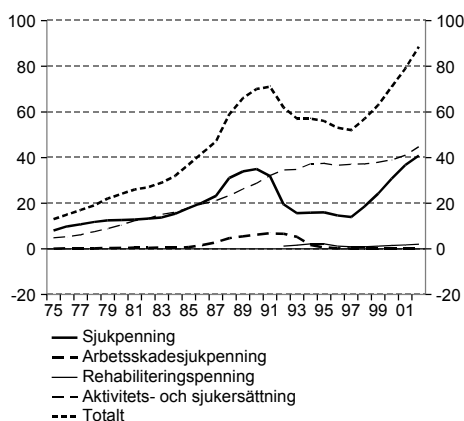


Den svenska sjukfrånvaron

Den svenska sjukfrånvaron har ökat successivt sedan 1997-1998 och är för närvarande högst i EU (se diagram 1 och 2). Den stigande sjukfrånvaron har fått till följd att de statliga utgifterna för rehabiliterings- och sjukpenningen har ökat från 15 miljarder kronor 1997 till 44 miljarder kronor 2002, vilket motsvarar ungefär 2,8 procent av BNP, eller ca 5 000 kronor per invånare. Detta innebär att statens utgifter för sjukpenningen nu är större än de sammanlagda utgifterna för utbildning och universitetsforskning. Den totala effekten på de offentliga finanserna är dock större än 44 miljarder kronor eftersom en högre sjukfrånvaro innebär ett lägre arbetsutbud och därmed lägre produktion, vilket medför lägre intäkter från bl.a. arbetsgivaravgifter och mervärdesskatt. Den samhällsekonomiska kostnaden utgörs i första hand av att den lägre produktionen minskar utrymmet för offentlig och privat konsumtion. Regering och riksdag har satt upp som mål att halvera antalet dagar med sjukpenning mellan 2002 och 2008. En halverad sjukfrånvaro skulle kunna leda till 2,6 procents högre BNP och 45 miljarder kronor mer i utrymme för skattesänkningar och utgiftsökningar år 2008.¹

Diagram 1 Socialförsäkringens utgifter
Miljarder kronor

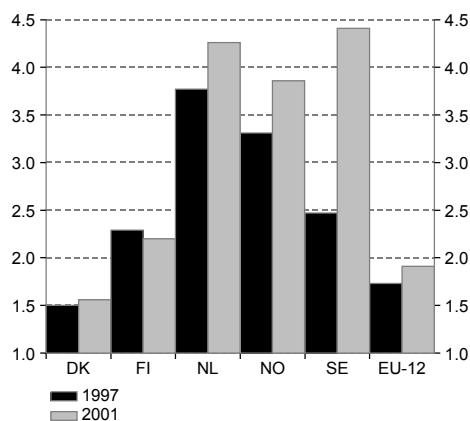


Källa: Riksförsäkringsverket.

Sjukfrånvaron mäts ibland med det s.k. sjuktalet som är antalet dagar med utbetald sjukpenning från socialförsäkringen per försäkrad (se diagram 3). Ett bredare mått är det s.k. ohälsotalet som därutöver inkluderar bl.a. dagar med rehabiliteringspenning,

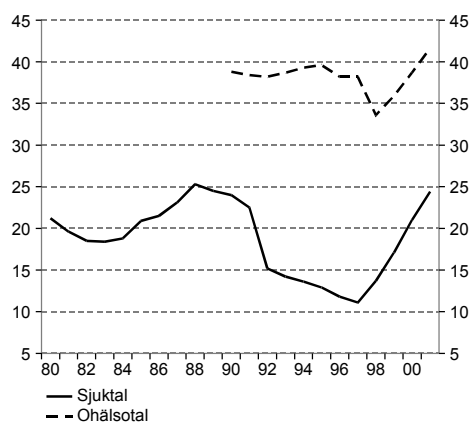
sjukersättning vid utbildningsbidrag samt aktivitets- och sjukersättning och sjukbidrag.² Båda måtten påverkas av regelförändringar.

Diagram 2 Andel sjukfrånvarande i åldern 20–64 år
Procent



Anm. Diagrammet visar andelen anställda som har varit frånvarande från arbetet en vecka eller längre på grund av sjukdom. För EU-12 visas andelen sjukfrånvarande år 1997 och 2000. Källa: Ds 2002:49.

Diagram 3 Sjuk- och ohälsotal
Antal ersättningsdagar



Anm. Dagar med sjuklön från arbetsgivare ingår inte i dessa mått. Källa: Riksförsäkringsverket.

Den svenska folkhälsan

Hur kan då den ökade sjukfrånvaron förklaras? En tolkning är att den svenska arbetskraftens hälsa har blivit allt sämre, och att den dessutom är sämre än i andra länder. Ett skäl som ofta förs fram i debatten är att den ekonomiska krisen i början av 1990-talet innebar personalnedskärningar och tyngre arbetsbelastning, i synnerhet när efterfrågan återigen tog

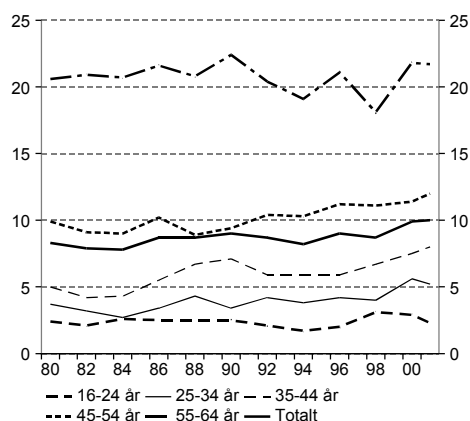
¹ Detta analyseras närmare i Konjunkturinstitutets rapport "Lönebildningen – samhällsekonomiska förutsättningar i Sverige år 2002".

² Aktivitets- och sjukersättning benämndes tidigare förtidspension.

fart. Ett annat skäl är att antalet äldre personer i arbetskraften har ökat under ett antal år.

Även om dessa tolkningar framstår som rimliga tycks de inte stämma överens med den tillgängliga informationen på den medicinskt verifierbara svenska folkhälsan.³ Färre insjuknar och dör numera i de s.k. folksjukdomarna, även sådana som normalt anses ha med negativ stress att göra (t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar). Tillsammans med en allt längre genomsnittlig livslängd indikerar detta att folkhälsan snarare har förbättrats.⁴ Inte heller s.k. riskfaktorer som t.ex. alkoholkonsumtion, rökning och övervikt talar för att de svenska ohälsa- och sjuktalen bör vara högre än i andra länder.

Diagram 4 Nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom
Procent



Anm. Det är den egenupplevda arbetsförmågan som avses, vilket inte nödvändigtvis har sin motsvarighet i formell medicinsk diagnos.

Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), Statistiska centralbyrån.

Andra mera vaga ohälsa- och sjukdomssymptom, s.k. psykosociala symptom, har dock ökat under de senaste åren. Dessa symptom är förhållandevis svåra att diagnosticera. Ibland anges en försämring i den s.k. psykosociala arbetsmiljön som en tänkbar förklaring till denna utveckling.⁵ Som framgår av diagram 4 har andelen svenskar som säger sig ha ned-

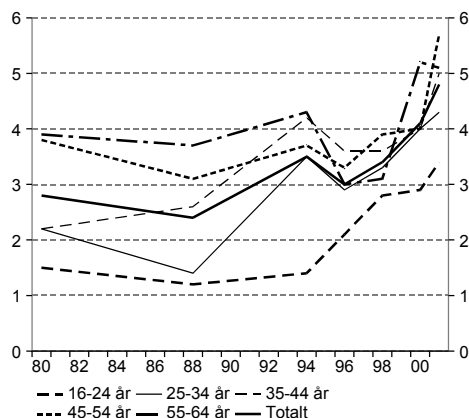
³ Se t.ex. rapporten "Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder" (Ds 2002:49). Se också Ferrada-Noli "Utbrändhetens epidemiologiska belägg", *Läkartidningen*, 7, 2001, och "Arbetsrelaterad stress, självmord och utmattningsdepressioner", *Läkartidningen*, 26, 2001.

⁴ Nedgången i stressrelaterade sjukdomar är dock inte helt oväntad med tanke på de framsteg som fortlöpande görs inom läkarvetenskapen. Exempelvis har den stigande konsumtionen av s.k. lyckopiller troligen resulterat i färre självmord. Besvär med högt blodtryck tycks dock ha ökat, vilket troligen till stor del har att göra med förändrade kostvanor.

⁵ Se t.ex. "Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron" (Ds 2002:63).

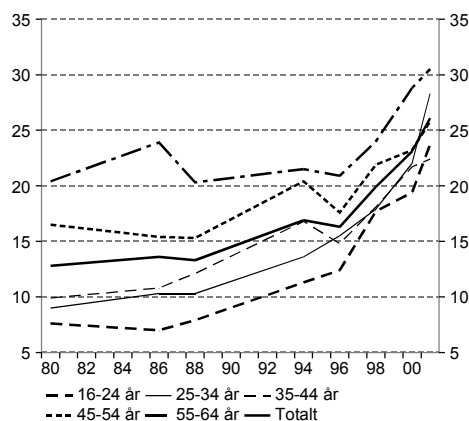
satt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom ökat under de senaste åren. Uppgången har varit särskilt tydlig för kvinnor i åldersgruppen 45–64 år, men även för män i gruppen 25–44 år. Även andelen som lider av ångslan, oro eller ångest liksom andelen som lider av sömnproblem har ökat (se diagram 5 och diagram 6).

Diagram 5 Besvär av ångslan, oro eller ångest
Procent



Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), Statistiska centralbyrån.

Diagram 6 Sömnproblem
Procent



Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), Statistiska centralbyrån.

Normförskjutning

Det förhållande att den medicinskt verifierbara svenska folkhälsan inte har försämrats men att ohälsa- och sjuktalen ändå har ökat till mycket höga nivåer motiverar en närmare analys av de inblandade aktörernas incitament, normer och faktiska beteende. Det är rimligt att utgå ifrån att sjukskrivningar i praktiken bestäms genom ett samspel mellan läka-

ren, försäkringskassan, arbetsgivaren och den försäkrade. Ingen av dessa aktörer har dock något kostnadsansvar för långa sjukskrivningar utan notan skickas till den anonyma statsbudgeten. Såväl ekonomisk teori som empiri visar att system där de faktiska besluten ligger hos andra aktörer än den som betalar leder till ekonomisk ineffektivitet och alltför höga kostnader.

Mot denna bakgrund är det intressant att närmare diskutera de olika aktörernas situation, vilket kan leda fram till slutsatser angående möjliga åtgärder som förändrar deras incitament på ett sätt som minskar sjukfrånvaron.

Dagens höga sjuk- och ohälsotal indikerar att en del av sjukskrivningarna vilar på grunder som inte är strikt medicinskt verifierade. Detta indikerar bl.a. att det kan finnas vissa brister i läkarnas sjukskrivningsrutiner. En möjlighet är att sjukskrivande läkare ibland inte har ett tillräckligt underlag för att bedöma sina patienters förmåga att arbeta, vilket är en central bedömningsgrund för nästan varje sjukskrivning.⁶ Även det faktum att kostnaden för en sjukskrivning inte belastar landstingens budget kan ha betydelse för läkarens beteende.

Det finns studier som indikerar att patienter ofta kan påverka sin egen sjukskrivning. En studie finner t.ex. att det finns stora variationer mellan hur olika läkare sjukskriver och att andelen fall där läkaren föreslår sjukskrivning som behandlingsåtgärd först efter det att patienten själv har begärt det uppgår till nästan 90 procent.⁷ En annan studie finner att patienter sällan nekas sjukskrivning i de fall de vill bli sjukskrivna.⁸ Det finns också empiriska resultat som tyder på att läkares sjukskrivningsrutiner har ändrats under perioden 1996–2001.⁹

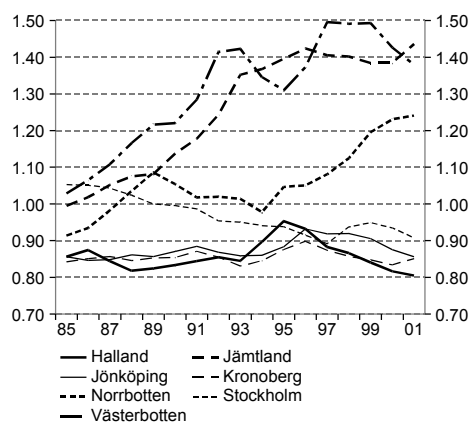
Det är troligt att en förhållandevis hög sjukersättning i kombination med möjligheten att själv kunna påverka sin egen sjukskrivning leder till ett

högt nyttjande av sjukförsäkringen. Också en högre ersättning vid sjukdom än vid arbetslöshet kan bidra till en hög belastning av sjukförsäkringen. Ersättningsreglerna eller regelverket i övrigt har dock inte ändrats påtagligt under de senaste åren. Den snabbt stigande sjukfrånvaron kan därför inte enkelt förklaras med ändrade regler. Detta innebär att frågan istället gäller hur läkarnas, de försäkrades och arbetsgivarnas faktiska beteende har förändrats inom ramen för i stort sett oförändrade regler på ett sätt som åtminstone delvis kan förklara varför sjukfrånvaron har ökat så snabbt. Det handlar i så fall mer om en samhällstendens – eller om en normförskjutning i samhället i stort – som t.ex. kan innebära att läkare i en allt högre grad låter sig styras av patienters önskan att bli sjukskrivna, eventuellt i kombination med att tröskeln som enligt läkare, försäkrade och arbetsgivare anger vad som bedöms motivera sjukskrivning kan ha sänkts.

Stora regionala skillnader

Sjuktalens nuvarande nivå liksom utvecklingen under de senaste 15 åren skiljer sig mellan regioner. Som framgår av diagram 7 är de relativa sjuktalen – dvs. sjuktalen i förhållande till riksgenomsnittet – högst i Jämtland, Norrbotten och Västerbotten. Detta gäller för både kvinnor och män. Diagrammet visar bl.a. att de relativa sjuktalen i dessa län har ökat successivt under större delen av 1990-talet, och att sjuktalen för närvarande är mellan 20 och 40 procent högre än i hela riket. Diagram 8 visar hur sjuktal och arbetslöshet förhåller sig till varandra i samtliga svenska län 2001.

Diagram 7 Relativa sjuktal efter försäkringskassa
Sjuktal i olika försäkringskassor i förhållande till hela riket



Anm. Diagrammet visar de tre län med högst och lägst relativa sjuktal samt Stockholms län.
Källa: Riksförsäkringsverket.

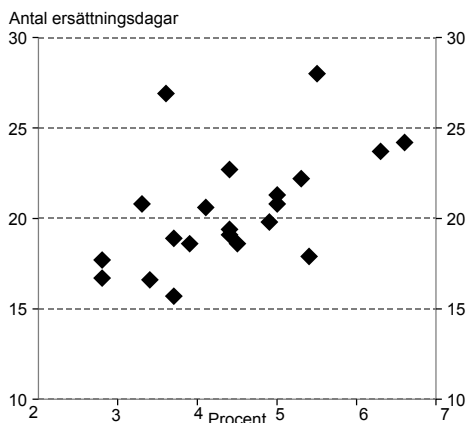
⁶ En sjukskrivning ska normalt motiveras med hänsyn till patientens arbetsförmåga eller som en sjukdomsbehandlande åtgärd.

⁷ Se Englund, L. och K. Svärdsudd, "Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county", *Scandinavian Journal och Primary Health Care*, 2, 2000.

⁸ Se M. Granvik, Folkhälsorapport 103, Landstinget Dalarna, 1998.

⁹ Se L. Englund, "Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting", Centrum för klinisk forskning i Dalarna, 2001. Englund studerar här enbart sjukskrivningarna i Dalarna och dokumenterar också att både andelen patienter med psykiska besvär och den genomsnittliga sjukskrivningslängden har ökat under perioden.

Diagram 8 Sjuktal och arbetslöshet i svenska län 2001
Antal ersättningsdagar respektive procent

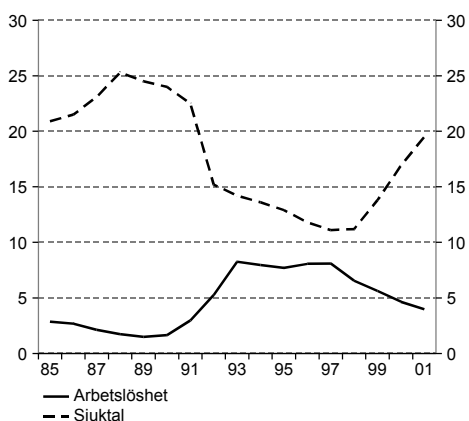


Anm. Diagrammet visar samtliga 21 läns position 2001.
Källor: Riksförsäkringsverket och Statistiska centralbyrån.

Konjunkturberoende

Sjuktalet varierar dessutom över konjunkturcykeln så att det tenderar att vara högt när arbetslösheten är låg (se diagram 9). Detta samband kan observeras även på regional nivå. En tolkning är att en uppgång i arbetslösheten kan ha en avskräckande effekt på de anställda i och med att det blir svårare för en arbetslös att hitta ett nytt arbete. Följden kan bli att de anställdas benägenhet att låta sjukskriva sig minskar. En annan tolkning är att personer med förhållandevis hög sjukfrekvens inte ingår i arbetskraften under lågkonjunkturer med hög arbetslöshet. Denna sammansättningseffekt torde dock vara relativt liten.

Diagram 9 Arbetslöshet och sjuktal i riket som helhet



Källor: Riksförsäkringsverket och Statistiska centralbyrån.

Vägar till lägre ohälsa- och sjuktal

Även om stigande krav i arbetslivet och en åldrande arbetskraft till en viss del kan antas ligga bakom de

stigande ohälsa- och sjuktalet finns det alltså också andra aspekter som förtjänar att studeras.

Det förhållande att den medicinskt verifierbara folkhälsan inte verkar ha försämrats men att ohälsa- och sjuktalet ändå har ökat så snabbt indikerar t.ex. att en del av dagens sjukskrivningar vilar på grunder som är svåra att verifiera utifrån ett strikt medicinskt perspektiv. En väg mot lägre sjukfrånvaro skulle därför kunna ta sin utgångspunkt i att de stigande ohälsa- och sjuktalet åtminstone till viss del beror på en sorts normförskjutning i samhället i stort som innebär att läkare i en allt högre grad låter sig styras av sina patienters önskan att bli sjukskrivna. Det är möjligt att de sjukskrivande läkarnas förutsättningar att ställa en riktig diagnos, göra en noggrann bedömning av sina patienters arbetsförmåga och att föreslå lämplig behandling har försämrats under de senaste åren i takt med en ökad tillströmning av patienter med oklara sjukdomssymptom. Situationen kan i viss mån liknas vid den som uppstod i början av 1990-talet då det arbetsmarknadspolitiska system som hade byggts upp för att ta hand om individer som förlorat sitt arbete visade sig ha svårt att på ett effektivt sätt hantera de kraftigt ökade arbetslöshetsvolymerna. Ett sätt att nå en bättre standard i sjukskrivningsarbetet kan vara att sjukskrivande läkare utbildas mer i ämnen som handlar om sjukskrivningskonsultationer och om sjukskrivning som en särskild behandlingsåtgärd. Ett annat sätt kan vara att sjukskrivning utöver t.ex. tre månader kräver sjukintyg från en för ändamålet särskilt utbildad läkare som därtill är anställd av försäkringskassan. Regeringen har redan föreslagit ett antal åtgärder för att skärpa sjukskrivningsrutinerna. Förutom utbildning i försäkringsmedicin föreslås bl.a. att läkare i högre grad än vad som nu är fallet ska bortse ifrån arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska och sociala förhållanden vid sjukskrivningen, och att patienters arbetsförmåga ska spela en större roll i bedömningen. Regeringen föreslår också att de medicinska skälen för sjukskrivning ska göras tydligare i sjukintygen.

En annan väg till lägre sjukfrånvaron är att se över ersättningsnivåerna i försäkringssystemen samt att skärpa arbetsgivarnas ansvar. Regeringen har redan föreslagit även sådana förändringar i sjukförsäkringen.¹⁰ Exempelvis kommer en arbetslös från den första juli i år inte längre att kunna få högre

¹⁰ Se propositionen "Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet" (2002/03:89).

ersättning vid sjukskrivning än vid arbetslöshet. Sjukpenningen sänks samtidigt från 80 till 77,7 procent av inkomsten upp till en högsta nivå på 7,5 prisbasbelopp, och den högsta sjukpenningen för en arbetslös sänks till samma nivå som den högsta ersättningen vid arbetslöshet.¹¹ Dessutom föreslås att den period under vilken arbetsgivaren har ett finansieringsansvar för den sjukskrivne (den s.k. sjuklöneperioden) förlängs från 14 till 21 dagar. Regeringen föreslår också obligatoriska s.k. avstämningmöten där arbetsgivaren och den sjukskrivne deltar tillsammans med representanter från bl.a. försäkringskassan och arbetsförmedlingen för att främja en återgång till arbetet. Arbetsgivaransvaret föreslås därtill öka med en obligatorisk rehabiliteringsplan för den som är sjuk. Regeringen föreslår dessutom att prövningen av ersättningsformen snabbas upp genom att försäkringskassan senast ett år efter den första sjukdagen ska utreda om sjukpenningen ska ersättas med s.k. aktivitets- eller sjukersättning.

Regeringens förslag ligger således väl i linje med ovanstående analys av sjukskrivningsprocessens, och dess incitamentstruktur. Regering och riksdag har ingen direkt kontroll över hur sjukförsäkringssystemet tillämpas. Ytterst styrs utvecklingen av en komplex samverkan mellan läkare, försäkringskassor, försäkrade och arbetsgivare. Genom att påverka normer och förändra incitamentstrukturen kan dock regering och riksdag bereda vägen för en lägre sjukfrånvaro.

¹¹ Det kommer dock även efter den 1 juli i år att vara olika ersättningsstak i arbetslöshets- och sjukförsäkringen för de som har arbete.