Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension

– förutsättningar och erfarenheter

SOU

1994:72

Rapport från
Sjuk- och arbetsskadeberedningen

Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension

– förutsättningar och erfarenheter

SOU

1994:72

Rapport från
Sjuk- och arbetsskadeberedningen

Statens offentliga utredningar
1994:72
Socialdepartementet

Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension

– förutsättningar och erfarenheter

Rapport från Sjuk- och arbetsskadeberedningen
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1994

ISBN 91-38-13681-3
ISSN 0375-250X

Förord

Regeringen har genom direktiv 1993:44 och 1993:119 tillsatt en beredning för en ny ordning för sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna. Beredningen består av ordförande, tio representanter för de politiska partierna, sex representanter för arbetsmarknadens parter samt tolv sakkunniga. Beredningen har till sitt förfogande en expertgrupp vars uppgift enligt direktiven ska vara att analysera såväl det nuvarande svenska systemet som erfarenheterna från motsvarande system i andra länder.

Vid sitt första sammanträde 1993-11-17 beslöt beredningen ge expertgruppen de riktlinjer, som redovisas under avsnitt 1 Uppdraget.

Expertgruppen har haft följande sammansättning:

Ingemar Eriksson, kansliråd, Finansdepartementet
Jan-Erik Gröjer, docent, Stockholms universitet, Inst. för företagsekonomi
Joakim Palme, fil. dr., Stockholms universitet, Inst. för social forskning
Margareta Foyer, länsdirektör, Arbetslivsfonden i Gävleborgs län
Markareta Ekman, överläkare, AMI, Örebro län
Solveig Lindblom, direktör, Försäkringskassan i Södermanlands län
Carl-Henrik Söderström, direktör, Skandia
Gunn Franzén Ljung, ombudsman, TCO
Jan Edling, utredare, LO
Åke Zettermark, utredningssekreterare, SACO
(Anders Lönnberg, kanslidirektör, SACO fr.o.m. 940215)
Alf Eckerhall, bitr. direktör, SAF
Ulf Perbeck, förhandlingschef, Landstingsförbundet
Solveig Allard-Ringborg, utredare, Landstingsförbundet

Beredningens huvudsekreterare Jan-Åke Brorsson som varit gruppens ordförande samt sekreterarna Charlotta Krafft och Lars Baltzari har med

utgångspunkt från underlag som gruppmedlemmarna redovisat liksom gruppens diskussioner sammanställt och slutligt utformat rapporten.

Gruppen har disponerat sin rapport på följande sätt. Inledningsvis ges en beskrivning av några socialpolitiska modeller samt en historisk återblick på utvecklingen i Sverige. Därefter redovisas i tre avsnitt försäkringarnas utveckling under 1980- och 1990-talen, förutsättningarna i framtiden samt internationella jämförelser och erfarenheter. Rapporten avslutas med en genomgång av gruppens slutsatser och förslag i fråga om det fortsatta arbetet.

Expertgruppen besitter en bred kompetens och medlemmarna har med sina skilda erfarenheter haft olika utgångspunkter i diskussionerna. Därmed har det varit svårt att enas om gemensamma analyser och slutsatser. Vi har i stället försökt att på ett brett sätt spegla och diskutera viktiga frågeställningar och lyfta fram dessa i rapporten.

Vi hoppas att på detta sätt ha arbetat fram en rapport, som på ett allsidigt sätt belyser berörda områden. Det är vår förhoppning att detta överväger eventuella nackdelar med att enskilda gruppmedlemmar på vissa punkter har en avvikande uppfattning.

Expertgruppen har dock valt att inte ge utrymme för enskilda experter att i rapporten delge sin mening i enskilda frågor.

Innehåll

Sammanfattning

Vid sjuk- och arbetsskadeberedningens första sammanträde den 17 november 1993 beslutade beredningen ge expertgruppen i uppdrag att:

* redovisa en beskrivning av den miljö i vilken en ny försäkringsordning ska verka

* utifrån denna miljöbeskrivning analysera styrkor och svagheter i dagens svenska system

* inhämta, analysera och värdera erfarenheter och idéer från andra länder

Rapporten är disponerat på följande sätt:

Först ett avsnitt om socialpolitiska modeller och en historisk återblick på utvecklingen i Sverige. Därefter tre avsnitt om försäkringarnas utveckling under 1980- och 1990-talen, förutsättningar i framtiden samt internationella jämförelser och erfarenheter. Avslutningsvis en genomgång av gruppens slutsatser.

Socialpolitiska modeller

Socialförsäkringarna i olika länder uppvisar stora variationer. Ett sätt att åskådliggöra skillnaderna är att i något förenklade modeller peka på väsentliga och principiella skillnader och likheter. Utgångspunkten för att urskilja olika modeller är att göra skillnad på olika socialpolitiska mål. En grundläggande distinktion kan göras mellan grundskydd och inkomstskydd. Ett annat viktigt mål kan vara att uppnå omfördelning mellan olika grupper eller skeden i livet.

För att uppnå målen används olika principer för att avgöra vem som har rätt till förmåner. I huvudsak förekommer tre principer nämligen medborgarskap, behov och förtjänst. Valet av princip får sedan konsekvenser för hur såväl täckningssgrad som ersättningsnivåer kommer att se ut. Bakom det till synes brokiga mönster som västländerna visar upp går det i huvudsak att urskilja en behovsprövad och en korporativ modell samt en grundskydds- och en standardskyddsmodell.

Försäkringarna under 1980- och 1990-talen

Försäkringarnas utvecklingen under 1980-talet präglades dels av en kraftig högkonjunktur, dels av regel- och praxisförändringar. Högkonjunkturen ledde till att efterfrågan på arbetskraft ökade. Det var framför allt kvinnornas förvärvsfrekvens som ökade. Sysselsättningsläget medförde också att grupper som tidigare haft problem att komma ut på arbetsmarknaden fick möjlighet till arbete.

I syfte att komma till rätta med låga kompensationsnivåer i korta ersättningsfall genomfördes den 1 december 1987 den s.k. tim/dagsjukpenningreformen. Praxisutvecklingen rörande långa sjukfall förändrades. Praxisutvecklingen inom arbetsskadeområdet vidgade arbetsskadebegreppets tillämpning. Institutionella förändringar genomfördes inom försäkringskassor, hälso- och sjukvården, arbetsförmedlingar och kommuner.

Under 1970-talets andra hälft låg ohälsotalet på en i stort sett konstant nivå. Under 1980-talets första år sjönk det för att sedan öka fram till 1989. I huvudsak var det den långa sjukfrånvaron och förtidspensioneringen som påverkade ohälsotalets ökning.

Antal anmälda liksom andelen godkända arbetsskador ökade kraftigt.

Kvinnornas sjukfrånvaro steg mer än männens. År 1980 var kvinnornas sjuktal 1,5 dagar högre än männens. Motsvarande siffra var år 1989 sju dagar. Även sjukfallens längd ökade kraftigt för kvinnorna.

Kostnaderna för sjukpenning, arbetsskada och förtidspension ökade kraftigt.

Konsekvensen av 1980-talets utveckling var bl.a. att syfte och mål med regelförändringarna uppnåddes. Ersättning utgick för insjuknandedagen,

kompensationsnivårna blev rättvisare. Allt fler fick sjukpenning under längre och mer individuellt inriktade utbildningsperioder.

Arbetsskadebegreppet enligt 1977 års lagstiftning fick genomslag.

En annan konsekvens blev emellertid att anställda var mer frånvarande från arbetsplatserna. Långtidsfrånvaron utvecklades i stor utsträckning till att bli passiv sjukskrivningstid, vilket i sin tur kan ha lett till en ökad utslagning från arbetsmarknaden.

På arbetsplatserna agerade såväl arbetsgivare som fackliga organisationer förhållandevist passivt ifråga om sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor. Inriktningen var i för hög utsträckning att anpassa sig till rådande frånvarosituation än åtgärder för att försöka påverka densamma. Konsekvenserna blev högre kostnader, produktivitets- och effektivitetsförsluster. Konkurrensförmågan påverkades negativt.

Attityderna i samhället var att sjukskrivning inte skulle ifrågasättas. Det var en fråga om den enskildes integritet. Förhållandet mellan sjukdom och arbetsförmåga hade ingen stark framtoning. I slutet av decenniet tog riksdagen — med utgångspunkt från rehabiliteringsberedningens förslag — beslut, som anslog ett nytt synsätt. Den s.k. arbetslinjen blev också vägledande för arbetet med sjukpenning- och arbetsskadeförsäkringarna liksom förtidspensioneringen.

I början av 1990-talet gick Sverige in i en kraftig lågkonjunktur. Ett rekordstort antal människor blev arbetslösa.

Ett flertal förändringar genomfördes i försäkringarna. Det rörde sig om att förstärka de förebyggande insatserna och rehabiliteringsarbetet samt att sänka kompensationsnivåerna liksom att skärpa arbetsskadebegreppet och förlänga samordningstiden.

Kassorna fick en ny roll i rehabiliteringsarbetet och möjlighet att köpa yrkesinriktade rehabiliteringstjänster samt att till viss del påverka prioriteringen av behandling, vård och medicinsk rehabilitering. Arbetslivsfonden startade sin verksamhet år 1990. Statsbidraget till företagshälsovården avvecklades under år 1992.

Korttidsfrånvaron minskade kraftigt under början av 1990-talet. Den långa frånvaron inklusive förtidspensionerna stagnerade. Visserligen har antalet

förtidspensioner ökat under åren 1992 och 1993. Ökningen kan till stor del förklaras av en minskning av sjukfall, som varat längre än ett år.

Den undersökning av nybeviljade förtidspensioner år 1993, som expertgruppen medverkat till att genomföra, visar att i drygt 60 procent av fallen var senaste sjukskrivningsperiod längre än ett år. Vidare framgår att 35 procent av de sjukskrivna som beviljades förtidspension var arbetslösa.

Arbetsskadeanmälningarna har sjunkit sedan slutet av 1980-talet och fram till år 1993, då en kraftig ökning inträffade. Denna berodde på övergångsregler i samband med regelförändringarna den 1 januari 1993.

Genom sjuklöneperiodens införande, lägre sjukfrånvaro och förändringar i arbetsskadeförsäkringen minskade kostnaderna i försäkringarna.

Erfarenheterna av regelförändringarna i början av 1990-talet pekar på följande konsekvenser och beteendeförändringar.

En kombination av orsaker, såsom de sänkta kompensationsnivåerna, sjuklöneperioden och arbetsmarknadsläget, har medfört en kraftig sänkning av korttidsfrånvaron. Förändringens effekt torde innebära att korttidsfrånvaron inte längre kan uppfattas som ett stort problem. Långtidsfrånvaron inklusive förtidspensioneringen ökade sakta under åren 1990—1992 men har minskat något under år 1993.

Regelförändringarnas effekter på den enskildes ekonomi har beräknats. Den sammantagna effekten innebär en löneminskning på 1,2 procent. Både de som var sjukskrivna ofta och de som var långtidssjukskrivna fick förhållandevis stora inkomstbortfall. Eftersom sjukligheten varierar mellan olika befolkningsgrupper blir inkomstminskningen ojämt fördelad mellan kvinnor och män liksom mellan olika yrkesgrupper. Inkomstbortfallet var i genomsnitt för kvinnorna efter skatt 1 400 kr per år. För männen var motsvarande siffra 1 100 kr.

För de personer vars sjukskrivning inleddes för minst ett år sedan beräknas sjukersättningen efter skatt i genomsnitt ha sjunkit med 15 000 kr. Detta innebär en minskning med 13 procent.

Även om det förebyggande arbetsmiljöarbetet och rehabiliteringsinsatserna har förbättrats så har man inte på arbetsplatserna levt upp till intentionerna i lagstiftningen.

Det huvudsakliga syftet med 1990-talets förändringar av ersättningsnivåer har varit att hejda kostnadsutvecklingen. I stort sett har detta syfte uppnåtts. Vad gäller rehabiliteringsarbetet så pekar erfarenheterna och det ökande antalet fall med rehabiliteringsersättning på att försäkringskassorna i allt högre utsträckning prioriterar rehabiliteringsarbetet. Initiativ till rehabilitering tas snabbare. Strategin är att främst koncentrera insatserna till dem som bedöms ha störst möjlighet att tillgodogöra sig rehabiliteringen. Det finns tecken som tyder på att en av orsakerna till det ökade antalet nybeviljade förtidspensioner är försäkringskassornas aktivare arbetssätt. I långa sjukfall där människor gått passivt sjukskrivna och arbetsoförmågan varit bestående har rehabiliteringsmöjligheterna bedömts som små, varför åtgärden i stället blivit förtidspension/sjukbidrag. Med denna utgångspunkt borde i så fall en del av förtidspensionsökningen vara temporär.

Även om roll- och ansvarsfördelningen bedöms att i stort sett fungera väl, brister det ofta i samarbetet mellan de olika myndigheterna. Det kan delvis förklaras av kulturskillnader delvis av bristen på gemensamma mål och riktlinjer och finansiell samordning. Åtgärder behövs för att stärka och utveckla samverkansarbetet.

Förutsättningar i framtiden

Morgondagens socialförsäkringar kommer att befinna sig i en miljö där det mänskliga kapitalet, kunnandet, erfarenheter, och förändringskompetens kommer att ha större betydelse. Utbildningsnivån kommer att ligga på en högre nivå. Utbytbarheten mellan medarbetarna kommer inte vara att lika stor som nu. Utvecklingen inom utbildningsområdet och i arbetslivet kan komma att stärka möjligheterna för individerna att genom utvecklande och intressanta arbeten förverkliga sina mål och ambitioner.

Det finns mellertid också en annan utveckling. Det finns risk att de svaga grupperna i samhället blir allt större. Grupper av människor med olika handikapp kan få större svårigheter att vara kvar eller komma in på arbetsmarknaden. Socialförsäkringarna har en viktig uppgift i att medverka till att ge dessa grupper stöd och trygghet. Storleken på dessa grupper liksom deras hälsotillstånd blir därmed av betydelse för utformningen av framtidens försäkringar.

Samhällen förändras och det torde också gälla dess värderingar. Forsk-

ningen är dock inte enig om i vilken takt och i vilken riktning värderingarna förändras. Vad är kortsiktiga svängningar och vilka är trenderna i utvecklingen? Det finns de som hävdar att vi är på väg in i ett postmaterialistiskt samhälle. Annan forskning pekar på att värderingarna är ganska stabila. Även försäkringarnas utformning påverkar attityder och värderingar.

Utvecklingen inom svenskt näringsliv pekar på att den privata tjänstesektorn hela tiden ökar i betydelse och att de kunskapsintensiva branscherna står för huvuddelen av tillväxten. Vidare kommer förväntad sysselsättningsökning att till stor del ligga i små och medelstora företag. Den offentliga sektorn kommer även fortsättningsvis att befinna sig under starkt rationaliseringstryck.

Ett personalekonomiskt synsätt torde ha möjlighet att få en starkare förankring i arbetslivet. Det personalekonomiska tänkandet stimulerar till ett brett upplagt arbetsmiljöarbete. Arbetsmiljö och rehabiliteringsinsatser kan bli en naturlig del i ansträngningarna att åstadkomma ökad produktivitet, kvalitet och konkurrenskraft.

Den samhällsekonomiska utvecklingen pekar på att tillväxten kommer att öka men att den behöver användas för vård och service till de äldre liksom viktiga offentliga investeringar och konsumtion för att i ett internationellt perspektiv förstärka Sveriges konkurrenskraft. Konsekvensen blir att något utrymme inte kommer att finnas för kostnadskrävande reformer inom områdena sjukpenning- och arbetsskadeförsäkring eller förtidspension. Det kommer snarare att bli en fråga om att utforma försäkringarna så att de medverkar till att öka den ekonomiska tillväxten och stimulera sparande.

Sverige har av tradition en stor mängd internationella kontakter. Den relativt sett stora utrikeshandeln har länge varit en betydelsefull faktor för utvecklingen av samarbetet över gränserna. Utvecklingen mot en allt större internationalisering fortsätter och förstärks nu av EU-utvecklingen.

Arbetsmarknaden kommer under överskådlig tid att vara kärv. Enligt AMS optimistiska scenario ligger den totala arbetslösheten på ca 6 procent i början av 2000-talet. Det andra scenariot pekar på 11 procent. Såväl långtidsarbetslösheten som ungdomsarbetslösheten kommer att vara avsevärt högre än för närvarande. Utvecklingen kommer att bli speciellt besvärlig för svaga grupper som arbetshandikappade, sjuka och invandrare.

Den traditionella arbetslöshetsstatistiken underskattar dock de strukturella sysselsättningsproblemen som finns i Sverige och övriga Europa. Under 1980-talet har man i flertalet länder mer eller mindre medvetet använt socialförsäkringarna och andra system för att försörja svårsysselsatta grupper. Sedan några år pågår i flera länder en debatt om skattesystemens och socialförsäkringarnas betydelse för arbetslöshetens utveckling.

Försäkringarna är beroende av en väl fungerande sjukvård. Om husläkarreformens intentioner kan genomföras innebär reformen ett stöd för rehabiliteringsarbetet. Det finns emellertid också de som anser att såväl husläkarreformen som förändrade etableringsvillkor för andra specialister, riskerar motverka det förebyggande arbetet samt rehabiliteringsinsatserna.

Internationella jämförelser och erfarenheter

Olika länders socialförsäkringar har utvecklats under skilda kulturella, ekonomiska och historiska förutsättningar. De har anpassats till bl.a. den institutionella strukturen i respektive land. Gruppen har inte funnit några erfarenheter som direkt och med lätthet kan överföras på svenska förhållanden. Det kan dock finnas anledning att närmare granska olika inslag i utländska modeller, som kan tjäna som inspirationskälla vid en översyn av det svenska systemet.

Ersättningen vid sjukdom följer i stort sett samma mönster i de länder som granskats. En anställd har inledningsvis rätt till ersättning från sin arbetsgivare i form av sjuklön. Sjuklöneperiodens längd varierar, men principen att låta arbetsgivaren ansvara för kostnaden under den inledande perioden tycks vara väl förankrad.

Principen för ersättningen vid sjukdom i de studerade länderna är i huvudsak att full kompensation lämnas under den första tiden. Ersättningen sänks senare, efter några månader eller ett år, till vad som utges inom den svenska förtidspensioneringen.

I de flesta länder lämnas någon form av särskild ersättning under yrkesmässig rehabilitering. Ersättningsperiodernas längd varierar dock. Avgörande för om en rehabiliteringsinsats har förutsättningar att lyckas är bl.a. åtgärdens kvalitet och relevans samt att institutioner, myndigheter och arbetsgivare samarbetar och samordnar sina insatser. Det verkar dock svårt att finna goda exempel utomlands.

Sjukpenningförsäkringen finaniseras företrädesvis genom att avgifter betalas av såväl arbetsgivare som arbetstagare. Andelarnas storlek varierar. Endast i Danmark är försäkringen helt skattefinansierad. I Tyskland förekommer en finansiering som möjligen kan jämföras med differentierade premier. Skillnaderna i avgifter till sjukförsäkringen i Tyskland kommer dock att minska till följd av den obligatoriska riskutjämningen mellan kassorna.

En granskning av de formella villkoren för rätt till förtidspension visar inte att kraven på arbetsförmågans nedsättning och varaktigheten av denna skulle vara lägre ställda i Sverige än utomlands.

Begreppet arbetsskada skiljer sig mellan olika länder främst när det gäller avgränsningen av arbetssjukdomar. I Sverige finns ett generellt begrepp, utomlands används normalt metoden att förteckna de sjukdomar eller den skadlighet som kan grunda rätt till ersättning.

Premien till arbetsskadeförsäkringen är differentierad i de granskade länderna. Skilda principer tillämpas. I vissa länder tillämpas fasta tabellpremier för de mindre företagen och en mer skadebaserad premie fastställs endast för större företag. Detta leder till att framgångsrika skadeförebyggande åtgärder på företagsnivå endast påverkar premien för de stora arbetsgivarna.

I en näringslivsstruktur som domineras av små eller medelstora företag kommer premiesättningen alltså till största delen att baseras på tabellpremier med branschvist fastställda avgifter.

Gruppens slutsatser är att beredningen i det fortsatta arbetet bör:

* studera hur olika finasieringsformer för sjukpenning- och arbetsskadeförsäkring och förtidspension påverkar samhällsekonomi, sysselsättning och lönebildning.

* studera hur incitamenten för såväl individ, arbetsgivare som myndigheter kan förstärkas. Kan det förebyggande arbetsmiljöarbetet liksom tidiga och aktiva rehabiliteringsåtgärder förbättras genom exempelvis differentierade arbetsgivaravgifter eller andra mer stimulansinriktade system? Hur ska myndighetssamverkan kunna stärkas och gemensamma mål och riktlinjer för myndig-

heternas arbete formas? Vilken roll spelar harmonisering av ersättningsnivåer inom och mellan olika försäkringssystem?

* genomföra en fördjupad studie avseende erfarenheter och effekter av de regelförändringar som genomförts sedan slutet av 1980-talet.

* inhämta kompletterande information om hur andra länders försäkringssystem fungerar. Intressant är härvid beskrivningar ur ett individ- och arbetsplatsperpektiv där bl.a. incitamentsfrågor, sjukfrånvaro, förtidspensionering, förebyggande insatser och rehabilitering studeras. Vidare bör frågor om finansiering, administrativa lösningar, kostnadskontroll samt effekter på svagare grupper vara viktiga att belysa.

* föra en diskussion om begreppet försäkringsmässighet så att en klar definition erhålls och på så sätt skapa en gemensam grund för det fortsatta arbetet i beredningen.

* ägna uppmärksamhet åt begreppen sjukdom och arbetsförmåga och låta detta område bli föremål för ytterligare studier och diskussion.

1 Uppdraget

Målet för expertgruppens arbete ska vara att ge beredningen en bas för det fortsatta arbetet genom att ta fram rapporter och andra former av diskussionsunderlag. Gruppen ska härvid lyfta fram och belysa väsentliga problem och frågeställningar liksom redovisa förslag för det fortsatta arbetet.

Gruppen ska i sitt arbete:

* redovisa en beskrivning av den miljö i vilken en ny försäkringsordning ska verka

* utifrån denna miljöbeskrivning analysera styrkor och svagheter i dagens svenska system

* inhämta, analysera och värdera erfarenheter och ideér från andra länder.

Arbetet ska genomföras utifrån individens behov av trygghet, vikten av att upprätthålla en hög effektivitet i såväl privat som offentlig produktion liksom en god arbetsmiljö samt samhällsekonomisk balans. Speciell vikt ska läggas vid de senaste årens utveckling av sjukfrånvaro och förtidspensionering. Effektiviteten i nuvarande system ska belysas. Erfarenheterna av de nya förutsättningar och krav som finns inom rehabiliterings- och arbetsmiljöområdet liksom betoningen av arbetslinjen i rehabiliteringsarbetet ska redovisas.

2 Socialpolitiska modeller och utvecklingen i Sverige

Inledning

Socialförsäkringarna i olika länder uppvisar stora variationer. Ett sätt att åskådliggöra skillnaderna är att i något förenklade modeller peka på väsentliga och principiella skillnader och likheter. Att försöka urskilja dessa modeller kan vara ett sätt att bringa ordning och struktur i vad som ibland kan förefalla vara kaos.

Ett annat skäl att resonera i termer av socialpolitiska modeller är att få grepp om alternativen och dess konsekvenser. Det jämförande perspektivet kan här spela en viktig roll. I stället för att spekulera kring fördelar och nackdelar med förändringar av socialpolitikens inriktning, kan man studera effekterna av modellerna i andra länder där andra alternativ prövats. Vidare kan modellerna visa att socialpolitik inte är något man har mer eller mindre av, utan att den kan ha både olika mål och medel.

Studiet av modeller visar även på traditionens makt eller om man så vill på institutionernas betydelse. Varje system utvecklar ett slags traditionsbundenhet. När man väl lagstadgat om en viss typ av rättigheter är det av olika skäl svårt att förändra systemet. Varje system har sina särskilda intressegrupper och varje förändring ger potentiellt nya grupper av "förlorare". Om man ser till utvecklingen av socialförsäkringarna under det här århundradet kan man konstatera att det funnits en förvånansvärd stabilitet i systemens grunddrag. Detta gäller i Sverige men i minst lika stor utsträckning i övriga västvärlden.

Socialpolitiska mål

Utgångspunkten för att urskilja olika modeller är att skilja mellan olika socialpolitiska mål. En grundläggande distinktion kan göras mellan grundskydd och inkomstskydd.

I socialförsäkringar som syftar till att ge ett grundskydd utges i princip ett enhetsbelopp som primärt syftar till att hålla den försäkrade över den nivå som skulle göra honom eller henne berättigad till socialhjälp. I de försäkringar som har inkomstskydd som mål är ersättningen relaterad till tidigare inkomst och syftar till att upprätthålla den ekonomiska standarden, kanske också den sociala statusen hos den försäkrade.

Ett annat viktigt socialpolitiskt mål kan vara omfördelning. Här kan man skilja mellan horisontell och vertikal omfördelning. Horisontell omfördelning innebär att man flyttar inkomster mellan olika skeden i livet, t.ex. i form av barnbidrag och pensioner. Vertikal omfördelning brukar man benämna de inkomstförflyttningar som sker mellan hög- och låginkomsttagare så att inkomstskillnader utjämnas. En annan typ av omfördelning är den som sker mellan olika riskgrupper.

Olika principer bakom rätten till förmån

För att uppnå de ovan beskrivna målen används i socialförsäkringssystemen olika principer för att avgränsa rätten till förmåner. I huvudsak förekommer tre skilda principer för denna avgränsning, nämligen medborgarskaps-, behovs- och förtjänstprincipen.

I system med krav på medborgarskap eller permanent boende, är det enklast att kvalificera sig. En skärpning av kraven är att tillämpa behovsprövning, där endast de som saknar inkomster eller förmögenhet över vissa klart definierade nivåer får rätt till ersättning. Förtjänstprincipen är vägledande för alla inkomstrelaterade ersättningar och innebär i princip att ju mer den försäkrade arbetat och ju högre lönen varit, desto högre skall ersättningen från socialförsäkringen bli. Det finns stora skillnader mellan hur man tillämpar de olika principerna.

Valet av princip, och hur man tillämpar den, får konsekvenser för såväl hur täckningsgrad som ersättningsnivåer kommer att se ut. Med täckningsgrad avses den andel av en relevant befolkningsgrupp som omfattas av

försäkringen. Av naturliga skäl får de försäkringar som grundar sig på medborgarskapet den bredaste täckningsgraden. Behovsprincipen är däremot ett instrument för att inskränka täckningsgraden. Beroende på hur strikt prövningen sker kommer kretsen av ersättningsberättigade att variera. Förtjänstprincipen är också ägnad att begränsa täckningen, i detta fall till dem som är aktiva på arbetsmarknaden.

När det gäller socialförsäkringarnas ersättningsnivåer kan man konstatera att både medborgar- och behovsprinciperna i första hand syftar till att ge ett grundskydd medan förtjänstprincipen är avsedd att ge ett skydd för bortfall av inkomst.

Karensvillkor och varaktighet är också aspekter som påverkar kvaliteten i den ekonomiska trygghet som ett försäkringssystem ger. I dessa avseenden går det inte att med bestämdhet säga hur de tre principerna kan förväntas slå. Dock verkar de system som följer behovsprincipen att vara förknippade med både lång karens och lång varaktighet.

Fyra grundläggande socialpolitiska modeller

Bakom det till synes brokiga mönster som västländernas välfärdssystem visar upp går det dock att urskilja några grundläggande socialpolitiska modeller. Strukturen bakom modellerna framträder tydligast i uppbyggnaden av ålderspension och sjukpenningförsäkring. De grundläggande skillnaderna mellan modellerna återspeglar behovsprövningens omfattning, kretsen av försäkrade medborgare, graden av inkomstrelatering i ersättningar och den institutionella uppbyggnaden. Man kan skilja mellan fyra grundläggande socialpolitiska modeller; den behovsprövade modellen, den korporativa modellen, grundskyddsmodellen och standardskyddsmodellen.

Den behovsprövade modellen kännetecknas av att rätten till ersättning inte definieras utifrån allmänna kriterier utan bestäms efter en mer eller mindre grundlig prövning av den sökandes behov och medel. Modellen ger i princip enhetliga och låga ersättningar till de sämst ställda medborgarna. Medan alla välfärdsstater har kvar endast begränsade behovsprövade program spelar de behovsprövade socialförsäkringarna och programmen fortfarande centrala roller i några av länderna i "den nya världen", främst USA, Australien och Nya Zealand.

Grundskyddsmodellen karaktäriseras av statligt administrerade enhetliga socialförsäkringar som omfattar i princip alla medborgare, oavsett inkomst. Programmen garanterar ett enhetligt grundskydd till alla vid inkomstsbortfall. Tanken är att det enhetliga grundskyddet skall vara tillräckligt för grupper med låga inkomster. Bättre ställda grupper förväntas komplettera grundskyddet genom kollektiva eller enskilda försäkringar. Grundskyddsmodellen kan sägas karaktärisera socialförsäkringssystemen i t.ex. Storbritannien och Irland.

Den korporativa modellen för socialförsäkringar karaktäriseras av separata program för ett antal yrkesmässigt avgränsade kategorier av förvärvsarbetande. Ersättningarna i försäkringarna är inkomstrelaterade. Eftersom socialförsäkringarna enbart riktar sig till de förvärvsarbetande kommer dock betydande medborgargrupper, särskilt kvinnor, att ställas utan sociala rättigheter. Den katolska sociallläran har varit en viktig bakgrund för den korporativa modellen. Den är starkt framträdande i flera EG-länder, t.ex. i Tyskland.

Standardskyddsmodellen kan sägas kombinera grundskyddsmodellens statligt administrerade program, där alla medborgare omfattas, med den korporativa modellens inkomstrelaterade ersättningar. I de nordiska länderna kompletterades den tidigare grundskyddsmodellen under efterkrigstiden gradvis med inkomstrelaterade ersättningar. Den allmänna sjukförsäkringen med inkomstrelaterade ersättningar, som infördes i Sverige år 1955, var det första programmet i världen av detta slag. Standardskyddsmodellen har också kommit att karaktärisera ersättningssystemen i Norge och Finland.

I Sverige har termen "generell" använts för att beskriva den svenska typen av socialpolitik. Den termen kan dock inte skilja mellan grundskyddsmodellen och standardskyddsmodellen, vilka båda har generella program som omfattar hela befolkningen (t.ex. folkpensioner). Termen generell socialpolitik fångar alltså inte in den viktiga skillnaden att standardskyddsmodellen utöver grundskydd också innehåller inkomstrelaterade ersättningar.

Utvecklingen i Sverige

Vad gäller utvecklingen i Sverige kan två former av trygghetssystem urskiljas sedan medeltiden; kyrkans, välgörenhetsorganisationernas och samhällets fattigvård samt försäkringar för självhjälp.

Genom skrå- och gilleväsendet utvecklades parallellt med fattigvården de första ansatserna till en socialförsäkring. Dessa sammanslutningar kunde ge bistånd till medlemmarna och deras familjer i händelse av trångmål.

1800-talets fattigvårdsförordningar stadgade att arbetsgivare hade försörjningsplikt för sina anställda. För att bättre kunna tillgodose sina trygghetsbehov, bildade arbetarna egna understödsföreningar. Genom inrättandet av sjukkassor övertog arbetarna en del av arbetsgivarnas ansvar. Sjukkasserörelsen blev en folkrörelse. Kassorna var dock små och utan ekonomiska reserver.

Utvecklingen av det svenska socialförsäkringssystemet fick sina första impulser från reformerna i 1880-talets kejserliga Tyskland. 1901 års lag om ersättning för skada till följd av olycksfall i arbetet blev Sveriges första socialförsäkringslag. Idén om generella socialförsäkringar blev politiskt etablerad under 1910-talet.

Socialpolitiken tillfördes flera nya dimensioner under 1930-talet. Genom att omfatta alla medborgare och ge ekonomisk grundtrygghet, kunde socialpolitiken göras till en resursskapande kraft i en produktiv sysselsättningspolitik.

År 1931 kom förordningen om erkända sjukkassor med enhetliga regler för den utgående hjälpen. I samband med införandet av den statligt finansierade folkpensioneringen år 1955 ombildades de erkända sjukkassorna till allmänna sjukkassor med obligatorisk anslutning.

Under denna tidsperiod ersattes allmosetanken av rättighetstanken. När reformen med allmän sjukförsäkring genomfördes år 1955 hade ekonomisk grundtrygghet utvecklats till ett standardmål. Standardmålet innebar att den som förlorat sin inkomst vid t.ex. sjukdom eller ålderdom inte skulle behöva förlora sin levnadsstandard. Detta mål blev 1950-talets ledstjärna för reformerna inom den allmänna sjukförsäkringen och tjänstepensioneringen. Ersättning för inkomstbortfall kom därmed att bli den bärande principen.

År 1963 samordnades sjukförsäkringen och den allmänna folkpensionen i en lag om allmän försäkring.

1970-talet blev det decennium då stora reformer genomfördes. Socialförsäkringarna byggdes ut och bidragsbeloppen höjdes. Pensionsåldern sänktes. Möjligheter till förtida och uppskjutet uttag av pension infördes. Nya

försäkringar tillkom, tandvårdsförsäkringen och delpensionering är några exempel.

En omfattande omkonstruktion av sjukpenningförsäkringen genomfördes 1974. Sjukpenningklasserna ersattes med sjukpenninggrundande inkomst för att ge rättvisare kompensationsnivåer. Sjukpenningen blev samtidigt beskattningsbar och pensionsgrundande för ATP.

Samtidigt som föräldraförsäkringen infördes år 1974, gavs möjlighet att få tillfällig föräldrapenning när en förälder stannade hemma från arbetet för att vårda sjukt barn. Inledningvis var rätten begränsad till tio dagar per år. Sedan dess har ersättningstiderna förlängts och kommit att täcka allt fler situationer.

Den 1 juli 1977 trädde den nya arbetsskadeförsäkringen i kraft. Då infördes ett generellt skadebegrepp samtidigt som försäkringen fullt ut kompenserade inkomstbortfall.

Under 1960 och 1970-talen utvecklade arbetsmarknadens parter kollektivavtalsförsäkringar, som syftade till att täcka de behov som ej tillgodosågs i socialförsäkringen eller som situationen på arbetsmarknaden skapade.

3 Analysmodell

För en systematisk genomgång av styrkor och svagheter i dagens försäkringar har expertgruppen använt en analysmodell som bygger på en genomgång av de tre nyckelbegreppen, BEHOV, BETEENDEN och KONSEKVENSER.

Väsentliga förändringar i försäkringssystemen under 1980- och 1990-talen har beskrivits och analyserats utifrån följande frågeställningar.

Vilka behov var förändringarna avsedda att täcka?

Vilka beteenden har förändringarna medfört?

Vilka konsekvenser har förändringarna givit upphov till?

Frågeställningarna har beskrivits och analyserats på tre olika nivåer: INDIVID, ARBETSPLATS och SAMHÄLLE.

En schematisk bild av modellen redovisas nedan.

Figur 1

	Behov	Beteenden	Konsekvenser
Individ			
Arbetsplats			
Samhälle			

4 Försäkringarna under 1980-talet och början av 1990-talet

Utvecklingen under 1980-talet

Omvärldsfaktorer

Vid inledningen av en internationell högkonjunktur devalverades den svenska kronan kraftigt 1982. Exportindustrin kom snabbt igång. Sverige kunde behålla en fortsatt hög sysselsättningsnivå till skillnad från stora delar av det övriga Europa. Välfärdssystemet kunde bibehållas i stort sett intakt.

Trots det snabba ekonomiska uppsvinget saknades tillräckliga inhemska investeringar. Produktivitetens ökningstakt avtog. Den tillväxt som skapades blev allt mindre produktivitetsbaserad.

Efterfrågan på arbetskraft ökade. Arbetskraftsbrist kom att råda inom industrin och offentlig sektor. Inom alla sektorer förhandlades stora löneökningar fram.

Det var framför allt kvinnornas förvärvsfrekvens och arbetsintensitet som ökade. Kvinnorna bereddes arbete främst inom barnomsorg, äldreomsorg och sjukvård. Många kvinnor erhöll även arbete inom industrin.

Sysselsättningsläget medförde att grupper som tidigare haft problem att komma in på arbetsmarknaden, fick möjlighet till arbete. Samtidigt kunde den äldre arbetskraften ha kvar sina anställningar.

Den "överhettade" arbetsmarknaden medförde ökade sjukpenninggrundande inkomster för befolkningen i stort, vilket i sin tur ledde till högre utgående belopp från socialförsäkringarna. Antalet sjukpenningförsäkrade med anställning ökade kraftigt under denna period.

Förändringar – praxis, regler, organisation

Praxisutveckling — långa sjukfall

I början av 1980-talet fanns det en oskriven regel som sade att sjukfall skulle förhindras att överstiga ett år. Försäkringskassorna var även förhindrade att ge sjukpenning under rehabilitering för längre tid. Detta begränsade möjligheterna till utbildning i rehabiliterande syfte.

Försäkringsöverdomstolen öppnade vägen för längre sjukskrivningar och sjukpenning vid rehabilitering som varade längre tid än ett år genom ett antal domar under åren 1983 och 1984.

Praxisutveckling — arbetsskadeförsäkringen

Under 1980-talets senare hälft kom allt fler arbetsskadeärenden att överklagas till försäkringsrätterna. Ändringsfrekvensen av försäkringskassornas beslut var mycket hög. Den översteg vad som var normalt för en förvaltningsdomstol i första instans och låg långt över ändringsfrekvensen för andra försäkringsrättsmål. Praxisutvecklingen vidgade arbetskadebegreppets tillämpning.

Tim/dagsjukpenningreformen

I syfte att komma till rätta med låga kompensationsnivåer i korta ersättningsfall för försäkrade med oregelbundet arbete infördes **den 1 december 1987** nya metoder för beräkning av sjukpenning. Samtidigt började även sjukpenning för insjuknandedagen att utges och fridagsregeln togs bort.

Denna reform medförde ökade kostnader som i huvudsak finansierades med en höjning av arbetsgivaravgiften. Enligt RFV ökade kostnaderna mellan åren 1987 och 1988 med åtta miljarder kronor i fast penningvärde, varav hälften förklarades av den förmånligare ersättningen vid kort sjukfrånvaro. Resterande utgiftsökning kunde bl.a. härledas till ett ökat antal långa sjukfall.

I samband med reformen förbättrades de kollektivavtal som reglerade ersättningen utöver sjukpenning från den allmänna försäkringen. Förbättringarna kom främst arbetare och kommunalt anställda till godo. Under perioden december 1987 — februari 1991 hade de flesta anställda 100 procents ersättning under de första 90 dagarna i ett sjukfall.

Utveckling av arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet

Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna aktualiserade problem med att socialförsäkringarnas konstruktion hindrade aktiva och tidiga rehabiliteringsinsatser. Både kostnadsutvecklingen inom sjukpenningförsäkringen och de negativa konsekvenserna för enskilda, såsom risken för passivisering, väckte krav på förändring.

Arbetstagarnas organisationer lyfte fram orättvisor och ojämlikhet i olika gruppers arbetsvillkor. De hälsorisker som vållas av starkt styrda, ensidiga och rutinartade arbetsuppgifter uppmärksammades. Särskilt framhölls belastningskador som främst drabbade kvinnor.

Dessa diskussioner kom att ligga till grund för nya insatser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet. Statsbidrag till företagshälsovården utgick för att åstadkomma en förskjutning mot förebyggande insatser utifrån en helhetssyn på arbetsmiljön. År 1985 startade Rehabiliteringsberedningen och år 1989 tillsattes Arbetsmiljökommissionen.

Institutionella förändringar

Under 1980-talet genomfördes flera förändringar vad gäller samhällets olika institutioner som påverkat utvecklingen inom socialförsäkringsområdet.

I början av 1980-talet övergick **försäkringskassorna** från kontantutbetalning till postgirobetalningar. Samtidigt övergick man till ett rambudgetsystem. Fram till mitten på 1980-talet fanns krav på två procents årliga besparingar i administrationen. Besparingarna medförde minskningar av personal och avveckling av lokalkontor. Kassorna gick även över till ett nytt styrsystem. Det innebar större lokal frihet och ökat ledningsansvar för planering och styrning av verksamheten.

Under samma tid gjordes satsningar på att profilera försäkringskassorna som serviceorganisationer. I mitten av 1980-talet startades en omfattande decentralisering till lokalkontoren. Resurser för ärendehandläggning och beslut flyttades ut och verksamhetens lokala prägel stärktes. För att öka förtroendemannainflytandet beslöt riksdagen att 1987 införa socialförsäkringsnämnder. Antalet beslutsorgan närmast fördubblades i förhållande till pensionsdelegationerna. Besluten flyttades från centralkontoren till lokala beslutsorgan. De ärenden som nämnderna fattade beslut om decentraliserades till lokalkontoren. Antalet föredragande i nämnderna ökade kraftigt. I de tidigare pensionsdelegationerna hade läkarkåren varit representerad. Så blev inte fallet i socialförsäkringsnämnderna. Avsikten var att den medicinska kompetensen i stället skulle tillföras ärendehandläggningen genom förstärkta kontakter mellan kassornas handläggare och förtroendeläkare.

Debatten om **hälso- och sjukvården** präglades under 1980-talet av frågor om kostnadsutveckling och effektivitetsbrister. Även inom sjukvården var decentraliseringen en viktig fråga. Debatten om köerna inom sjukvården var intensiv. Genom bl.a. effektiviseringar och införande av nya ekonomiska styrsystem höjdes produktiviteten. Inom många områden minskade eller försvann köerna.

Arbetsförmedlingarna ändrade inriktning i mitten på 1980-talet. I takt med den ökade efterfrågan av arbetskraft ställdes ökade krav på förmedlingarna, som utvecklade ett företagsinriktat arbetssätt. Samtidigt drog förmedlingarna sig tillbaka från arbetsplatsernas anpassningsgrupper. En uppgift som försäkringskassorna i stället skulle ta över.

Kommunernas ekonomi blev alltmer ansträngd. Kostnadsutveckling och stopp för skattehöjningar ökade kraven på rationaliseringar och nedskärningar. Alla verksamhetsområden sattes under kraftig kostnadspress och behovet av besparingar var stort.

Sjukfrånvarons utveckling

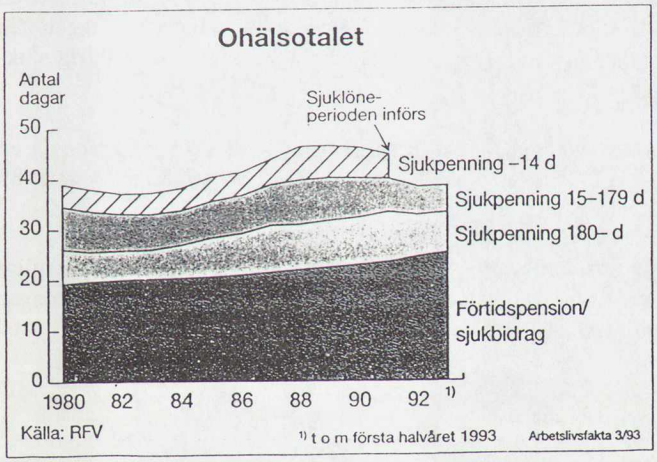
Ohälsotal

Ohälsotalet anger det genomsnittliga antalet dagar per försäkrad och år som ersatts med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förebyggande sjukpenning eller förtidspension/sjukbidrag.

Under 1970-talets andra hälft låg ohälsotalet på en i huvudsak konstant nivå. Under 1980-talets första år sjönk det för att mellan 1983 till 1988 stiga i ökande takt. År 1989 avmattades ökningstakten. Den del som hänför sig till förtidspension och sjukbidrag har dock ökat kontinuerligt sedan 1978.

Det stigande ohälsotalet förklaras främst av en ökning av andelen arbetsskador, de långa sjukfallen samt att allt fler försäkrade beviljades förtidspension/sjukbidrag.

Diagram 4.1 Ohälsotalets utveckling åren 1920–1992



Sjuktal

Sjuktalet mäter hur många ersatta sjukpenningdagar varje sjukpenningförsäkrad i genomsnitt haft under ett år. Sjuktalet avser endast ersättning enligt AFL.

I början av 1980-talet var sjuktalet ca 20 dagar och ökade till drygt 26 dagar år 1988. Efter 1988 har en viss minskning skett. Enligt RFV höjde tim/dagsjukpenningreformen sjuktalet med 1,8 dagar. Av dessa kan 0,4 dagar hänföras till införande av sjukpenning för insjuknandedagen.

SAF:s tidsanvändningstatistik ger en bild av sjukfrånvaroutvecklingen för 220 000 arbetstagare, fördelade på 2 500 arbetsplatser i 500 företag inom SAF-området. Av denna statistik framgår att tim/dagsjukpenningreformen genomfördes i ett skede när sjukfrånvaron ökade. Genomförandet resulterade inte i något stort språng av ökad frånvaro. Tvärtom sjönk sjukfrånvaron året efter det att tim/dagsjukpenningen infördes.

Korttidsfrånvaro

Sjukfrånvaron upp till sex dagar, dvs. under den intygsfria perioden, låg i genomsnitt på 4,4 dagar per år och försäkrad. Den utgjorde därmed en femtedel av alla frånvarodagar eller ca 2 procent av alla arbetsdagar. Ca 30 procent av alla sjukpenningförsäkrade var över huvud taget aldrig sjukskrivna under ett år.

Enligt RFV ökade sjuktalet i sjukfall som varar högst en vecka med ca en halv dag per år och försäkrad mellan åren 1975 och 1988. Från år 1989 har korttidsfrånvaron minskat.

Sjukfrånvaron i fall som varar mellan 8—89 dagar har minskat påtagligt sedan 1970-talet. År 1978 betalades sjukpenning för i genomsnitt 9,4 dagar i medellånga sjukfall. År 1991 ersattes i genomsnitt 5,6 dagar.

Långtidsfrånvaro

Det är en mycket liten del av befolkningen — de långtidssjukskrivna — som står för en mycket stor del av all sjukfrånvaro. Under ett år står ca två procent av de försäkrade för en femtedel av sjukpenningdagarna och när-

mare fem procent för hälften av samtliga utbetalda ersättningar.

I mitten av 1980-talet började de långa sjukfallen att öka kraftigt i antal och bli allt längre. Allt fler sjukfall pågick i flera års tid. Utvecklingen var mest påtaglig för kvinnorna.

Vid utgången av 1980 fanns det 19 000 personer vars pågående sjukfall varat minst ett år. Vid utgången av 1989 hade antalet ökat till 54 000.

Sammanfattningsvis har den ersatta sjukfrånvaron aldrig varit så hög som i slutet av 1980-talet.

Förtidspensionering

Från att ha legat relativt konstant under 1980-talets början ökade förtidspensioneringen under dess mitt. Det berodde på en kraftig ökning av pensioner för äldre som hade arbetsmarknadsskäl som grund.

Under senare hälften av 1980-talet sjönk dessa pensioneringar medan antalet förtidspensioneringar av medicinska skäl ökade. Detta skedde samtidigt som antalet arbetskadeanmälningar ökade kraftigt.

År 1980 fanns det 291 000 personer med förtidspension/sjukbidrag. År 1989 hade antalet stigit till 355 000, dvs. 6,6 procent av samtliga försäkrade i åldrarna 16—64 år. I åldersgruppen 60—64 år hade 33 procent någon form av förtidspension/sjukbidrag.

Varje år beviljades ca 50 000 nya förtidspensioner/ sjukbidrag. Den största andelen beviljades hel förmån.

Varje år upphörde ca 40 000 förtidspensioner, i de flesta fall på grund av ålderspension. Nettoökningen låg runt 10 000 förtidspensioner/sjukbidrag per år.

Arbetsskador

År 1980 gjordes 187 000 anmälningar om arbetsskador. Under senare hälften av 1980-talet ökade antalet arbetsskadeanmälningar kraftigt. År 1988 var antalet anmälningar som högst och uppgick till 257 000. Ökning-

en gällde i huvudsak arbetssjukdomar. Anmälningar om arbetsolycksfall ökade i begränsad omfattning.

Även andelen godkända arbetsskador ökade. År 1987 godkändes 86 procent av de anmälda arbetssjukdomarna och 90 procent av arbetsolycksfallen. Särskilt märkbar var de förändrade bedömningarna av arbetssjukdomar i rörelse- och stödjeorganen.

Antalet dagar med arbetsskadesjukpenning enligt LAF ökade från ca tre miljoner 1984 till ca 21 miljoner 1989. Antalet livräntor ökade från ca 2 000 år 1980 till ca 45 000 år 1990.

Kvinnors och mäns ohälsoutveckling

Kvinnors och mäns ohälsotal låg år 1983 på samma nivå. Ohälsotalet har därefter stigit mer för kvinnor än för män. Den ökande skillnaden beror till stor del på kvinnornas ökade förvärvsfrekvens och förvärvsintensitet.

Vad beträffar sjuktalsutvecklingen är det de könsspecifika skillnaderna som är de mest anmärkningsvärda. År 1980 låg kvinnornas sjuktal ca 1,5 dagar högre än männens och år 1989 drygt sju dagar högre.

Könsskillnader fanns också vad gäller sjukfallens genomsnittliga längd. Medan sjukfallslängden för männen i stort låg oförändrad eller minskade, ökade den kraftigt för kvinnorna. Detta hänger samman med det större inslaget av extremt långa sjukfall.

Kvinnornas andel av förtidspensionärerna fortsatte att öka. År 1989 var 53 procent av förtidspensionärerna kvinnor.

Arbetssjukdomar var lika vanliga bland män som bland kvinnor. Ökningstakten av kvinnornas arbetssjukdomar och arbetsolyckor var, under senare hälften av 1980-talet, högre än männens. Ökningen av arbetssjukdomar bestod huvudsakligen av belastningssjukdomar. Kvinnorna drabbades genom statisk belastning i arbetet, män genom tunga lyft.

Männens antal och andel dominerade när det gällde arbetsolyckor.

Förekomsten av olika diagnoser

Sjukskrivningdiagnosernas fördelning varierar beroende på sjukfallens längd. Övre luftvägsinfektion var dominerande diagnos för korta sjukskrivningsperioder. Sett till den totala mängden sjukskrivningsdagar var axel/nackbesvär och andra besvär i rörelseapparaten de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna. Psykiska sjukdomar och missbruksproblem var, enligt RFV, orsaken till långvarig sjukfrånvaro i närmare 15 procent av fallen under andra hälften av 1980-talet.

Enligt arbetsmiljökommissionens kartläggning av orsaker till förtidspensionering skedde en allmän förskjutning under 1980-talet från sjukdomar i cirkulationsorganen till sjukdomar i rörelseorganen.

Skada till följd av belastning utgjorde den största andelen av arbetssjukdomarna. Rygg- och ledbesvär var den klart dominerande diagnosgruppen vid sjukskrivning.

Tolkningen av sjukdomsbegreppet har förändrats successivt när det gäller rätten till ersättning. T.ex. tar man ökad hänsyn till graviditet och åldrande. Socialmedicinska skäl har också fått ökad betydelse.

Landstingsförbundet har sammanställt studier av läkarnas sjukskrivningspraxis. Vad som i korthet observerats i studierna är betydande variationer mellan olika läkares bedömningar. Det gällde såväl längden på sjukskrivning som föreslagna åtgärder. Vidare observerades att de uppgifter som försäkringskassan efterfrågar; patientens arbetsuppgifter, sjukskrivning av annan läkare samt föreskrifter, saknades ofta i läkarintygen. Möjligheten att sjukskriva på kvarts- eller trekvartstid utnyttjades sällan.

Kostnadsutveckling

Under 1980-talet kunde man konstatera en kraftig kostnadsutveckling avseende sjukpenning, arbetskadeersättning och förtidspension. Kostnaderna ökade från 49,2 miljarder kronor år 1980 till 72,2 miljarder kronor år 1990 räknat i 1990 års penningvärde.

Tabell 4.1 Kostnaderna fördelade på ersättning enligt AFL och LAF samt förtidspension/sjukbidrag. 1990 års penningvärde

	1980	1985	1990	1991	1992
AFL	26 245	24 221	34 963	29 120	17 897
LAF	2 524	2 640	10 674	10 674	10 763
F/sjb	20 441	22 901	27 110	27 472	29 281
Summa	49 209	49 762	72 237	67 267	57 941

Källa: RFV

Under lågkonjunkturåret 1983 var sjukpenningutgifternas andel 1,9 procent av BNP. Vid sin kulmen årsskiftet 1989/90 hade utgifterna stigit till 2,8 procent. Förtidspensionernas BNP-andel har ökat från ca två procent under 1980-talet till 2,9 procent. Arbetsskadeersättningarna utgjorde under 1980-talet första hälft ca 0,2 procent av BNP. Utgifterna steg därefter kraftigt. År 1986 utgjorde försäkringens utgifter 0,8 procent av BNP.

Beteendeförändringar och konsekvenser

De mest betydelsefulla förändringarna under 1980-talet var tim/dagsjukpenningreformen 1987, praxisutveckling beträffande långa sjukfall och arbetsskador samt de institutionella förändringarna.

Individnivå

Regel- och praxisändringarna påverkade individernas beteende. Det finns f.n. dock inga analyser av förändringarna inom området som genomförts på individnivå. Av denna anledning är en kvantifiering av beteendeförändringarnas effekter inte möjlig. Såväl den korta som den långa sjukfrånvaron ökade. Även om högkonjunkturen i hög grad påverkade sjukfrånvarons utveckling, så hade förändringarna i försäkring och praxis en effekt. Enligt RFV höjde tim/dagsjukpenningreformen sjuktalet med 1,8 dagar varav 0,4 dagar kunde hänföras till borttagandet av insjuknandedagen. Effekten av beteendeförändringarna har därmed maximalt medfört en ökning av sjukfrånvaron med 1,4 dagar.

Praxis vad gäller långa sjukfall utvecklades genom ett tryck från försäkrade, som besvärade sig till försäkringsrätter och försäkringsöverdomstolen över försäkringskassornas bedömningar av sjukpenningrätten. Genom domarna anpassades försäkringens rehabiliteringsmål till de mål som arbetsmarknadsmyndigheterna sedan länge följt, nämligen att utbildningen ges efter den sökandes önskemål och förutsättningar och anpassas till arbetsmarknadens behov.

Konsekvenserna för individen var att de behov som förändringarna var inriktade på i stort sett täcktes. Ersättning utgavs för insjuknandedagen. Kompensationsnivåerna blev mer enhetlig för olika grupper på arbetsmarknaden. Allt fler fick sjukpenning under längre och mer individuellt inriktade utbildningsperioder.

Att arbetsskadebegreppet enligt 1977 års lagstiftning, liksom praxisutvecklingen, fick genomslag kan utläsas av såväl antalet anmälningar som antalet godkända arbetsskador.

Andra konsekvenser av praxisutvecklingen blev emellertid att de anställda var mer frånvarande från arbetsplatserna. Långtidsfrånvaron utvecklades i allt större utsträckning till att bli passiv sjukskrivningstid. Rehabiliteringsåtgärder förekom inte i tillräcklig omfattning och sattes in för sent. Denna inaktivitet under sjukskrivningstiden ledde i förlängningen till att människor i allt större utsträckning blev förtidspensionerade.

Även korttidssjukskrivningen ökade, vilket hade en indirekt påverkan på ökningen av de långa sjukfallen. En långtidssjukskrivning föregås ofta av ett flertal korta fall.

Ofta fanns arbetsskador med i bilden i de långa sjukskrivningarna. Genom att antalet arbetsskadeanmälningar ökade blev handläggningstiderna kraftigt förlängda. Fokuseringen var starkare på ersättningsfrågorna än på rehabilitering och återgång i arbete. De långa handläggningstiderna blev ett rehabiliteringshinder.

Sjukfrånvarons ökning ledde till en debatt om överutnyttjande och fusk samt om attityderna till socialförsäkringarna. Denna debatt kommenteras längre fram i detta avsnitt.

Arbetsplatsnivå

På arbetsplatserna agerade såväl arbetsgivare som fackliga organisationer förhållandevis passivt. Inriktningen var snarare en anpassning till rådande frånvarosituation än åtgärder för att försöka påverka densamma.

Korttidsfrånvaron utgjorde ett av näringslivets stora problem, vilket löstes med bl.a. överanställningar. Exempel fanns på överanställningar upp mot 20 procent.

I viss utsträckning hade arbetsgivarna inte någon klar bild av själva sjukfrånvaron. Man visste hur den totala frånvaron utvecklades, men sällan hur mycket som var sjukfrånvaro, andra lagstadgade ledigheter eller annan frånvaro. Generellt sett fanns det en passiv syn på dessa frågor och en känsla av små möjligheter att påverka situationen. Slutligen var kopplingen svag mellan sjukfrånvarons utveckling, arbetsskadeutvecklingen och arbetsmiljöarbetet.

Konsekvensen för arbetsplatserna var en allt högre sjukfrånvaro. Kostnaderna för nyanställning, utbildning och behovet att ha personalreserver blev stora. Produktivitets- och effektivitetsförluster uppstod. Konkurrensförmågan påverkades negativt.

Genom praxisutvecklingen på arbetsskadeområdet upplevdes — inte minst inom arbetsgivarkretsar — sambandet mellan arbetsmiljön och godkända arbetsskador som alltför diffust och kunde därmed inte mötas av aktiva arbetsmiljöåtgärder. Läkarkåren kritiserade starkt övergången från ett medicinskt till ett mer försäkringsmässigt och juridiskt arbetsskadebegrepp.

Den debatt som fördes kom att leda in arbetsskadeförsäkringen i en trovärdighetskris. Därmed fick inte arbetsskadebegreppet den styrande inriktning av arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna, som var grundtanken i 1977 års lagstiftning.

Samhällsnivå

En mer allmän attityd i samhället var under denna tid att sjukskrivning var en fråga om den enskildes integritet som inte skulle ifrågasättas. Förhållandet mellan sjukdom och arbetsförmåga hade ingen stark framtoning. Det var sjukdomsgreppet som var det dominerande. Kopplingen mellan sjuk-

dom och arbetsoförmåga var svag.

Arbetet inom myndigheter och organisationer präglades av de målsättningar som ändringarna i försäkringssystemen byggde på. Ambitionerna med tim/dagsjukpenningreformen, det nya arbetsskadebegreppet och en ny syn på den långa sjukskrivningen påverkade beteendet. Den starka markeringen av den enskildes integritet i sjukdomssituationen ledde till en passiv användning av sjukskrivningsinstrumentet, liksom en nedtoning av begreppet arbetsförmåga.

Försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket framhöll bl.a. vikten av att på alla nivåer försöka få till stånd ett närmare samarbete mellan försäkringskassorna och arbetsmarknadens parter.

De allt fler längre sjukskrivningarna ledde också till att försäkringskassorna ifrågasatte sjukpenningrätten. Kassornas agerande resulterade i dels ett stort antal besvär till försäkringsrätter och försäkringsöverdomstolen, dels en omfattande debatt i massmedia.

Frånvaroutvecklingen accepterades till viss del som ett resultat av högkonjunkturen och den därav allt högre förvärvsfrekvensen. Först under senare delen av 1980-talet kom kostnadsutvecklingen mer i fokus och debatten om socialförsäkringarnas ekonomi tog fart.

Sjukfrånvarons utveckling ledde till en debatt om huruvida överutnyttjande och fusk förekom i socialförsäkringarna, särskilt sjukpenning- och arbetsskadeförsäkringarna. Effektiviteten i kontrollfunktionerna ifrågasattes. Arbetsförmågebegreppet i sjukpenningrättsbedömningen fick åter en starkare betoning. Nya resurser sattes in för att öka försäkringskassornas kontrollverksamhet genom hembesök. Liksom tidigare var det emellertid i ytterst få fall som kontrollerna gav underlag för att dra in sjukpenning eller att bedrägerifall upptäcktes.

Vissa, bl.a. SAF, hävdade att kompensationsnivåerna i den offentliga försäkringen var alltför höga. Tillsammans med tillägg från avtalsförsäkringarna bidrog nivåerna till den ökande korttidsfrånvaron och ett överutnyttjande.

Uppfattningar framfördes även om att attityderna till försäkringarna hade förändrats. Människors uppmärksamhet var mest inriktad mot förmånssidan, inte mot att det också fanns skyldigheter. De svaga sambanden

mellan avgifter och förmåner ansågs vara en av orsakerna till denna utveckling.

Rehabiliteringsberedningens och Arbetsmiljökommissionens förslag kom att ligga till grund för riksdagsbeslut som slog fast ett nytt synsätt på sjukpenning, arbetsskada och förtidspension. Den s.k. arbetslinjen blev vägledande. Försäkringarna fick ett större inslag av aktiva rehabiliteringsåtgärder. Ambitionen att stärka sambanden mellan försäkringarna och det förebyggande arbetsmiljöarbetet betonades starkt. Riksdagsbesluten skapade nya förutsättningar för försäkringskassornas arbete. De nya förutsättningarna har påverkat utvecklingen i början av 1990-talet.

Utveckling i början av 1990-talet

Omvärldsfaktorer

I början av 1990-talet blev lågkonjunkturen ett faktum. Under åren 1991, 1992 och 1993 minskade BNP med i genomsnitt 1,3 procent per år. Den finansiella basen för socialförsäkringarna försvagades.

Fallande tillväxt, hög arbetslöshet, stora budgetunderskott och minskat konsumtionsutrymme utgör delar av 1990-talets problematik. Socialförsäkringarna påverkas genom att en minskad andel sysselsatta bidrar till försäkringarnas finansiering genom skatter och avgifter. Ett ökande antal arbetslösas och förtidspensionerades behov av ekonomiskt stöd trängs inom ett allt snävare utrymme.

Under hösten 1990 ökade antalet varsel om uppsägning snabbt. Företag inskränkte, effektiviserade och/eller rationaliserade sin verksamhet. Motsvarande utveckling ägde rum i offentlig sektor, bl.a. genom att decentralisering och nya styrsystem genomfördes. En allt större del av sektorn konkurrensutsattes.

Ett rekordstort antal människor blev arbetslösa. Antalet sysselsatta var, i november 1993, ca 550 000 färre än vid inledningen av 1990. Hösten 1993 var 8,4 procent av arbetskraften öppet arbetslösa och 5,2 procent i någon form av konjunkturberoende åtgärd.

Av de arbetstillfällen som gått förlorade kan ca hälften hänföras till industrin.

Antalet personer i arbetskraften sjönk från ca 4 500 000 personer vid årsskiftet 1989/90 till ca 4 300 000 personer årsskiftet 1992/93.

Män har i högre grad drabbats av arbetslöshet än kvinnor. Särskilt hårt drabbade är ungdomar, arbetshandikappade och utomnordiska medborgare.

Långtidsarbetslösheten har ökat. I november 1993 hade 36 procent av de arbetslösa varit utan arbete i mer än sex månader.

Även låg personalomsättning, minskad sjukfrånvaro och snabba produktivitetsförbättringar påverkar den svaga efterfrågan på arbetskraft.

I slutet av 1993 började en viss ljusning skönjas med en nedåtgående trend för antalet varsel och en ökning av nyanmälda lediga platser. Orsaken bedöms vara exportindustrins förbättrade kostnadsläge.

Förändringar – regler och organisation

Sjukpenningförsäkringen

Kompensationsnivåerna sänktes den **1 mars 1991** från 90 till 65 procent för de tre första dagarna i varje sjukpenningperiod och till 80 procent för tid fram t.o.m. den 90:e dagen. För hälsosvaga personer öppnades en möjlighet att erhålla 80 procents kompensationsnivå även för de tre första dagarna i en period. Denna regel har använts i ytterst liten omfattning.

En avräkningsregel, som innebar att eventuell sjuklön från arbetsgivaren inte fick medföra högre kompensationsnivå än 75 respektive 90 procent av lön, infördes.

Syftet med nivåsänkningen var att hejda kostnadsutvecklingen. Antalet sjukanmälningar sjönk. För riket i sin helhet visar RFV:s resultat en sänkning av sjuktalet med 0,8 dagar. Bilden är dock inte enhetlig mellan försäkringskassorna.

Lagen om **sjuklön** trädde i kraft den **1 januari 1992**. Arbetsgivare ska utge ersättning under de första 14 dagarna i varje sjukfall. Sjuklöneperioden har motsvarande effekt som en differentierad avgift genom att arbetsgivarna får bära kostnaderna för sjukersättningen.

Ett viktigt skäl för införandet av sjuklöneperioden var att arbetsgivarna skulle ges ett ökat ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa. Arbetsgivarna fick ett ökat ekonomiskt intresse att förbättra arbetsvillkoren för sina anställda. I och med sjuklöneperioden minskade kostnaderna i sjukförsäkringen och arbetsgivaravgiften sänktes därför generellt med 2,3 procentenheter, vilket skulle motsvara kostnadsminskningen inom sjukpenningförsäkringen.

Vissa skyddsregler infördes i samband med sjuklönereformen. Arbetsgivarna kan få viss ersättning från försäkringskassan för anställda med hög sjukfrånvaro. En sjuklönegaranti infördes, att användas vid tvist mellan anställd och arbetsgivare. Mindre företag gavs möjlighet att teckna försäkring för kostnader på grund av sjuklönelagen.

Försäkringskassorna gavs ett administrativt och samordnande ansvar för **rehabilitering**. Ansvarsområdet omfattar klarläggande av behov, initiering, samordning och uppföljning av rehabiliteringsinsatser.

Arbetsgivaren gavs ett ansvar för att den anställdes behov av rehabilitering klarläggs och att vidta åtgärder för en effektiv rehabilitering. Den enskilde gavs ett ansvar att aktivt medverka till den egna rehabiliteringen.

Rehabiliteringspenning infördes. En högre ersättning (då 100 procent och nu 95 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, SGI) kan utges vid yrkesinriktad rehabilitering. Inriktningen ska vara att ersättningen skall kunna utges under ett år från det att rehabiliteringen påbörjats.

Rehabiliteringspenning används i allt högre utsträckning. I december 1992 uppbar ca 14 000 personer rehabiliteringsersättning. I december 1993 var motsvarande antal 27 000. Ökningen beror delvis på att försäkrade med godkänd arbetsskada före den 1 juli 1993 i stället för rehabiliteringspenning fick sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen under pågående rehabilitering. Den verkliga ökningen av antalet rehabiliteringsfall torde därmed röra sig om 5 000—6 000. Kvinnor erhöll ersättningen i något större utsträckning än män. Ersättningen utgavs främst till försäkrade i åldersgrupperna 30—49 år och sällan till försäkrade som var 60 år eller äldre.

Dessutom infördes en möjlighet att beviljas **sjukpenning i förebyggande syfte**. Under 1992 utnyttjades denna möjlighet i ringa utsträckning.

En **karensdag** infördes den **1 april 1993**. För första sjukdagen i en sjukdomsperiod utges därmed ingen ersättning. Denna regel kompletterades med ett högriskskydd för hälsosvaga personer. Karensdagarna begränsas till tio under en 12-månadersperiod. En särskild återinsjuknanderegel upphäver karensen om en ny sjukperiod börjar en kort tid efter att en tidigare sjukperiod avslutats.

Samtidigt med karensdagens införande sänktes kompensationsnivån i sjukförsäkringen efter 90 dagar i en sjukperiod från 90 till 80 procent.

En ny regel i AFL infördes **den 1 juli 1993**. Den innebär att försäkrade som de senaste 15 månaderna haft sjukperioder omfattande minst 365 dagar erhåller 70 procents kompensationsnivå.

Försäkrade som genomgår medicinsk behandling eller rehabilitering som ordinerats av läkare och som ingår i en godkänd behandlingsplan kan, efter ansökan, beviljas 80 procents ersättning även efter 365:e dagen i en sjukperiod.

Under perioden juli till december 1993 hade drygt 17 000 personer ansökt om 80 procents sjukpenning. Närmare 70 procent av de sökande beviljades den högre ersättningen. Detta kan sättas i relation till att det totala antalet sjukpenningfall med över ett års ersättningstid var i december 1993 ca 45 000.

Tabell 4.2 Kompensationsnivåer för sjukpenning och sjuklön, exklusive avtalsenliga tillägg. Procent av SGI eller lön

Dag i sjukfallet	1990	9103	9201	9304	9307
1	90	65	75	0	0
2–3	90	65	75	75	75
4–14	90	80	90	90	90
15–90	90	80	80	80	80
91–365	90	90	90	80	80
366–	90	90	90	80	70/80

Tabell 4.3 Kompensationsnivåer för sjukpenning och sjuklön, inklusive avtalsenliga tillägg. Procent av SGI eller lön

Dag i sjukfallet	1990	9103	9201	9304	9307
1	100	75	75	0	0
2–3	100	75	75	75	75
4–14	100	90	90	90	90
15–90	100	90	90	90	90
91–365	95	90	90	80	80
366–	95	90	90	80	70/80

Arbetsskadeförsäkringen

När sjuklöneperioden den **1 januari 1992** infördes ändrades även LAF. Sjuklön utges även när orsaken till sjukskrivningen är arbetsskada.

Samtidigt förlängdes samordningen mellan sjukpenningförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen från 90 till 180 dagar. Förlängningen syftade till att minska skade- och administrationskostnaderna.

Mot bakgrund av det kraftigt ökade antalet anmälda arbetsskador, kostnadsutvecklingen, arbetsskadefondens underskott och den växande ärendebalansen hos försäkringskassorna ändrades LAF:s arbetsskadebegrepp den **1 januari 1993.**

Den **1 juli 1993** upphörde i princip rätten till arbetskadesjukpenning. Principen om högre ersättning skall dock alltjämt gälla då skadan medfört en bestående nedsättning av arbetsförmågan. De förmåner som numera utges från försäkringen är livräntor, ersättning för tandvård, sjukvård utomlands och särskilda hjälpmedel.

När karensdagen infördes i AFL och sjuklönelagen blev reglerna tilllämpliga även för arbetsskador. ILO har dock konstaterat att en karensdag i arbetsskadeförsäkringen inte är förenlig med Sveriges åtaganden enligt konvention nr 121.

Förtidspensioner

Möjligheten att få förtidspension av enbart arbetsmarknadsskäl avskaffades den **1 oktober 1991**. Syftet var att förtidspension inte skulle kunna tillgripas vid långvarig arbetslöshet. I stället skulle aktiva arbetsmarknadspolitiska åtgärder användas för att stödja äldre arbetslösa som har sin arbetsförmåga kvar.

Fler nivåer för förtidspension infördes den **1 juli 1993**. Förtidspension kan utges med hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels ersättning. Hel förtidspension kan numera endast beviljas vid hel nedsättning av arbetsförmågan.

Syftet med förändringen var att underlätta för personer med nedsatt arbetsförmåga att erhålla förtidspension på en nivå som motsvarade den faktiska nedsättningen av arbetsförmågan. Ett annat syfte var att samordna ersättningsnivåerna mellan sjukpenning och förtidspension.

Institutionella förändringar

Den utveckling som i tidigare avsnitt beskrivits under 1980-talet fortsatte in på 1990-talet. Inom försäkringskassorna drevs decentraliseringen vidare. Samtidigt skulle kassorna etablera en ny roll med ett arbetsplatsinriktat arbetssätt och starkare samverkan med yrkesinspektion, sjukvård, arbetsförmedling, arbetslivsfond och socialtjänst.

Kassorna fick resurser för att köpa arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster. Genom de s.k. Dagmarmedlen gavs möjlighet att i begränsad omfattning påverka prioriteringarna inom hälso- och sjukvården.

Arbetslivsfonden startade sin verksamhet i mitten av 1990 och innebar att en helt ny institutionsroll skapades för en begränsad tid. Fonden har bl.a. arbetat aktivt för att arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet ska utgöra integrerade delar av arbetsplatsernas verksamhet.

Statsbidragen till företagshälsovården avecklades.

Slutligen skapades nya förutsättningar genom 1991 års skattereform. Den satte fokus på utgiftsökningar och riktade därmed uppmärksamheten mot socialförsäkringarna och andra transfereringar.

Sjukfrånvaron i början av 1990-talet

Ohälsotalet

Tabell 4.4 Ohälsotalet i början av 1990-talet (exkl. sjuklöneperioden)

	Totalt	Sjp*	Fp/sjb
1990	38,8	15,5	23,3
1991	38,4	14,9	23,5
1992	38,2	13,8	24,4
1993	38,5	12,8	25,7

* inkluderar även rehabiliteringspenning samt ersättning enligt LAF.

RFV har beräknat att minskningen av ohälsotalet 1991 helt kan hänföras till effekter av arbetslöshet och nivåsänkningarna i sjukpenningförsäkringen. Minskningen motverkas av den långsamma ökningen som följer åldersfördelningen bland förtidspensionärer. Effekter av ohälsoarbetet har inte observerats för år 1991. Även för åren 1992 och 1993 bedöms arbetslöshetens och förtidspensioneringens utveckling att ha påverkat ohälsotalet. För dessa år uppskattar RFV att också ohälsoarbetet haft viss effekt.

Ökningen av ohälsotalet under 1993 kan, enligt RFV, till viss del förklaras av det minskande antalet sjukpenningförsäkrade. Mellan 1990 och 1992 minskade antalet sjukpenningförsäkrade med närmare 100 000 personer. Ett oförändrat antal sjukpenningförsäkrade skulle, enligt RFV:s beräkning, ha inneburit en minskning av ohälsotalet mellan åren 1992 och 1993 med 0,1 dagar, i stället för uppgången med 0,3 dagar.

Det finns risk för en underskattning av antalet sjukpenningförsäkrade, sedan sjuklöneperioden infördes och väntetiden för ändring av SGI togs bort. Ett bortfall kan tänkas uppstå på grund av att personer som är nya eller återinträder på arbetsmarknaden inte registrerar sin SGI förrän de har sitt första sjukfall som varar längre än två veckor. Bortfallets omfång är okänt, men bedöms än så länge som mycket litet. På sikt kan bortfallet bli stort.

Korttidsfrånvaro

Korttidsfrånvarons utveckling fr.o.m. 1992 kan inte redovisas tillförlitligt på grund av brister i arbetsgivarnas inrapportering av sjukfall som avslutats inom sjuklöneperioden. SAF:s tidsanvändningsstatistik ger dock en bild av utvecklingen inom det privata näringslivet.

Statistiken visar att mellan 1988 och 1993 (3:e kvartalet) minskade sjukfrånvaron från 9,7 procent av ordinarie arbetstid till 5,3 procent. Minskningen omfattade både kort- och långstidssjukfrånvaro. Detta kan, enligt SAF, förklaras av att företagens medvetenhet om sjukfrånvarons kostnader ökade, självrisken, den successivt vikande konjunkturen samt strukturella förändringar i företagens personalsammansättning.

Långa sjukfall och nybeviljade förtidspensioner

Att antalet sjukfall över 90 dagar har minskat radikalt framgår av jämförelse av RFV:s uppgifter rörande antalet pågående sjukfall under vecka 52, åren 1991, 1992 och 1993.

Tabell 4.5

Dagar/år	1991	1992	1993
> 90*	160 600	165 000	137 500
> 180	120 200	103 500	77 400
> 365	81 900	67 000	45 500

* inkluderar åren 1992 och 1993 fall med rehab.penning

Källa: RFV

Mest påtaglig är minskningen av sjukfallen som sträcker sig över ett år. Mellan åren 1991 och 1993 sjönk dessa med ca 44 procent. En jämförelse mellan 1992 och 1993 visar en minskning på ca 32 procent.

Tabell 4.6 Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag samt det totala antalet vid årets utgång

År	Nybeviljade	Totalt
1990	50 500	361 400
1991	49 600	366 900
1992	58 400	383 200
1993	62 500	398 600

Källa: RFV

Antalet nybeviljade förtidspensioner sjönk något mellan 1990 och 1991 men ökade med 8 800 mellan 1991 och 1992. Mellan 1992 och 1993 skedde en ytterligare ökning med 4 100. Det innebär en ökning av nybeviljade förtidspensioner med 18 procent mellan 1991 och 1992 och med sju procent mellan 1992 och 1993.

Vid en jämförelse mellan de olika kvartalen åren 1992 och 1993 visar RFV:s statistik att första kvartalet ökade antalet nybeviljade förtidspensioner med drygt 10 procent och andra kvartalet med ca 25 procent. Under tredje kvartalet var ökningen 0,6 procent. Fjärde kvartalet uppvisar en minskning med ca 7 procent.

Mellan 1991 och 1992 minskade antalet långa sjukfall med 14 800, medan antalet nybeviljade förtidspensioner ökade med 8 800. Nedgången av de långa sjukfallen kan därmed till största del förklaras med ökad förtidspensionering.

Mellan 1992 och 1993 minskade sjukfallen med 21 500 och nybeviljade förtidspensioner ökade med 4 100. Det är okänt av vilka anledningar övriga långa sjukfall i landet har avslutats. Tänkbara orsaker är övergång till rehabiliteringspenning eller till ålderspension, återgång i arbete eller friskskrivning till arbetslöshet.

RFV har studerat avslutningsanledningar registerade i de lokala uppföljningssystem som används på försök av ett mindre antal försäkringskassor. I materialet ingår sjukfall som påbörjats tidigast den 1 januari 1991 och avslutats senast den 31 oktober 1993. De vanligaste avslutningsanledningen var att individerna återgick i arbete eller erhöll förtidspension/sjukbidrag. Mellan 1992 och 1993 ökade dock andelen fall som avslutats i arbetslöshet.

Att det totala antalet personer med antingen långa sjukfall eller förtidspension/sjukbidrag har legat relativt stilla framgår av nedanstående.

Tabell 4.7 Totalt antal sjukpenningfall > 1 år och förtidspensioner/sjukbidrag

		Förändring
1980	312 000	
1985	352 000	+ 40 000
1988	396 000	+ 44 000
1990	436 800	+ 40 800
1991	448 800	+ 12 000
1992	450 200	+ 1 400
1993	444 200	- 6 000

Källa: RFV

RFV har undersökt sjukskrivning före förtidspensionering åren 1991 och 1992. Undersökningen visar att att sådan sjukskrivning i regel överstiger pensioneringsgraden när det gäller personer som beviljats partiell förtidspension/sjukbidrag. När det däremot gäller personer som beviljats hel förmån är sjukskrivningsgraden ca 75 procent lägre än pensioneringsgraden. Framför allt gäller det förtidspensioneringen bland de äldre. Det händer att personer mellan 60—64 år förtidspensioneras utan att sjukskrivning föregått pensionsbeslutet.

Utbyte mellan sjukpenning och förtidspension/sjukbidrag kan därmed påverka ohälsotalet. Förtidspensioneringen åren 1992 och 1993 beräknas av RFV att ha höjt ohälsotalet med 0,7 dagar per år.

I december 1993 uppbars sjukbidrag av ca en tredjedel av förtidspensionärerna. Antalet som beviljats partiell förtidspension har ökat.

Det sker en förskjutning neråt i åldrarna. Ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner mellan åren 1992 och 1993 är totalt sju procent. Åldersgruppen 16—49 år ökar med 25 procent. Gruppen mellan 50 och 59 år ökade med 12 procent. Däremot minskade nybeviljade förtidspensioner i åldersgruppen 60—64 år med 12 procent.

Alla försäkringskassor ökade nybeviljandet 1992. Under 1993 minskade däremot åtta kassor sina beviljanden. Skillnaden mellan kassor är dock stor.

Andelen förtidspensionerade av försäkrade i åldrarna 16—64 år var 7,3 procent vid utgången av 1993.

När förtidspensionsbeslut väl fattats sträcker sig förtidspensioneringen i allmänhet fram till ålderspensionering. Rehabilitering och återgång till arbete är mycket ovanligt. Även sjukbidrag leder närmast regelmässigt till nytt sjukbidrag eller förtidspension.

Resultat från en aktuell undersökning om nybeviljade förtidspensioner år 1993

För att få en aktuell bild av förtidspensioneringarna år 1993 har expertgruppen initierat en specialstudie. Elva försäkringskassekontor runt om i landet har gått igenom sammanlagt ca 800 beslut om förtidspension och sjukbidrag och besvarat ett enkätformulär.

Resultatet visar att 35 procent av dem som förtidspensionerades var arbetslösa vid beslutstillfället. I en undersökning som RFV gjorde hösten 1993 var andelen arbetslösa ca 27 procent av personer med sjukfall längre än 60 dagar. Tidigare brukade denna andel ligga på ca 15 procent, men den har stigit under de allra senaste åren.

I den nu gjorda undersökningen var, i drygt 60 procent av fallen, senaste sjukskrivningsperioden längre än ett år. 17 procent hade en sjukskrivningsperiod på kortare tid än sex månader. Största andelen kortare fall finns i åldersgrupperna 16—29 år och 60—64 år.

Enligt handläggarnas bedömningar beviljades förtidspension av rent medicinska skäl i 70 procent av fallen. För ca 25 procent bedömdes att även vissa individuella faktorer som ålder, bostadsort, utbildning och yrke spelat en viss roll. I knappt fyra procent ingick faktorer på arbetsplatsen som införande av ny teknik, arbetsgivarens bristande rehabiliteringsansvar och arbetsmiljön.

I 60 procent av fallen hade försäkringskassan tagit initiativ till förtidspensioneringen, medan resterande 40 procent pensionerades efter egen ansökan. Andra studier visar att försäkringskassorna tagit initiativ till utbyte av sjukpenning mot förtidspension i ökande utsträckning sedan 1989.

År 1992 var det 65—75 procent av förtidspensionsbesluten som fattades utan den försäkrades egen ansökan.

Undersökningen visar även att:

* i åldersgruppen 16—29 år var det förhållandevis korta sjukskrivningar och stor andel av diagnosgruppen psykiska besvär,
* i åldersgruppen 30—59 år fanns längre sjukskrivningstider och störst andel sjukdomar i rörelseapparaten,
* 80 procent av personerna var svenska medborgare,
* 60 procent hade en SGI som understeg 150 000 kr.

Arbetsskador

Jämfört med år 1989 hade arbetskadeanmälningarna år 1992 minskat med drygt 42 procent och antalet arbetsskador kvarstående efter samordningstiden med drygt 30 procent.

Tabell 4.8 Anmälda arbetsskador. Kvar efter samordningstiden

År	Anmälningar	Kvar efter samordningstiden
1990*	219 500	113 900
1991**	182 100	108 600
1992***	149 700	82 000
1993	229 300	91 200

* samordningstid: 90 dagar
** sjuklöneperiod
*** samordningstid: 180 dagar

Källa: RFV

Ökningen av antalet anmälningar under år 1993 beror främst på övergångsregler efter regelförändringen den 1 januari. Från januari till april låg antalet anmälningar mellan 13 000 och 16 000 per månad. På grund av övergångsbestämmelsernas utformning steg antalet till ca 70 000 i juni, (vilket också kan jämföras med ca 11 000 anmälningar samma månad år

1992). Under hösten sjönk antalet anmälningar per månad till ungefär samma nivå som hösten 1992. Under december månad 1993 sjönk dock antalet anmälningar till 10 000 jämfört med 12 700 i december 1992.

Tabell 4.9 Sjukdomar och olycksfall. Anmälda arbetsskador kvar efter samordningstiden

	1990	1991	1992	1993
Sjukdomar	84 100	79 100	60 100	73 200
Olycksfall	29 800	29 500	21 900	18 000
Summa	113 900	108 600	82 000	91 200

Källa: RFV

Under åren 1990—1993 har arbetssjukdomarnas andel av arbetsskadeärendena varit ganska stabil (kring 75 procent). Redan innan de nya bestämmelserna i arbetsskadeförsäkringen infördes år 1993 minskade den procentuella andelen godkända arbetsskador. År 1989 bifölls 86 procent av ärendena och år 1993 bifölls 64 procent.

Antalet ersatta dagar med arbetsskadesjukpennning uppgick åren 1990—1992 till ca 20 miljoner per år. Mellan 1991 och 1992 minskade antalet med ca 1,3 miljoner dagar. Minskningen kan förklaras av den förlängda samordningstiden, sjuklön vid recidiv samt en mer åtstramad bedömning av försäkringskassorna.

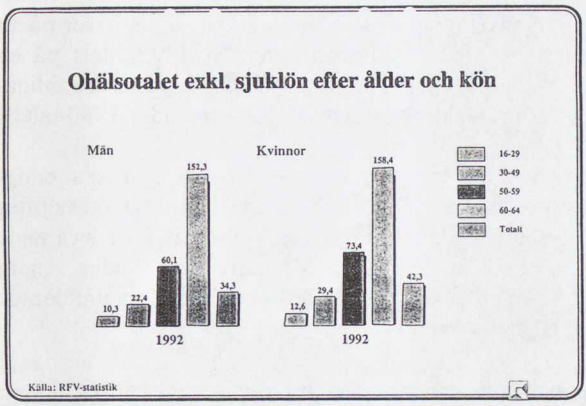
Antalet utbetalda arbetsskadelivräntor har ökat från ca 59 000 i december 1990 till ca 96 000 i december 1993.

Skillnader i ohälsa

Kvinnors ohälsotal var år 1992 nästan åtta dagar högre än männens. Kvinnors ohälsotal har minskat under de senaste åren, medan förändringarna för männen varit marginella.

Ohälsotalet varierar kraftigt efter de försäkrades ålder. Mellan åren 1991 och 1992 minskade ohälsotalet för dem under 60 år medan det ökat mycket kraftigt för åldersgruppen 60—64 år.

Diagram 4.2 Ohälsotalets fördelning mellan kön och ålder 1992



Förekomsten av olika diagnoser

För de kortare sjukfallen är besvär i övre luftvägarna, t ex förkylning, den vanligaste diagnosen. Diagnoser för de längre sjukfallen domineras kraftigt av sjukdomar i rörelseapparaten. Därefter följer diagnoser rörande psykiska besvär och sjukdomar i cirkulationsorganen.

Av arbetssjukdomarna utgör besvär i rörelseapparaten en helt dominerande andel. Anmälningarna rörande arbetssjukdomar orsakade av sociala och organisatoriska skäl har ökat, men är trots detta jämförelsevis få.

De vanligaste anledningarna till förtidspension är sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. De två näst största diagnosgrupperna utgörs av psykiska störningar och cirkulationsorganens sjukdomar som omfattar ca 18 respektive 10 procent av samtliga beviljade förtidspensioner.

Riksrevisionsverket har granskat 56 förtidspensionsärenden vid fem försäkringskassor (Förvaltningsrevisionen granskar, F 1993:20). RRV fann brister i läkarutlåtanden i ärenden där sjukdomsbilden är komplex och sammansatt av medicinska och psykosociala faktorer. Social utredning i enlighet med föreskrift saknades i många fall. Motivering till socialförsäkringsnämndens beslut saknades i flertalet fall. RFV har i sitt yttrande över rapporten instämt i RRV:s uppfattning att det finns brister i det material som ligger till grund för beslut om förtidspension.

Kostnadsutveckling

Sedan år 1991 har sjukförsäkringens kostnader minskat, vilket beror på att dels sjuklöneperioden på 14 dagar infördes i januari 1992, dels på en minskad sjukfrånvaro i fall som varat längre än 14 dagar. (Se även tidigare avsnitt rörande kostnadsutveckling, under Utveckling under 1980-talet).

Sjukförsäkringen, föräldraförsäkringen, närståendepenningen ska enligt riksdagens intentioner finansieras till 85 procent med arbetsgivaravgifter och till 15 procent med skattemedel. Arbetsgivaravgiften är för närvarande 8,43 procent. Trots avgiftshöjningar hade försäkringarna under senare delen av 1980-talet årliga underskott. År 1992 uppgick det ackumulerade underskottet till 16,4 miljarder kronor.

Kostnadsminskningar och införande av egenavgifter har förbättrat ekonomin. Enligt RFV:s anslagsframställan beräknas försäkringarna år 1993 ge ett överskott på 3,9 miljarder kronor. År 1995 förväntas det ackumulerade underskottet ha vänts till ett överskott på 5 miljarder kronor.

Praxisförändringar har medfört att arbetsskadeförsäkringen sedan år 1986 haft årliga underskott. Vid utgången av år 1992 var det ackumulerade underskottet 26,2 miljarder. Under år 1993 gav försäkringen ett överskott på 4,3 miljarder kronor, vilket berodde på en överföring av 8,3 miljarder kronor från delpensionsfonden. RFV har i sin anslagsframställning beräknat att försäkringen under resterande del av 1990-talet kommer att ha årliga överskott. Trots detta beräknas arbetsskadefonden 1999 ha ett underskott på 12,5 miljarder kronor.

Förtidspensioneringen ingår som en del i ålderspensionssystemet. Eftersom inga specifika förtidspensionsavgifter tas ut kan heller inte motsvarande ekonomiska resultat beräknas inom detta område.

Kostnaderna för sjukpenning enligt LAF och AFL samt för förtidspensioner och sjukbidrag uppgick år 1992 till 55,8 miljarder kronor. En dag i ohälsotalet kostade därmed ca 1,5 miljarder kronor. Mellan åren 1991 och 1992 minskade kostnaderna med ca 11,2 miljarder kronor, räknat i fasta priser. Detta beror på att kostnaderna för de första två veckornas sjukskrivning överfördes från försäkringen till arbetsgivarna. En kostnadsminskning på ca 500 miljoner kronor kan hänföras till ett minskat antal

försäkrade och en minskning på ca 300 miljoner kronor till det sänkta ohälsotalet.

Beteendeförändringar och konsekvenser

Ett växande problem med det offentliga budgetunderskottet skapade behov av att hejda kostnadsutvecklingen, erhålla kostnadskontroll och minska sjukfrånvarons utveckling. Det skulle uppnås genom dels sänkta kompensationsnivåer, dels mer kraftfulla inslag av aktiva åtgärder i socialförsäkringarna.

De aktiva åtgärderna, inom försäkringarnas ram, skulle även tillgodose den enskildes behov av att förbättra sitt hälsotillstånd och möjligheter att återgå i arbete, till arbetsplatser med god arbetsmiljö.

Samtidigt skulle regelförändringarna bidra till att tillgodose arbetsgivarnas dåvarande efterfrågan på arbetskraft. Det fanns även behov av att förstärka samverkan mellan försäkringskassor och arbetsgivare samt förbättra myndighetssamverkan.

RFV:s analys visar att de sänkningar av kompensationsnivåerna som genomfördes den 1 mars 1991 har medfört en sänkning av ohälsotalet med 1,2 dagar. Effekten var kraftigare under de första månaderna efter nivåsänkningarna, därefter har den försvagats.

Det är svårt att dra några bestämda slutsatser av de omfattande förändringar som genomfördes den 1 januari 1992, eftersom sjukpenningstatistiken förändrades genom sjuklöneperiodens införande. RFVs analyser av sjukfallens avvecklingsmönster visar dock att sjukfall som pågått i minst två veckor avslutades signifikant långsammare efter den 1 januari 1992 än innan. Effekten försvagas med ökande sjukfallslängd och förändringarna bedöms inte ha ökat antalet sjukfall som pågått i över två månader. En måttlig förlängning av sjukfallen kan därmed sägas vara effekt av dessa regelförändringar. Den direkta effekten på ohälsotalet har dock hitintills inte kunnat skattas.

I övrigt finns det ännu inga vetenskapliga eller statistiska belägg för att beteendeförändringar kommit till stånd till följd av regelförändringarna i

början av 1990-talet. Det är därmed inte möjligt att med säkerhet bedöma beteendeförändringarnas konsekvenser. Nedanstående resonemang bygger därför, om inte annat anges, på erfarenheter av mer allmän karaktär.

Individnivå

En kombination av orsaker, såsom de sänkta kompensationsnivåerna, sjuklöneperioden, arbetsmarknadsläget, har medfört en kraftig sänkning av **korttidsfrånvaron**. Individernas sjukskrivningsbeteende har förändrats. Sjuklöneperiodens införande lyfts visserligen sällan fram som förklaring till den minskade korttidssjukfrånvaron. Men sjuklöneperioden kan ha medfört att individen upplever sitt handlingsutrymme som mer inskränkt än tidigare. Individens självständiga beslut om sjukskrivning under en vecka har inte längre samma karaktär av rättighet.

Beteendeförändringen har fått till konsekvens att korttidsfrånvaro inte längre kan uppfattas som ett stort problem. Däremot finns en diskussion om "sjuknärvaro". Det innebär att en anställd, trots sjukdom, går till arbetet för att inte drabbas av ekonomiskt avbräck eller vid sjukfall som bedöms vara någon dag, tar ut semester eller kompensationsledighet i stället för att sjukskriva sig. De som har möjlighet väljer att lägga om sina arbetstider eller arbeta hemma.

Långtidssjukfrånvaron ökade sakta under åren 1990—1992, men har minskat något under 1993. Det totala antalet sjukfall som pågått i över ett år och pågående förtidspensioner ökade mellan åren 1990 och 1992, men sjönk något mellan åren 1992 och 1993 (se även tabell 4.7). Vid en jämförelse med 1980-talets kraftiga ökning blir förändringen påtaglig. Till denna utveckling finns ingen enkel förklaring. Det kan vara aktivare rehabiliteringsinsatser, sänkta kompensationsnivåer, lågkonjunktur etc. som har haft påverkan.

Tendensen verkar vara att allt fler långtidssjukskrivna är arbetslösa och att många förlorar sina anställningar under pågående sjukskrivning. Detta kan förklaras av att företag, vid byte av ägar- eller driftform, inte återanställer de sjukskrivna. Många svaga grupper har, genom den ökande konkurrensen om jobben, ånyo fått extra svårt att få fotfäste på arbetsmarknaden.

Arbetslöshetens påverkan visar sig också i den tidigare redovisade studien av 1993 års förtidspensioneringar. Andelen arbetslösa av de nya förtids-

pensionärerna var 35 procent. I åldersgruppen 16—29 år var den 80 procent. Den höga siffran kan förklaras av att många unga handikappade, som aldrig kommit in på arbetsmarknaden, erhöll förtidspension. I åldersgruppen 30—49 år var 41 procent arbetslösa vid pensionsbeslutet, som föregåtts av mycket långa sjukskrivningsperioder.

Förhållandevis få ansökte inledningsvis om den högre kompensationsnivån vid medicinsk rehabilitering som föregåtts av över ett års sjukskrivning (den s.k. **70/80-procentsregeln**). Antalet ansökningar, av dem som under senhösten passerade ettårsgränsen, har dock ökat. Det kan till del förklaras av att de bättre nåtts av information.

Regeln har kritiserats av både försäkrade, läkare och försäkringskassans personal. Kraven för ersättning är så hårt styrande att många som genomgår för dem lämplig rehabilitering (t.ex. stödsamtal av kurator eller egen träning) inte äger rätt till den högre ersättningsnivån. Bristande resurser för behandling och rehabilitering har medfört väntetider för att få ansökningarna prövade.

Rehabiliteringspenningen var tänkt att stimulera individen till yrkesinriktad rehabilitering. Rehabiliteringsplaneringens och insatsernas kvalitet framhålls som avgörande för individens motivation och aktivitet. Några beteendeförändringar, till följd av just rehabiliteringspenningens högre kompensationsnivå, har dock inte observerats.

De införda reglerna i AFL rörande individens egenansvar har möjligen kommit i skymundan bakom arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Det kan vara en bidragande orsak till att förväntade beteendeförändringar ej kommit till stånd.

Många som arbetar inom rehabilteringsområdet hävdar att rätten till rehabiliteringspenning skulle behöva grunda sig på individens hela situation och inte vara begränsad till yrkesinriktad rehabilitering. Rehabiliteringspenningens ettårsgräns uppfattas ofta som en regel och inte som en riktlinje. Det förhindrar önskvärd flexibelt för att möta den enskildes förutsättningar för och behov av rehabilitering.

En stor del av de långa sjukfallen avslutas med **förtidspensionering**. Förtidspensionering kan vara ett mer ekonomiskt fördelaktigt alternativ än fortsatt sjukskrivning, särskilt om pensionen kombineras med arbetskadelivränta. (I dagsläget bedöms var tredje nybeviljad förtidspension vara

kombinerad med arbetsskadelivränta). Det skulle kunna ha bidragit till beteendeförändring i så motto att långtidssjukskrivna själva aktualiserar frågan om förtidspension. Den nyligen genomförda undersökningen rörande förtidspensioneringen 1993 och andra studier visar dock att pensionering oftast aktualiseras av försäkringskassan.

Arbetsskadeanmälningarna har sjunkit sedan slutet av 1980-talet. Förändringarna i LAF har medfört att anmälningarna ökade kraftigt under 1993, främst på grund av den övergångsregel som angav en given tidsgräns. I december 1993 skedde en påtaglig minskning av antalet anmälda arbetsskador. Uppgången under år 1993 kan anses vara tillfällig.

Ett problem som påtalats är att personer, som lider av arbetsrelaterade sjukdomar, kan välja att bli kvar i ett för dem olämpligt arbete, i och med att förhandsbesked om livränta inte lämnas förrän de bytt till ett arbete med lägre inkomst. Om deras hälsa försämras kontinuerligt, genom att bli kvar i olämpligt arbete, återstår ofta endast förtidspensionering.

Effekter på den enskildes inkomst

Expertgruppen har låtit fördelningspolitiska gruppen vid Finansdepartementet beräkna de direkta inkomstmässiga effekterna för olika befolkningsgrupper av de viktigaste regelförändringarna för sjukpenning och arbetsskadesjukpenning som genomförts sedan den 1 mars 1991. Analysen har gjorts med hjälp av en beräkningsmodell för inkomster, skatter och transfereringar som har utvecklats av SCB och Finansdepartementet. Utgångspunkten för analysen har varit det sjukskrivningsmönster som fanns i befolkningen år 1991. Vidare har det antagits att löner, arbetslöshet, bostadskostnader, bidrag m.m. ligger på 1991 års nivå. Beräkningarna bygger på ca 13 000 statistiskt utvalda individer, som representerar nära 4,8 miljoner sjukpenningförsäkrade personer i befolkningen.

Utslaget på samtliga sjukpenningförsäkrade innebär den sammantagna effekten av regelförändringarna ett inkomstbortfall motsvarande en löneminskning på 1,2 procent. Både de som ofta är sjukskrivna och de som är långtidssjukskrivna får förhållandevis stora inkomstbortfall. Eftersom sjukligheten varierar mellan olika befolkningsgrupper blir inkomstminskningen ojämnt fördelad mellan kvinnor och män, mellan olika yrkesgrupper etc.

Såväl kort- som långtidsfrånvaron är mer omfattande bland **kvinnor** än bland män. Omläggningarna i försäkringarna får därför större betydelse för kvinnornas ekonomi. För en genomsnittlig kvinna blir inkomstbortfallet efter skatt 1 400 kronor per år, medan en man går miste om 1 100 kronor. Eftersom kvinnornas SGI är lägre i medeltal blir skillnaden mellan könen ännu större om inkomstbortfallet räknas i procent.

De **LO-anslutna** har högre sjuklighet än tjänstemannagrupperna. De har fler sjuktillfällen i genomsnitt och är oftare långvarigt sjuka. Beräkningarna anger att en genomsnittlig manlig LO-medlem har tappat sammanlagt ett årligt belopp om 1 700 kr efter skatt, vilket ska jämföras med 800 kronor för TCO-männen och 600 kronor för SACO-anslutna män. Bland kvinnorna finns samma mönster.

Av nedanstående tabell framgår att för de personer vars sjukskrivning inleddes för minst ett år sedan, beräknas sjukersättningen efter skatt ha sjunkit med 15 000 kronor i genomsnitt. Det innebär en minskning med 13 procent.

Tabell 4.10 Inkomstskillnad för långtidssjukskrivna vid olika ersättningsregler för sjuk- och arbetsskadesjukpenning. Sjukförsäkrade personer 16—64 år med pågående sjukfall som pågått i minst ett år. Kronor i 1991 års prisnivå. Helårseffekter vid oförändrad sjukfrånvaro. Medelvärden

Inkomstslag	Inkomst med ersättningsregler före 910301	Inkomst med ersättningsregler sedan 930701	Förändring Kr	%
Sjukersättning	114 000	90 000	-24 000	21
Inkomst efter skatt	117 000	102 000	-15 000	13

Källa: Finansdepartementet

Med hjälp av beräkningsmodellen är det också möjligt att göra bedömningar av risken för övervältring på **socialbidragen** då ersättningen till de långtidssjuksjukskrivna har sänkts. Detta görs genom att beräkna huruvida de aktuella hushållens disponibla årsinkomster har minskat så pass mycket att de med de nya ersättningsreglerna understiger Socialstyrelsens vägledande socialbidragsnorm sedan bostaden har betalats. Beräkningarna

visar att närmare fem procent av de långtidssjukskrivna hamnar under socialbidragsnormen till följd av de genomförda inskränkningarna. Dessutom hamnar ytterligare omkring tio procent strax över denna rekommenderade norm.

Det bör dock påpekas att någon egentlig socialbidragsberäkning inte har kunnat göras, bl.a. eftersom bidraget ytterst ska bygga på en individuell behovsprövning. Det är det enskilda hushållets specifika ekonomiska behov som vägs mot hushållets ekonomiska resurser.

Beräkningar som **LO** har tagit fram visar att om mannen i en tvåbarnsfamilj med genomsnittlig LO-inkomst (mannen arbetar heltid och kvinnan trekvartstid) är sjukskriven under en månad kommer familjen, vid 86 procents ersättningsnivå, att hamna på den socialbidragsnorm som Socialstyrelsen rekommenderar. För en ensamstående kvinna med två barn skulle ersättningsnivån ligga något lägre.

RFV har undersökt **förtidspensionärernas** inkomstförhållanden 1988 (RFV redovisar 1991:7). Utöver folkpension hade 80 procent av förtidspensionärerna ATP och 45 procent hade avtalspension. Endast ett fåtal hade privat pension. Tidigare förvärvsarbete har således stor betydelse för förtidspensionärernas inkomststandard.

När hänsyn tagits till hushållens sammanlagda inkomster, fanns inte någon större skillnad mellan manliga och kvinnliga förtidspensionärer. De förtidspensionerade kvinnornas egna inkomster var dock ofta betydligt lägre än männens.

Andelen förtidspensionärer som låg under rekommenderad socialbidragsnorm var ungefär lika stor som andelen löntagare. Däremot låg var tredje förtidspensionär på eller strax över denna norm, men bara var femte löntagare.

Arbetsplatsnivå

De nya reglerna har bidragit till arbetsgivares och anställdas ökande medvetenhet om sjukfrånvaro, dess konsekvenser och kostnader. Detta har lett till att 1980-talets mer passiva och accepterande inställning håller på att ändras. I stället för att anpassa sig till sjukfrånvarosituationen arbetas i ökad utsträckning med aktiva åtgärder för att förhindra sjukfrånvaro.

På många arbetsplatser arbetar man, ofta med stöd av Arbetslivsfonden, med sjukfrånvarouppföljning och rehabilitering. Målinriktade projekt fullföljs, nya metoder och samarbetsformer utvecklas. Kunskapsspridning och erfarenhetsutbyte utgör delar av arbetet. Trots de många goda exempel som successivt växer fram, är det fortfarande många som ännu ej vidtagit aktiva åtgärder.

Det förändrade sjukskrivningsbeteendet har lett till minskade produktionsstörningar och ökad produktivitet. För större arbetsgivare, som kalkylerat med hög sjukfrånvaro, har den minskade sjukfrånvaron bidragit till övertalighet.

Långtidssjukfrånvaron utgör inte något större problem för många arbetsgivare. Den fortlöpande verksamheten fungerar genom t.ex. vikarier. De större arbetsgivarnas motivation att vidta åtgärder för att minska långtidssjukskrivningarna kan, utifrån verksamhetsskäl, ofta bedömas som låg.

Sjuklöneperiodens införande har inneburit en differentiering av arbetsgivarnas kostnader för korttidsfrånvaron. I och med att avgiftssänkningen var lika för alla, kan arbetsgivare som har hög sjukfrånvaro bland sina anställda ha förlorat på reformen och arbetsgivare med låg sjukfrånvaro vunnit. Sjuklöneperioden uppfattas dock inte generellt ha inneburit en förhöjd aktivitet vad gäller det förebyggande arbetsmiljöarbetet.

Även om utvecklingen av arbetsmiljöarbetet är positiv, uppfattas drivkrafterna som svaga. Såväl arbetsgivare som många arbetstagare hävdar att bristen på ekonomiska incitament utgör en orsak till den kvardröjande passiviteten.

Många arbetsgivare uppfattar lagstiftningen inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet som en svårtolkad och oöverskådlig regelmassa. Den ses ofta som en pålaga och inte som hjälpmedel för arbetet. Arbetsgivare lyfter även fram att smidiga kontaktvägar till myndigheterna saknas.

Arbetsgivare framhåller att man lagt ner mycket stora resurser på arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser, men att det inte gett önskade effekter. Detta förhållande utgör en vanlig förklaring till motstånd mot ytterligare satsningar.

Det finns fler hinder för att den potential, som arbetsplatsanknuten rehabilitering utgör, ska kunna utnyttjas. Företagens högsta ledning markerar

inte tillräckligt ofta betydelsen av arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågorna. Kompetens saknas ofta, såväl vad gäller kunskap om sambanden mellan arbete och hälsa som rätt förutsättningar och handlingsutrymme för åtgärder. Det saknas ofta tradition och metoder för att följa upp och kontrollera arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet.

Brister finns arbetsgivarnas ansvar att genomföra rehabiliteringsutredningar. Försäkringskassorna har uppskattat att endast 40—60 procent av de utredningar, som borde ha ingetts till försäkringskassan, har lämnats in. Ett mindre antal inlämnas inom utsatt tid. Bedömningen är att de inkomna utredningarna ofta inte håller önskad kvalitet.

Företagshälsovårdens förutsättningar är främst en fråga för arbetsmarknadens parter. Myndigheterna har en roll att stödja dess verksamhet. För närvarande saknar stora delar av privat sektor avtal om företagshälsovård. Företagshälsovården genomgår nu en omvandlingsprocess mot marknadsorientering, såväl vad gäller dess tjänsteutbud som dess uppbyggnad. Många framhåller att företagshälsovården allt mer inriktas till att utgöra en ren arbetsgivarresurs och lämnar rollen som partsgemensam och neutral resurs för arbetsmiljöarbetet.

Erfarenheter tyder på att arbetsgivare, efter det ökade ansvaret för sjukfrånvaron och kostnaderna, nu stramar upp sin **rekryteringspolitik**. I större utsträckning än tidigare kontrolleras de arbetssökandes hälsa och tidigare sjukfrånvaromönster. Det förändrade beteendet vad gäller rekrytering och den svåra situationen på arbetsmarknaden ger både in- och utestängningseffekter.

Samhällsnivå

Det huvudsakliga syftet med 1990-talets regelförändringar har varit att hejda kostnadsutvecklingen. De renodlade effekter av de regelförändringar som genomförts inom sjuk- och arbetskadesjukpenningens område sedan den 1 mars 1991 beräknas av Finansdepartementet motsvara en en minskning av ersättningarna med drygt 10,5 miljarder kronor brutto per år, räknat i 1991 års penningvärde. Nettoeffekten för hushållen är dock mindre — omkring 6 miljarder kronor. Mellanskillnaden beror på att skatteinbetalningarna minskar samtidigt som hushållen får rätt till högre bostadsbidrag och KBT när deras inkomster sjunker. Denna beräkning bygger på en jämförelse med de ersättningar som antas skulle ha utbetalats år 1991

om de höga kompensationsnivåerna före den 1 mars 1991 hade bibehållits hela året. Vidare bygger beräkningen på 1991 års sjukskrivningsmönster, arbetslöshetsnivå m.m. och det årets skatte- och bidragsregler.

Det kan konstateras att 1990-talets regelförändringar inneburit att kostnadsutvecklingen hejdats.

Ur försäkringens synvinkel är det de stora kostnaderna för det förhållandevis lilla antalet långtidssjukskrivna och för förtidspensionerna som utgör fortsatta problem. Även arbetsskadelivräntorna medför stora kostnader. Till följd av de genomförda regelförändringarna har dock kostnadsutvecklingen hejdats även på detta område.

Det politiska intresset för socialförsäkringsfrågorna har breddats. Krav på utvärdering och uppföljning av regel- och praxisförändringar blir allt starkare. Att politikerna är intresserade av att följa utvecklingen framkommer bl.a. genom att hearings med olika aktörer blivit ett vanligare inslag i det politiska arbetet.

Reformerna under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet bygger på en väl fungerande samverkan mellan myndigheter och organisationer. Flera viktiga förutsättningar för samverkan har dock ändrats. Förutom det dramatiskt försämrade arbetsmarknadsläget kan de förändrade förutsättningarna för företagshälsovården, med bl.a. en betydande resursminskning, och primärvårdens nya organisation nämnas.

Försäkringskassorna

RFV har studerat försäkringskassornas **rehabiliteringsarbete** under perioden 1986—1991. Försäkringskassorna prioriterade försäkrade med lång sjukskrivning samt arbetsskadade för rehabiliteringsåtgärder. Enligt studien var sannolikheten låg att få tillgång till rehabilitering om den försäkrade var över 50 år eller om förtidspension hade aktualiserats. Påbörjad rehabilitering var vanligare bland försäkrade som aktualiserats genom företagshälsovården än bland övriga grupper. Efter tre månaders sjukskrivning hade ca 15 procent kontaktats av kassan för diskussion om rehabilitering. Tre procent hade påbörjat rehabilitering. Efter ett års sjukskrivning var 60 procent av de försäkrade kontaktade och 20 procent hade påbörjat rehabilitering. Studien visar även att försäkringskassornas rehabiliteringsarbete ofta inte kunde fullföljas på grund av den försäkrades sjukdom.

Någon liknande studie som visar försäkringskassornas rehabiliteringsarbete under åren 1992 och 1993 finns inte. Men såväl erfarenhet som det ökande antalet dagar som ersätts med rehabiliteringspenning utvisar att försäkringskassorna i allt större utsträckning prioriterar rehabiliteringsarbetet. Intitativ till rehabilitering tas snabbare. Strategin är att främst koncentrera insatserna till dem som bedöms ha störst möjlighet att tillgodogöra sig rehabiliteringen. Det bedöms som svårt att ge relevant stöd till personer som har mycket långa sjukskrivningsperioder bakom sig. Det finns dock projekt som har visat goda resultat vad gäller rehabilitering av personer med mycket långa sjukskrivningsperioder bakom sig.

Försäkringskassorna och andra aktörer inom rehabiliteringsområdet har gett uttryck för att deras rehabiliteringsinsatser försvåras på grund av många arbetsgivares bristande intresse. Man saknar styr- och påtryckningsmedel för att få arbetsgivare att fullgöra sin del av rehabiliteringsansvaret. Grundprincipen för myndigheternas arbete gentemot företagen är dock att ta fasta på företagens egna behov för ett långsiktigt ökat ansvarstagande från arbetsgivarens sida.

I och med det ömsesidiga beroendet och växelverkan mellan arbetsmiljö och rehabilitering har gränserna för ekonomiskt ansvarstagande förblivit otydliga. När nu Arbetslivsfondens ekonomiska bidragsgivning upphör är det möjligt att försäkringssystemet kommer att utsätts för ett ökat tryck, både vad gäller individuell ersättning och krav på ersättning för specifika arbetsmiljöåtgärder.

Mycket tyder på att en av orsakerna till det ökade antalet nybeviljade **förtidspensioner** är försäkringskassornas aktivare arbetssätt. I samband med de nya rehabiliteringsreglerna gavs kassorna tillfälle och resurser att följa upp de långa sjukfallen och, när inte rehabiliteringsinsatser bedöms meningsfulla, föra över personer med bestående arbetsoförmåga till sjukbidrag eller förtidspension. Den kraftiga ökningen skulle därmed kunna vara av temporär karaktär. Samtidigt kan det konstateras att allt fler av de nybeviljade förtidspensionerna avser arbetslösa. Lågkonjunkturen och sysselsättningsläget verkar alltså kraftigt öka trycket mot såväl sjukpenningförsäkring som förtidspensionering.

Det ökade antalet **arbetsskadeanmälningar** under 1993 har medfört en ökad belastning på försäkringskassorna. Några erfarenheter av det nya arbetsskadebegreppet har ännu inte vunnits. I och med att rätten till arbetsskadessjukpenning i stort tagits bort, kommer det troligen att ta ett par år

innan livräntor börjar prövas i någon större omfattning. De nya reglerna ger dock förutsättningar för en mer samlad och seriös diskussion om arbetskadorna och försäkringens legitimitet.

Myndighetssamverkan

Även om roll- och ansvarsfördelningen bedöms att i stort fungera väl, brister ofta samarbetet mellan de olika myndigheterna. Det kan delvis förklaras av kulturskillnader och att myndigheternas olika perspektiv ger skilda verklighetsbilder. Medan t.ex. försäkringskassorna har ett individinriktat arbetssätt, så har **yrkesinspektionen** präglats av ett arbetsplatsinriktat arbetssätt. Gemensamt för försäkringskassorna och yrkesinspektionen är nu den ökade uppmärksamheten på exempelvis de arbetsorgansatoriska frågornas betydelse för den enskilde individen.

Samarbetet mellan **hälso- och sjukvården** och försäkringskassorna har utvecklats bl.a. genom olika projekt och försöksverksamheter (exempelvis FINSAM-projektet). Det finns studier som visar att läkare ofta har bristande förutsättningar att bedöma patienten utifrån ett helhetsperspektiv som bl.a. inkluderar patientens arbetsvillkor, samt att läkaren ofta har dålig kunskap om vilka ekonomiska konsekvenser hans/hennes bedömningar, vid sjukskrivning och inför prövning av förtidspension, medför för socialförsäkringarna.

Förtroendeläkarnas roll som en länk mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringarna är av stor betydelse. I dag efterlyses en förstärkt förtroendeläkarfunktion, inte minst för bedömning av förtidspensionsansökningar.

Försäkringskassans och arbetsförmedlingarnas kontakt med **socialtjänsten** bedöms som väsentlig, men att det brister i samverkan. Den enskilde individen kommer i kläm genom att rehabiliteringsplanering inte samordnas.

Under överskådlig tid framåt är en av de viktigaste samhällsuppgifterna att klara omställningen till ett förändrat arbets- och produktionsliv för de grupper som har svaga förutsättningar i fråga om utbildning och arbetsförmåga. Samverkan mellan arbetsmarknadsmyndigheterna och försäkringskassorna är avgörande för att möta konsekvenserna av strukturomvandlingen. AMS har nyligen gett uttryck för att grupper med arbetshandikapp ska prioriteras, vilket ska inkludera de sjukskrivna arbetslösa. Men

fortfarande rymmer samarbetet mellan försäkringskassorna och **arbetsförmedlingarna** konflikter. Arbetsförmedlingarna/AMI ger låg prioritet åt arbetslösa som samtidigt är sjukskrivna, medan de är en högprioriterad grupp hos försäkringskassorna. Arbetsförmedlingarnas lägre prioritet av denna grupp sjukskrivna beror inte enbart på att de sjukskrivna har sin försörjning genom försäkringen, utan också för att de sjukskrivna arbetslösa är sämre förberedda och motiverade för arbete än andra arbetssökande. Även de varierande ekonomiska villkoren mellan ersättningsformerna försvårar en målinriktad planering.

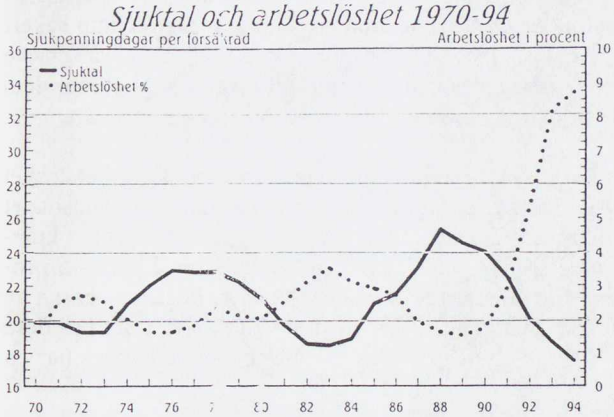
Lågkonjunkturen

Regelförändringarna i början av 1990-talet har genomförts i en lågkonjunktur. Det är inte möjligt att isolera effekterna av förändringarna från de konjunkturbetingade effekterna. Ur ett perspektiv kanske både långtidssjukskrivningarna och förtidspensionerna kan ses som en "ventil" och en förutsättning för att hantera strukturomvandlingen och lågkonjunkturrelaterade problem på arbetsmarknaden.

Arbetslöshetens påverkan på sjukfrånvaron

Flera forskare har undersökt i vad mån befolkningens sjukfrånvarobeteende styrs av de ekonomiska konjunkturerna. Det finns en rad tänkbara direkta och indirekta orsaker till att sjukskrivningarna kan påverkas av exempelvis arbetslöshetsutvecklingen. Det är dock en delvis splittrad bild som framträder av olika empiriska studier om efterkrigstidens samband mellan den totala sjukfrånvaron och nivån på den öppna arbetslösheten. Att det finns en påtaglig samvariation mellan sjuktalet och nivån på den öppna arbetslösheten från 1970 och framåt speglas av nedanstående diagram.

Diagram 4.3



Källa: LO

Med hjälp av traditionella statistiska metoder har flertalet av studierna kunnat visa att den totala sjukfrånvaron varit förhållandevis låg under perioder då arbetslösheten har varit relativt hög. RFV:s analyser avseende åren 1983—1991 visar att arbetslösheten totalt sett har en minskande effekt på korttidsfrånvaron. Man har beräknat att en procentenhets ökning av arbetslösheten dämpar de korta sjukskrivningarna så att sjuktalet sänks med fyra procent. Effekten tycks dock plana ut när arbetslösheten har nått en nivå på ca sex procent. RFV menar dock att resultaten måste tolkas med stor försiktighet. Det kan finnas faktorer utöver dem som man har tagit hänsyn till i sin analys som är viktiga för att förstå arbetslöshetens effekt på sjukfrånvaron.

Vid användandet av mer sofistikerade analysmetoder har emellertid inte något egentligt orsakssamband mellan efterkrigstidens arbetslöshets- och sjuktalsutveckling kunnat verifieras. Det skulle snarare vara en fråga om ett slags skenbart samband mellan sjuktalet och arbetslösheten. För kvinnornas del försvinner sambandet när man rensar serierna för trender. För männen blir sambandet insignifikant efter trendrensning och när man kontrollerar för reallöneutvecklingen så försvinner det helt.

Ett viktigt påpekande i sammanhanget är att många av de vetenskapliga arbetena har byggt på data som spänner från 1950-talets mitt till något år in på 1990-talet, dvs. över en tidsperiod som kanske främst karaktäriseras av jämförelsevis stabila arbetslöshetstal på en låg nivå. Det är inte säkert att denna typ av historiska samband har någon relevans för de allra senaste årens utveckling, då ju arbetslösheten har stigit till nivåer långt utöver dem som gällde tidigare samtidigt som korttidsfrånvaron sjunkit avsevärt.

RFV:s analyser uppvisar inte något linjärt samband mellan arbetslöshet och ohälsotal. Vid en i utgångsläget låg arbetslöshet minskar ohälsotalet när arbetslösheten ökar. Denna effekt blir mindre när arbetslösheten kommer upp på högre nivå. När arbetslösheten passerar en nivå på 5—6 procent ändras effekten till en ökning av också ohälsotalet. Förändringarna av arbetslöshetens effekter kan troligen förklaras med att det rör sig om flera olika samband, av vilka något/några minskar ohälsotalet och andra har en ökande effekt.

Enligt RFV har arbetslösa har en mindre benägenhet att anmäla kortare sjukfall än sysselsatta. Denna effekt tycks kraftigt ha förstärkts med införandet av karensdag. Detta utesluter dock inte att arbetslöshetshotet har gett viss effekt på de sysselsattas sjukskrivningsbeteende. Sannolikt har denna effekt varit av engångskaraktär i samband med att arbetsmarknaden ändrades från hög till låg efterfrågan på arbetskraft.

RFV:s beräkningar visar att arbetslösa i åldrarna 25—54 år har fem à sex gånger högre risk för långtidssjukskrivning än motsvarande åldersgrupp i sysselsättning. För övriga åldersgrupper är risken drygt tre gånger så stor. Denna bild är likartad över hela landet. Risken för att bli långtidssjukskriven ökar således för en person som blivit arbetslös. Den konstaterade överrisken bland arbetslösa torde dock delvis ha funnits innan dessa personer blev arbetslösa, dvs. att risken för arbetslöshet ökar med en ökande risk för sjukskrivningar.

RFV har funnit att en klart bidragande orsak till överrisken är psykiska problem bland de arbetslösa. Nästan hälften av alla långa sjukfall med psykiska problem avsåg arbetslösa. Det förefaller även som om överrisken att bli långtidssjukskriven är lika stor för arbetslösa lågutbildade arbetare som för högre tjänstemän.

I oktober 1993 var drygt 26 procent av dem som varit sjukskrivna i mer än 60 dagar arbetslösa. Enligt uppgift har andelen ökat kraftigt under de

senaste månaderna. Överrepresentationen av arbetslösa bland de långtidssjukskrivna kan bero dels på att risken för att bli arbetslös är större för sjukliga personer än för friska, dels på att arbetslösheten i sig framkallar sjukdom och/eller försämrar ett redan i utgångsläget svagt hälsotillstånd.

Förtidspensioneringen kan komma att öka på grund av den höga arbetslösheten, trots att arbetsmarknadsskäl i stort inte längre finns kvar som skäl för förtidspensionering. Arbetsmarknadsskäl finnas ofta i kombination med medicinska skäl, vilket bekräftas av undersökningen av urvalet av beviljade förtidspensioner 1993. Andelen förtidspensionärer är också högst i de län och i de yrken med besvärligt sysselsättningsläge.

Individ och arbetsplats

Många problem med att få till stånd ett framgångsrikt arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete kan härledas till lågkonjunkturen och strukturomvandlingen.

Kraven på den enskilde individen i arbetslivet har ökat samtidigt som möjligheterna att omplacera har minskat. Tillgången till enkla arbeten och "reträttplatser" för personer som inte orkar med kraven har minskat eller upphört. Tidigare upplevd trygghet i arbetet har minskat. Risken för att förlora sin anställning kan spela stor roll för förändringar av beteende. Debatten kring och den nyligen genomförda förändringen av lagen om anställningsskydd kan tänkas ha betydelse även för förändringar av sjukfrånvaromönstret.

Arbetsgivaren finner sällan anledning, och saknar incitament, till att använda den restarbetsförmåga många långtidssjukskrivna eller förtidspensionärer besitter eller hålla kvar dem som är betingat arbetsföra, dvs. kan arbeta under vissa premisser, i arbete. Under de senaste årens strukturomvandling har arbetsgivare sökt medverka, ofta genom anlitande av företagshälsovården, till att finna förtidspensionslösningar för övertalig personal, när så har varit möjligt. En grupp äldre (okänd hur stor) har också lämnat arbetsmarknaden med avtalspension eller garantipension.

Det är svårt att motivera sjukskrivna till rehabilitering, som när den avslutas bedöms övergå i arbetslöshet eller arbete med betydligt lägre lön. Ofta finns det starka ekonomiska incitament för den enskilde att i stället söka förtidspension och/eller livränta.

Såväl anställda, fackliga organisationer och arbetsgivare som experter och berörda myndigheter ger uttryck för viss uppgivenhet. Varför satsa på att rehabilitera en person med restarbetsförmåga när det står så många arbetslösa, med full arbetsförmåga, och knackar på dörren? Varför prioritera utrustning för arbetsanpassning i mängden av angelägna behov som ska tillgodoses inom en begränsad ekonomisk ram? Varför försöka omplacera mellan resultatenheter, när vilja eller resurser saknas att ta emot någon som inte orkar arbeta med full kraft? Det är befogade frågor som varken har givna svar eller låter sig avfärdas — och som ofta kan leda till den för stunden enklast lösningen; ingen arbetsplatsanknuten rehabilitering utan i stället en eventuell fortsatt process mot förtidspensionering.

5 Förutsättningar i framtiden

Förändringar inom socialförsäkringarna är en del av samhällsutvecklingen. Försäkringarna är beroende av vad som sker inom andra delar i samhället men påverkar också beteende och attityder. Utformningen av socialförsäkringarnas innehåll bör därför ske utifrån en beskrivning och analys av den samhällsmiljö, som försäkringarna ska verka i. Inför en diskussion om hur en ny ordning för sjukpenning- och arbetsskadeförsäkring samt förtidspension ska utformas ter det sig därför naturligt att försöka skissera vilka framtida förutsättningar som kan komma att finnas.

I enlighet med tidigare redovisad analysmodell beskrivs de framtida förutsättningarna utifrån perspektiven individ, arbetsplats och samhälle.

Individnivå

Utbildning

Möjligheterna till ekonomisk tillväxt, ökad sysselsättning och välstånd skapas i stor utsträckning genom en stimulans av utvecklingen i de kunskapsintensiva branscherna. Kunskapsbildning och kompetensutveckling är avgörande faktorer för produktivitet och konkurrenskraft.

Tillväxt har varit liktydigt med fler och billigare varor och tjänster. Den "nya tillväxtteorin" som utvecklades under senare delen av 1980-talet bygger inte i första hand på människors förmåga att producera varor utan förmågan att lyfta fram nya tankar och idéer som snabbt kan förverkligas. Tillväxt betyder med andra ord att ständigt förändra sättet att utnyttja de

resurser som står till buds och att tillsammans i en producerande organisation göra saker bättre.

Det är när förändringsprocessen och det kreativa idéskapandet successivt börjar omfatta alla anställda, som den riktigt stora värdeskapande resurserna kan tas i bruk.

Det är alltså fråga om en lärandeprocess där personalens förmåga att utnyttja teknologi, kunnande och erfarenhet och att lära av varandra satts i system.

Ett avgörande skäl för att få ett genombrott för investeringar i kunskap och kompetens förutsätter en förändring av arbetsorganisationen. Erfarenheter talar för att det först när ansvar och befogenheter ökar och när kraven skärps som människor på allvar blir mottagliga för ny kunskap. Det handlar både om en strävan att motsvara förväntningar och att se det meningsfulla i de stora ansträngningar som det innebär att lära nytt.

För att få till stånd förnyelsen i arbetslivet och ett processinriktat förändringsarbete krävs en god grundutbildning. Satsningar inom utbildningsområdet kommer att höja kvaliteten men också höja utbildningsnivån i samhället. Andelen ungdomar som kommer att genomgå högskole- och forskarutbildning kommer att öka. Successivt kommer kompetensnivån i näringsliv och förvaltning bli högre och mer konkurrenskraftig.

Studier i samband med levnadsnivåundersökningarna pekar på att spridningen i utbildningsnivå nu minskar bland dem som kommer ut i arbetslivet.

Morgondagens försäkringar kommer att befinna sig i en miljö där det mänskliga kapitalet, kunnandet, erfarenheter och förändringskompetens kommer att vara av stor betydelse. Utbildningsnivån kommer att ligga på en högre nivå. Utbytbarheten mellan medarbetarna kommer inte vara lika stor som nu. Samverkan och samarbete liksom förmågan att kombinera olika kompetenser liksom mänsklig kunskap och teknologi blir avgörande faktorer för utvecklingen.

Värderingar

Samhällen förändras och så gör också deras värderingar. Det gamla jordbrukarsamhällets värderingar skiljde sig från dem som fanns i industrisamhället. Morgondagens värderingar ser annorlunda ut än dagens. Samhällsstruktur och värderingar är viktiga förutsättningar för exempelvis utveckling och förändring av socialförsäkringarna.

Forskningen är dock inte enig om i vilken takt eller i vilken riktning förändringarna går. Det finns de som hävdar att vi är på väg in i ett postmaterialistiskt samhälle. Annan forskning pekar på att värderingarna är ganska stabila.

I boken "70-talister" hävdar Åke E Andersson m.fl. att huvuddelen av dagens ungdom har postmaterialistiska värderingar där relationer, utbildning, mobilitet och internationalism värderas högt. Det rör sig om värderingar som sätter det individuella ansvaret högt och favoriserar självorganisering. Ungdomarnas starka betoning av familjens och arbetskamraternas stora betydelse tyder samtidigt på att det inte rör sig om någon sköt-dig-själv-och-strunt-i-andra-syn på världen.

Åke Andersson menar att såväl unga män som kvinnor har ett stort intresse för politik. Däremot är det bara en minoritet som anser att politikens vänster/högerskala fångar upp de viktigaste gemensamma problemen. De högst prioriterade frågorna har att göra med den egna hälsan, de gamlas och familjens välfärd. Särskilt kvinnorna prioriterar jämställdhet och jämlikhet framför löner som incitament till högre produktivitet. Ungdomen har en hög prioritering av omvårdnad av naturen, en levande landsbygd, vackra bostadsmiljöer och utbildning.

Det finns emellertid också motsättningar i värderingarna. En är den som uppstår mellan generationerna. En annan avser skillnader i synsätt mellan könen. En tredje handlar om skillnader i tolerans och öppenhet.

Stefan Svallfors har undersökt hur svenskarnas attityder till olika aspekter av välfärdspolitiken har förändrats under perioden 1986—1992. Enligt Svallfors är det övergripande intrycket att svenskarnas attityder till välfärdspolitik under denna tid präglas av stabilitet. Attitydsskillnaderna var år 1986 liksom år 1992 fördelade på ungefär samma sätt beroende på klass, kön, sektor och ålder. Fortfarande är det klass och ålder som mest påverkar skillnaderna i åsikter. Det finns enligt Svallfors inga tecken på att

klasskonflikter runt välfärdspolitiken håller på att avlösas av köns- eller generationsbaserade konflikter.

Värderingarna påverkas sannolikt också av socialförsäkringarnas utformning. Avsaknaden av socialförsäkringar kan förväntas skapa föreställningar om att det är den enskildes ansvar att ordna sin sociala trygghet på egen hand. Förekomsten av allmänna socialförsäkringar ger däremot stöd åt attityder där staten ses som den naturlige garanten för tryggheten. Korporativa system kan å sin sida medverka till värderingar där yrkesidentiteten får en stark framtoning. Valet av socialförsäkringsmodeller torde alltså återverka på de värderingar som de från början byggde på.

Mål viktiga i rehabiliteringsarbetet

Vi människor har mål och ambitioner, som vi vill förverkliga. Det kan exempelvis gälla mål i arbetslivet. Förverkligande av målen gör att vi får större betydelse. Vi får uppskattning, vinner respekt och får självkänsla. Utvecklingen inom utbildningsområdet och i arbetslivet kommer att stärka möjligheterna för individerna att genom utvecklande och intressanta arbeten förverkliga sina mål och ambitioner.

När sjukdomen kommer eller skadan inträffar är det en styrka att inte bara ha ekonomiska utan även andra typer av mål och ambitioner knutna till arbetslivet. Därmed underlättas rehabiliteringsarbetet. Ordet rehabilitering definieras som att "återställa aktningen". Genom att återställa hälsa och arbetsförmåga och därmed återinträda i arbetslivet ökar betydelsen och självförtroendet.

Det är med detta perspektiv rehabiliteringsarbetet ska betraktas. Om en funktionsnedsättning är ett arbetshinder eller inte är beroende på arbetssituation och livsinställning. Somliga människor tar sig till jobbet med gipsat ben eller till och med i rullstol genom snö och slask. Delvis beroende på att ett gipsat ben kanske inte alltid är något större hinder i arbetet, delvis beroende på att de betyder mycket på jobbet och det är betydelsfullt för dem.

Andra har inte hamnat i så intressanta jobb, känner sig inte efterfrågade på arbetsplatsen eller lever i en dålig otrygg social miljö. Om man inte känner sig betydelsefull eller känner sig otrygg, då kan värk i nacke, skuldror eller rygg få en dimension av arbetshinder.

Svenskt arbetsliv kommer alltid erbjuda såväl kreativa som utvecklande rutinmässiga och mer enkla arbeten. Utvecklingen går mot arbeten där det mänskliga kunnandet och förändringskompetensen får en ökad betydelse och där enskilda individer kan få bättre möjligheter att förverkliga sina mål och ambitioner. Genom framtidstänkande och förebyggande arbetsmiljöinsatser av såväl fysisk som psykosocial karaktär bör framtidens arbetsplatser i större utsträckning kunna anpassas till den enskildes behov.

Arbetsplatsen

Näringsliv och offentlig förvaltning

Förväntningarna på en ökad tillväxt under senare delen av 1990-talet och början av 2000-talet bygger bl.a. på prognosen om en kraftig exportökning. Enligt det mest gynnsamma scenariot bedömer Långtidsutredningen 1992 (LU 92) att jämfört med de senaste åren, kommer efterfrågan på världsmarknaden att öka. En prognos för utvecklingen på exportmarknaden för svensk industri fram till år 2005 pekar på en årlig tillväxt för produkter från verkstads- och övrig industri på 6,5—7,0 procent. Efterfrågetillväxten för basindustriprodukter beräknas vara något lägre och uppgå till ca 5 procent per år.

De traditionella basnäringarna som bygger på naturtillgångar är fortfarande starka i det svenska samhället. Detta beror delvis på att Sverige har konkurrensfördel i råvarutillgångar av skog och malm men även på det kunskapskapital som byggts upp i dessa branscher under decenniernas gång. Kunskapen ligger ackumulerad i individer och överförs inom företagen och mellan företag i branschen.

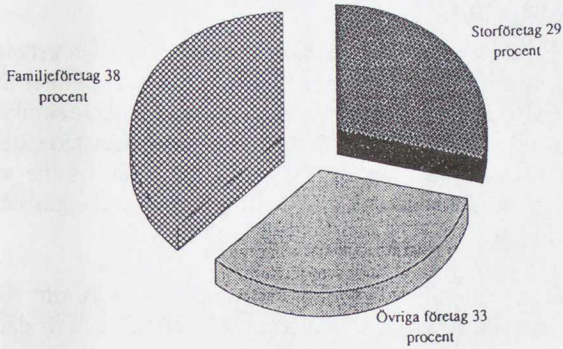
Kunskapsintensiteten i exporten är betydelsefull och en viktig orsak till skillnader i inkomster mellan olika länder. I dagens värld med en stor internationell kapitalmarknad blir individernas kunskap allt väsentligare för ett lands produktivitet och inkomster. Det är därför nödvändigt att svenskarna är välutbildade och att det framtida näringslivet som en följd av denna höga kunskap blir mer och mer kunskapsintensivt.

Familjeföretagen har stor betydelse för sysselsättningssituationen. LU 92 gjorde — utifrån SCB:s statistik — en studie av alla industriarbetsställen som hade mer än fem anställda. Arbetsställena indelades i tre grupper efter vilken sorts företag eller företagsgrupper de tillhörde. Den första gruppen, kallad familjeföretag, bestod av de arbetställen tillhörande självständiga företag eller koncerner med högst 200 anställda. Den andra gruppen, kallad storföretagen, utgjordes av de 17 största multinationella koncernernas arbetsställen. Resterande arbetsställen samlades under rubriken övriga företag. Redovisningen avser situationen år 1988. Av nedanstående diagram framgår att 38 procent av alla industrianställda jobbar i familjeföretag, 29 procent arbetar i storföretag och 33 procent i övriga företag.

Det genomsnittliga industriarbetsstället hade 86 anställda men skillnaderna mellan grupperna är stora. Storföretagen hade i medeltal 441 anställda, de övriga företagen 172 och familjeföretagen 41. Detta tyder på att de arbetsställen som har färre än 5 anställda och som inte ingår i industristatistiken domineras helt av familjeföretagen. En sammanfattning av studien tyder vidare på att knappt hälften av alla som arbetar i industrin finns i familjeföretag och bara drygt en fjärdedel i storföretagen.

Det är en betydande skillnad som kraftigt understryker småföretagens betydelse. En hel del av dessa mindre företag ingår dock i olika nätverk där storföretagen är styrande. Den viktigaste kopplingen är säkerligen den mellan ett storföretag och dess underleverantörer.

Diagram 5.1 Fördelning av de industrisysselsatta efter ägarkarkategori



Källa: NUTEKDATA

Trenden i den svenska utvecklingen är att det skapas allt fler små och medelstora företag liksom att sysselsättningen ökar inom denna del av näringslivet. Ofta är småföretagen tjänsteföretag.

Enligt bedömningar i LU 92 är det inom den privata tjänstesektorn som sysselsättningstillväxten kommer att finnas. Under 1980-talet ökade den privata tjänstesektorn sin andel av den totala sysselsättningen från 32 till 35 procent. En trend som beräknas fortsätta under 1990-talet. Sedan mitten av 1980-talet har däremot den offentliga sektorn minskat sin andel.

Den offentliga sektorn kommer även fortsättningsvis att leva under ett hårt ekonomiskt tryck. Kraven på verksamhetsförändringar, effektivisering och rationaliseringsinsatser kommer att vara stora.

Gemensamt för hela den offentliga sektorn är vidare den decentralisering som håller på att genomföras. Denna medför bl.a. att ett betydligt större ansvar i personalfrågor läggs ut på allt mindre enheter. Det kan gälla löner, arbetsmiljö, förhandlingar, sjukfrånvaro och rehabilitering. Motivet är att ansvaret och befogenheterna på det lokala planet skall leda till en i alla

avseenden bättre verksamhet. Inom ramen för den offentliga förvaltningen skapas förutsättningar liknande den miljö som små och medelstora företag lever i.

Detta innebär att man inte längre kan ställa andra krav på offentliga arbetsgivare än på andra arbetsgivare. Det finns inte längre "centrala" pengar till att ta hand om arbetstagare med särskilda problem. Gamla budgettekniker där kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspension inte belastade den enskilda arbetsplatsen håller på att avvecklas. Allt detta sker i syfte att förbättra verksamheten men leder också i sin tur till att omplaceringar och andra rehabiliterande åtgärder blir svårare att genomföra.

En allt större del av den offentliga sektorns verksamhet — förutom ren myndighetsutövning — utsätts i dag för konkurrens. Ett viktigt mål är därvid att uppnå konkurrensneutralitet. Jämfört med andra ägarformer kan därmed inte andra krav ställas på den i offentligt regi utförda verksamheten.

En tendens är i dag att den del av verksamheten som bedrivs i förvaltningsform minskar och i stället övergår till offentliga eller privatägda bolag.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att utvecklingen inom svenskt näringsliv pekar på att tjänstesektorn hela tiden ökar i betydelse och att de kunskapsintensiva branscherna står för huvuddelen av tillväxten. Vidare kommer förväntad sysselsättning att till stor del ligga i små och medelstora företag. Den offentliga sektorn kommer även fortsättningsvis, beroende på såväl minskande ekonomiska ramar som konkurrensskäl, att befinna sig under starkt rationaliseringstryck. En del av den offentliga sektorns nuvarande verksamhet kommer att flyttas över till små och medelstora tjänsteföretag. Resultattänkande och decentraliseringssträvanden innebär vidare att sjukvård och kommunal verksamhet i större utsträckning kommer att bedrivas i mindre enheter med självständigt ansvar.

Personalekonomi

Utvecklingen inom svenskt närings- och arbetsliv pekar på att mänskliga kapitalets roll blir allt viktigare och medarbetarnas utbytbarhet minskas. Ett personalekonomiskt synsätt torde därmed ha möjlighet att få en starkare förankring i arbetslivet. Personalekonomi brukar vanligen användas som

ett samlingsbegrepp för "hushållning med mänskliga resurser" i organisationer. Således är personalekonomi i huvudsak traditionell (företags-) ekonomi, översatt till personalområdet.

Personalekonomi handlar om hur anställda själva och organisationer personalpolitiskt agerar och reagerar på arbetsplatsen och vilka effekter detta får på organisationers möjligheter att uppnå sina målsättningar. Det handlar då om arbetsbetingelser i vid mening som arbetsmarknadens spelregler, arbetsinnehåll, ledningsfilosofi och arbetsmiljö.

Upprinnelsen till det mer praktiskt orienterade personalekonomiska tänkandet i mitten på 1980-talet var att ett antal för organisationer lönsamma och för individen positiva personalåtgärder inte vidtogs (sannolikt vidtogs och vidtages ett antal personalbeslut som är olönsamma för organisationen och negativa för den anställde).

Ett första steg blev då att ekonomiskt synliggöra olika slags personalåtgärder i form av:

* personalekonomiska kalkyler
* personalekonomisk redovisning
* personalekonomiska bokslut

Personalekonomiska kalkyler kan avse allt från värdet av ett höj- och sänkbart arbetsbord till frågan om lönsamheten i ett omfattande personalutvecklingsprogram.

Personalekonomisk redovisning kan innebära att arbetsledare får ansvaret också för frånvaro- och utbildningskostnader. Det kan också innebära att hela kostnads- eller resultatsammanställningen till stor del får innehålla personalrelaterade komponenter.

Personalekonomiskt bokslut är ett sätt att koppla samman en mot personal, omstrukturerad traditionell resultaträkning med kvalitativa beskrivningar av de anställda kopplat till väsentliga personalåtgärder under året.

Vilket eller vilka av ovanstående tre tekniker som används för att synliggöra kostnader för personal varierar mellan organisationer. Det viktiga är inte valet av teknik utan att etablera ett "**personalekonomiskt tänkande**".

En förbättrad hushållning med de mänskliga resurserna torde vara en företagsekonomisk överlevnadsfråga. Det handlar då om att — med ekonomin som referensram — ifrågasätta gamla invanda arbetssätt och åtgärder och att utveckla ett alternativt och tänkande på personalområdet.

Tendenser som pekar på att ett personalekonomiskt tänkande får allt större genomslag i arbetslivet är att användningen av personalekonomiska kalkyler, redovisning och bokslut får allt större utrymme. Utbildnings- och informationsinsatser ökar och skapar därmed såväl en högre kompetens som ett ökat intresse för detta område.

Personalekonomin ingår också som ett naturligt inslag i den företagsekonomiska utbildningen på såväl gymnasieskolor som på universitet och högskolor. För morgondagens ekonomer liksom chefer kommer det personalekonomiska tänkandet — i allt högre utsträckning — att ingå som en naturlig del i övriga ekonomiska bedömningar.

Ett vidgat personalekonomiskt synsätt är en viktig grund för att påverka förändringsarbetet inom svenskt arbetsliv i en gynnsam riktning. Därmed finns större möjligheter att få ut en bred syn på arbetsmiljöarbetet, där förebyggande insatser och aktiva rehabiliteringsåtgärder bidrar till såväl en god arbetsmiljö som en verksamhets- och produktivitetsutveckling. Senare års utveckling på arbetsmarknaden liksom inom företag och förvaltningar har skapat nya förutsättningar.

En extrem lågkonjunktur och en ökande internationell konkurrens har förstärkt rationaliseringstrycket och drivit på teknikutnyttjandet. Den våg av förändringsarbete som gått genom många företag och förvaltningar har bl.a. inneburit ökade inslag av grupp- och flödesorganisation, "avtaylorisering", ökat kvalitetstänkande, delegering av kostnads- och kvalitetsansvar osv.

Effektivitetsvinsterna har ofta varit betydande med minskat personalbehov vid oförändrad eller ökad produktionskapacitet. De jobb som har "blivit kvar" ställer i genomsnitt högre krav på arbetstagarnas utbildning och övrig kompetens. Efterfrågan på okvalificerad arbetskraft minskar i takt med att repetitiva industriarbeten liksom rutinuppgifter inom kontorssektorn försvinner och kompetenskraven inom vården höjs. Legotillverkning och annan enklare produktion förläggs i ökad utsträckning i låglöneländer.

Denna utveckling, även när den i en lågkonjunktur är liktydig med ökad övertalighet och friställningar, måste i stort ses som positiv så länge den innebär att inslagen av ensidiga och påfrestande "icke konkurrenskraftiga" arbetsuppgifter och produktionsformer minskar. Det finns också mycket som talar för att arbetsgivarnas insatser för de anställda som blir kvar i de "moderniserade" organisationerna ökar som en följd av minskad utbytbarhet och därmed ökade kostnader för ersättningsrekrytering.

Ett viktigt mål för ett brett upplagt arbetsmiljöarbete är att stödja de gynnsamma inslagen i denna utveckling. Inriktningen bör vara att på olika sätt verka för ett helhetsperspektiv på frågor om verksamhetsutveckling. Arbetsmiljö- och rehabiliteringsinsatser ingår som en självklar del i ansträngningarna att åstadkomma ökad produktivitet, kvalitet och konkurrenskraft. I detta måste också ingå såväl kort- som långsiktiga förebyggande insatser för att stödja de grupper som löper särskild risk att slås ut under förändringsprocessen.

En viktig del av arbetsmiljöarbetet är också att stimulera den enskilde individen till att ta eget ansvar för sin hälsa, arbetsmiljö och framtid. Förändringsprocessen på arbetsplatsen bör stimulera och engagera alla. Genom att ställa krav och se möjligheter till medverkan liksom ett processinriktat arbetssätt skapas förutsättningar för att engagera. Framtidens ledarskap kommer att bygga på ett processinriktat arbetssätt med ett personalekonomiskt tänkande i grunden.

Samhällsnivån

Förutsättningarna för att bedriva välfärdspolitik och kunna bibehålla och utveckla socialförsäkringarna är att samhället har förmåga att tillskapa nödvändiga resurser. Förmågan att upprätthålla en hög sysselsättningsnivå och hög produktion och därmed skapa ekonomiska förutsättningar är alltså en viktig utgångspunkt när socialförsäkringarna ska förändras och utvecklas.

Sverige befinner sig nu i en djup lågkonjunktur. Bruttonationalprodukten (BNP) har enligt 1994 års finansplan under åen 1992 och 1993 sammanlagt sjunkit med 3,9 procent. Kompletteringspropositionen våren 1993 innehöll en bedömning av den ekonomiska utveckling t.o.m. år 1998. Propositio-

nens försörjningsbalans kompletterad med bedömningar i årets finansplan framgår av tabell 5.1

Tabell 5.1 Försörjningsbalans åren 1993—1998 (årlig procentuell förändring) (enligt reviderad finansplan våren 1993 och finansplan 1994)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Privat konsumtion	-3,5 (-3,9)	-0,2 (0,7)	2,0 (2,0)	2,5	3,0	3,0
Off. konsumtion	-1,0 (-2,1)	-1,4 (-1,3)	-1,0 (-1,0)	-1,0	-1,0	-1,0
Investeringar	-8,9 (-14,2)	-5,7 (-6,3)	4,0 (7,6)	7,7	8,5	7,8
Export	4,7 (7,4)	9,0 (10,7)	7,6 (7,0)	6,7	5,6	5,4
Import	-1,6 (-2,0)	3,5 (3,5)	4,7 (6,5)	5,9	5,9	5,8
BNP	-1,7 (-2,0)	1,2 (2,4)	3,1 (2,9)	3,2	2,9	2,8

Efter några års nedgång beräknas den privata konsumtionen från år 1995 öka med 2—3 procent per år.

För första gången under efterkrigstiden minskade år 1993 den offentliga konsumtionen. Nedgången var 2,1 procent och förväntas årligen under resten av 1990-talet minska med ca 1 procent.

Investeringarna har sedan år 1992 minskat kraftigt men bedöms enligt budgetpropositionen öka fr.o.m. år 1995.

Effekterna på BNP förväntas från år 1994 bli en årlig tillväxt på ca 3 procent.

Utvecklingen efter år 1998 ter sig svår att ha någon uppfattning om. En så hög tillväxttakt som den reviderade finansplanen räknade med för perioden 1995—1998 förefaller i ett längre perspektiv vara allt för optimistisk. Efter

sekelskiftet kommer befolkningen i förvärvsarbetande åldrar att minska. Den demografiska utvecklingen talar därför för en lägre tillväxttakt. I ett försiktigt scenario beräknar Pensionsarbetsgruppen för tiden år 2000—2020 tillväxttakten till 1,5 procent per år.

Även om bedömningarna är att tillväxttakten i den svenska ekonomin kommer att öka under sista hälften av 1990-talet så finns problem, vilka i sin tur ställer krav på försäkringarnas utformning.

Olika omvärldsförändringar kommer att öka anspråken på vissa områden. Den demografiska utvecklingen förväntas öka belastningen på t.ex. äldreomsorgen. Samtidigt ställer bl.a. den ökade internationaliseringen krav på en väl fungerande infrastruktur i vid bemärkelse — inklusive t.ex. utbildningssystemen. Det är viktigt att transfereringar och den privata konsumtionen inte tillåts tränga ut offentliga investeringar och/eller offentlig konsumtion som är av betydelse för den långsiktiga utvecklingen av välfärden.

En sanering av de offentliga finanserna är avgörande för den svenska ekonomin och välfärdssystemets utveckling. Finansieringen av kostnaderna för sjukpenning, arbetsskador och förtidspension är härvid en viktig fråga. De totala kostnaderna för sjukpenning, arbetsskada och förtidspension beräknas av RFV under budgetåret 1994/95 bli ca 70 miljarder kronor.

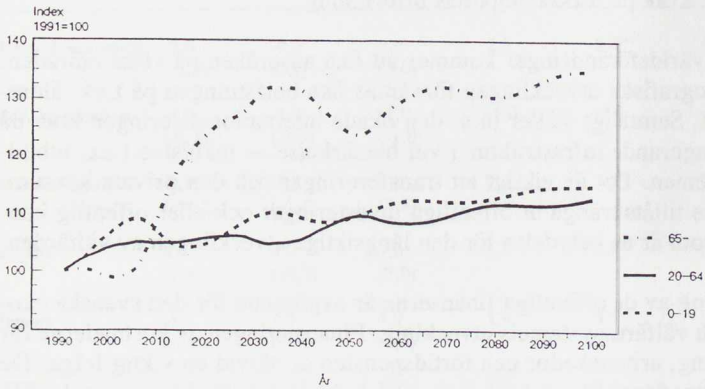
Pensionsarbetsgruppen föreslår att försäkringarna för förtidspension och sjukbidrag förs samman med försäkringarna för sjukpenning och arbetsskada. Samtidigt föreslås att ålderspensionsavgifter på 18,5 procent ska tas ut på utbetalda socialförsäkringsförmåner. Om dessutom dagens arbetsgivareavgifter ska växlas mot lön torde detta öka nu berörda kostnader med ytterligare ca 8 procent.

Med de förändringar som Pensionsarbetsgruppen föreslår torde den sammanlagda kostnaden i 1994/95 års kostnadsläge därmed uppgå till ca 90 miljarder kronor. Mot denna bakgrund ställs åtminstone två viktiga framtidsfrågor. Vad finns det för möjligheter att minska kostnaderna? Hur skall kostnaderna finansieras?

Den demografiska utvecklingen kommer att öka anspråken på resurser och därmed spela en väsentlig roll i diskussionen om hur tillväxten ska användas. Nedanstående diagram visar enligt SCB:s senaste prognos — en indexerad utveckling av antalet personer i åldrarna 0—19 år, 20—64 år och 65 år eller äldre. Kurvorna visar att befolkningen fortsätter att åldras fram till

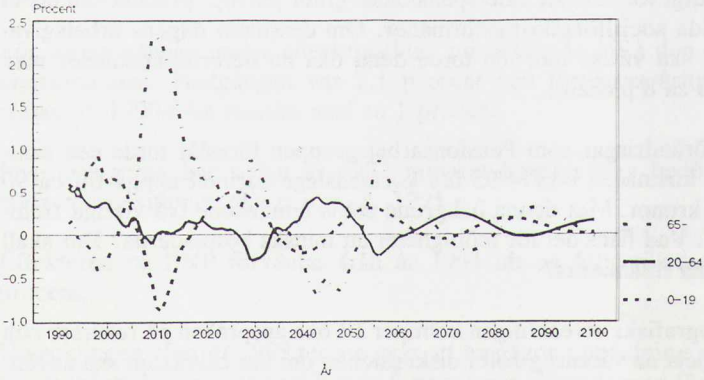
åtminstone år 2035. Antalet personer i den äldsta åldersklassen ökar med över 30 procent medan antalet i arbetsför ålder ökar med ca 5 procent. Den äldsta åldersklassen minskar något fram till år 2005. När de stora årskullarna från 1940-talet uppnår 65 års ålder sker därefter en ökning.

Diagram 5.2 Sveriges befolkning, åren 1991–2100



Källa: SCB

Diagram 5.3 Sveriges befolkning åren 1992–2100. Årlig procentuell förändring



Källa: SCB

En sammanfattning av de samhällsekonomiska möjligheterna pekar på att den ekonomiska tillväxten kommer att behövas för vård och service till de äldre. Andra viktiga områden är offentliga investeringar och konsumtion för att i ett internationellt perspektiv förstärka Sveriges konkurrenskraft. Konsekvensen blir att något utrymme för kostnadskrävande reformer inom områdena sjukpenning, arbetsskadeförsäkring eller förtidspensioner sannolikt inte kommer att finnas. Snarare är det en fråga om att utforma försäkringarna så att de medverkar till att öka den ekonomiska tillväxten och sparandet.

Internationaliseringen

Sverige har av tradition en stor mängd internationella kontakter. Den relativt sett mycket stora utrikeshandeln har länge varit en betydelsefull faktor för utvecklingen av samarbetet över gränserna och haft stor betydelse för vår ekonomiska utveckling. För riksdag och regering liksom politiska organisationer och intresseorganisationer har Sveriges roll och utveckling i ett internationellt perspektiv varit en nödvändig del i arbetet att skapa tillväxt och välfärd. Sverige har på olika nivåer aktivt deltagit i samverkan över gränserna såväl ur nordisk, europeisk som mer global synpunkt.

Utvecklingen mot en allt större internationalisering fortsätter och förstärks nu av EU-utvecklingen. Oavsett om Sverige blir medlem i EU eller inte så går vi mot ett ökat beroende av andra länder. Enbart EES-avtalet innebär att Sverige omfattas av de s.k. fyra friheterna, dvs. fri rörlighet för personer, varor, tjänster och kapital. Även om EES-avtal eller EU-medlemskap inte innebär direkta krav på harmonisering av välfärdspolitiken så kommer exempelvis de fyra friheterna att påverka förutsättningarna för välfärden.

Kapitalets rörlighet kommer att öka konkurrensen om de arbetstillfällen som står till buds. Kulturella skillnader och skillnader i attityder till socialförsäkringarna ökar. Fri rörelse av arbetskraft kräver ökad samordning och administrativa system. För att människor ska få sina sociala rättigheter, skyldigheter och förmåner tillgodosedda behövs exempelvis information om rörelser över gränserna. Även om utvecklingen inte innebär några direkta krav på harmonisering så innebär den att förutsättningarna förändras och beroendet av andra länder ökar.

Arbetsmarknaden

I sin anslagsframställning för budgetåren 1994/95—1996/97 pekar Arbetsmarknadsstyrelsen på den osäkerhet som råder i fråga om efterfrågan på arbetskraft i ett längre perspektiv. En osäkerhet som i sin tur leder till svårigheter att bedöma i vilken takt arbetslösheten kan pressas tillbaka och till vilka nivåer. För att fram till år 2000 återskapa det antal jobb som förväntas försvinna under lågkonjunkturen krävs att sysselsättningen måste öka snabbare än vad som tidigare skett under efterkrigstiden.

AMS redovisar två scenarier för utvecklingen fram till år 2000. Ett optimistiskt alternativ som bygger på en högre tillväxttakt än den som redovisades i den reviderade nationalbudgeten våren 1993. Ett annat alternativ, som utgår från den tillväxttakt som den reviderade nationalbudgeten redovisar och som leder till en fortsatt hög arbetslöshet. Båda scenarierna har sin bas i en gemensam utveckling under år 1993 och första hälften av år 1994.

Under år 1993 låg antalet personer som var öppet arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitiska åtgärder på i genomsnitt ca 560 000. Detta motsvarar 13 procent av arbetskraften varav 8,8 procent öppet arbetslösa och 4,2 procent i arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

Långtidsarbetslösheten uppgick år 1993 i genomsnitt till 105 000, vilket är en fördubbling jämfört med år 1992.

Förvärvsfrekvensen har, som framgår av nedanstående tabell, mellan åren 1990 och 1993 sjunkit med 11 procent för män och 8 procent bland kvinnorna.

Tabell 5.2

	Sysselsatt (tusental)			Förvärvsintensitet (%)		
	Män	Kv	Totalt	Män	Kv	Totalt
1990	2 313	2 134	4 442	84,4	80,3	82,4
1993	2 030	1 941	3 972	73,2	72,2	72,7

(Uppgifterna för år 1993 grundades på prognoser och kommer i slutversionen ersättas/kompletteras med de helårssiffror från AMS och SCB som redovisas under januari 1994.)

AMS bedömer att sysselsättningen fortsätter att minska fram till halvårsskiftet 1994. Mellan åren 1993 och 1994 beräknas sysselsättningen minska med 130 000. Antalet personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder antas budgetåret 1994/95 ligga på samma nivå som budgetåret 1993/94, dvs. i genomsnitt 285 000 och den öppna arbetslösheten på 380 000 personer. Totalt kommer detta motsvara knappt 16 procent av arbetskraften, vilket är en nivå som ligger ca 2 procent högre än bedömningen i kompletteringspropositionen våren 1993. Efter halvårsskiftet 1994 förväntas sysselsättningen öka.

Utgångspunkten för scenarierna har varit kompletteringspropositionens beräkningar. I alternativet med den högsta arbetslösheten är sysselsättningsutvecklingen och den förväntade BNP-tillväxten densamma som i kompletteringspropositionens huvudkalkyl. Detta innebär att sysselsättningen väntas öka med 210 000 mellan åren 1995 och 1998 och att BNP-tillväxten blir 3 procent per år.

I scenariot med snabb tillväxt av sysselsättning antas sysselsättningsökningen vara dubbelt så hög. BNP-tillväxten är beräknad till 4,3 procent och med samma antagande om produktivitetsutvecklingen som i propositionens huvudkalkyl.

Beräkningarna har utsträckts till år 2000. I alternativet med den högsta arbetslösheten antas den år 2000 uppgå till 11 procent. Siffran avser såväl öppet arbetslösa som personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. I alternativet med snabb sysselsättningsökning är arbetslösheten år 2000 nere i 5,6 procent. Första alternativet ger alltså en arbetslöshet motsvarande europeiska nivåer och det andra alternativet leder till de nivåer som vi i Sverige hade i början av 1980-talet.

Den långsiktiga trenden i Sveriges näringsliv är att sysselsättningen ökar inom den privata tjänstesektorn och minskar inom industrisektorn. Även om antalet industriarbeten kommer att öka under konjunkturuppgången så kommer sannolikt den långsiktiga trenden bestå. Samtidigt kommer sysselsättningen att allt mer överflyttas till små och medelstora företag i kunskapsintensiva branscher.

Den offentliga sektorn förväntas minska sin sysselsättning. Kommunförbundet beräknar att den kommunala sektorn fram till år 1998 minskar antalet sysselsatta med 90 000. Av såväl ekonomiska som rationaliseringsskäl planerar landsting och stat också för sysselsättningsminskningar. Inom

ramen för en fortsatt minskning av sysselsättningen förväntas dock vård, omsorg och utbildning vara exempel på områden som kommer att växa.

Antalet arbetslösa ungdomar beräknas våren 1994 uppgå till 330 000. Under förutsättning att de tillfälliga satsningarna på utbildning kvarstår under hela perioden och att sysselsättningsökningen blir 55 000 per år beräknar AMS att ungdomsarbetslösheten fram till år 1998 faller till 250 000.

Internationella studier från 1980-talet visar att länder vars arbetslöshet ökat till en hög nivå inte klarar att återgå till tidigare låga nivåer. En orsak är det starka sambandet mellan arbetslöshet och långtidsarbetslöshet. Ju högre arbetslöshetsnivå desto större andel långtidsarbetslösa.

I Sverige har långtidsarbetslöshetens andel av den totala arbetslösheten ökat över tiden. Jämfört med andra industriländer är dock andelen långtidsarbetslösa låg. I flera europeiska länder uppgår antalet med minst ett års arbetslöshet till över 50 procent av totala antalet arbetslösa. Motsvarande siffra var år 1992 i Sverige 8 procent.

Enligt AMS huvudscenario kommer långtidsarbetslösheten nu snabbt öka och våren 1994 uppgå till 150 000. Trots en förväntad sysselsättningstillväxt beräknas antalet långtidsarbetslösa år 1996 vara mellan 75 000—100 000.

Under senare delen av 1980-talet växte ambitionerna när det gällde att bereda arbete åt arbetshandikappade. Bakom detta låg dels utvecklingen av alltmer avancerade arbetstekniska hjälpmedel, dels försöksverksamheter t.ex. Arbete med unga handikappade. En annan orsak var den långvariga högkonjunkturen och den ökade efterfrågan på arbetskraft.

Under samma period började också hoten mot de arbetshandikappades möjligheter till arbete att avteckna sig. Företagens kostnadsjakt liksom ökade krav på effektivitet och omställbarhet hos de anställda innebar att människor med funktionshinder, som begränsar arbetsutbudet, fick svårigheter att få plats i arbetslivet.

Även när handikappade utan arbete söker sig ut på arbetsmarknaden har nya hinder ställts upp. AMS pekar på att t.ex. arbetsgivarperioden i sjukförsäkringen försvårar för personer med en väntad hög sjukfrånvaro att få arbete. AMS framhåller också i sin anslagsframställning att arbetsgivarnas

ökade ansvar för rehabilitering har gynnat de redan anställda på bekostnad av dem som står utanför arbetsmarknaden.

Sammanfattningsvis kommer arbetsmarknaden under överskådlig tid att vara kärv. Enligt AMS optimistiska scenario ligger arbetslösheten på ca 6 procent i början av 2000-talet. Det andra scenariot pekar på 11 procent. Såväl långtidsarbetslösheten som ungdomsarbetslösheten kommer att vara avsevärt högre än för närvarande. Utvecklingen kommer att bli speciellt besvärlig för svaga grupper som arbetshandikappade, sjuka och invandrare. Det finns stora risker att en tvådelad arbetsmarknad utvecklas. En del med kvalificerade välavlönade arbeten. En annan del med enklare, rutinmässiga, mindre kvalificerade och lägre avlönade arbeten.

Socialförsäkringen och sysselsättningen

Sedan några år pågår i flera länder en allt intensivare debatt om skattesystemens och socialförsäkringarnas betydelse för arbetslöshetsutvecklingen.

I flertalet länder i Västeuropa har arbetslösheten trendmässigt ökar under hela 1980-talet. I mitten av 1970-talet var arbetslösheten ca 3 procent men steg i början av 1980-talet till ca 10 procent. Därefter har nivån pendlat mellan 8 och 11 procent. Arbetslösheten inom EU var drygt 10 procent år 1993.

Den viktigaste förändringen är den kraftiga ökningen av långtidsarbetslösheten. I flera länder har mer än 50 procent av de arbetslösa varit arbetssökande under minst ett år.

Det är främst de lågutbildade och lågavlönade som drabbas av denna arbetslöshet i Europa. I andra länder, främst USA, har reallönerna sjunkit för dessa grupper, vilket kan ha varit en bidragande orsak till varför arbetslösheten där minskar.

Sverige hade fram till början av 1990-talet en avvikande bild med en internationellt sett mycket låg öppen arbetslöshet och ännu lägre långtidsarbetslöshet. Nu skiljer sig Sverige inte nämnvärt från Europa i övrigt. Den registrerade långtidsarbetslösheten är fortfarande låg men beräknas öka kraftigt under kommande år.

Den traditionella arbetslöshetsstatistiken underskattar dock de strukturella sysselsättningsproblem som finns i Sverige och övriga Europa. Under 1980-talet har man i flertalet länder mer eller mindre medvetet använt socialförsäkringar och andra system för att försörja svårsysselsatta grupper.

Vägarna ut från arbetsmarknaden har utformats olika. I vissa länder har statliga ersättningar i form av förtidspensioner eller liknande tagit hand om dessa grupper. I andra länder har korporativa system, finansierade av arbetsmarknadens parter skapat utvägar genom invaliditetspensioner och avtalspensioner.

Resultatet är att en ökande andel av befolkningen vid sidan av de arbetslösa lever på sociala ersättningar, allt ifrån behovsprövade bidrag till avgångspensioner. I t.ex. Holland fanns år 1992 mindre än hälften av männen över 55 år kvar på arbetsmarknaden.I Danmark kan man redan nu kombinera olika förmåner från 50 år till ålderspension.

Sysselsättningssituationen i Europa och övrigt är således värre än vad den officiella arbetsmarknadsstatistiken redovisar.

De samlande effekterna av denna utveckling framstår som allt allvarligare. Försörjningsbördan för de förvärvsarbetande växer, vilket tär på solidariteten. En växande debatt om missbruk av de sociala systemen, svartarbete och bidragsberoende följer i spåren.

I Europa förefaller ökningen av arbetslösheten ha blivit allt mer opåverkad av den allmänna ekonomiska utvecklingen. Efter varje lågkonjunktur kvarstår arbetslösheten på en högre nivå. Man talar om en Jobless Growth.

I den internationella debatten nämns olika faktorer som bidrar till utvecklingen. Man talar om strukturella faktorer som internationell handel, datorisering, utbildning, arbetsorganisation och låglönekonkurrens. Man talar om institutionella förklaringar som lönebildning, regleringar på arbetsmarknaden, inlåsningseffekter i socialförsäkringarna, splittrat kostnadsansvar för försäkringarna, beroendefällor, brist på aktiva och förebyggande åtgärder samt skatternas och socialavgifternas fördelning.

Frågorna är många och viktiga. Den empiriska forskningen har hittills inte kunnat ge några tydliga förklaringar. Inför en översyn av nu berörda försäkringar är det nödvändigt med en analys av hur nuvarande system lik-

som alternativa system kan påverka eller påverkas av den framtida sysselsättningen.

Hälso- och sjukvården

För att försäkringarna avseende sjukpenning, arbetsskada och förtidspension ska fungera effektivt finns ett stort behov av en väl fungerande och effektiv sjukvård. Det handlar om att människor snabbt måste tas emot och få behandling och vård präglad av kvalitet och omvårdnad. Det gäller att få olika kompetenser att samverka så att patientens behov kan mötas utifrån en helhetssyn. Väntetider till behandling och rehabilitering måste vara korta. Det måste finnas ett effektivt förebyggande arbete. Samverkan med arbetsplats, företagshälsovård och försäkringskassa ska ingå som ett naturligt led i sjukvårdens arbetssätt.

Vikten av helhetssyn framgår tydligt om man studerar diagnosutvecklingen vid sjukskrivning och förtidspension. Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv dominerar. Av nybeviljade förtidspensioner 1992 avsåg 52 procent denna diagnosgrupp. Motsvarande siffra år 1985 var 41 procent. Gruppen mentala diagnoser uppgick år 1992 till 17 procent och har under de senaste åren ökat sakta. Denna typ av diagnoser är av mer komplicerad natur. Vård och behandling kräver därför en helhetssyn där hänsyn tas till såväl den fysiska som den psykosociala hälsan. Förmågan att urskilja exempelvis sociala orsaksfaktorer bör stärkas liksom möjligheterna att medverka till att patienten får stöd även inom det sociala området.

Begreppen sjukdom och arbetsförmåga är centrala vid bedömning och beslut ifråga om sjukpenning, arbetsskada och förtidspension. Genom samhällsutvecklingen, forskning och förändrade värderingar får hälso- och sjukdomsbegreppet ett annat innehåll. Inslagen av psykosocial ohälsa ökar. Bedömningarna blir svårare att göra. Läkarnas förmåga att väga ihop effekter från såväl kropp som själ kommer att vara en betydelsefull faktor för resultatet av behandling, vård och rehabilitering. Sambanden mellan sjukdom och arbetsförmåga förändras. Utvecklingen kräver sannolikt också förändringar i de regler som styr försäkringarna.

En annan viktig fråga handlar om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering. En rad förändringar har genomförts. Vissa har sin grund i snävare ekonomiska ramar och ändrade behandlingsmetoder, etc. och som beslutas på landstingsnivå. Andra är sådana som lagen om husläkare och

lagen om läkarvårdsersättning (fri etablering för övriga specialister) där beslut tagits av riksdagen.

Genomförandet av husläkarreformen innebär en förstärkning av primärvården i de delar av landet där den hittills inte varit så väl utbyggd. I propositionen framhålls också att husläkaren har en viktig uppgift som den enskildes främsta kontaktperson gentemot andra inom vård- och rehabiliteringsområdet. Husläkarna får inte bara se patienten i ett familjeperspektiv utan också beakta förutsättningarna och möjligheterna i arbetslivet. Samarbetet med exempelvis företagshälsovård och försäkringskassa blir betydelsefullt.

Husläkaren skall enligt lagen se till att den enskildes behov av kontakter med dessa organ och personer i möjligaste mån tillgodoses. Det gäller hänvisningar till andra vårdgivare inom primärvården eller läns- och regionsjukvården.

Det gäller även kontakter med försäkringskassan, företagshälsovården, socialtjänsten m.fl. Vidare poängteras att husläkarsystemet förväntas underlätta samarbetet mellan försäkringskassan och sjukvården just genom att den enskilde därigenom får en fast replipunkt inom hälso- och sjukvården. Många landsting har också vid precisering av husläkaråtagandet ytterligare understrukit husläkarnas samordnande funktion vad gäller bland annat rehabiliteringsinsatser.

Om husläkarreformens intentioner får genomslag kan detta innebära ett stöd för rehabiliteringsarbetet. Det finns emellertid de som anser att såväl husläkarreformen som förändrade etableringsvillkor för andra specialister riskerar motverka det förebyggande arbetet samt rehabiliteringsinsatserna. Det finns en uppenbar risk för en ökad konkurrens om patienterna. En konkurrens som kan leda till brister i helhetssynen på patientens behov liksom brister i sjukskrivningsrutiner.

6 Internationella jämförelser och erfarenheter

Sjukpenningförsäkringen

Några inledande jämförelser

I projektet "Svensk socialpolitik i internationell belysning" vid Stockholms universitet har man samlat in vissa data om den lagstadgade socialförsäkringen. Dessa data belyser skillnader i de sociala rättigheternas omfattning, täckningsgrad och ersättningarnas grad av grund- och inkomstbortfallsskydd. I jämförelsen ställs Sverige mot de fyra länder som beskrivs i avsnittet Socialpolitiska modeller. Australien kan sägas företräda behovsprövningsmodellen, Storbritannien grundskyddsmodellen, Tyskland den korporativa modellen och Norge, liksom Sverige, standardskyddsmodellen.

En viktig dimension är täckningsgraden, dvs. hur stor andel i befolkningen som är försäkrad. I detta avseende står Sverige och Norge i en klass för sig (ca 90 procent) Storbritannien och Tyskland visar lägre täckningsgrad (60 respektive 50 procent) beroende på att försäkringsskyddet endast omfattar dem som förvärvsarbetar. I Australien utges ersättning endast när de sökande inte överskrider vissa inkomst- eller förmögenhetsgränser när de blir sjuka. Skillnaderna är stora om man ser på täckningsgraden av befolkningen i arbetsför ålder, mindre om man bara ser till arbetskraften.

Studerar man sjukförsäkringarnas nettoersättningar finner man att i Australien, där sjukpenningen är behovsprövad och avsedd att ge ett grundskydd, är nivån något under 40 procent. I Storbritannien där inkomstrelaterade tillägg och barntillägg minskats drastiskt har ersättningsnivåerna fallit till ca 25 procent. I Tyskland har nivåerna under hela efterkrigstiden legat

över de skandinaviska. Att den tyska sjukpenningen leder till en överkompensation är en effekt av att man de första sex veckorna har en arbetsgivarperiod med full lön, och därefter en obeskattad ersättning på 80 procent av bruttolönen. Norge har full sjuklön under de första två veckorna och därefter sjukpenning med 100 procents kompensation. För Sveriges del har ersättningarna sänkts under början av 1990-talet.

För att visa hur inkomstförlust till följd av sjukdom kompenseras lämnas här en kortfattad redogörelse för bl.a. kvalifikationskrav, kompensationsnivåer, karenstider, begränsningar i ersättningstider och finansiering i några länder.

Kvalifikationskrav

I flertalet av de granskade länderna förekommer någon form av kvalifikationskrav för att rätt till ersättning skall föreligga. Dels finns krav på att arbete skall ha utförts under en viss minsta tid, dels ställs krav på att avgift till försäkringen betalts under viss tid. Kombinationer av dessa krav förekommer också.

Sålunda krävs i *Danmark* att en löntagare skall ha varit anställd under de senaste 13 veckorna som föregått sjukfrånvaron, och under denna tid skall den anställde ha arbetat under minst 120 timmar.

För rätt till sjukpenning från folketrygden i *Norge* krävs 14 dagars försäkringstillhörighet. Årsinkomsten skall vidare uppgå till 50 procent av folketrygdens basbelopp.

I *Finland* krävs att den försäkrade har utfört arbete, för egen eller annans räkning, under tre månader före insjuknandet.

I *Tyskland* inskränks kravet till medlemskap i sjukkassa. Den som tjänar över 68 400 DM (år 1993) är dock inte obligatoriskt försäkrad.

För rätt till sjukpenning i *Frankrike* krävs att den försäkrade arbetat minst 200 timmar under de tre senaste månaderna. För rätt till sjukpenning efter sex månader krävs att den försäkrade arbetat minst 800 timmar under det senaste året. Dessutom finns krav på att den försäkrade skall ha varit inskriven i försäkringen i minst tolv månader.

I *Nederländerna* gäller försäkringen för anställda, och i *Storbritannien* gäller reglerna för anställda över 16 år.

Den som är bosatt i *Sverige* och har en inkomst på minst 6 000 kronor per år är obligatoriskt sjukpenningförsäkrad.

Kompensationsnivåer

Kompensationsnivån vid sjukdom varierar mellan de granskade länderna. Ersättning betalas inledningsvis i form av sjuklön från arbetsgivaren, och därefter i form av sjukpenning enligt försäkring, ofta med kompletteringar enligt avtal.

Full ersättning vid sjukdom lämnas under hela sjukpenningtiden i *Norge* och *Tyskland*.

Beroende på avtalsområde har anställda i *Finland* full ersättning under fyra veckor till tre månader. I *Danmark* betalar arbetsgivaren full sjuklön under 14 dagar. I *Frankrike* betalas full ersättning under de tre första dagarna. Komplettering via avtal till 100 procents ersättning under viss tid är även vanlig i *Nederländerna*.

Efter det att arbetsgivarperioden, eller kompletteringen enligt avtal, har upphört sjunker ersättningsnivåerna i dessa länder. I *Finland* är sjukpenningen ca 66 procent, i *Frankrike* 50 procent, och i *Nederländerna* 70 procent. I *Danmark* är ersättningsnivån 90 procent. I *Storbritannien* lämnas ersättning som lagstadgad sjuklön i form av en fast summa. Denna kompletteras dock ofta genom ersättningar från arbetsgivaren, och en genomsnittlig nivå är ca 80 procent.

Sverige har inledningsvis en karensdag. För den som har rätt till sjuklön från arbetsgivaren är ersättningen därefter 75 procent för den andra och tredje dagen. Därefter är kompensationsnivån 90 procent. Fr.o.m. den 15:e dagen lämnas ersättning med 80 procent och från den 365:e dagen 70 procent. Vid medicinsk behandling eller rehabilitering kan 80 procent ersättning lämnas även ett års sjukskrivning. Avtal som kompletterar ersättningen med 10 procent mellan dag 15 och 90 är allmänt förekommande.

Sjukpenningnivåer

Det normala är att ersättning endast betalas då arbetsförmågan är helt nedsatt. I *Danmark* betalas sjukpenning enligt särskilda regler vid partiell nedsättning av arbetsförmågan. *Norge* har flexibel sjukpenning, beroende på arbetsförmågans nedsättning kan ersättning utges för 20 till 100 procent av inkomstbortfallet.

Under den period då sjuklön utges i *Sverige* är ersättningen helt relaterad till arbetsförmågans nedsättning. Ersättning kan alltså utges vid såväl 10 som 90 procents nedsättning av arbetsförmågan. Inom sjukpenningförsäkringen kan ersättning utges som en fjärdedels, halv, tre fjärdedels och hel sjukpenning.

Karens

I många av sjukförsäkringssystemen förekommer regler om karenstid, dock saknas karensregler i *Norge, Danmark* och *Tyskland*. I *Finland* är karensen tio vardagar, i *Frankrike och Storbritannien* tre dagar samt i *Nederländerna* två dagar Reglerna om karens saknar i realiteten betydelse eftersom rätt till ersättning fr.o.m. första dagen oftast finns till följd av överenskommelser i kollektivavtal eller regler i tvingande lagstiftning.

I *Sverige* lämnas ersättning efter en karensdag.

Arbetsgivarperiod

I *Danmark* betalar privata arbetsgivare dagpenning under de första 14 dagarna. Offentliga arbetsgivare betalar dagpenning under hela sjukperioden.

Även i *Norge* betalar arbetsgivarna sjukpenning under de första 14 dagarna. I *Tyskland* sker detta i sex veckor. I *Finland* skall enligt lag arbetsgivare betala full lön under karenstiden i den allmänna sjukförsäkringen. I *Storbritannien* betalar arbetsgivaren lagstadgad sjuklön (Statutory Sick Pay, SSP) under högst 28 veckor. Fr.o.m. år 1994 betalar arbetsgivarna i *Nederländerna* sjuklön under sex veckor, för företag med mindre än 15 anställda är arbetsgivarperioden två veckor.

Som redovisats ovan betalar arbetsgivare till följd av överenskommelser i kollektivavtal även kompletterande sjukersättning under karensdagar m.m.

Den som i *Sverige* är anställd för en tid av minst en månad har rätt till sjuklön från arbetsgivaren. Rätten till sjuklön omfattar de första fjorton dagarna i en sjukperiod.

Offentlig utbetalare

Efter det att eventuell arbetsgivarperiod har löpt till ända tas utbetalningsansvaret oftast över av en offentlig sjukkassa. Så sker i *Norge, Finland* och *Frankrike*. I *Nederländerna* finns såväl offentliga som branschvisa försäkringskassor. I *Tyskland* finns sjukkassor uppdelade geografiskt (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK), bransch- och företagssjukkassor samt yrkeskassor. Totalt finns i Tyskland över 1 200 skilda kassor.

I *Danmark* betalar primärkommunen sjukpenning efter det att rätten till sjukpenning från arbetsgivaren upphört.

Den *svenska* sjukpenningförsäkringen administreras av de allmänna försäkringskassorna.

Rehabilitering

Det är kommunerna som ansvarar för rehabiliteringen i *Danmark*. Kommunen skall efter två månaders sjukdom inhämta ett läkarutlåtande för att kunna göra en s.k. tremånadersuppföljning. Kommunen har sedan skyldighet att göra utvärderingar var tredje månad. Om förvärvsförmågan är nedsatt skall en rehabiliteringsplan utarbetas. Under utredningstiden kan s.k. sjukdagpeng betalas ut i 54 veckor. Rehabiliteringsersättning kan utbetalas i högst fem år.

I *Norge* kan den som uppburit sjukpenning så länge sådan förmån kan utges (dvs. ett år) i stället få attföringspenger om arbetsförmågan fortfarande är nedsatt med minst hälften. Ersättningen, som motsvarar ca 65 procent av lönen, kan utges så länge den försäkrade får medicinsk behandling som kan leda till förbättring av arbetsförmågan. Attföringspenger kan också utges under tid för yrkesinriktad rehabilitering. Det finns ingen tidsgräns för hur länge attföringspenger kan utges. Den genomsnittliga

ersättningsperioden med attföringspenger är ca ett år. Ansvaret för den yrkesmässiga rehabiliteringen i Norge vilar på arbetsförmedlingen.

I *Finland* finns regler om rehabiliteringsskyldighet i de lagar som avser social- och hälsovården, arbetsmarknaden och försäkringssystemen. Till den som genomgår rehabilitering för att kunna hålla sig kvar i arbetslivet eller kunna återgå till sitt arbete utbetalas en rehabiliteringspenning. Folkpensionsanstalten är skyldig att utreda rehabiliteringsbehov och möjligheter för den som fått sjukpenning i 60 dagar.

I *Tyskland* har sjukkassan ansvaret för den medicinska rehabiliteringen. Ansvaret för den arbetsmässiga rehabiliteringen åvilar pensionsförsäkringen. Rehabiliteringensverksamheten är alltså uppsplittrad med dålig samordning. Det finns inga tvingande regler för en arbetsgivare att vidta rehabiliterande åtgärder. En försäkrad har möjlighet att börja arbeta deltid för att successivt trappa upp arbetsinsatsen. Under denna tid kan sjukkassan betala hel sjukpenning.

Varje utbetalningskontor i *Frankrike* har en heltidsanställd rådgivande läkare eller särskild kontrollant. Senast efter sex månaders sjukskrivning skall läkaren undersöka den försäkrade för att ta ställning till eventuella åtgärder, som t.ex. rehabilitering. De kassatjänstemän som betalar ut sjukpenning har dock inte ens rätt att få veta den sjukes diagnos. Rehabilitering kan t.ex. ske i form av arbetsträning på den egna arbetsplatsen. En form av rehabiliteringsersättning kan utges. Denna är högre än den vanliga sjukpenningen. Kopplingen mellan sjukpenningförsäkringen och den yrkesmässiga rehabiliteringen är svag i Frankrike.

I *Nederländerna* har sjukkassorna huvudansvaret för rehabiliteringen.

I *Sverige* har försäkringskassan ett samordningsansvar för rehabiliteringsinsatserna. Ersättning kan utges under ungefär ett år i form av rehabiliteringspenning, som motsvarar ca 95 procent av den försäkrades lön.

Maximal sjukpenningtid

Den tid under vilken en försäkrad kan uppbära sjukpenning är begränsad i flertalet av de utländska systemen. Den maximala sjukpenningtiden varierar dock avsevärt. I de fall en försäkrad blir "utförsäkrad" från sjukpenningförsäkringen träder normalt förtidspensionen in som ersättningsform.

En beskrivning av reglerna om förtidspension följer på sidan 100.

I *Danmark* upphör sjukpenningen när den försäkrade varit sjukskriven mer än 52 veckor under de senaste 18 månaderna. I *Norge* betalas sjukpenning under maximalt 250 dagar (sjukpenning utges inte för lördag och söndag samt under semester). När en försäkrad varit helt arbetsför i sex månader inträder rätt till en ny ersättningsperiod om 250 dagar.

I *Finland* har den försäkrade rätt till sjukpenning under 300 vardagar om han eller hon varit arbetsför i ett år före insjuknandet. I *Tyskland* utbetalas sjukpenning maximalt 78 veckor under en treårsperiod för en och samma sjukdom. För *Frankrike* gäller att sjukpenning betalas i 360 dagar under en treårsperiod. Vid vissa långvariga sjukdomstillstånd, enligt särskild lista, kan ersättning betalas i tre år. I *Nederländerna* är ersättningstiden begränsad till ett år, och i *Storbritannien* är tiden med rätt till sjuklön begränsad till 28 veckor. *Irland* skiljer sig från mönstret så till vida att försäkrad som erlagt avgift i minst 260 veckor har en obegränsad ersättningstid (till ålderspension). För övriga är ersättningstiden begränsad till 52 veckor.

Även *Sverige* har en formellt sett obegränsad ersättningstid.

Finansiering

Under de perioder arbetsgivaren skall betala sjuklön står denne ensam för kostnaden. Avgifterna till sjukförsäkringssystemen varierar givetvis beroende på arbetsgivarperiodernas längd, ju längre arbetsgivarperiod, desto lägre avgift. Utomlands delas avgifterna mycket ofta mellan arbetsgivare och arbetstagare. I vissa länder erläggs en avgift som avser samtliga socialförsäkringsförmåner. Därmed saknas möjlighet att särskilja avgifterna till sjukpenningförsäkringen. En rättvisande jämförelse är därmed svår att göra.

I *Danmark* är sjukförsäkringen skattefinansierad. I *Norge* betalar arbetsgivaren 16,7 procent av lönen och arbetstagaren 7,8 procent, avgiften avser även andra socialförsäkringsförmåner. Medel tillförs också från trafikförsäkringen. I *Finland* betalar arbetsgivaren 1,45 procent av bruttolönen. Arbetstagaren betalar 2,2 procent på bruttoinkomsten upp till 80 000 mark per år, och 3,7 procent på inkomster däröver.

För *Tysklands* del gäller att arbetsgivare och anställda betalar häften var av kostnaden för sjukförsäkringen. Sjukkassorna avgör själva avgiftens storlek. Kassorna måste se till att avgifter och kostnader för försäkringen balanserar så att verksamheten inte går med underskott. Då medlems- och riskstrukturen skiljer sig mellan kassorna varierar avgifterna mellan 8 och 16 procent av lönen. (Att notera är att endast ca 10 procent av kassornas utgifter avser sjukpenning. De dominerade kostnaderna utgörs av sjukhusvård ca 30 procent samt läkarvård och läkemedel ca 15 procent vardera.)

I *Frankrike* betalar arbetsgivaren 12,6 och den anställde 6,8 procent av lönesumman för sjuk- och moderskapsförsäkring samt invaliditetsförsäkring och efterlevandeförmåner från pensionsförsäkringen. Medel tillförs även från trafikförsäkringen samt genom en särskild alkoholskatt. I *Nederländerna* betalar arbetsgivaren 6,75 procent på bruttolönen och den anställde 1,2 procent på lönen upp till 73 320 gulden. Egenavgiften för förtidspensioneringen är ca 12 procent. I *Storbritannien* betalar arbetsgivaren mellan 4,6 och 10,45 procent beroende på den anställdes lön. Arbetstagaren betalar mellan två och nio procent. Avgifterna täcker dock även kostnaden för andra socialförsäkringar, t.ex. invaliditet, ålderspension, arbetsskador och arbetslöshet.

I *Sverige* är den sjukförsäkringsavgift som arbetsgivaren betalar 8,43 procent. Staten bidrar med vissa skattemedel och de försäkrade betalar en egenavgift på 0,95 procent av inkomster upp till 7,5 basbelopp. Avgifterna täcker bl.a. också kostnaden för föräldrapenning, tillfällig föräldrapenning och närståendepenning.

Förtidspension

Med förtidspension avses i detta avsnitt endast den ersättningsform som blir aktuell då en försäkrad på grund av sjukdom fått sin arbetsförmåga varaktigt nedsatt, eller nedsatt för avsevärd tid. Vid beslut om förtidspension väger arbetsmarknadsskäl, i kombination med fysisk eller psykisk ohälsa, olika tungt i de länder som redovisas. Betydelsen av sådana faktorer har dock inte varit möjlig att ange. Förtida uttag av ålderspension, delpension eller andra former av pension på grund av rena arbetsmarknadsskäl ingår inte i jämförelsen.

Allmänt om reglerna

I *Danmark* kan förtidspension utges till den som är mellan 18 och 67 år. Det finns tre ersättningsnivåer. Om endast en obetydlig arbetsförmåga återstår utges högsta förtidspension (endast upp till 60 år) som ger rätt till grundbelopp, tilläggspension, invalidpension och tillägg i relation till invaliditeten. Därutöver finns ytterligare två nivåer, en vid nedsättning mellan 67 och 99 procent samt en vid nedsättning mellan 50 och 66 procent.

I *Norge* kan ersättning utges till den som är mellan 16 och 67 år. Arbetsförmågan skall vara nedsatt med minst 50 procent. Kompensationsnivån motsvarar den vid ålderspension, ofta med kompletterande ersättning enligt avtal.

I *Finland* kan ersättning utges till den som är mellan 16 och 64 år. Arbetsförmågan måste vara nedsatt med minst 40 procent. Hel pension utges när nedsättningen uppgår till 60 procent. Ersättningsnivån, inklusive komplettering genom avtal, är ca 60 procent av tidigare inkomst.

I *Tyskland* krävs att sociala avgifter betalats i minst 60 månader, varav 36 under de senaste fem åren. Det finns två former av förtidspension, Berufsunfähigskeitsrente (BU) och Erwerbsunfähigskeitrente (EU). BU kan beviljas den som har ett yrke. Det krävs då att arbetsförmågan i detta eller liknande yrke är nedsatt med minst hälften. EU kan beviljas den som förlorat förmågan att överhuvudtaget ta ett förvärvsarbete. Partiell EU finns inte, men den som har en restarbetsförmåga får EU om något deltidsarbete inte finns att tillgå. BU utgör 2/3 av, och EU är lika stor som ålderspensionen.

I *Frankrike* krävs att sociala avgifter betalats i minst ett år, samt att arbete utförts under minst 800 timmar varav 200 under det senaste kvartalet. Om arbetsförmågan är nedsatt med minst 2/3 kan förtidspension utges med 30 procent av den genomsnittliga pensionsgrundande inkomsten. Är arbetsförmågan helt nedsatt utges 50 procent. En förtidspension tidsbegränsas alltid, och vid 60 års ålder byts den ut mot ålderspension.

Förtidspension kan utges i *Nederländerna* redan när arbetsförmågan är nedsatt med minst 15 procent. Full pension betalas när arbetsförmågan är nedsatt med minst 80 procent. Maximal pension utgör 70 procent av tidigare lön, upp till ett visst tak.

I *Storbritannien* utges förtidspension när SSP upphör efter 28 veckor. Förtidspensionen tidsbegränsas med hänsyn till sjukdomens prognos. Hel nedsättning av arbetsförmågan krävs. Beloppet är ca 54 pund per vecka (år 1992), därtill utges ett åldersberoende invaliditetstillägg på mellan ca tre och elva pund i veckan. Dessutom finns en tilläggspension grundad på inkomst fr.o.m. år 1978. I den mån avtalsenlig komplettering förekommer, är den begränsad till tjänstemän.

I *Sverige* kan förtidspension utges till den som fyllt 16 men inte 65 år, om arbetsförmågan är varaktigt nedsatt. Beroende på arbetsförmågans nedsättning kan hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels pension utges. Bedöms arbetsförmågan vara nedsatt för avsevärd tid beviljas sjukbidrag, som är en i tiden begränsad förtidspension. Kompensationsnivån är ca 65 procent av tidigare inkomst. De avtalskompletteringar som förekommer på i stort sett hela arbetsmarknaden höjer kompensationsnivån till omkring 80 procent.

Jämförelser om förtidspensionering

Enkelt uttryckt har förtidspensioneringen i Europa genomgått tre utvecklingsfaser sedan 1970-talet. Inledningsvis beviljades förtidspension enbart på medicinska kriterier. Arbetsmarknadsproblemen löstes i första hand genom andra åtgärder. Under en andra fas utvecklades olika möjligheter att förtidspensionera den äldre arbetskraften inom ramen för lagstadgade och avtalsbaserade pensionssystem eller genom förlängning av ersättningsperioderna i arbetslöshets- och sjukförsäkringssystemen. Socialförsäkringen blev på så sätt en del av arbetsmarknadspolitiken. I den tredje fasen upptäckte man i de flesta länder att förtidspensioneringen under 1970- och 1980-talen lett till stora påfrestningar på pensionssystemen. Samtidigt började man också inse att den framtida tillväxten av den äldre befolkningen skulle komma att ställa ökade krav på konsolidering av pensionssystemen. Detta har lett till att reglerna skärps och möjligheterna att få förtidspension försvåras. I flertalet länder skärps kriterierna för förtidspension. De medicinska kraven höjs, samtidigt som ersättningsnivåerna sänks.

Det är mycket svårt att jämföra olika länder i fråga om förtidspensionering. Man måste vid en sådan jämförelse bland annat ta hänsyn till att pensionsåldern varierar mellan länderna. Den normala pensionsåldern i västvärlden är 65 år för män. Dock finns vissa skillnader. I Danmark och Norge är den 67 år och i Italien 60 år. I Tyskland kan den som arbetat i

35 år gå i pension vid 63 års ålder. I många länder är även kvinnornas pensionsålder 65 år. Men i Danmark och Norge är den 67, i bl.a. Frankrike och Belgien 60 och i Italien 55 år. Eftersom förtidspensionering är vanligare i högre åldrar innebär en lägre pensionsålder ett färre antal förtidspensionärer.

Rätten till förtidspension grundas oftast på en medicinsk nedsättning av den försäkrades förmåga att skaffa sig inkomst. Den lägsta graden av nedsättning av arbetsförmågan för rätt till förtidspension varierar mellan länderna. Ju lägre grad av nedsättning som krävs, desto fler försäkrade kvalificerar sig givetvis för rätt till ersättning. I Grekland och Spanien krävs en nedsättning av arbetsförmågan med minst 1/3, i många andra länder måste arbetsförmågan vara nedsatt med minst hälften eller 2/3. I Storbritannien och Irland krävs en fullständig nedsättning.

Antalet förtidspensionärer i ett land kan också påverkas av utformningen av andra försäkringssystem. Mycket långa eller obegränsade ersättningstider i arbetslöshetshetsförsäkringen leder sannolikt till ett färre antal förtidspensionärer. Generösa möjligheter till delpension och förtida uttag av pension ger troligen också samma resultat. I Belgien, Frankrike, Tyskland och Storbritanien har man försökt att lösa arbetsmarknadsproblemen för den yngre arbetskraften genom att erbjuda mer eller mindre förmånliga villkor för äldre som frivilligt lämnar sin plats till yngre. Denna typ av avgångsersättningar minskar givetvis också trycket på förtidspensioneringen.

Ett ytterligare problem vid en jämförelse mellan antalet förtidspensionärer är att den kvinnliga förvärvsfrekvensen varierar mellan olika länder. I länder där andelen kvinnor i arbetskraften är låg är möjligen hemmafrurollen ett oavlönat alternativ till en förtidspension.

Ett alternativ sätt att försöka jämföra omfattningen av förtidspensioneringen är att ange hur stort arbetskraftsdeltagandet är. Eftersom variationerna i kvinnlig sysselsättningsgrad varierar stort mellan länderna måste en jämförelse i detta sammanhang inskränkas till enbart omfatta män.

Tabell 6.1 Arbetskraftsdeltagande bland män i åldersgruppen 55 t.o.m. 64 år, procent av åldersgruppen

	1970	1980	1990	1991	1992
Japan	86,6	85,4	83,3	84,5	84,9
Sverige	85,4	78,7	75,0	75,1	73,1
Norge	83,9	79,5	72,8	71,0	71,8
Irland	91,0	79,1	68,6	66,9	—
Storbritannien	84,2	81,6	68,0	67,5	65,7
USA	80,7	71,2	67,1	63,3	66,4
Canada	80,7	76,2	64,9	62,5	62,0
Tyskland	84,2	67,3	57,9	—	—
Portugal	82,1*	75,0	66,9	68,0	63,9
Spanien	80,1	76,1	62,4	61,7	60,6
Frankrike	75,4	68,6	45,8	44,5	44,0
Nederländerna	80,6	63,2	45,7	43,4	43,1
Finland	73,2	56,9	45,4	46,3	45,2

* år 1974
Källa: OECD

Tabellen visar att Sverige och Norge, fram t.o.m. år 1992, var de länder som tillsammans med Japan lyckades hålla den största delen äldre manliga arbetare kvar i arbetskraften. Även om förtidspensioneringen uppfattats som ett stort problem i Sverige tycks äldreavgångarna varit betydligt större i Europa. Den internationellt sett viktigaste drivkraften bakom förtidspensioneringarna tycks inte ha varit höga ersättningsnivåer utan hög arbetslöshet. Bland länder med hög arbetslöshet kan man dock se att de länder som har de mest förmånliga socialförsäkringarna, dock inte alltid i form av renodlad förtidspension, också har det högsta utträdet från arbetsmarknaden.

Mycket talar för att Sverige nu, med en kraftig ökning av arbetslösheten, kommer att tvingas till en kraftig reducering av den äldre arbetskraften, och därmed till ökade kostnader för förtidspensioneringen. Några tendenser till detta kan dock ännu inte skönjas. Antalet nybeviljade förtidspensioner bland äldre, gruppen 60 t.o.m. 64 år, har minskat både under åren 1992 och 1993.

Arbetsskadeförsäkring

I stort sett alla länder i västvärlden har särskilda ersättningsregler för arbetsskador. Endast Nederländerna och Schweiz skiljer sig från detta mönster. I Nederländerna finns ingen särskild reglering för skador som inträffar i arbete, ersättning lämnas som vid annan sjukdom eller skada. Schweiz har regler om rätt till ersättning vid olycksfall såväl i som utom arbete, vissa arbetssjukdomar omfattas också. Till skillnad från övriga länder delas premien i Schweiz mellan arbetsgivare och arbetstagare. För att visa hur inkomstförlust m.m. till följd av arbetsskada kompenseras inom socialförsäkringen lämnas här en kortfattad redogörelse bl.a. för den skyddade personkretsen, arbetsskadebegrepp samt ersättning under akut tid och vid invaliditet. Studien omfattar i huvudsak Danmark, Norge, Finland, Tyskland, Frankrike och Storbritannien. Redovisningen omfattar inte eventuella avtalskompletteringar.

Skyddad personkrets

Genomgående är att försäkringsskyddet avser arbetstagare. I t.ex. *Danmark* gäller försäkringen även om arbetet varar högst tillfälligt eller t.o.m. är oavlönat. Hjälp i privata hushåll som understiger 400 timmar per år är dock undantaget. I *Tyskland* omfattas även bl.a. lantbrukare och studerande. Beamten (offentliganställda i särskilt anställnigsförhållande) står utanför försäkringen. I *Frankrike* omfattas även elever i teknisk utbildning, intagna som arbetar i fängelse samt frivilliga i sociala hjälporganisationer.

I vissa länder finns möjlighet för egenföretagare att teckna frivillig försäkring.

I *Sverige* omfattas alla förvärvsarbetande, dvs. anställda, uppdragstagare samt egenföretagare. Studerande omfattas under arbetsliknande moment i utbildningen. För bl.a. värnpliktiga, försvarsfrivilliga och interner finns ett motsvarande skydd i lagen om statligt personskadeskydd.

Arbetsskadebegrepp

I samtliga länder gäller försäkringen för olycksfall i arbetet. Försäkringsskydd vid olycksfall på väg till eller från arbetet finns i *Finland, Tyskland*

och *Frankrike*.

Begreppet arbetssjukdom är avgränsat i samtliga länder. Tekniken som används för att avgränsa sjukdomsbegreppet är normalt att i särskild författning förteckna vilka sjukdomar som kan ge rätt till ersättning, eller ange vilka sjukdomsorsaker (skadlig inverkan) som accepteras.

I *Finland* godkänns t.ex. skador som orsakats av fysikaliska, kemiska eller biologiska faktorer. Under vissa förhållanden kan även inflammationer i muskler och senor godkännas. I *Tyskland* tillämpas ett förteckningssystem med ca 60 sjukdomar och sjukdomsorsaker. Även i *Frankrike* finns ett särskilt tabellsystem i vilket anges de sjukdomar som kan godkännas i de fall kravet på lägsta exponeringstid är uppfyllt.

I *Sverige* omfattar försäkringen såväl olycksfall som färdolycksfall. Arbetssjukdomsbegreppet är generellt utformat och omfattar i princip varje arbetsmiljöfaktor som kan ge upphov till skada.

Bevisregel

Bevisreglerna i försäkringarna är i huvudsak utformade till de försäkrades fördel. Uppkomna skador skall anses bero på det olycksfall eller den skadlighet den försäkrade varit utsatt för, om inte övervägande sannolikhet talar mot det. Det omvända beviskravet kan ses som uttryck för försäkringarnas karaktär av socialförsäkring, ett visst mått av osäkerhet beträffande sambandet anses acceptabelt.

Som exempel kan nämnas att i *Norge* skall en skadan anses ha uppkommit i arbetet om inte försäkringsgivaren kan bevisa att detta uppenbarligen inte är fallet. Och i *Tyskland* krävs att arbetet väsentligt skall ha bidragit till sjukdomen för att denna skall kunna godkännas som arbetsskada.

När en försäkrad i *Sverige* varit utsatt för ett olycksfall eller en miljöfaktor som uppfyller kravet på tillräcklig skadlighet, krävs att övervägande skäl talar för ett samband.

Ersättning under akut tid

Genomgående lämnas full ersättning för den skadades kostnader för sjukvård och medicinsk rehabilitering.

Full ersättning för inkomstförlust lämnas i *Norge, Finland* och *Tyskland*. I *Danmark* är ersättningen densamma som vid annan sjukdom, dvs. 90 procent. I *Frankrike* ersätts inkomstförlust till hälften under de första 28 dagarna, därefter med 66,7 procent. I *Storbritannien* lämnas ersättning under de 15 första veckorna i enlighet med vad som gäller vid annan sjukdom, dvs. normalt 52,50 pund per vecka. Kompletteringar via avtal är dock vanliga.

I försäkringarna ingår inte ersättning för sveda och värk.

I *Sverige* är ersättningen för medicinsk vård och för inkomstförlust densamma som vid annan sjukdom.

Ersättning under invaliditetstid

Ersättning lämnas dels för inkomstförlust, dels för medicinsk invaliditet. För rätt till ersättning krävs att arbetsförmågan är nedsatt i en viss omfattning eller att den medicinska invaliditeten är av en viss grad.

I *Danmark* lämnas ersättning med 80 procent av inkomstförlusten om den förvärvsmässiga invaliditeten överstiger 15 procent. Ersättning för bestående men lämnas när den medicinska invaliditeten medfört mer än fem procents medicinsk invaliditet. Vid 100 procent medicinsk invaliditet är ersättningen 350 000 DKK (år 1993).

I *Norge* utges ersättning enligt en standardiserad modell som syftar till att ge den skadade full ekonomisk kompensation. Den förvärvsmässiga invaliditeten skall dock uppgå till minst 15 procent. Ersättning för bestående men utges om den medicinska invaliditeten uppgår till minst 15 procent. Vid 100 procent medicinsk invaliditet är ersättningen 177 500 NOK (år 1991).

I *Finland* är kompensationsnivån 85 procent av den skadades inkomst. Nedsättningen måste dock uppgå till minst tio procent av arbetsförmågan. Vid bestående men lämnas ersättning i förhållande till skadans medicinska

svårighetsgrad. Skadorna har delats in i 20 olika invaliditetsklasser.

I *Tyskland* är ersättningsnivån ca 75 procent av tidigare inkomst. Nedsättningen av arbetsförmågan måste dock uppgå till minst 20 procent. Ingen ersättning lämnas för medicinsk invaliditet.

För *Storbritanniens* del gäller att ersättning efter den 15:e veckan lämnas i förhållande till hur stor del av arbetsförmågan som är nedsatt. Vid lägsta nivån, 20 procents nedsättning, är ersättningen 18,32 pund per vecka, och vid fullständig nedsättning är den 91,60 pund per vecka. Om den skadade fått sin arbetsförmåga fullständigt nedsatt, och därutöver är i behov av daglig tillsyn och vård kan ett särskilt bidrag, Constant Attendance Allowance, utges. Beroende på omfattningen av hjälpbehovet kan bidraget variera mellan 18 och 73 pund per vecka.

I *Sverige* lämnas ersättning i form av livränta som kompenserar inkomstförlusten till 100 procent. Arbetsförmågan måste vara nedsatt med minst en femtondel och inkomstförlusten måste uppgå till minst 8 800 kr per år (år 1994). Ingen ersättning lämnas för medicinsk invaliditet.

Ersättning vid dödsfall

I samtliga försäkringar finns regler om rätt till ersättning för, eller hjälp med, begravningskostnader. Till efterlevande lämnas ersättning för förlust av försörjare.

I t.ex. *Finland* betalas familjepension med högst 70 procent av den avlidnes inkomst. Pensionens storlek är beroende av antalet efterlevande. I *Tyskland* är ersättning till efterlevande make högst 40 procent av den avlidnes inkomst och barnlivräntan 20 procent.

I *Sverige* lämnas begravninghjälp med 30 procent av basbeloppet. Ersättning till efterlevande lämnas i form av omställningslivränta och efterlevandelivränta. Som exempel kan nämnas att ersättningen till en efterlevande make med två barn blir 80 procent av den avlidnes inkomst. Nivån bibehålls till dess att det yngsta barnet fyller tolv år.

Vem tecknar försäkring?

I samtliga länder är försäkringen obligatorisk. En arbetsgivare är skyldig att teckna försäkring för sina anställda och kan alltså inte välja att stå självrisk för eventuella skador. Det är heller inte möjligt att teckna annan försäkring än den som är lagstadgad.

I *Danmark* tecknar arbetsgivare försäkring i valfritt privat försäkringsbolag som fått koncession för arbetsskadeförsäkring. Stat och kommun har inte skyldighet att teckna försäkring för sina anställda. De flesta kommuner har dock tecknat försäkring. Reglerna är i princip desamma i *Norge* och *Finland.*

I *Tyskland* tecknas försäkring i branschorganisationer (Berufsgensossenschaften) som förvaltar försäkringen. Det finns drygt 90 Berufsgenossenschaften varav 35 är organisationer för näringslivet.

I *Frankrike* tecknas försäkring i ett offentligt system.

I *Sverige* är alla förvärvsarbetande automatiskt omfattade, någon särskild försäkring tecknas inte.

Anmälan, beslut m.m.

I de granskade länderna är det primärt arbetsgivarens skyldighet att göra anmälan om arbetsskada.

I *Danmark* anmäls inträffad skada till försäkringsbolaget. Bolaget vidarebefordrar anmälan till Arbejdsskadestyrelsen som beslutar i frågan om arbetsskada föreligger. Bagatellartade skador kan avgöras av försäkringsbolagen.

Situationen är likartad i *Norge*, där skadan skall anmälas till det försäkringsbolag som meddelat försäkringen. Bolaget underrättar i sin tur Rikstrygdeverket. Beslut i frågan om arbetsskada föreligger fattas av trygdekontoret.

I *Finland* är det försäkringsbolaget som beslutar i frågan om yrkesskada föreligger. I *Tyskland* skall en arbetsgivare anmäla arbetsskada som leder till mer än tre dagars arbetsoförmåga. Beslut i fråga om arbetsskada före-

ligger fattas av Berufsgenossenschaften.

Även i *Sverige* är en arbetsgivare skyldig att anmäla arbetsskada han får kännedom om. Anmälan görs till försäkringskassan, som också fattar beslut i fråga om arbetsskada.

Premier

Premien till arbetsskadeförsäkringen betalas till fullo av arbetsgivaren.

I *Danmark* kan försäkringspremiernas storlek delvis avtalas mellan arbetsgivare och försäkringsbolag. Premien för olycksfallsförsäkringen varierar mellan bolagen och kan, beroende på den försäkrade verksamhetens art, vara mellan 100 och 7 000 DKK per år och anställd.

Fr.o.m. år 1987 har det inrättats en gemensam pool för arbetssjukdomar, Ehrvervssygdomspoolen. Syftet med poolen är att utjämna bolagens kostnader för arbetssjukdomar. Poolens styrelse fastställer en tariff som används av alla bolag vid premiesättningen. Alla bolag tillhandahåller alltså en arbetssjukdomsförsäkring till lika premie. Premien för försäkringen för arbetssjukdomar varierar (år 1991) mellan 17 och 626 DKK per anställd och år.

Det finns inskränkningar i bolagens möjlighet att använda ett ekonomiskt överskott från arbetsskadeförsäkringen. Bolagen skall vid slutet av varje räkenskapsår sända in en noggrann information till Arbejdsskadestyrelsen och Finanstilsynet om premieintäkter.

I *Norge* baseras premien på en fareklasseindelning med sju olika fareklasser. Premien fastställs dock individuellt mellan försäkringsbolag och arbetsgivare, varvid hänsyn tas till de fareklasser de anställda tillhör. År 1992 varierade årspremien mellan 500 och 6 000 NOK per anställd, genomsnittspremien var cirka 1 200 NOK. Fr.o.m. år 1991 har det införts regler om s.k. refusjon. Reglerna innebär att försäkringsbolagen skall återbära en viss procentandel av den utbetalda ersättningen till folketrygden. För åren 1991 och 1992 fastställdes denna till 120 procent. Avgiften är avsedd att täcka det allmännas utgifter för arbetsskadorna fullt ut.

Det finns två skilda principer för beräkning av premien i *Finland*, tabellpremie och specialtarifering. Enligt tabellpremien beräknas premien enbart

utifrån risken i den aktuella branschen. Tabellpremien fastställs genom en lista med ca 600 arbeten indelade i elva olika riskklasser. Tabellpremiemodellen används främst i fråga om mindre företag. Premien kan variera mellan 0,4 och 6 procent. Genomsnittspremien är ca 1,1 procent. Specialtariffering förutsätter något större företag (premier över 98 000 FMK per år), och premiesättningen bygger på skaderisken i det enskilda företaget. Skadeförebyggande åtgärder kan därför påverka premiens storlek, dock uppges en eftersläpning på tre till fem år. Premiegrunderna fastställs av Social- och hälsovårdsministeriet. En arbetsgivare kan besvära sig över storleken på sin premie. I princip råder ett vinstförbud på försäkringen för försäkringsbolagen.

I *Tyskland* beräknas premien dels efter riskklass, dels efter skadeutveckling. Varje företag, eller del av företag, placeras i en riskklass. Totalt finns ca 600 riskklasser. Om en förändring sker i antalet arbetsskador i ett företaget kan premien höjas alternativt sänkas. År 1992 var den genomsnittliga avgiften 1,4 procent.

I *Frankrike* avgör företagets storlek på vilket sätt premien skall beräknas. För företag med mindre än 20 anställda är premien lika för alla i samma bransch. Företag med mellan 20 och 299 anställda betalar en sammansatt premie som dels är fast, dels baserad på företagets egna kostnader för arbetsskador. Procentandelen som speglar företaget verkliga kostnad ökar med antalet anställda. Företag med 300 eller fler anställda betalar en avgift som baseras på kostnaden för det enskilda företaget. Avgifterna till försäkringen varierar mellan 1,6 och 35 procent.

I *Sverige* är arbetsgivaravgiften till arbetsskadeförsäkringen 1,38 procent. Avgiften täcker även kostnaden för skador enligt äldre lagstiftning.

Samordning

I *Danmark* finns vissa brister i samordningen mellan arbetsskadeersättning och andra förmåner. Överkompensation kan förekomma i de fall då en skadad uppbär förtidspension och arbetsskadeersättning samtidigt.

I *Finland* är ersättningen från olycksfallsförsäkringen primär i förhållande till all annan socialförsäkring. I den mån en skadad är berättigad till ersättning från annat håll utges sådan ersättning till den del den överstiger

ersättningen från olycksfallsförsäkringen. Försäkringsbolagen kan regressa vid skadeståndsskyldighet och vid trafikskada.

Kompletterande försäkringsskydd

I *Danmark* har avsaknaden av full ersättning för inkomstförlust under akut tid lett till att arbetsgivare och fackföreningar tecknar kompletterande privata försäkringar för anställda, respektive medlemmar.

Rehabilitering

I likhet med förhållandena vid annan sjukdom är det kommunerna som i *Danmark* har ansvaret för rehabilitering. Ersättning för inkomstförlust under rehabilitering lämnas dock från arbetsskadeförsäkringen.

Finland har en särskild lag om rehabilitering av yrkesskadade. Försäkringsbolagen har skyldighet att initiera rehabilitering om en skada föranleder en långvarig nedsättning av arbetsförmågan. Inkomstförlust och kostnader täcks av försäkringen.

I *Tyskland* är det officiella mottot "rehabilitering i stället för livränta". Med alla lämpliga medel försöker man att återställa den skadades arbetsförmåga. Rehabiliteringsinsatserna är medicinska, yrkesinriktade och sociala. Det är Berufsgenossenschaften har det totala ansvaret för de skadades rehabilitering, och det finns ingen egentlig samordning med andra organ. År 1991 utgjorde kostnaden för rehabilitering 12 procent av den totala kostnaden för försäkringen.

Skadeförebyggande

I *Danmark* anses investeringar i arbetsmiljö knappast ha någon premiesänkande effekt.

I *Finland* skickar de flesta försäkringsbolag regelbundet skadestatistik till sina kunder. Arbetsgivaren får på detta sätt uppgift om de egna skadornas antal, kostnader m.m.

Berufsgennossenschaften i *Tyskland* har en lagstadgad skyldighet att med alla lämpliga medel vidta åtgärder som förebygger olycksfall och sjukdomar. Man har därför byggt upp en tillsynstjänst som bland annat besöker företagen för att granska säkerheten och ge råd i arbetsmiljöarbetet. I de olika försäkringsorganen finns ungefär 1 400 tjänstemän som arbetar med det skadeförbyggande åtgärder av detta slag.

De regionala kassorna har en viktig roll i det förebyggande arbetet I *Frankrike*. Man har bl.a. egna yrkesinspektörer. Om brister i arbetsmiljön uppmärksammas på ett företag kan premien höjas med 25 procent om inte åtgärder vidtas inom en viss tid. Ytterligare höjningar (50—100 procent) kan bli aktuella om åtgärderna fördröjs. Företag som förbinder sig att genomföra förbättringar kan få investeringshjälp från kassan.

Skadeståndsprocesser

I *Danmark* är en arbetstagare inte förhindrad att kräva ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler. För att rätt till sådan ersättning skall bli aktuell krävs dock sannolikt minst att arbetsgivaren överträtt arbetsmiljölagen. Den danska arbetsskadeförsäkringen skyddar således inte en arbetsgivare från yrkanden om skadestånd. Antalet krav på sådan ersättning uppges vara mellan 500 och 1 000 per år, 30 till 40 procent av dessa förs till domstol.

Det finns inget som hindrar en skadad i *Finland* att kräva skadestånd av sin arbetsgivare för sådana ersättnigar, t.ex. sveda och värk, som inte finns i försäkringsskyddet.

Även i *Norge* har en skadad arbetstagare rätt att kräva ersättning av sin arbetsgivare för de skadeföljder som inte täcks av försäkringen. Vidare kan även en försäkringsgivare kräva ersättning av en arbetsgivare som har vållat en skada eller sjukdom.

Rätt till skadestånd i *Tyskland* föreligger om arbetsgivaren genom en medveten och överlagd handling vållat skadan. Enligt uppgift från den tyska arbetsgivareföreningen förekommer inga skadeståndsprocesser.

I *Storbritannien* kan den som drabbats av arbetsskada till följd av försumlighet från arbetsgivarens sida kräva Industry Injury Compensation. Storleken på ersättningen är beroende dels av hur allvarlig skadan är, dels gra-

den av försumlighet från arbetsgivarens sida. Denna typ av processer uppges vara vanliga, ca 80 000 per år. Många arbetsgivare har kompletterat med försäkringar för att täcka de kostnader som kan uppstå.

Diskussion om och utvecklingen inom sjukförsäkring, förtidspension och arbetsskadeförsäkring

Norge

I Norge kunde man konstatera att sjuktalet, för tid efter arbetsgivarperioden, ökade med två dagar under den andra hälften av 1980-talet. För att komma till rätta med denna utveckling vidtogs en rad olika åtgärder. I Norge är den läkarintygsfria perioden tre dagar. Det formulär för läkarintyg som efter denna period skall utfärdas gjordes mer omfattande. Den medicinska kontrollen skärptes, det krävs nu ett nytt läkarintyg varannan vecka. För rätt till fortsatt sjukpenning införde man även krav på ett särskilt läkarutlåtande efter åtta veckors sjukskrivning. I detta utlåtande skall läkaren bl.a. ange prognos och rehabiliteringsbehov. Vidare skall Trygdekontoren gå in aktivt i sjukfallen senast efter tolv veckor.

Läkarnas mer aktiva roll, uppföljningen av sjukintyg, en viss ökning av förtidspensioneringen och den ökade arbetslösheten bedöms vara anledningen till att sjuktalet har minskat från 1990. Till denna utveckling har också bidragit att arbetsmarknadens parter medverkat i en arbetsplatsinriktad kampanj för att minska sjukfrånvaron. En ytterligare faktor kan ha varit den uppmärksamhet som de ökade kostnaderna för sjukersättningarna fick i massmedia.

Inledningsvis diskuterades också möjligheterna att sänka ersättningsnivåerna, men dessa förslag drogs tillbaka efter häftig kritik från bl.a norska LO.

Det har vidare blivit svårare att få förtidspension i Norge. Sjukdomsbegreppet har stramats åt, samtidigt som det ställs högre krav på det medicinska beslutsunderlaget. Endast väl definierade diagnoser, som enligt den medicinska vetenskapen kan orsaka nedsättning av arbetsförmågan, kan nu läggas till grund för ett beslut. Vidare krävs också läkarutlåtande från minst två läkare. Efter det att kraven ändrats kunde man notera att antalet

förtidspensioner för första gången visade en reell nedgång sedan förmånen infördes år 1967. Under år 1992 förtidspensionerades 2 300 färre än året innan.

Det norska Rikstrygdeverket tror att den minskade sjukfrånvaron och den sjunkande förtidspensioneringen också är en följd av att den ökade satsningen på rehabilitering har givit resultat.

I Norge förs även en omfattande diskussion om yrkesskadeförsäkringen. Det är frågan om arbetsgivarnas kostnader för försäkringen som står i centrum. Följande debatt har hämtats ur norska tidningar.

Det hävdas i skilda sammanhang att det inte är arbetsmiljön i ett företag utan företagets storlek som avgör premiesättningen. "Det råder inget tvivel om ett sammanhang mellan storleken på ett företag och vilken premienivå företaget får i förhållande till standardpremien. Stora företag klarar tack vare sin premievolym, sitt värde som totalkund och sin kompetens inom försäkring att uppnå betydande rabatter" (administrative direktören Dag E. Pryhn i Maler- og Byggtapetsermestarnes Landsforening). Allt fler branscher tecknar nu kollektiva försäkringsavtal med bolagen. I kraft av den samlade storleken har man då möjlighet att förhandla fram bättre villkor. Sålunda betalar frisörbranschen 1 000 kr per anställd, att jämföra med standardpremien på 3 000 kr. På motsvarande sätt kunde elentreprenörerna förhandla fram en premie på 1 017 kr, jämfört med standardpremien som är 2 000 kr högre.

En målerifirma redovisar att premien per anställd år 1990 var 466 kr, år 1993 hade den stigit till 10 208 kr. För år 1994 har aviserats en höjning av premien med ytterligare 25 procent. Arbetsgivarna skyller på den monopolliknande situationen, och befarar att de höga premierna kommer att leda till en ökning av svart arbete.

I SAF-tidningen nr 37 (3 december 1993) fanns en artikel med rubriken Arbetsskador för dyra för norska företag. I artikeln anklagar den norska arbetsgivarföreningen (NHO) de privata försäkringsbolagen för missbruk. På några få år har premierna chockhöjts, säger Jan Clausen, försäkringsansvarig på NHO. Enligt Clausen har premierna fördubblats och det beror på en illa fungerande marknad. Clausen anser att oligopol råder. Bolagen kan godtyckligt sätta vilka premier de vill med hänvisning till att de måste gardera sig för den framtida skadeutvecklingen. Clausen hävdar att främst de små och medelstora företagen drabbats av chockhöjningarna. De stora

företagen har kommit betydligt lindrigare undan vilket beror på att de har ett bra förhandlingsläge i kraft av sin storlek. Enligt Clausens uppfattning subventionerar de små företagen därmed kraftigt de stora.

Chefaktuarien på Norges Försäkringsförbund avfärdar anklagelsen om oligopol med att försäkringen för närvarande kan tecknas i fem bolag. Däremot håller han med om att premierna höjts kraftigt. Men höjningen är inte tillräcklig. Premierna skulle behöva höjas ännu mer eftersom den obligatoriska försäkringen också omfattar yrkessjukdomar. Visar det sig att skadeutvecklingen inte blir den befarade, kommer premierna, enligt aktuarien, att sänkas. Att större företag har proportionellt lägre försäkringskostnader än mindre företag, tycker aktuarien inte är så märkligt. Han anser att arbetsmiljön och internkontrollen är bättre i de större företagen, och menar dessutom att skadeprocenten är lägre.

Inom NHO verkar man dock att ha tappat förtroendet för försäkringsbolagen. Direktör Furlund vid NHO anger i en tidningsintervju att företagen under åren 1991 och 1992 har betalat in 2,1 miljarder kronor i premier. Under samma period har bolagen betalat ut 120 miljoner kronor i skadeersättningar, dvs. mindre än sex procent av premieinbetalningarna. Bolagen har alltså gjort stora avsättningar för inträffade skador som ännu inte anmälts. NHO konstaterar dock att räntan på inbetalade premier överstiger summan av skadeutbetalningarna.

Innan den nya yrkesskadeförsäkringen infördes betalade företagen ca 40 miljoner kr till den dåvarande trygghetsförsäkringen. Det ökade kostnaderna har fått NHO att kräva att försäkringen på nytt skall återföras till Folketrygden.

Danmark

I Danmark har regeringen i september 1992 tillsatt en utredning med uppdrag att lägga fram förslag om ett framtida arbetsskadesystem. Utredningen består av representanter för arbetsmarknadens parter, dagens försäkringsgivare samt berörda departement och myndigheter.

Utredningens förslag skall innehålla strukturen till ett mera förebyggande arbetsskadesystem, ange vilka ersättningar som bör omfattas av systemet samt hur det skall finansieras och administreras. Utredningen skall också överväga om belastningsskador skall kunna godkännas som arbetsskador,

även i de fall då något olycksfall inte har förekommit. Härutöver skall utredningen överväga om systemet även kan omfatta ersättning för förlorad arbetsförtjänst samt för sveda och värk. Utredningen skall även analysera förhållandet mellan nuvarande arbetsskadeförsäkring och skadeståndslagen.

Möjligheterna att införa ett socialförsäkringssystem för arbetsskador i stället för nuvarande försäkringssystem skall också utredas. Ett sådant system skall finansieras med arbetsgivaravgifter som skall differentieras med hänsyn till arbetsmiljön i varje enskilt företag.

Utredningen skall också komma med förslag till ett förenklat och effektivt administrativt system som gör arbetsmarknadens parter ansvariga för det skadeförebyggande arbetet och för ersättning av arbetsskador.

Något resultat av utredningens arbete kommer sannolikt inte att presenteras före april i år. Beträffande de diskussioner som pågår har följande inhämtas under hand. Försäkringen för olycksfall i arbetet kommer inte att förändras. För arbetssjukdomar kommer man sannolikt att föreslå att ansvaret förs över på arbetsmarknadens parter. Den nuvarande arbetssjukdomspoolen strider mot EU:s tredje skadeförsäkringsdirektiv. Beslut i fråga om arbetssjukdomar kommer sannolikt även i fortsättningen att fattas av Arbejdsskadestyrelsen. De avgifter som kommer att erläggas av arbetsgivarna kommer att tillföras ett antal branschutskott (ca 35). Dessa utskott kommer även att ges möjlighet att ge en ekonomisk bonus till arbetsgivare som vidtar åtgärder som går utöver arbetsmiljökraven. Ersättning för sveda och värk kommer sannolikt inte heller i framtiden att ingå i försäkringen.

Finland

Debatten i Finland har till stora delar kommit att handla om de höga kostnaderna för sjukvård, läkemedel och tandvård. I övrigt är det främst kostnaderna för arbetslösheten och pensioner som stigit. Finländarna har drabbats av stigande skatter och täta försämringar i socialförsäkringarna. I andel av BNP har de sociala utgifterna år 1993 nått 37,5 procent, en ökning på ca 12 procentenheter under tre år.

Sjukförsäkringen har försämrats vid sex tillfällen under år 1992. Kompensationsnivån i den allmänna försäkringen, dvs. för tid efter arbetsgivarperioden, som tidigare var 80 procent har sänkts till 66 procent.

Pensionsåldern i den offentliga sektorn har höjts till 65 år. Tidigare var den 60 år för kvinnor och 63 år för män. I ett utredningsförslag som presenterades våren 1993 föreslogs en höjning av den allmänna pensionsåldern till 67 år, och en indexering av utgående pensioner. Under 1993 infördes en egenavgift på tre procent i den finska motsvarigheten till ATP. Egenavgiften skall successivt öka till 8—10 procent under en period av 20—30 år.

Storbritannien

De två inkomstrelaterade ersättningsnivåerna i Statutory Sick Pay (SSP) kommer att slås samman. Från och med april 1995 kommer endast den högre nivån, 52,50 pund i veckan, att finnas kvar. Nivån har legat still under flera år, och kommer troligen att höjas i april 1996. Den kommer dock sannolikt att endast höjas i nivå med inflationen. Det innebär att i tider med stigande reallöner minskar sjukersättningen som andel av lönen.

Som tidigare redovisats är det arbetsgivaren som betalar ut sjukersättningen. Huvudregeln är att arbetsgivaren därefter får tillbaka 80 procent från staten. Småföretagare får tillbaka 100 procent för sjukfall som varar sex veckor eller längre. I samband med att den lägre ersättningsnivån försvinner kommer de stora och medelstora företagen att få stå för hela kostnaden för sjukersättningen. För att omläggningen skall bli kostnadsneutral för företagssektorn sänks de sociala avgifterna med 0,2 procentenheter. Omläggningen blir lönsam för företag med få sjukfall, och leder till ökade kostnader för företag med många sjukfall.

Kostnadsutvecklingen har inte varit särskilt markant i Storbritannien. Det beror bl.a. på att den högre nivån i sjukersättningen legat still, och att den lägre nivån endast höjts i takt med prisförändringarna, varför de minskar som andel av BNP när det är tillväxt i ekonomin. Dessutom sjönk arbetsgivarens kompensation för utbetald sjukersättning från 100 till 80 procent år 1991. I reala termer har därför kostnaden för staten minskat.

Utöver den av staten bestämda låga sjukersättningen omfattas de flesta löntagare av tilläggsersättningar från arbetsgivaren. Hela 90 procent av löntagarna arbetar i företag, som har system med sådana tilläggsersättningar. Men det är inte alla som får del av ersättningarna, eftersom många företag har kvalifikationskrav. Det kan t.ex. handla om krav på anställningstid, eller krav på ett visst antal arbetade timmar per vecka. För

främst tjänstemannagrupperna är villkoren generösa. Flertalet av dem som är berättigade till tilläggsersättningar får full kompensation. För många arbetare handlar det dock ofta endast om några enstaka pund i veckan. Den genomsnittliga kompensationsnivån för arbetare kan beräknas uppgå till ca 80 procent.

Förtidspension (Invalidity Benefit) som ersättningsform blir aktuell för den som efter 28 veckors sjukskrivning inte längre har rätt till sjukersättning enligt SSP. Antalet förtidspensionärer har ökat kraftigt sedan 1970-talet. Budgetåret 1978/79 fanns det ca 600 000 förtidspensionärer. Nu har antalet stigit till nära 1 500 000 och skulle om inget gjordes, beräknas öka till 1 770 000 budgetåret 1996/96. Kostnaden budgetåret 1978/79 var 840 miljoner pund och har stigit till 6 400 miljoner pund. Förtidspensionerna tillhör därmed en av de tre snabbast ökande utgiftsposterna inom det sociala området.

För närvarande görs inte bara en medicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning, utan man tar även ställning till den försäkrades möjlighet att få ett nytt arbete. En av de förändringar som nu görs är att det enbart skall ske en strikt medicinsk prövning. Kriteriet kommer att bli att den försäkrade inte skall kunna utföra någon form av arbete. Arbetsmarknadsläget skall alltså inte få påverka bedömningen. Detta beräknas minska antalet förtidspensioner med ca 20 procent. De som kommer att fråntas sina förtidspensioner till följd av de strängare reglerna kommer att hänvisas till arbetslöshetsförsäkringen.

De två ersättningsformerna Invalidity Benefit och Sickess Benefit (sjukersättning för den som inte omfattas av SSP) slås samman till förmånen Incapacity Benefit. Efter en ersättningsperiod på 52 veckor blir minimiersättningen 56,10 pund i veckan. Med olika tillägg kan ersättningen som högst bli 68,25 pund i veckan. För flertalet anställda kompletteras dock ersättningen genom avtal. En ytterligare förändring är att förtidspensionerna kommer att inkomstbeskattas i framtiden.

I dag finns det en inkomstrelaterad del i förtidspensioneringen. Denna skall försvinna. De som redan är förtidspensionärer får behålla den inkomstrelaterade delen, men den kommer att frysas på nuvarande nivå.

Under en tioårsperiod, med början år 2010, skall den kvinnliga pensionsåldern höjas från 60 till 65 år.

Tyskland

För några år sedan drevs en debatt om införande av karensdagar i sjukförsäkringen. Anledningen till att frågan kom upp på den politiska dagordningen var inte att ersättningsnivåerna ansågs för höga eller att de skapade hög sjukfrånvaro. Bakgrunden stod främst att finna i frågan hur man ekonomiskt skulle kunna föra in äldreomsorgen i sjukförsäkringen. Genom att införa karensdagar sökte man skapa ekonomiskt utrymme för denna reform. Debatten har nu avstannat, och man försöker lösa detta problem på annat sätt. Bland annat diskuteras möjligheten att avskaffa någon eller några helgdagar.

Som tidigare redovisats finns det stora skillnader i avgiftsuttaget mellan de olika försäkringskassorna. En obligatorisk riskutjämning skall dock börja genomföras mellan kassorna fr.o.m. år 1994, och fr.o.m. år 1996 skall alla fritt kunna välja försäkringskassa. Detta kommer att leda till sammanslagningar av kassor, främst AOK, och förväntas också medföra mer enhetliga avgifter.

Ett annat problem i det tyska systemet är de s.k. oförsäkrade avtalen som innebär att en anställd kan tjäna upp till ca 3 000 kr per månad utan att betala skatt, åtnjuta anställningsskydd eller omfattas av försäkringsskydd. Ungefär nio miljoner arbetstagare beräknas ha denna typ av anställningar.

Frankrike

Även i Frankrike är det främst de ständigt stigande kostnaderna för sjukvården som skapar problem i socialförsäkringen. Systemet lider av ett ständigt ökande ekonomiskt underskott. Den ökande arbetslösheten ger också upphov till bekymmer. Detta gäller inte minst när det gäller finansieringen av de sociala systemen. De sociala avgifterna betalas av arbetsgivare och anställda, och ett problem vid stigande arbetslöshet är att de som arbetar får betala en alltför stor del av kostnaderna. Eftersom så många står utanför arbetsmarknaden finns inte längre heller en tillräckligt stark relation mellan betalare och förmånstagare. En trolig utveckling blir att en större del av kostnaderna kommer att skattefinansieras och därmed täcka kostnaderna för dem som inte kan betala avgifterna själva. T.ex. infördes år 1990 en allmän socialavgift på 1,1 procent på alla slag av inkomster. Denna har i juli 1993 höjts till 1,3 procent. För att stärka finansieringen avser man också att slopa taket för avgiftsunderlaget.

I det franska systemet är det staten som beslutar om avgifter och ersättningar medan det är parterna som finansierar socialförsäkringen.

Den arbetsmässiga rehabiliteringen har ingen framskjuten plats i Frankrike. Kopplingen mellan socialförsäkringen och den yrkesinriktade rehabiliteringen är mycket svag. Med rehabilitering avses i Frankrike främst medicinsk sådan.

Nederländerna

Även i Nederländerna förs en diskussion om reglerna inom sjukförsäkringen. Som tidigare nämnts har en sex, alternativt två, veckor lång arbetsgivarperiod införts fr.o.m. i år. Arbetsgivaren har också fått ansvar för att vidta åtgärder som befrämjar de anställdas hälsa och säkerhet. De nya reglerna innebär också en ökad skyldighet för arbetsgivaren att initiera rehabilitering.

Vidare pågår en diskussion om huruvida man inom förtidspensioneringen kommit att medikalisera såväl sociala som ekonomiska problem. I diskussionen framförs åsikten att förtidspensioneringen, och andra ersättningssystem, kommit att fylla en funktion vid strukturrationaliseringen. De ökade kostnaderna för de sociala ersättningssystemen skulle därmed inte vara ett ohälsoproblem, utan snarare ett försörjningsproblem. Kritikerna anser att problemen uppkommit genom dålig "gate keeping", dvs. allt för många har släppts in i ersättningssystemen utan att egentligen uppfylla t.ex. de medicinska kraven. Detta skulle i sin tur bero på bristande implementering och tillämpning av reglerna. Vad som nu föreslås är bl.a. skärpta regler och noggrannare uppföljning.

Nederländerna har ofta jämställts med de nordiska länderna vad gäller de sociala välfärdsambitionerna med förhållandevis heltäckande socialförsäkringar, goda ersättningsnivåer och tider samt generösa tilldelningskriterier. De sociala skyddsystemen har haft stöd i flertalet politiska partier, hos arbetsmarkanadens parter och breda grupper bland allmänheten. Fram till för bara några år sedan ansågs systemen väl fungerande.

Efterhand har allt fler medborgare lämnat arbetsmarknaden och övergått till en kontinuerlig försörjning via olika sociala ersättningar. Medvetenheten har ökat om de problem som följer, med växande sociala avgifter, allt färre förvärvsarbetande som skall försörja allt fler, marginalisering, svart arbete osv. Regeringen har under senare tid vid ett flertal tillfällen

försökt att bromsa utvecklingen genom bl.a. sänkta förmåner och skärpta tilldelningsregler men åtgärderna har haft en begränsad effekt. Ett skäl är bl.a. att omedelbart efter det att staten har sänkt ersättningsnivåer etc. för att minska incitamenten, kompenseras detta med privata försäkringar som ofta betalas kollektivt av arbetsmarknadens parter. Kompensationen ger inte sällan ännu högre ersättning än den ursprungliga statligt reglerade nivån.

För två år sedan vidtog den nederländska regeringen en drastisk åtgärd. Man tillkallade en parlamentarisk granskningskommission, något som har hänt endast några få gånger i modern tid. Kommissionen under ledning av en framträdande tidigare minister i Arbetarpartiet — J. F. Buurmeijer — bestod helt av parlamentariker, jurister och andra experter helt fristående från socialförsäkringen. Kommissionens rapport som presenterades 1993 innehöll en minst sagt svidande kritik av socialförsäkringen i Nederländerna. Kritiken omfattade allt från sytematiskt felaktig användning från arbetsmarknadens parter, bristande eller felaktig uppföljning, utbrett missbruk, ineffektivitet osv. Kommissionens slutsats var att socialförsäkringens experter utan offentlig insyn och kontroll efterhand urholkat försäkringens ursprungliga syfte — riskförsäkring — och utnyttjat den till allehanda syften, t.ex. i samband med företagens strukturomvandling och rationalisering.

Buurmeijerrapporterna har haft en massiv inverkan på attityderna i Nederländerna. Bland politiska partier, medier, arbetsmarknadens parter, departement, myndighetsexperter och delar av allmänheten har de allmänt positiva attityderna snabbt ersatts av en mycket kritisk hållning och en stor beredskap till en grundlig systemrevision. Denna förändring förefaller också harmonisera bättre med attityderna bland de yngre, som enligt många har lägre anspråk på den framtida sociala tryggheten. Allt fler, även utanför arbetsgivarorganisationerna erkänner också att de sociala utgifterna måste minska för att Nederländernas konkurrensförmåga skall öka framöver.

Debatten om inriktningen av en reform pågår för fullt. Somliga påstår att det offentliga inflytandet och kontrollen över arbetsmarknadens parter måste öka.

Andra framhåller att det enda effektiva alternativet är en privatisering av hela riskförsäkringen för sjukdom och invaliditet. Det är ännu för tidigt att avgöra i vilken riktning en reform kan komma att gå. Det är dock sannolikt att den grundläggande förändring som inletts i Nederländerna vad

gäller sjukvårdsförsäkringen kommer att följas av en minst lika stor omvälvning inom övriga socialförsäkringar. Först efter det stundande valet kommer vi att få veta om Nederländerna som första land efter Storbritannien genomför en sådan systemomläggning.

USA

I den tidigare redovisningen av sjukpenningförsäkring, förtidspension och arbetsskadeförsäkring har förhållandena i USA utelämnats. Anledningen till detta är främst att enhetliga regler endast i liten utsträckning finns på federal nivå, och att avtal mellan arbetstagare och arbetsgivare ofta reglerar rätten till ersättning. I det följande lämnas en mer översiktlig beskrivning av vissa delar av ersättningsreglerna, utvecklingstendenser, m.m.

I USA står diskussionen om en ny sjukvårdsförsäkring i fokus. Dagens system beräknas kosta ungefär 13 procent av BNP (475 miljarder dollar år 1990). I Sverige är andelen ca 8 procent. Om inget görs i USA beräknas andelen av BNP stiga till ca 19 procent år 2000. Trots de relativt sett höga kostnaderna beräknas 37 miljoner människor i USA stå utan sjukvårdsförsäkring. Debatten koncentreras nu kring president Clintons förslag till en allmän sjukvårdsförsäkring som skall omfatta alla USA:s medborgare. Den nya försäkringen skall enligt förslaget finansieras av arbetsgivare och anställda, där arbetsgivarna skall stå för 80 procent av kostnaderna och de anställda för 20 procent. Ingen hälsoprövning skall förekomma i den nya försäkringen.

Rätten till ekonomisk ersättning vid sjukdom i USA regleras i anställningsavtalet mellan arbetstagare och arbetsgivare. En undersökning bland 198 arbetsgivare med mer än 100 anställda visade att det är mycket vanligt att heltidsanställda har rätt till bibehållen lön vid sjukdom. I allmänhet har en anställd rätt till ersättning under ett antal dagar, vanligtvis mellan fem och tolv, per år. Antalet dagar med rätt till ersättning är ofta beroende av anställningstiden. Inom vissa företag är det möjligt för den anställde att föra över alla eller vissa av de icke i anspråktagna dagarna med rätt till ersättning till kommande år. I ungefär hälften av företagen kunde en anställd på detta sätt spara 90 dagar eller mer. Inom andra företag får anställda ekonomisk ersättning för de dagar som inte tagits i anspråk för sjukfrånvaro.

De flesta företag betalar lön redan för den första frånvarodagen, regler om en eller flera karensdagar fanns vid 13 procent av de företag som ingick i studien. Krav på läkarintyg ställdes normalt efter tre till fem dagars sjukfrånvaro.

Flertalet av företagen tillät också att ledigheten användes för läkar- och tandläkarbesök, vård av sjukt barn samt vid barnsbörd.

I USA finns ett federalt försäkringssystem för förtidspension. Rätten till ersättning grundas på en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan som skall bedömas kvarstå under minst 12 månader. Förtidspensionerna är en del av det federala ålderspensionssystemet, och finansieras genom en skatt, för närvarande 0,6 procent. Ersättningen baseras på tidigare inkomst och är maximalt ca 1 100 dollar per månad. År 1992 uppbar närmare 5 miljoner människor denna pension, till en årlig kostnad av drygt 31 miljarder dollar. Som komplement finns ett mycket stort antal försäkringar som är knutna till arbetet. Omfattning, ersättningstider och ersättningsnivåer går inte att ange. Den totala kostnaden för dessa försäkringar beräknas uppgå till ca 13 miljarder dollar per år.

I USA är sjukårdsförsäkringen oftast en del av förmånerna i anställningsavtalet. Den som lämnar eller förlorar sin anställning går därmed också miste om sin försäkring. President Clintons rådgivare i ekonomiska frågor angav i kongressen att den föreslagna sjukvårdsreformen kan komma att leda till frivillig förtida pension bland många anställda. Anledningen skulle vara att de genom reformen skulle få hälsovård till låg kostnad. Uppskattningsvis mellan 350 000 och 600 000 anställda skulle kunna komma att välja att lämna arbetsmarknaden. Därmed skulle många arbetstillfällen kunna erbjudas arbetslösa ungdomar.

I USA har varje delstat sina egna system och regler för arbetsskadeförsäkring (Workers Compensation). Arbetsgivarna har stora möjligheter att självständigt ordna försäkringskyddet. Stora arbetsgivare har möjlighet att "självförsäkra" sig. I hälften av USA:s stater har arbetsgivarna möjlighet att bilda egna, ömsesidiga, försäkringsbolag. I sex delstater hanteras försäkringen i delstatliga system, med möjlighet till "självförsäkring". I övriga delstater tecknas försäkringen i kommersiella försäkringsbolag. Endast i tre delstater saknas tvingande lagstiftning om arbetsgivarens skyldighet att teckna arbetsskadeförsäkring. I fjorton delstater är arbetsgivare som har mellan tre och fem anställda befriade från den lagstadgade skyldigheten att teckna försäkring. Arbetsskadeförsäkringen i USA baseras på att ersättning

lämnas även om något vållande inte föreligger, s.k. no-fault. I de fall en arbetsgivare inte är skyldig att teckna försäkring har en skadad anställd endast möjlighet att få ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler. År 1989 beräknades ca 87 procent av de anställda i USA vara omfattade av arbetsskadeförsäkring.

Premien för arbetsskadeförsäkringen varierar mellan arbetsgivare och mellan stater. Normalt har varje stat ett klassificeringssystem med skilda premier för hundratals olika yrken. Premierna sätts på grundval av tidigare skadekostnader i respektive yrke. En arbetsgivare får därmed betala olika premier för sina anställda, i den mån de tillhör skilda yrkeskategorier. Det finns även en rad olika modeller för att modifiera en arbetsgivares premie, så att den anpassas i förhållande till det förväntade skadeutfallet inom företaget. Skadeförebyggande åtgärder kan på så vis påverka premien.

Utgifterna för arbetsskadeförsäkringen varierar i hög grad mellan olika delstater. Det skiljer 6,5 gånger i utgifter mellan den delstat med den högsta kostnaden och den med den lägsta. År 1991 var den genomsnittliga premien 2,4 procent av lönen. Försäkringarnas transaktionskostnader (administration, marknadsföring, kostnader för tvister o.dyl.) beräknas uppgå till ca 25 procent.

För arbetsgivare med verksamhet som bedöms som särskilt skadebringande, och därför vägras möjligheten att teckna försäkring i något bolag, finns det särskilda försäkringslösningar, risk-pooler (assigned risk pools eller residual markets). Eftersom försäkringsbolagen skärpt sina urvalskriterier under senare år, har allt fler arbetsgivare blivit hänvisade till dessa risk-pooler. Under år 1991 tecknades i USA som helhet 25 procent av försäkringspremierna i risk-pooler. I vissa delstater är risk-poolen t.o.m. den största försäkringsgivaren. Premierna är oftast högre i risk-poolerna, trots detta gick denna verksamhet under år 1991 med ett underskott på 2,7 miljarder dollar på nationell nivå. Underskottet täcks upp genom tillskott från de försäkringsbolag som har tillstånd att driva arbetsskadeförsäkring eller genom delstatliga fonder.

Försäkringsskyddet omfattar olycksfall, som i huvudsak definieras som i Sverige. I de flesta delstater omfattas inte olycksfall på väg till eller från arbetet. Begreppet arbetssjukdom varierar. Normalt omfattas "klassiska" sjukdomar som lungskador och hudbesvär. I vissa stater omfattas även sjukdomar som uppkommer till följd av långvarig skadlig inverkan, t.ex. nervinklämning till följd av ensidigt arbete.

Medicinsk vård och behandling svarar för ca 40 procent av kostnaden inom arbetsskadeförsäkringen. Eftersom denna kostnad har stigit under senare år har man försökt att skapa rutiner för en ökad kostnadskontroll (managed care), bland annat har den skadades fria val av läkare ifrågasatts. Några erfarenheter huruvida detta har påverkat kostnader eller kvalitet finns dock ännu inte.

Yrkesmässig rehabilitering har, till för några år sedan, inte haft någon framträdande roll i systemet. De försök som gjorts på detta område under senare tid har givit varierande resultat. I Californien satsas 13 procent av försäkringens kostnader på yrkesmässig rehabilitering. Detta har dock inte givit några större framgångar.

Den normala kompensationsnivån för inkomstförlust, vid såväl kort som bestående nedsättning av arbetsförmågan, är mellan 67 och 80 procent av tidigare inkomst, med vissa minimi- och maximinivåer. Ersättning lämnas även för medicinsk invaliditet, beräkningssätt och nivåer varierar.

Att de skadade har juridiskt biträde i sina kontakter med försäkringsbolagen är vanligt i USA. Ser man till den totala skadereglerigen förekommer sådant ombud i åtta procent av fallen. När det gäller skador som givit upphov till bestående invaliditet företräds de skadade av jurister i hälften av fallen, och i Californien upp till 75 procent.

En artikel i Försäkringstidningen, nr 10 år 1992, har rubriken Väldig kostnadsexplosion för arbetsskadeförsäkring i USA. I artikeln anges att premierna för Workers Compensation år 1980 låg på ca 15 miljarder dollar och de totala kostnaderna något lägre. År 1991 var premierna drygt 30 miljarder dollar, men de totala kostnaderna hade då stigit till nära 40 miljarder dollar.

I artikeln anges att systemet befinner sig i en allvarlig kris, som innebär att försäkringsbolagen drar sig bort från vissa stater. De höga kostnaderna har medfört att många företag har svårt att betala sina premier, och att andra företag vägras försäkring. En skadechef vid försäkringsbolaget Home Insurance anger att orsaken till de ökande kostnaderna bl.a. är att allt fler försäkrade kopplar in advokater, att skadebegreppet vidgats dramatiskt samt att sjukvårdskostnaderna ökat lavinartat.

I Bussines Week, den 3 februari 1992, redovisas erfarenheterna från i en möbelfabrik i Iowa. Avgiften till Workers Compensation har där stigit till

10 procent av de anställdas nettoinkomst. Andra erfarenheter som redovisas i artikeln är att arbetsgivare i ökande utsträckning "självförsäkrar" sig genom att bygga upp egna skadefonder. I vissa fall har man därmed kunnat minska ett företags kostnader med ungefär 20 procent.

Nya Zealand

De senaste årens utveckling inom socialpolitiken i Nya Zealand har tilldragit sig stort intresse i vida kretsar utanför Oceanien. Nya Zealand kännetecknades fram till början av 1980-talet av en vidsträckt och generell välfärdspolitik som avvek starkt från traditionerna i de anglosachsiska länderna. I en internationellt sett ovanligt hög grad av enighet införde landet från 1950-talet en omfattande välfärdspolitik med inriktning mot social säkerhet — för privatekonomin, hälsan, utbildningen osv. I likhet med i Sverige byggde välfärdsmodellen på full sysselsättning; jobben garanterades genom en stark agrar ekonomi med växande offentlig sektor. Efterhand har allmänna och generella ersättningar ersatt inkomstprövade system.

Vändningen i socialpolitiken inträffade i början av 1980-talet, som så ofta genom ändrade makroekonomiska förutsättningar. Den stora och säkra marknaden för jordbruksvaror kollapsade till följd av Storbritanniens inträde i EG, ökad konkurrens och generellt sett minskad efterfrågan på landets huvudvaror, t.ex. fårkött. Nya Zealands skyddade kolonialekonomi inlemmades abrupt i världsekonomin. Under en följd av år föll ekonomin samman med växande utlandsskulder, offentlig finansiell obalans, starkt ökad arbetslöshet osv. Många liknade utvecklingen med vad som inträffat för flera länder i Sydamerika.

Omläggningen och anpassningen av den offentliga politiken dröjde dock ända till slutet av 1980-talet. Den dåvarande Labourregeringen införde motvilligt skatter på vissa förmåner, inkomstprövning på andra. I ett kraftfullt försök att vända trenderna genomförde Labour år 1990 en radikal sänkning av skatterna för höginkomsttagare; den högsta marginalskatten sänktes till 33 procent. Den offentligekonomiska balansen förbättrades inte.

Den nya borgerliga regeringen som tillträdde år 1990 genomförde därefter vad som brukar kallas en tyst revolution. Under loppet av några år genomfördes en total omläggning av den offentliga politiken, som innefattade allt från offentligt ägande, offentliga prestationslöner till avregleringar och

en ny socialpolitik. Den generella offentliga modellen har ersatts med en marginalmodell, där förmåner riktas till dem som behöver hjälp. Generella förmåner till barnfamiljer slopades eller ersattes med inkomstprövade system, pensionerna sänks och pensionsåldern höjs, sjukvårdsavgifterna höjs med inkomstprövat högkostnadsskydd, studiestödet inkomstprövas, generella bostadssubventioner tas helt bort osv.

Följderna av och reaktionerna på denna systemrevolution börjar nu komma. I det senaste valet förlorade den sittande Nationalregeringen ett så stort antal platser i parlamentet att man nu regerar med minsta möjliga marginal. Debatten om "ett anständigt land" förs i medier och bland forskare. En hypotes som allt fler diskuterar är emellertid att omläggningen faktiskt återspeglar en värderingsförändring bland stora delar av allmänheten. Efter många år av ekonomisk tillbakagång anser allt fler att landet inte längre har råd med ett stort, dyrbart och generöst socialförsäkringssystem. När tryggheten minskar på alla områden, inom arbetslivet, för företagandet och för nationalekonomin, kan man inte behålla en så generös social trygghet. De unga efterfrågar inte heller samma höga sociala säkerhet som den äldre generationen, eller tycker att man själv skall få betala för sitt val. Andra hävdar att landet kluvits i tre stora grupper: de nyrika inklusive revolutionens ingenjörer, vars välfärd ökat kraftigt, en krympande medelklass som känner ökande osäkerhet om vilket system som gynnar dem, och en växande underklass av utslagna, etniska minoriteter och arbetslösa, som inte längre kan påräkna solidariskt stöd från den alltmer utsatta medelklassen. Även denna skiktning leder till attitydförändringar som förklarar ett minskat stöd för det stora välfärdsprogrammet.

7 Slutsatser

Gruppen har haft till uppgift att beskriva och analysera styrkor och svagheter i dagens försäkringar för sjukpenning, arbetsskada och förtidspension. Arbetet har varit såväl bakåt- som framåtblickande. Studier av erfarenheter från andra länder har varit en del i analysarbetet. Med utgångspunkt i regeringens direktiv till beredningen har faktaunderlag och diskussioner lett fram till följande slutsatser.

Försäkringarna för sjukpenning, arbetsskada och förtidspension utvecklades under 1980-talet på ett oroande sätt. Antalet sjukfall, arbetsskador liksom förtidspensioner blev allt fler. Kostnadsökningen var kraftig. De förutsättningar och det synsätt som fanns på såväl individ-, arbetsplats- som samhällsnivå präglades i allt för hög utsträckning av ett passivt och accepterande förhållningssätt. Riskerna med långa passiva sjukskrivningar uppmärksammades inte i tillräcklig omfattning. Trots signaler om en kraftig ökning av sjukfrånvaro och kostnader vidtogs inte tillräckliga åtgärder. Först i slutet av decenniet utarbetades förslag till åtgärder för att förhindra en fortsatt ökning av sjukfrånvaron och dess kostnader.

I början av 1990-talet genomfördes ett flertal åtgärder. Det rörde sig om dels att förstärka de förebyggande insatserna och rehabiliteringsarbetet, dels att sänka kompensationsnivåerna. Effekterna av dessa åtgärder samt konjunkturutvecklingen har blivit att den korta sjukfrånvaron minskat. Den långa frånvaron inklusive förtidspensioneringen har bromsats upp och har i stort sett varit oförändrad de senaste åren. Även om förtidspensioneringen har ökat så kan man samtidigt konstatera en kraftig minskning av sjukfall, som varat längre än ett år. Kostnaderna ökar inte längre. Insatserna för att hindra sjukdom och medverka till en snabb återgång i arbete har fått större uppmärksamhet. Av den undersökning som redovisas ovan i avsnitt 4, framgår vidare att de grupper som har en högre sjukfrånvaro har fått en sämre ekonomi. Utvecklingen pekar på att arbetslösheten skapar ett

allt hårdare tryck på sjukpenningförsäkring och förtidspension.

Utvecklingen under 1980-talet och början av 1990-talet pekar tydligt på vikten av att klart beskriva försäkringarnas syfte och mål. Vidare är det betydelsefullt — som också anges i direktiven till beredningen — att försäkringarna har en självständig ekonomi som är långsiktigt stabil. Erfarenheterna visar också på det nödvändiga i att försäkringarna stimulerar till förebyggande insatser för att hindra sjukdom liksom tidiga, aktiva rehabiliteringsåtgärder för att medverka till en snabb återgång i arbete. Begreppet arbetsförmåga måste få en starkare framtoning. För att kunna upprätthålla en god kostnadskontroll liksom en effektiv uppföljning och utvärdering av försäkringarna är tillgången till såväl kortsiktig som långsiktig information viktig.

Bedömningar beträffande den svenska ekonomin är att den under sista hälften av 1990-talet kommer att förbättras och att tillväxten åter kommer att öka. Det ekonomiska utrymme som därmed skapas kommer dock att behövas för att bl.a. täcka behov rörande vård och omsorg av äldre. Något utrymme för kostnadskrävande reformer inom områdena sjukpenning- och arbetsskadeförsäkring samt förtidspension torde inte finnas. Snarare är det fråga om att utforma försäkringarna så att en god kostnadskontroll kan skapas och att försäkringarna medverkar till att minska utslagningen och att öka den ekonomiska tillväxten och sparandet.

Formerna för hur försäkringarna ska finansieras blir härvid en väsentlig fråga. Valet av finansieringsform påverkar de ekonomiska förutsättningarna för individer, företag och offentlig förvaltning. Finansieringsformen kan också ha påverkan även på samhällsekonomi och tillväxttakt.

Gruppen vill i detta sammanhang peka på att de totala kostnaderna för sjukpenning, arbetsskada och förtidspension beräknas av RFV under 1994 bli ca 63 miljarder kronor i 1993 års prisnivå. Pensionsarbetsgruppen föreslår att försäkringarna för förtidspension och sjukbidrag förs samman med försäkringarna för sjukpenning och arbetsskada. Samtidigt föreslås att ålderspensionsavgifter på 18,5 procent ska tas ut på utbetalda socialförsäkringsförmåner. Om dagens arbetsgivaravgifter ska växlas mot lön torde detta medföra att nu berörda kostnader ökar med ytterligare ca 8 procent.

Med de förändringar som pensionsarbetsgruppen föreslår torde den sammanlagda kostnaden i 1994 års kostnadsläge därmed uppgå till ca 80 miljarder kronor.

Frågan om finansieringsform och dess påverkan på samhällsekonomin bör enligt gruppens mening bli föremål för särskilda studier.

Gruppen vill vidare peka på vikten av att se över och förstärka incitamenten i försäkringarna. Det gäller incitament för individer, arbetsgivare och myndigheter m. fl.

Genom lagändringarna i början av 1990-talet har inslagen av förebyggande åtgärder liksom tidiga och aktiva rehabiliteringsåtgärder stärkts. Sjuklöneperioden har påverkat kostnaderna för arbetsgivarna och bör ha stimulerat till större uppmärksamhet på frågor om sjukfrånvaro, rehabilitering och arbetsmiljö. Samverkan mellan försäkringskassa, sjukvård och yrkesinspektion har stärkts.

Positiva förändringar har genomförts på många håll. De förväntningar som fanns på arbetsgivare, individ, försäkringskassa och andra aktörer har dock inte infriats. Incitamenten för att ytterligare förbättra det förebyggande arbetsmiljöarbetet och att vidta tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser måste därför stärkas. Såväl individ som arbetsgivare måste stimuleras att leva upp till det ansvar som lagts på dem. Samverkan mellan myndigheterna behöver förstärkas och i högre utsträckning präglas av gemensamma mål och riktlinjer. En annan viktig incitamentsfråga rör kompensationsnivåerna. Ersättningarna vid kort sjukskrivning är i Sverige ur ett västeuropeiskt perspektiv låga. För den enskilde bör det därmed finnas incitament för att snabbt återgå i arbete. Även sjuklöneperioden har en påverkan. Detta torde innebära att korttidsfrånvaron för närvarande inte utgör något större problem i svenskt arbetsliv. Motsvararande jämförelse vid långa sjukfall och förtidspension/sjukbidrag pekar på en högre kompensationsnivå i våra försäkringar.

Detta beror bl.a. på att det i Sverige inte finns någon formell begränsning av sjukskrivningens längd och att vi har jämförelsevis goda villkor vid förtidspensionering/sjukbidrag.

Det finns enligt gruppens mening anledning att se över ersättningsnivåerna. Syftet bör vara att studera möjligheterna till att skapa en bättre harmoni mellan ersättningsnivåerna vid sjukdom, rehabilitering, sjukbidrag och förtidspension samt att studera om det uppstår övervältringseffekter mellan olika samhällssektorer och försäkringssystem. Därvid bör en bredare diskussion om avtalsförsäkringarnas roll stimuleras.

Det finns anledning att peka på även andra effekter av senare års fokusering på sjukfrånvaro, ersättningsnivåer, aktiv rehabilitering och arbetsmiljö. Det finns erfarenheter av att svagare grupper har svårigheter att vara kvar eller komma in i arbetslivet. Diskussioner förs om dels ökad sjuknärvaro och uttag av semester eller kompensationsledighet för att undvika inkomstförluster. I samband med anställningar av personal förekommer att arbetsgivare begär intyg om tidigare sjukfrånvaro.

Enligt gruppens mening bör ytterligare studier genomföras beträffande effekterna av de senaste årens försäkringsförändringar och därmed skaffa ett bättre underlag inför kommande beslut i beredningen. I detta sammanhang bör situationen för olika riskgrupper belysas.

Begreppet försäkringsmässighet används ofta i debatten om sjuk- och arbetsskadeförsäkringarna samt förtidspension. Gruppen har noterat att begreppet används i olika sammanhang och med skiftande betydelse. Vi anser därför att begreppet försäkringsmässighet bör ges en klar definition för att på så sätt skapa en gemensam grund för den fortsatta diskussionen inom beredningen.

Begreppen sjukdom och arbetsförmåga är centrala vid bedömning av såväl sjukpenningrätt som rehabiliteringsmöjligheter. Under 1980-talet lyftes sjukdomsbegreppet fram och frågorna om arbetsförmågan tonades ner. Svagare gruppers ställning på arbetsmarknaden är beroende av vilka förutsättningar som finns för att ta till vara restarbetsförmågan hos individerna. Gruppen anser därför att begreppen sjukdom och arbetsförmåga bör bli föremål för ytterligare studier och diskussion.

Den internationella genomgången visar att många länder har problem med kostnadsutvecklingen i sina socialförsäkringar. Diskussioner om mer eller mindre stora förändringar förs. Beskrivningar av orsaker liksom förslag till lösningar varierar stort. Som visats har olika länders socialförsäkringar utvecklats under skilda kulturella, ekonomiska och historiska förutsättningar. De har anpassats till bl.a. den institutionella strukturen i respektive land. Gruppen har inte funnit några erfarenheter, som direkt och med lätthet kan appliceras på svenska förhållanden. Det finns dock anledning att sammanfatta erfarenheterna av den internationella genomgången och lägga detta som en grund för det fortsatta arbetet.

Ersättningen vid sjukdom följer i stort sett samma mönster. En anställd har inledningsvis rätt till ersättning från sin arbetsgivare i form av sjuklön.

Sjuklöneperiodens längd varierar men principen att låta arbetsgivaren ansvara för kostnaden för den inledande sjukdomsperioden tycks fungera väl och vara väl förankrad utomlands. En sjuklöneperiod verkar alltså vara en tämligen effektiv metod för att administrera den korta sjukfrånvaron och innebär också att kostnaderna för sjukfrånvaron differentieras.

Principen för ersättningen vid sjukdom är i huvudsak att full kompensation lämnas under den första tiden. Ersättningen sänks senare, efter några månader eller ett år till en nivå i stort sett motsvarande svensk förtidspension. De svenska kompensationsnivåerna med en karensdag och blandningen av låga och höga ersättningsnivåer ter sig något egenartade. De höga initiala ersättningarna utomlands visar att i de fall debatten förts har den inte haft samma genomslag som i Sverige.

I system med långa eller obegränsade ersättningstider tenderar de mycket långa sjukfallen att helt dominera kostnadsutvecklingen såsom fallet varit i Sverige.

Ett sätt att begränsa kostnaderna är att strikt upprätthålla gränserna för rätt till ersättning. Detta kan exempelvis ske genom en utökad kontroll av att kraven på sjukdom och arbetsoförmåga är uppfyllda. Av intresse i detta sammanhang är också den kampanj som arbetsmarknadens parter gemensamt bedrivit Norge i syfte att minska sjukfrånvaron.

Ett annat sätt att upprätthålla kostnadskontroll är att genom aktiva rehabiliterande åtgärder försöka återställa arbetsförmågan. I de flesta länder lämnas någon form av särskild ersättning under yrkesmässig rehabilitering. Avgörande för resultatet är dock åtgärdernas kvalitet och relevans samt att institutioner, myndigheter och arbetsgivare samarbetar och samordnar sina insatser. Det verkar dock svårt att finna goda exempel utomlands.

Sjukpenningförsäkringen finansieras i regel genom att avgifter betalas av såväl arbetsgivare som arbetstagare. I Tyskland förekommer en finansiering som möjligen möjligen kan jämföras med differentierade premier. Systemet kommer dock att förändras till följd av införandet av en obligatorisk riskutjämning mellan kassorna. I Norge och Frankrike tillförs medel från trafikförsäkringen.

Vad gäller de formella kraven för rätt till förtidspension så är inte kraven på arbetsförmågans nedsättning och varaktigheten lägre ställda i Sverige.

Arbetsskadebegreppet skiljer sig mellan länderna främst när det gäller arbetssjukdomar. I Sverige har vi en generell beskrivning, utomlands används normalt metoden att lista de sjukdomar eller den skadlighet som grundar rätt till ersättning.

Premien till arbetsskadeförsäkringen är normalt differentierad. Skilda principer tillämpas dock. I vissa länder används fasta tabellpremier för de mindre företagen och en mer skadebaserad premie för större företag. Detta leder till att framgångsrika skadeförebyggande åtgärder på arbetsplatsnivå endast påverkar premien för de stora arbetsgivarna. I en näringslivsstruktur som domineras av små och medelstora arbetsgivare kommer premiesättningen alltså till största delen baseras på tabellpremier där avgifterna fastställs branschvis.

I andra länder fastställs premien efter förhandling mellan varje företag och försäkringsgivare. Det förväntade skadeutfallet har därmed stor betydelse. Erfarenheterna från Norge tycks dock tala för att företagets storlek har en avgörande betydelse vid premiesättningen.

Slutligen konstateras att Sverige idag har ett rättighetsbaserat system som omfattar alla och ger en generell trygghet. Täckningsgraden är jämfört med andra länder hög. Detta beror på låga kvalifikationskrav för att komma in i försäkringarna. Exempelvis att rätten att tillhöra sjukförsäkringen grundar sig på ålder och boende och inte anställningstid, arbetstid eller inbetalda premier.

Försäkringens generella karaktär skapar inga inlåsningseffekter eller bindningar till vissa branscher eller enskilda arbetsgivare. Dagens försäkringar torde därmed leva upp till målet att bidra till rörligheten på arbetsmarknaden. I en framtidsmiljö präglad av mindre och medelstora stora arbetsplatser med krav på flexibilitet och förändringsförmåga blir försäkringarnas effekter på rörligheten än mer betydelsefull. Ett generellt system begränsar dock den individuella friheten att välja mellan olika försäkringssystem och administratörer. Vidare blir sambanden mellan avgifter och förmåner svagare än i ett mer försäkringsmässigt system.

Försäkringarnas tillämpning präglas av likformighet och rättvisa. Det finns goda möjligheter att utan kostnad få sin rätt prövad i högre instanser. Rättssäkerheten torde därmed kunna anses vara hög.

Generella system har normalt låga administrations- och transaktionskostnader. Orsakerna till detta ligger i stordriftsfördelar och att kostnader för information, distribution, skadereglering, kontroll och konflikter kan hållas låga.

Avslutningsvis vill gruppen framföra sin uppfattning om vikten av att beredningen i det fortsatta arbete bör:

* studera hur olika finansieringsformer för sjukpenning- och arbetsskadeförsäkring och förtidspension påverkar samhällsekonomi, sysselsättning och lönebildning

* studera hur incitamenten för såväl individ, arbetsgivare som myndigheter kan förstärkas. Kan det förebyggande arbetsmiljöarbetet liksom tidiga och aktiva rehabiliteringsåtgärder förbättras genom exempelvis differentierade arbetsgivaravgifter eller andra mer stimulansinriktade system? Hur ska myndighetssamsamverkan kunna stärkas och gemensamma mål och riktlinjer för myndigheternas arbete formas? Vilken roll spelar harmonisering av ersättningsnivåer inom och mellan olika försäkringssystem?

* en fördjupad studie genomföras avseende erfarenheter och effekter av de regelförändringar som genomförts sedan slutet av 1980-talet

* inhämta kompletterande information om hur andra länders försäkringssystem fungerar. Intressant är härvid beskrivningar ur ett individ- och arbetsplatsperspektiv där bl.a. incitamentsfrågor, sjukfrånvaro, förtidspensionering, förebyggande insatser och rehabilitering studeras. Vidare bör frågor om finansiering, administrativa lösningar, kostnadskontroll samt effekter på svagare grupper vara viktiga att belysa.

* föra en diskussion om begreppet försäkringsmässighet så att en klar definition erhålls och på så sätt skapa en gemensam grund för det fortsatta arbetet i beredningen.

* ägna uppmärksamhet åt begreppen sjukdom och arbetsförmåga och låta detta område bli föremål för ytterligare studier och diskussion.

Referenser

Alliance of American Insurers (1991), Survey of Workers Compensation Laws

AMS, Anslagsframställning 1994/95—1996/97

Andersson, Å.E. m.fl. ,70-talister — om värderingar förr nu och i framtiden (Natur och Kultur, 1993)

ASS/AMS/ALF/RFV/SOS, Arbetslivsfakta — serie

Beckman, O., Sjukfrånvaro och arbetslöshet — samband eller skensamband? (Sociologisk forskning, nr 4/1992)

Commisson of the European Communities (1993), Social protection in Europe

Ds 1993:51, Social Security in Sweden and Other European Countries — Three Essays

FKF (1993), Socialförsäkringen i Norden

FKF (Rapport från studieresor, 1993), Utblickar, om social försäkring i sex europeiska länder

Försäkringskassan Kronoberg, Förtidspension — en rättighet vid nedsatt arbetsförmåga

International Social Security Association (1992), Developments and trends in social security

Kangas, O. (Institutet för social forskning, 1991), Behov eller rättighet? Sjukfrånvarons strukturella och institutionella bestämningsfaktorer i OECD-länderna

Korpi, W. & Palme, J. (Institutet för social forskning, 1993), Socialpolitik, Kris och reformer: Sverige i internationell belysning

Landstingsförbundet, Studier av sjukskrivningspraxis

Lantto, K. & Lindblom, E. (Ekonomisk debatt nr 4, 1987), Är arbetslösheten hälsosam?

Laurent, B. (SAF), Så här lever vi — 12 familjer i EG berättar

Lidwall, E. & Örnhall, S. (examensarbete, 7:e terminen Nationalekonomiska institutionen, Stockholms universitet, 1991), Sjukpenningreformernas effekter på sjukfrånvaron med hänsyn tagen till arbetsmarknadssituationen

Proposition 1990/91:140, Arbetsmiljö och rehabiltering

Proposition 1990/91:141, Rehabilitering och rehabiliteringsersättning

Proposition 1992/93:150, Kompletteringsproposition

Proposition 1993/94:100, Bilaga 1, Finansplanen

Proposition 1993/94:100, Bilaga 6, Socialdepartementet

Proposition 1993/94:100, Bilaga 11, Arbetsmarknadsdepartementet

RFV, Anslagsframställning 1993

RFV, En ny socialförsäkringsmodellrapport till Ekonomikommissionen

RFV Informerar, Statikstikinformation — serie

RFV Informerar, Ekonomimeddelanden — serie

RFV Informerar Il 1993:2, Internationella aspekter

RFV Redovisar 1990:14, Långvarig sjukfrånvaro under olika arbetsförhållanden

RFV Redovisar 1993:2, Till frågan om en ny socialförsäkring

RFV Årsredovisning 1992/93, Socialförsäkringen

SCB, Rapport 78, Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975—1989

Socialstyrelsen (Rapport 1991:37), Vård och omsorg i sex europeiska länder

SOU 1988:41, Tidig och samordnad rehabilitering

SOU 1990:49, bilaga D, Arbete och hälsa

SOU 1992:19, Långtidsutredningen

SOU 1992:19, bilaga 3, Näringslivets utveckling till 2004

SOU 1992:39, Begreppet arbetsskada

SOU 1993:117, bilaga 9, Välfärd och levnadsvillkor i Västeuropa

Stein, G. (Näringslivets ekonomifakta AB, 1991), Förtidspensioner i Västeuropa

Stein, G. (Näringslivets ekonomifakta AB, 1993), Det sociala skyddsnätet i EG och Norden

Svallfors, S., Den stabila välfärdsopinionen

Svenska Metallindustriarbetareförbundet (skriftserie, nr 2/1990), Sverige, EG och den sociala tryggheten

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.
30. Vallagen. Ju.
31. Vissa mervärdeskattefrågor III – Kultur m.m. Fi.
32. Mycket Under Samma Tak. C.
33. Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. Ku.
34. Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. Ku.
35. Vår andes stämma – och andras. Kulturpolitik och internationalisering. Ku.
36. Miljö och fysisk planering. M.
37. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. UD.
38. Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. UD.
39. Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. S.
40. Långsiktig strålskyddsforskning. M.
41. Ledighetslagstiftningen – en översyn. A.
42. Staten och trossamfunden. C.
43. Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. Fi.
44. Folkbokföringsuppgifterna i samhället. Fi.
45. Grunden för livslångt lärande. U.
46. Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. S.
47. Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. U.
48. Kunskap för utveckling + bilagedel. A.
49. Utrikessekretessen. Ju.
50. Allemanssparandet - en översyn. Fi.
51. Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. Ku.
52. Teaterns roller. Ku.
53. Mästarbrev för hantverkare. Ku.
54. Utvärdering av praxis i asylärenden. Ku.
55. Rätten till ratten - reformerat bilstöd. S.
56. Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. S.
57. Beskattning av fastigheter, del II - Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. Fi.
58. 6 Juni Nationaldagen. Ju.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. M.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. M.
60. Särskilda skäl - utformning och tillämpning av 2 kap. 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. Ku.
61. Pantbankernas kreditgivning. N.
62. Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi.
63. Personnummer - integritet och effektivitet. Ju.
64. Med raps i tankarna? M.
65. Statistik och integritet, del 2 - Lag om personregister för officiell statistik m.m. Fi.
66. Finansiella tjänster i förändring. Fi.
67. Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. Fö.
68. Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. Fi.

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

69. On the General Principles of Environment Protection. M.
70. Inomkummunal utjämning. Fi.
71. Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i tjänsten. S.
72. Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension - förutsättningar och erfarenheter. S.

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]
Vallagen. [30]
Utrikessekretessen. [49]
6 Juni Nationaldagen. [58]
Personnummer - integritet och effektivitet. [63]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]
Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. [37]
Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. [38]

Försvarsdepartementet

Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. [67]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]
Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. [39]
Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. [46]
Rätten till ratten - reformerat bilstöd. [55]
Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. [56]
Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i tjänsten. [71]
Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension - förutsättningar och erfarenheter. [72]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]
Vissa mervärdeskattefrågor III – Kultur m.m. [31]
Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. [43]
Folkbokföringsuppgifterna i samhället. [44]
Allemanssparandet - en översyn. [50]
Beskattning av fastigheter, del II - Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. [57]
Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi. [62]
Statistik och integritet, del 2
- Lag om personregister för officiell statistik m.m. [65]
Finansiella tjänster i förändring. [66]
Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. [68]
Inomkummunal utjämning. [70]

Utbildningsdepartementet

Grunden för livslångt lärande. [45]
Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. [47]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]
Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. [33]
Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. [34]
Vår andes stämma – och andras.
Kulturpolitik och internationalisering. [35]
Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. [51]
Teaterns roller. [52]
Mästarbrev för hantverkare. [53]
Utvärdering av praxis i asylärenden. [54]
Särskilda skäl - utformning och tillämpning av 2 kap. 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. [60]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Näringsdepartementet

Pantbankernas kreditgivning. [61]

Arbetsmarknadsdepartementet

Ledighetslagstiftningen – en översyn [41]
Kunskap för utveckling + bilagedel. [48]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]
Mycket Under Samma Tak. [32]
Staten och trossamfunden. [42]

Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]
Miljö och fysisk planering. [36]
Långsiktig strålskyddsforskning. [40]
Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. [59]
Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. [59]
Med raps i tankarna? [64]
On the General Principles of Environment Protection. [69]