i fem år.

Drivkrafter för de anställda

Vad gäller anställda finns både positiva och negativa drivkrafter. Full ersättning under ett helt år kan inte betraktas som en positiv drivkraft för arbete. De som riskerar att få lägre lön när de återgår i annat arbete efter sin sjukskrivning får en tilläggsförmån som kompensation för den lägre lönen. Denna förmån betalas av sjukförsäkringen. Däremot kan anställda som inte bidrar till sin egen arbetsåtergång förlora sin sjuklön. Det faktum att sjuklönen är tidsbegränsad utgör också i sig en drivkraft att återgå i arbete.

8.4 Sverige

Drivkrafter för arbetsgivare

Även i Sverige står arbetsgivarna för en del av sjukskrivningskostnaderna i och med sjuklöneperioden. Diskussionen om positiva drivkrafter för arbetsgivare har förts under våren 2003 i och med vårpropositionen (2002/03:100) och resultatet av den är att arbetsgivarens kostnadsansvar vidgats genom en förlängning av sjuklöneperioden från två till tre veckor.

En positiv drivkraft för arbetsgivare med anställda som har sviktande hälsa vilket leder till upprepad sjukfrånvaro är det särskilda högriskskyddet. Högriskskyddet innebär att sjukförsäkringen träder in direkt vid sjukskrivning och arbetsgivaren betalar således inte sjuklön för de anställda som omfattas av högriskskyddet.

Drivkrafter för de försäkrade

I jämförelse med Tyskland, Finland och Nederländerna är Sverige det enda land som har en karensdag. Karensdagen är en självrisk precis som inkomstförlusten den enskilde drabbas av vid sjukfrånvaro. Både karensdagen och ersättningsnivån på sjukpenningen är sätt att snabba på den enskildes arbetsåtergång. Ersättningsnivån sänktes, om än marginellt, vid halvårsskiftet 2003.

9 Skillnader i strategier för att förhindra och förkorta sjukfrånvaro

Det finns stora skillnader, men även flera likheter, mellan de fyra länderna vad gäller strategier för att begränsa sjukfrånvaron.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Det råder mycket stora skillnader mellan å ena sidan Tyskland och Finland och å andra sidan Nederländerna och Sverige vad gäller satsning på tidiga insatser. Gemensamt för Finland och Tyskland är att *hälsofrämjande och förebyggande arbete* är försäkringskassornas lagstadgade skyldighet. I båda länderna finansierar och medverkar försäkringskassan till att förebyggande verksamhet på arbetsplatser kommer till stånd. I Tyskland samarbetar försäkringskassan med arbetsgivare. Försäkringskassan genomför arbetsmiljöundersökningar och analyser, föreslår åtgärder och följer upp arbetsgivarens genomförande av åtgärderna. Kontinuerliga arbetsplatsbaserade uppföljningar av sjukfrånvaron ingår i försäkringskassans arbete. I Finland har försäkringskassan skyldighet att genomföra förebyggande insatser vilket i stor utsträckning sker genom delfinansiering av företagshälsovården. Dessutom är det företagshälsovården som har ansvar för att följa upp arbetsgivarens genomförande av åtgärder för arbetsåtergång. Däremot finansierar och beviljar försäkringskassan medel till förebyggande rehabilitering, de så kallade ASLAK-kurserna.

Den svenska försäkringskassans förebyggande insatser är begränsade till dialoger med arbetsgivare och vårdgivare i syfte att motivera dem att förebygga sjukfrånvaro och förkorta sjukfall. Satsningen på tidiga insatser är än mindre om inte i princip obefintlig i Nederländerna. I jämförelse med Tyskland och Finland så är det väldigt tydligt att insikten om att skadeförebyggande insatser kan begränsa sjukfrånvaro inte är lika stark i Sverige och Nederländerna.

Företagshälsovårdens roll

Företagshälsovården är obligatorisk och lagstadgad i både Finland och Nederländerna. I Nederländerna finansieras den helt av arbetsgivaren till skillnad från i Finland där sjukförsäkringen och arbetsgivaren delar kostnaden lika. Gemensamt för länderna är dock företagshälsovårdens uppföljning av arbetsgivarens genomförande av åtgärder för att underlätta återgång i arbete. Samtidigt har företagshälsovården i Nederländerna en påtvingad roll som granskare och kontrollant i sjukfallsprocessen. Alltså försöker företagshälso-

vården i Nederländerna göra det arbete som försäkringskassan utför i Sverige, Finland och Tyskland.

Företagshälsovårdens centrala roll i Finland med vida ansvarsområden är i och för sig unik men visar mycket tydligt företagshälsovårdens potential som central aktör i sjukskrivningsprocessen i och med dess höga medicinska kompetens och närhet till arbetsplatsen.

I Sverige är företagshälsovården inte obligatorisk och tillgängligheten till den är låg i jämförelse med andra länder. Företagshälsovården har inte heller någon aktiv roll i det förebyggande arbetet i Sverige.

Rätten till ersättning och handläggningen av sjukfall

Även vad gäller bedömningen av rätten till ersättning från sjukförsäkringen kan en skiljelinje påstås gå mellan Tyskland och Finland å ena sidan och Nederländerna och Sverige å den andra. *Riktlinjer för sjukskrivningspraxis* och bedömning av arbetsoförmåga finns som stöd för sjukskrivande läkare i Tyskland och Finland. Även den medicinska kontrollen är stark där. Läkarintyg krävs tidigt i sjukfallen och avvikande intyg granskas av försäkringsläkare. Ingen motsvarande sjukskrivningspraxis och kontroll har etablerats i Sverige och Nederländerna. I Sverige krävs läkarintyg först efter en vecka vilket fram till dess ger den enskilde större frihet.

En viktig skillnad är att sjukpenningen i Finland och Tyskland samt sjuklönen i Nederländerna är tidsbegränsade medan den svenska sjukpenningen ännu inte har någon bestämd sluttidpunkt.

Sjukfallshandläggningen är också mer strukturerad i Tyskland och Finland jämfört med i Sverige. Ett tydligt exempel är att försäkringsläkaren aktivt deltar i processen under sjukfallets gång i både Tyskland och Finland. I Sverige eftersträvar i och för sig försäkringskassorna att arbeta strukturerat med sjukfallen men ett problem är att försäkringskassorna inte arbetar enhetligt över landet.

Arbetsgivarens kostnadsansvar för sjukfrånvaro och förtidspensioner

I Finland och Nederländerna har en stor del av *kostnadsansvaret* för sjukfrånvaro och förtidspension överförts på *arbetsgivarna* i förhoppningen att de ekonomiska drivkrafterna ska förmå dem att förbättra arbetsförhållanden, förebygga ohälsa och underlätta återgång i arbete. Den holländska strategin verkar dock inte hittills ha varit tillräckligt kraftfull och framgångsrik eftersom arbetsgivarnas kostnadsansvar alltså utökas successivt. I Finland där-

emot förefaller ett kännbart kostnadsansvar ha ökat arbetsgivarnas benägenhet att vidta åtgärder, i synnerhet för att upprätthålla de äldre anställdas arbetsförmåga. Som en nackdel av kostnadsöverföringen kan nämnas att hälso-relaterad selektion förekommer i samband med nyanställningar i båda länderna. I Tyskland finansierar arbetsgivarna och de försäkrade sjukförsäkring och förtidspension i lika delar.

Införandet av sjuklön och förlängningen av sjuklöneperioden i Sverige innebär en blygsam utökning av arbetsgivarens kostnadsansvar jämfört med dennes ansvar i Finland och Nederländerna.

Diskussion

Såsom påpekades i inledningen av rapporten kan utnyttjande av sjukförsäkringen inte studeras isolerat från andra förmåner inom (eller utom) socialförsäkringen. Ett exempel på ömsesidigt beroende mellan ersättningar är flödet från sjukskrivning till förtidspension. Vad gäller förtidspension verkar länder som har hög sjukfrånvaro även ha hög förtidspensionering (Ds 2002:49, Riksförsäkringsverket 2002).

Ett annat exempel är förhållandet mellan sjukpenning och arbetslöshetsersättning. I Sverige finns tendensen att arbetslösa övergår i sjukskrivning mot slutet av arbetslöshetsperioden (Larsson 2002)²⁶. Enligt företrädare för sjukförsäkringen i Tyskland och Finland saknas denna företeelse i deras respektive länder. En del av de sjukskrivna i Sverige skulle förmodligen betraktas som arbetslösa i Tyskland och Finland. I förlängningen kan arbetslösheten dock övergå till socialbidragsberoende. Både tyska och finska företrädare för sjukförsäkringen noterar detta förhållande som en baksida av systemets funktionssätt.

Den standardiserade öppna arbetslösheten har varit kring 8–10 procent i Finland och Tyskland på senare år, jämfört med 5–6 procent i Sverige och under tre procent i Nederländerna (OECD 2003). En del av förklaringen till skillnader i sjukfrånvarons nivå mellan länderna kan således vara att svaga grupper på arbetsmarknaden får sin försörjning ordnad inom olika delar av det sociala skyddsnätet. Sett ur ett försäkringsperspektiv kan det dock anses vara rimligt att sjukförsäkringen ger rätt till ersättning enligt lagens intentioner medan andra samhällsliga problem, såsom arbetslöshet, löses inom ramen för respektive lagstiftning. Då kan också rätt åtgärd sättas in för att hjälpa och stödja individen.

²⁶ Denna tendens har måhända minskat sedan den 1 juli 2003 då sjukpenningen för arbetslösa sjukskrivna sänktes till samma nivå som arbetslöshetsersättningen.

10 Slutsatser

Utifrån erfarenheterna i Tyskland, Finland och Nederländerna kan följande lyftas fram som de viktigaste strategierna för att förhindra och förkorta sjukfrånvaro.

Den viktigaste slutsatsen är att sjukförsäkringsadministrationens förmåga att tillämpa och driva försäkringen försäkringsmässigt har överordnad betydelse för sjukfrånvarons omfattning. I försäkringstermer skulle detta arbete benämnas skadereglerande insatser. Det kan till och med hävdas att skadereglerande insatser är en förutsättning för att andra åtgärder ska kunna vara helt verkningfulla. Ett effektivt skadereglerande arbete förutsätter en likformig och rättssäker tillämpning av sjukförsäkringen vilket i sig åstadkoms genom bland annat tillämpning av försäkringsmedicinska riktlinjer vid sjukskrivning, granskning av läkarintyg inom försäkringen, regelstyrda prövningar av rätten till försäkringsförmåner, likformig handläggning och tydliga försäkringsregler såsom tidsbegränsade ersättningar. Likformig handläggning förutsätter enhetliga arbetsmetoder inom socialförsäkringsadministrationen vilket fortfarande saknas i Sverige.

Efter att ha tagit del av arbetssätt och strategier i Tyskland och Finland är det ganska tydligt att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet utgör en betydande del i de båda ländernas försäkringsadministration. Det förebyggande arbetet är lagstadgat i båda länderna och är av allt att döma ett högt prioriterat verksamhetsområde. Alltså betraktas även skadeförebyggande insatser som viktiga tillsammans med det mer traditionellt skadereglerande arbetet.

Studien har visat att det finns en mängd olika sätt att arbeta för att begränsa sjukfrånvaron. Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare är ett ständigt återkommande tema och tron på att en övervältring av kostnader från sjukförsäkringen begränsar sjukfrånvaron är stark. Men det holländska exemplet visar med all önskvärd tydlighet att överföringen av kostnadsansvaret för sjukskrivningar och förtidspensioner på arbetsgivaren inte är tillräckliga för att förmå arbetsgivare att förbättra arbetsförhållanden, öka återgång i arbete och därmed skapa mindre sjukskrivningar och färre förtidspensioneringar. Erfarenheterna från Tyskland och Finland visar i stället att ekonomiska drivkrafter blir framgångsrika och starka först i kombination med i första hand en sjukförsäkring som tillämpas försäkringsmässigt och i andra hand en medveten satsning på hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Referenser

- Aro, T (1999) *Vakuutuslääketiede*. Helsinki: Duodecim
- Bergendorff, S & Goede, C (1998) Rehabilitering i praktiken. Bilaga 3 i SOU 1998:104 *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar*. Betänkande av AGRA-utredningen. Stockholm: Fritzes
- Bergendorff, S & Gordon, D (2000) Vocational and Other Non-medical Interventions i Bloch, F S & Prins, R (red) *Who Returns to Work & Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration*. New Brunswick, USA and London, U.K.: Transaction Publishers
- Ds 2002:49 *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Fritzes
- Federal Ministry of Labour and Social Affairs (2002) *Social Security at a Glance*. Bonn: Federal Ministry of Labour and Social Affairs
- FPA (2002a) *Förmåner från Folkpensionsanstalten*. Helsinki: Folkpensionsanstalten.
- FPA (2002b) *När du blir sjuk. Ersättningar för sjukvård, främjande av arbetsförmågan, dagpenningar, bidrag till handikappade*. Din grundtrygghet 3A. Helsinki: Folkpensionsanstalten
- FPA (2003) *FPA:s ASLAK®-kurser – Innehåll och ansökan*. (<http://193.209.217.5/in/internet/svenska.nsf/NET/261001163537EH?openDocument>)
- Geurts, S, Kompier, M & Gründemann, R (2000) *Curing the Dutch Disease? Sickness Absence and Work Disability in the Netherlands*. International Social Security Review, Vol. 53. 4/2000
- Gould, R (2001) *Työttömyys ikääntyneiden työkyvyttömyyseläkekäytännössä 1990-luvulla*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2001:38
- Gould, R & Saurama, L (2002) From Early Exit Culture to the Policy of Active Ageing – the Case of Finland i Maltby, T, Mirabile, M-L, de Vroom, B & Overbye, E (red) *Ageing and the Transition to Retirement. A Comparative Analysis of European Welfare States*. Hampshire, England and Burlington, VT, USA: Ashgate

Hytti, H (2002) *Miksi ruotsalaiset ovat sairaita mutta suomalaiset työttömiä? (Varför är svenskar sjuka medan finländare är arbetslösa?)* Yhteiskuntapolitiikka 67 (2002):4

Hytti, H (2003) *Why Are Swedes Sick but Finns Unemployed?* European Sociological Association Conference, Murcia (Spain), 23–26 September, 2003. Ageing in Europe Research Network (<http://www.ageing-in-europe.de>)

Ilmarinen, J (1999) *Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment.* Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour

Kela (2000) *Folkpensionsanstaltens statistiska årsbok.* Helsinki: Kela

L 2001/1383 *Lag om företagshälsovård*

Lahtela, K, Grönlund, R, Röberg, M & Virta, L (red) (2002) *Bedömningar om det finländska rehabiliteringssystemet. Observationer av rehabiliteringsbarometerns första fas.* Helsinki: FPA, forskningsavdelningen

Larsson, L (2002) *Sick of Being Unemployed? Interactions between Unemployment and Sickness Insurance in Sweden.* IFAU Working Paper Series 2002:6. Uppsala: Institute for Labour Market Policy Evaluation

Ministry of Social Affairs and Health (2002) *The Many Faces of the National Programme on Ageing Workers. The Concluding Report on the Programme.* Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2002:14. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health

OECD (2001) *Health at a Glance.* http://www.oecd.org/findDocument/0,2350,en_2649_34487_1_119690_1_33_1,00.html

OECD (2003) *Standardised Unemployment Rates for OECD Countries.* www.oecd.org/dataoecd/41/13/2752342.pdf

Paoli, P (1997) *Second European Survey.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Paoli, P & Merllié, D (2001) *Third European Survey on Working Conditions 2000.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

Peltomäki, P, Hussi, T, Julin, H, Launis, K, Liira, J & Räsänen, K (red)
(2002) *Maintenance of Work Ability Research and Assessment: Summaries.*
Report 7. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Finnish Institute of
Occupational Health, Social Insurance Institution

Pennings, F (2002) A Critical View of Incentives to Help Benefit Recipients
into Work in the Netherlands i Sarfati, H & Bonoli, G (red) *Labour Market
and Social Protection Reforms in International Perspective: Parallel or
Converging Track?* Hampshire, England and Burlington, VT, USA: Ashgate

Pensionsskyddscentralen, Arbetspensionsanstalternas förbund (1997)
Rehabiliteringen inom arbetspensionssystemet. Helsinki: Pensionsskydds-
centralen, Arbetspensionsanstalternas förbund

Riksförsäkringsverket (2002) Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv.
RFV Analyserar 2002:11. Stockholm: Riksförsäkringsverket

Räsänen, K (red) (2002) *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2000 – 1990-
luvun kehitystrendit. (Företagshälsovård i Finland år 2000 – utvecklings-
trender på 1990-talet.)* Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja
terveysministeriö

Social Insurance Institution (2003) *The Prevention of Problems Related to
Disallowed Disability Pensions. A Report Commissioned by the Parlia-
mentary Trustees of the Social Insurance Institution, Finland.* The Social
Insurance Institution: Social Security and Health Research, Working Papers
26/2003

Social Protection in the EU Member States and the European Economic Area
(http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_en.html)

Social Security Programs Throughout the World
(<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/index.html>)

Socialstyrelsen (2003) *Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer
– Finns det regionala skillnader?* Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa.* Slutbetänkande av Utredningen
om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Stockholm: Fritzes

Statskontoret (2001) *Utnyttja företagshälsovården bättre,* Stockholm:
Statskontoret 2001:29

Terpstra, J (2002) *Cooperation between Social Security and Employment Services: Evaluation of a Reform Strategy in the Netherlands*. International Social Security Review, Vol. 55. 3/2002

Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö (2002) *Tyky-barometri. Työkykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2001. (Tyky-Barometer. Åtgärder för att upprätthålla och utveckla arbetsförmåga på arbetsplatser i Finland år 2001.)* Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö

van Oorschot, W (2003) *Dutch "Flexicurity" Policy: Flexibility and Security for Dutch Workers?* Paper presented at the 4th International Research Conference on Social Security, International Social Security Association, May 5–6, 2003, Antwerp

Veerman, T J, Besseling J J M (2001) *Prikkels en privatisering. Integrerende rapportage evaluatie wetgeving rond ziekteverzuim (Incentives and Privatisation – Integrated Report on the Evaluation of Legislation Relating to Sick-leave, Disability and Reintegration)* WAO en reïntegratie. Leiden: Bureau AS/tri

Bilaga Besökta institutioner och ansvariga värdar

Finland

Social- och hälsovårdsministeriet

Ritva Partinen Senior Officer

Folkpensionsanstalten (FPA)

Helka Hytti Senior Researcher

Folkpensionsanstaltens lokalbyrå i Vanda

Jarmo Nuora Lokalbyråchef

Pensionsskyddscentralen (PSC)

Raija Gould Research Officer

Nederländerna

Uitvoering werknemers- verzekering (UWV)

Bernard Starink Chief Medical Adviser

*Institute for Employee
Benefit Schemes*

AS/tri Research and Consultancy Group

Rienk Prins Managing Director

Ministerie van Sociale Zaken en Wergelegenheid

Dirk Beekman Senior Policy Officer
Directorate Social Insurance

*Ministry of Social Affairs
and Employment*

Tyskland

AOK Bundesverband

Gudrun Eberle Head of Prevention
Department

*Federal Association of Allgemeine
Ortskrankenkassen*

BKK Bundesverband

Gregor Breucker Head of Unit, European
Information Center,
Health Department

*Federal Association of Betriebs-
krankenkassen*