

De galopperande sjukförsäkringskostnaderna:

## Sanera regelverket och ge incitament till alla berörda att minska frånvaron

I två tidigare artiklar har vi diskuterat frågan varför sjukfrånvaron ökar [1, 2]. Vi vill med denna artikel följa upp med några förslag till åtgärder framför allt vad gäller regelsystemen. Sjukfrånvaron påverkas av ett antal olika samverkande faktorer [3, 4]. För att kunna minska sjukfrånvaron behöver flera åtgärder riktade till olika aktörer samordnas. Åtgärderna syftar till att påverka enskilda personers benägenhet att sjukskriva sig, läkares sätt att utfärda intyg, försäkringskassans arbetsätt samt den sjukes möjlighet att återkomma i arbete.

Ekonomiska incitament har starka effekter på människors beteende. Ett sådant incitament är karensdagar i försäkringssystemet. När karensdagar införs eller tas bort påverkas sjukfrånvaron. Ett incitament för att åstadkomma en besparing i socialförsäkringen kan vara att återinföra två karensdagar.

### Författare

#### BRITT ARRELÖW

fd försäkringsöverläkare, avdelningschef vid enheten för vårdförnyelse, Nordöstra sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting; doktorand vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

#### BO MIKAELSSON

försäkringsläkare i Sörmland Norr, Eskilstuna, docent i socialmedicin

#### INGER SJÖBERG

överläkare, rehab/neurocentrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala, tidigare försäkringsläkare

#### KURT SVÄRDSUDD

professor i allmänmedicin och prefekt för institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Dessa karensdagar kan antingen som hittills läggas som de två första dagarna i sjukperioden eller spridas ut. Om de läggs i början av sjukperioden kan de för den enskilde som ofta är sjuk innebära ett besvärande ekonomiskt bortfall. För de flesta torde dock inkomstbortfallet vara överkomligt.

### Utspridning av karensdagarna

En utspridning av karensdagarna skulle kunna innebära att den andra karensdagen inträffar till exempel den åttonde dagen i sjukfallet, för att inte det korta sjukfallet på några dagar skall belastas den enskildes ekonomi på ett oacceptabelt sätt. Istället kan den fungera som en drivfjäder att snarast återgå till arbetet. Man kan också tänka sig ytterligare karensdagar, till exempel genom att var åttonde dag under sjukfallet räknas som »karensdag».

De ekonomiska effekterna av karensdagsförändringen kan lätt beräknas under förutsättning att man inte får »dynamiska» effekter, dvs andra mot- eller medverkande förändringar. Om två karensdagar införs i början av sjukfallet blir den årliga inbesparingen 6 miljoner sjukfall  $\times$  ytterligare 1 karensdag  $\times$  452 kronor (genomsnittlig ersättning) = 2 700 miljoner kronor.

Om karensdag nummer 2 läggs som dag 8 i sjukfallet berörs inte fall som är kortare än 8 dagar. Resterande antal sjukfall per år skattas till 2 miljoner. Inbesparingen blir då 2 miljoner sjukfall  $\times$  1 karensdag  $\times$  452 kronor = 900 miljoner kronor. Införs ytterligare karensdagar var åttonde dag ligger den samlade besparingen på cirka 1 300 miljoner kronor, dvs cirka hälften av besparingen med två initiala karensdagar.

### Annorlunda högriskskydd

För de särskilt svårt drabbade med upprepade korta sjukskrivningsperioder kan ett högriskskydd minska bördan. Det nuvarande högriskskyddet har en tendens att öka sjukfrånvaron och bör därför utformas annorlunda. Det bör konstrueras så, att man i efterhand får ersättning för löneavdrag för karensdagarna efter ett visst antal sjukfall. Vid

”Vi kan inte se att våra åtgärdsförslag har några påtagliga negativa effekter. Sjukskrivning har lika potentia sidoeffekter som läkemedel och måste därför användas på ett kompetent sätt. En ökad precision i användningen av sjukförsäkringsinstrumentet är nödvändig inte bara av ekonomiska skäl utan framför allt för patientens bästa.”

långa sjukfall och för dem som sällan är sjukskrivna är det ekonomiska bortfallet minimalt. Ett ekonomiskt avbräck, om än aldrig så litet, leder dock till att människor avhåller sig från att stanna hemma för mindre besvär.

Leder detta då till ökad »sjuknärvaro» och vilka konsekvenser skulle det i så fall kunna få? Det finns studier som talar för att korta sjukskrivningar skyddar mot längre sjukfall [5]. Det har också framförts synpunkter om att den höga medellivslängden i Sverige delvis orsakas av det höga uttaget av sjukdagar. Internationella jämförelser talar dock för att så inte är fallet.

### Kortare intygfri period

Det finns en tendens att sjukfall blir sju dagar istället för fem eller sex på grund av »rättigheten» att stanna hemma sju dagar genom eget intygande. Att medicinskt motiverad arbetsförmåga i så stor utsträckning är exakt sju dagar väcker funderingar. 8–10 gånger fler sjukfall avslutas dag sju än dag fem, sex, åtta eller nio. En persons bedömning av sin arbetsförmåga i relation till sjukdom är subjektiv och påverkas av

**ANNONS**

**ANNONS**

regler, ekonomiska incitament, önskan att vara hemma och motivation att vara på arbetsplatsen [6].

En minskning av den intygsfria perioden till fyra dagar skulle kunna innebära en stor besparing i sjukförsäkringen. I vissa fall kan detta dock förväntas leda till fler läkarbesök i framför allt primärvården, åtminstone i ett inledande skede. Kostnaden för dessa besök kan dock förväntas balanseras mer än väl av de minskade kostnaderna i sjukförsäkringen. Om man antar att 10 procent av alla sjukfall som nu avslutas den sjunde sjukdagen i stället avslutas den fjärde blir den årliga inbesparingen  $0,1 \times \text{antalet sjukfall avslutade dag 7} (4\,000\,000) \times 3 \text{ inbesparade dagar} \times 452 \text{ kronor} = 5\,400 \text{ miljoner kronor per år}$ .

Dessa åtgärder – införande av en andra karensdag och minskning av den läkarintygsfria perioden från sju till fyra dagar per sjukfall – skulle dessutom kunna ge en inbesparing för arbetsgivarna för sjuklön (eftersom deras kostnad för sjuklöneperioden minskar) med kanske 7,5 miljarder kronor per år. Dessutom minskar kostnaderna för produktionsbortfall, vikariekostnader, etcetera. (Jämför med de nordiska länderna som alla har kortare intygsfri period än Sverige, och i övriga Europa ofta krav på läkarintyg från första dagen.)

## Ökad legitimitet för sjukförsäkringen

Att höja sjukpenningtaket så att socialförsäkringen blir en inkomstbortfallsförsäkring för det stora flertalet är önskvärt. För alltför många fungerar inte försäkringen som det från början var tänkt. De får dålig tackning av inkomstbortfallet vid sjukfrånvaro. Enligt uppgift i dagspressen ligger 40 procent av heltidsanställda LO-medlemmar i dagsläget ovanför sjukpenningtaket.

Risken är stor att det är just denna grupp som har den högsta sjuknärvaron. Fler och fler som har råd tecknar privata kompletterande försäkringar (vilket förekommer även hos lokala fackklubbar). Det medför att tilltron till det allmänna försäkringssystemet riskerar att urholkas. Den allmänna försäkringen är viktig ur fördelningspolitisk synpunkt. Urholkas systemet alltför mycket kommer det på sikt att försvinna.

Att höja sjukpenningtaket leder dock till ökade kostnader. Kostnaden är svårbedömbär, men skulle kunna beräknas utifrån en rad antaganden. Om vi antar att sjukpenningtaket ökas från nuvarande 7,5 basbelopp till 10, att kompensationsgraden är oförändrat 80 procent,

**En möjlig väg att tidigarelägga** rehabiliteringsinsatser vore att använda medel från sjukförsäkringen till sjukvårdsinsatser av olika slag. Patienter kan därigenom snabbare återgå till arbete istället för att passivt vänta i vårdköer.

att medelsjukpenningen för sjukfall i detta intervall är 600 kronor per dag (sjukpenningen vid 10 basbelopp är 800 kronor) och att sjukfrånvaron i intervallet ökar med 10 procent från dagens beräknade 4,4 miljoner sjukdagar per år till 4,84 miljoner sjukdagar, så innebär denna förändring en ökad kostnad i sjukförsäkringen med  $(4,84 - 4,4 \text{ miljoner dagar}) \times 600 \text{ kronor} = 264 \text{ miljoner kronor per år}$ , dvs en i sammanhanget ganska marginell kostnad.

## Bedömning av rätt till sjukpenning

I lagstiftningen finns varierande tolkningar av sjukdomsbegreppet. I lagen om allmän sjukförsäkring anges att »som sjukdom räknas vad som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet räknas som sjukdom, samt vad som enligt vanligt språkbruk bedöms som sjukdom» (AFL, 3 kap, §7–7b). I lagen om arbetskadeförsäkring (LAF) finns inte det närmast »medborgerliga» tillägget (»vad som enligt vanligt språkbruk bedöms som sjukdom») med som bedömningsgrund inom det ersättningsberättigande sjukdomsbegreppet.

Det är viktigt att denna otydlighet i lagstiftningen tas bort, då det framför allt i samband med överklaganden blir problematiskt att bedöma vad samhället accepterar som sjukdom. I de sjukförsäkringsärenden som överklagats till kammarrätten och där denna gått emot tidigare instanser har »sjukdomen» ofta bedömts utifrån det medborgerliga tillägget.

Om medicinska underlag skall gälla för att pröva rätt till sjukpenning bör vetenskap och beprövad erfarenhet vara den enda grunden. Sjukdomsbegreppet som underlag för rätt till sjukpenning bör diskuteras och klarare fastställas. Olika uppfattningar finns bland forskare och kliniker. Att sjukdomsbegreppet bedöms vara diffust och oklart leder till problem för läkarkåren.

## Läkare som intygsutfärdare

Med tanke på komplexiteten vad gäller orsak till arbetsförmåga och svårigheten att fastställa grad av nedsättning av densamma torde en läkare ha svårt att ensam klara detta i alla lägen [9, 10]. Läkare utsätts även för press i konflikten mellan lagstiftningens krav och patientens förväntan [11]. Möjlighet till »second opinion» och medbedömning av särskilda team bestående av flera olika kompetenser borde ingå vid bedömning av oklara medicinska tillstånd.

Även vid sjukskrivning som ett led i

rehabiliteringen borde det för den enskilde intygsutfärdaren vara en självklar rättighet att begära hjälp från andra. En kirurg eller ortopedkirurg skulle aldrig acceptera att utföra operationer utan assistans av andra eller att utan hjälp av ortopedtekniker prova ut proteser. Men när det gäller att utfärda sjukintyg och bedöma rehabiliteringsinsatser anses läkare enligt lagstiftaren som experter utan behov av stöd eller hjälp från annat håll.

Många författare har påtalat att intyg om sjukskrivning huvudsakligen är baserade på patientens önskan och uppfattning om sin arbetsförmåga. Många läkare utfärdar endast få intyg och kan därför ej förväntas upprätthålla kunskande om regelsystemet och om patientens arbetsförhållanden [12], och de har liten erfarenhet av rehabilitering. Men de har ändå möjlighet att utfärda intyg som innebär stora kostnader för samhället och som kan innebära en risksituation för patienten [13].

Utfärdande av intyg för sjukskrivning kräver specifik utbildning. I andra sammanhang uppfattas det som självklart att en läkare skall ha specifik kompetens för att utföra en uppgift. Vikten av samarbete mellan vården och försäkringskassan har poängterats och det har påpekats att statistiken över sjukskrivning visar på brister vad gäller läkarkårens rehabiliteringstänkande och helhetssyn [14].

En utbildning och behörighet i försäkringsmedicin under grundutbildning, allmäntjänstgöring, specialiseringstjänstgöring samt under pågående tjänstgöring som specialist borde vara självklar. I Eskilstuna har sådan utbildning prövats sedan våren 1997 med goda effekter på sjuktal och ohälsotal samt tendens till allt färre överklaganden/besvär [15].

## Tillämpa den biologiska läkningskurvan

Ytterligare ett sätt att minska sjukfrånvaron vore om man bättre tillämpade den biologiska läkningskurvan vid sjukskrivning, t ex genom att successivt trappa ner sjukfall med hjälp av partiell sjukskrivning (3/4, 1/2 och 1/4). De partiella sjukskrivningarnas omfattning utgör i Sverige endast 24 procent av all sjukskrivning, varav den största andelen ligger på 1/2 sjukskrivning [16].

Man kan avsluta sjukfall mitt i arbetsveckan. Arbetsexpositionen ökar gradvis genom att den första veckoslutsvilan kommer redan efter två–tre arbetsdagar. Avkortning av sjukfall med

1–2 dagar utgör erfarenhetsmässigt ingen medicinsk risk och skulle innebära en besparing på flera miljarder kronor per år.

Man kan även använda alternativ till sjukskrivning, till exempel taxiresa till arbetet och alternativa arbetsuppgifter eller hemarbete i väntan på fullständig återhämtning efter t ex en fraktur. Man kan också med fördel använda sig av förebyggande sjukpenning för perioder med återkommande besök hos t ex sjukgymnast, kurator, för bad, massage och hudterapi. Patienten kommer bort från den stigmatiserande sjukrollen.

Sjukskrivning bör alltid villkoras med någon form av samtidiga åtgärder. Så kallad passiv sjukskrivning, dvs i väntan på ytterligare utredning, undersökning eller behandling, eller sjukskrivning med rubriceringen »vila, ute» bör förekomma endast på strikt medicinsk indikation.

Det finns en stor ekonomisk besparingspotential i dessa förslag (ökad partiell sjukskrivning, återgång i arbete på annan dag än måndag och alternativ till sjukskrivning). Den potentiella sammanlagda besparingen rör sig om cirka 10 miljarder kronor per år.

## Nationellt försäkringsmedicinskt råd

Ett nationellt försäkringsmedicinskt råd med uppgift att »kvalitetssäkra» hanterandet av läkarkårens intygsutfärdande vad gäller socialförsäkringsfrågor har nyligen föreslagits [17]. Man kan jämföra detta med Advokatsamfundets disciplinära kommitté, vilken enligt uppgift fungerar utmärkt. Det är viktigt att läkarkåren tar på sig ansvaret att bevaka efterlevandet av gällande lagstiftning, så att professionellt godtycke undviks [18]. Ett råd med denna uppgift kan ha en viktig roll även som ett språkrör gentemot lagstiftande organ och myndigheter för att åtgärda brister i lagstiftningen. Det skulle få betydligt snabbare och bättre effekt än den som enskilda intygsutfärdande läkare kan åstadkomma [19].

## Tidigare intervention i sjukpenningärenden

Bedömning av sjukfallet, det medicinska underlagets korrekthet och utbetalning av sjukpenning kan idag ske först efter att en så kallad »försäkran» från den sjukskrivne om hälsotillståndet kommit till försäkringskassan. Sjukfallet kan då redan vara avslutat, patienten vara tillbaka i arbete och läkarintyget som grund för bedömning av

**ANNONS**

rätt till sjukpenning ha legat i akten mellan tre och åtta veckor.

Den så kallade fördjupade sjukpenningbedömningen, som alltid skall ske hos försäkringsläkaren efter 28 dagars sjukskrivning, äger ofta inte rum förrän dag 50–60 i sjukfallet.

Sjukpenning utbetalas även om det medicinska underlaget är tveksamt eller otillfredsställande, vilket rapporteras från Riksförsäkringsverket vid årliga översyner. Att retroaktivt ifrågasätta rätten till sjukpenning är möjligen otilllåtet och i varje fall etiskt diskutabelt.

Om sjukskrivningen ska avbrytas därför att den inte är berättigad krävs att patienten underrättas (»kommunikation») och ges möjlighet till ytterligare förklaringar etc, vilket ytterligare förlänger en utbetalningsperiod av »felaktig» sjukskrivning. Detta förfarande är djupt otillfredsställande. Ej berättigad sjukersättning kan då ha betalats ut för flera veckors arbetsfrånvaro.

## Sjukskrivningshistoriken och andra faktorer bör bedömas

Regelverket bör snarast ändras så att läkarintyget kan bedömas tillsammans med tidigare sjukskrivningshistorik och andra betydelsefulla faktorer på ett tidigt stadium. Då kunde många »felaktiga» sjukskrivningar, mycket onödigt pappersarbete och mycket lidande för patienten undvikas, och tidiga rehabiliteringsåtgärder insättas.

Reglerna kunde ändras så att patientens försäkrans om sjukdom jämte läkarintyg i normalfallet måste vara inlämnad till försäkringskassan inom två veckor från sjukfallets början, för att kvalificera till sjukersättning från dag 15. Undantag kan göras för de fall där det medicinska tillståndet omöjliggör att tidsfristen kan hållas (intensivvårdsfall, etc).

## Bättre incitament till kostnads kontroll

En möjlig väg att tidigarelägga rehabiliteringsinsatser vore att använda medel från sjukförsäkringen till sjukvårdsinsatser av olika slag, t ex operationer. Patienter kan därigenom snabbare återgå till arbete istället för att passivt vänta i vårdköer. Systemet har prövats [20] med positivt resultat i form av förbättrad hälsa, tidigare arbetsåtergång och lägre totala kostnader.

Det innebär ett gemensamt finansieringsansvar för sjukvård och sjukförsäkring från sjukvårdshuvudmännen och försäkringskassan. Det skulle ge ett incitament till att minska vårdköerna

och därigenom eliminera en väsentlig orsak till sjukfrånvaro.

I dagsläget finns heller inget ekonomiskt incitament för den lokala försäkringskassan (eller sjukvårdshuvudmännen) att minska sjukskrivningskostnaderna i samhället. Eventuellt minskade kostnader går den lokala försäkringskassan förbi, och ökade kostnader tas ur statskassan.

En lokal försäkringskassa och en sjukvårdshuvudman som med ändamålsenliga och etiskt acceptabla metoder – t ex försäkringsmedicinsk utbildning till läkarkår och handläggare, tidiga och aktiva rehabiliteringsinsatser samt integrerat samarbete med vården – åstadkommer ett lägre sjukfall än genomsnittet i riket har uppenbart en högre precision i användandet av de försäkringsmedicinska instrumenten än andra, och bör belönas för detta.

## Sverige ligger i topp

Sverige har högre sjukfrånvaro och högre kompensationsgrad vid sjukdom än många andra västeuropeiska länder. Kostnaderna för sjukförsäkringen skenar sedan snart två år. Det är viktigt att hushållningen med gemensamma resurser är optimal. De här skissade åtgärdsförslagen har en inbesparingspotential på cirka 16–17 miljarder kronor per år. Till detta kommer potentiella produktionsvinster på arbetsplatserna och minskade kostnader såsom uppträning av vikarier.

Vi kan inte se att våra åtgärdsförslag har några påtagliga negativa effekter. Sjukskrivning har lika potenta sidoeffekter som läkemedel och måste därför användas på ett kompetent sätt. En ökad precision i användningen av sjukförsäkringsinstrumentet är nödvändig inte bara av ekonomiska skäl utan framför allt för patientens bästa.

## Referenser

- Mikaelsson B, Arrelöv B, Melander H, Norrmen G, Olsson B, Sjöberg I et al. Varför ökar sjukfrånvaron? Läkartidningen 1999; 39: 4160-2.
- Mikaelsson B, Arrelöv B, Melander H, Norrmen G, Olsson B, Sjöberg I et al. Hur kan problemen med den ökande sjukfrånvaron minska? Läkartidningen 2000; 97: 1576-8.
- Westrin CG. Sjukskrivning – sjukvård i skymundan. Socialmedicinsk tidskrift 1981; 9: 507-15.
- Stone DA. Physicians as gatekeepers: illness certification as rationing device. Public Policy 1979; 27: 227-54.
- Blank N, Diderichsen F. Short-term and long-term sick-leave in Sweden: relationships with social circumstances, working

conditions and gender. Scand J Soc Med 1995; 23: 265-72.

- Ås D. Absenteeism – a social fact in need of a theory. Acta Sociol 1962; 6: 278-86.
- Thörn Å. Nya regler för sjukpenning och sjukpension: Antikverat sjukdomsbegrepp hotar vår trovärdighet. Läkartidningen 1997; 94: 3007-8.
- Timpka T, Hensing G, Alexandersson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. Eur J Public Health 1995; 5: 215-9.
- Hartvig P. Sykdoms og uføresbegrepet i folketrygden. Tidsskr Nor Laegeforen 1989; 109: 2316-8.
- Vällfors B. Acute, subacute and chronic low back pain: clinical symptoms, absenteeism and working environment. Scand J Rehabil Med Suppl 1985; 11: 1-98.
- Getz L, Westin S. Innstramningar i uförespensionen – legers syn på loveendingen. Tidsskr Nor laegeforen 1993; 113: 2133-6.
- Mayhew HE, Nordlund DJ. Absenteeism certification: the physicians role. J Fam Pract 1988; 26: 651-3.
- Sihm H. Den sjukskrivande läkarens ansvar. Tidig rehabilitering, aktiv sjukskrivning. Läkartidningen 1994; 91: 340-1.
- Olesen C. Nya signaler inom socialförsäkringen II: Kortare sjukskrivningar viktigt mål för läkarna. Läkartidningen 1995; 92: 1059-60.
- Mikaelsson B, Olofsson C. Högt tid att inrätta ett försäkringsmedicinskt råd? Läkartidningen 1999; 35: 3647.
- 4:e septemberundersökningen av pågående sjukskrivningar. Riksförsäkringsverket, dnr 9161/99-430. Stockholm: RFV, 1999.
- Mikaelsson B. Individualiserad utbildning i försäkringsmedicin. Manuskript.
- Hatland A. Rettigheter og skjønn ved fordeling av velferdsgoder. Lov og rett 1993; 120.
- Syde A. Medisin og jus, ild og vann? Tidsskr Nor Laegeforen 1993; 113: 369-70.
- FINSAM 1993–1996. En slutrapport. Finanssiell samordning 1997:1. Riksförsäkringsverket, Stockholm 1977.

*Rättelse:* I 15/00 (sidorna 1869-70) blev en författarpresentation ofullständig. Acek Hallén är f d chefsläkare och klinikchef vid medicinkliniken i Säffle, och har också arbetat mycket med sjukvårdsfrågor, såväl för landstinget som på riksnivå.

*Red*