

Holländsk sjukförsäkring – offentligt system i privat regi

Sex SFF-stipendiater reste i våras till Holland för att under tre dagar studera det nya sjukförsäkringssystemet. Här redovisar de sina iakttagelser. Artikeln avslutas med en kort jämförelse med det svenska systemet.



Glada stipendiater. Från vänster Peter Hjärneby, Niklas Forslund, Ritva Elg, Per Täckenström, Peter Cornelius och Elisabeth Clason.

1. Reformeringen av sjukförsäkringssystemet

Hollands sjukförsäkringssystem omfattar ett stort antal lagar och bestämmelser. Enligt lag måste alla medborgare vara inskrivna i sjukförsäkringssystemet. Detta är även obligatoriskt för utländska medborgare som arbetar och betalar skatt i Holland. Undantagna är egna företagare, som är tvungna att själva ombesörja sitt försäkringsskydd.

Under 1990-talet har det holländska systemet genomgått ett flertal förändringar som

inneburit att staten gradvis dragit sig ur systemet så att anställda och företag fått bära ett allt större ansvar. Skälen till förändringarna var dels ekonomiska, dels demografiska då en åldrande arbetskraft skulle innebära ytterligare påfrestningar på systemet.

I början av 1990-talet ökade sjukfrånvaron dramatiskt och antalet förtidspensioneringar steg kraftigt. 1993 uppgick antalet förtidspensionerade till 921 000, vilket i europeisk jämförelse var en mycket hög siffra med tanke på att Hollands totala arbetskraft då endast uppgick till drygt 7 miljoner personer.

Förtidspension utgick till personer som varit sjuka i minst ett år. Drygt 80 000 personer övergick årligen i förtidspension samtidigt som återgången till arbete var låg.

Genom kollektivavtal, vilket de allra flesta anställda omfattades av, upphävdes karensdagssystemet så att sjukersättning utgick från första sjukdagen. Dessutom var ersättningen i det närmaste 100-procentig under hela första året med arbetsförmåga.

Systemet innebar en bristfällig stimulans till återgång i arbete och arbetsgivarna samt de sociala myndigheterna ansågs inta ett passivt förhållningssätt till problemen.

Detta förhållande tvingade den holländska staten att ändra både socialförsäkringens system och administration.

En rad förändringar har vidtagits som har inneburit att en helt monopolistisk och reglerad marknad ersatts av en avreglerad marknad, där privata försäkringsgivare fritt konkurrerar om företagens möjligheter att försäkra sina anställda.

Som exempel på några förändringar kan nämnas:

- Definitionen av restarbetsförmåga skärptes. Före reformen behövde en person endast acceptera arbetsuppgifter, vilka överensstämde med utbildning och tidigare arbetsuppgifter. I och med reformen blev individen tvungen att acceptera vilken anställning som helst om restarbetsförmåga förelåg. Detta påverkade antalet återinträden på arbetsmarknaden markant. Framför allt gällde detta fall där ej full ersättning utgick. De nya reglerna berörde även individer som vid 1993 års reform var arbetsoförmögna när deras ärenden omprövades.
- De äldre reglerna, som innebar lönerelaterad ersättning utan tidsbegränsning, ersattes av en kortsiktig lönerelaterad ersättningsperiod följd av en period med lägre ersättningsnivåer relaterade till individens ålder och antal arbetsår.

- Sjukförsäkringen privatiserades och en konkurrensutsatt marknad uppstod i syfte att kompensera det glapp som uppstod vid ändringen i ersättningsnivå från det gamla till det nya systemet.
- 1994 blev arbetsgivarna skyldiga att själva täcka de 6 första månaderna av en sjukperiod. 1997 utökades denna tid till 12 månader.

2. Marknaden

Under de senaste 10-15 åren har det skett en tämligen stor förändring i den holländska försäkringsindustrins förutsättningar och marknad. 1990 fanns 385 sakbolag, 96 livbolag och 1 142 pensionsfonder.

I dag omfattar den holländska försäkringsindustrin ca 1 000 sakbolag och drygt 200 livbolag. Antalet pensionsfonder är ungefär oförändrat. Antalet försäkringsanställda har sedan 1990 ökat med 10 procent från ca 38 000. Mellan 1990 och 1997 var premietillväxten i sakbolagen 62 procent. I livbolagen var motsvarande tillväxt 80 procent och i pensionsfonderna 46 procent. Under samma period steg bruttonationalprodukten med 66 procent.

Delar av socialförsäkringen är privatiserad. På flera sätt är dock förutsättningarna för dessa icke offentliga företag begränsade, t ex för grundläggande sjukvårdsförsäkring som erbjuds via privata företag. Eftersom National Health Tariffs Authority bestämmer både maximal premienivå och tak för behandling-kostnaden kan förutsättningen för att skapa en vinstgivande produkt anses vara begränsad. Incitament för att delta finns ändå; företagen konkurrerar genom erbjudanden om heltäckande service och söker skapa vinster genom korsförsäljning. Åtta företagsgrupper, såväl ömsesidiga som andra, kontrollerar 80 procent av marknaden för grundläggande sjukförsäkring.

De senaste årens förändringar har lett till möjligheter till individuella val, medvetenhet om kostnader och förmåner och en reducering av ökningstakten i de offentliga kostnaderna.

Ansvar för tillsynen över försäkringsindustrin har Verzekeringkamer. I Holland finns dessutom särskilda ombudsmän som tar emot klagomål från försäkringstagarna. Klagomål på försäkringsbolagen är dock sällsynta.

Mer än 50 procent av försäljningen sker via mäklare. En stor andel av dessa arbetar med både sak- och livförsäkring, likaväl som med privat och företagsbetald försäkring. Det finns mer än 11 000 registrerade mäklare/agenter varav nästan 500 har fler än tio anställda. Ett antal av de fristående mäklarna/agenterna är direkt eller indirekt ägda av försäkringsbolag.

Den ökade efterfrågan på privatmarknaden beror på högt skattetryck och reduceringar i socialförsäkringssystemet. Längre förväntad livslängd kombinerad med ökning av BNP och fortsatta reduceringar i socialförsäkringen tros leda till en fortsatt ökad efterfrågan.

Inför framtiden finns förväntningar på fortsatta förändringar i socialförsäkringssystemet. Planer finns på att höja pensionsåldern från 65 till 67 år. Frågan är dock politiskt känslig. En annan fråga som diskuteras är att privatisera arbetslöshetsförsäkringen. Detta kommer att skapa ny efterfrågan och nya möjligheter för de holländska försäkringsbolagen och deras försäljningskanaler.

3a. Produkterna

Sjukpenning

När en anställd på grund av sjukdom eller annan skada inte kan utföra sina arbetsuppgifter har den anställde rätt till sjukpenning¹. I Holland har arbetsgivaren ansvar för att betala ut sjukpenning och kostnader för rehabilitering under 52 veckor². Under denna period är den lagstadgade ersättningen 70 procent av den anställdes lön³ efter två ka-

rens dagar. Många arbetsgivare väljer att fylla ut sjukpenningen enligt överenskommelse i kollektivavtal. Arbetsgivaren kan då välja att fylla ut sjukpenningen upp till 100 procent och/eller välja om den anställda skall erhålla 1–2 karensdagar eller ingen alls. För närvarande sker utfyllnaden antingen genom en löneförmån eller genom ett löneavdrag. Förhoppningsvis kan därmed den anställda ha goda förhandlingsmöjligheter att själv finna ett bra skydd.

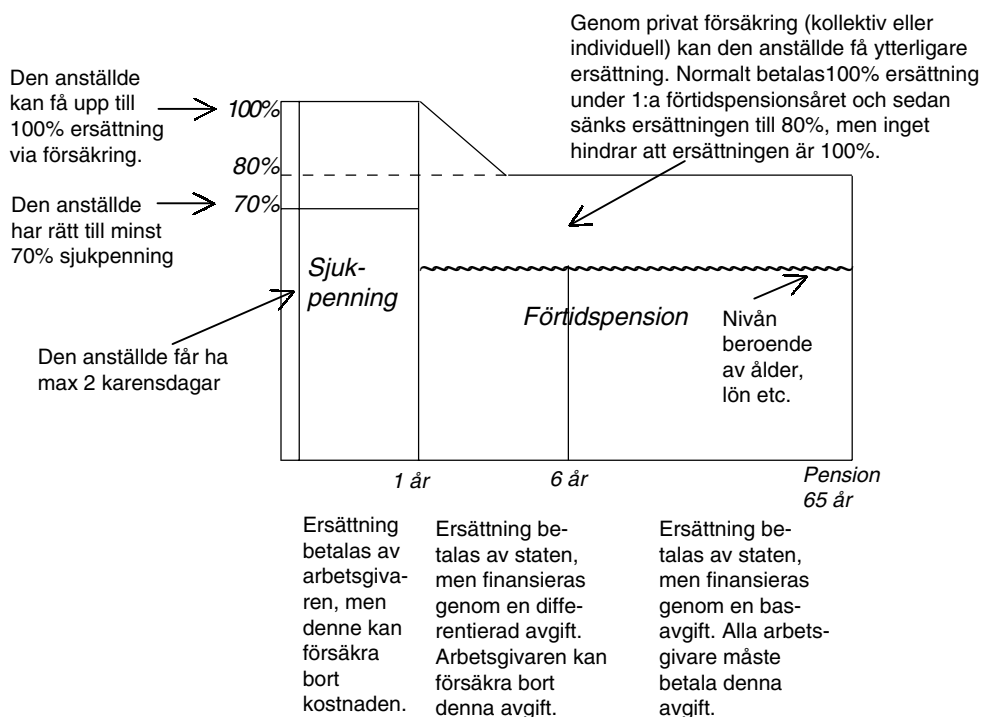
Arbetsgivaren kan stå för sjukpenningkostnaden, men kan också välja att försäkra bort den. Väljer arbetsgivaren att försäkra bort kostnaden gäller för det mesta en karenstid på 2 veckor (små företag, färre än ca 15 anställda) eller 6 veckor (stora företag, fler än ca 15 anställda). Men arbetsgivaren kan förhandla sig till andra karenstider – eller ingen karenstid alls – ifall ett försäkringsbolag godkänner detta. Arbetsgivaren kan också välja att stå för en viss kostnad själv och då betalar försäkringsbolaget allt över det grundbelopp som parterna bestämt. Normalt väljer arbetsgivaren att ta den genomsnittliga kostnaden som bolaget har för sjukpenning och försäkrar upp resten.

Kostnaden för arbetsgivaren varierar naturligtvis beroende på vilket alternativ han väljer. Väljer en arbetsgivare att själv stå för en viss grundkostnad ligger premien normalt mellan 0,9–2,5 procent av den totala lönesumman. Väljer han i stället exempelvis två veckors karens och att de anställda skall få 70 procent av lönen blir kostnaden ungefär 2 procent av den totala lönesumman. Kostnaden kan uppgå ända till 10 procent beroende på yrke, stor sjukfrånvaro, åldersgenomsnittet och antalet anställda.

Förtidspension

När den anställde varit sjuk i mer än 52 veckor utbetalas förtidspension⁴. Utbetalning av ersättning och kostnad för rehabilitering ansvarar nu staten för. För att täcka kostnaderna för

Schematisk skiss över det nya sjukförsäkringssystemet



detta betalar arbetsgivarna en obligatorisk basavgift. Avgiften är densamma för alla arbetsgivare och täcker kostnaderna för dem som får sin arbetsförmåga nedsatt i mer än fem år. I statens ersättningssystem har också införts en differentierad arbetsgivaravgift, som skall täcka kostnader för förtidspension under de fem första åren. Avgiften är beroende av hur många av de anställda som fått sin arbetsförmåga nedsatt. Således betalar de arbetsgivare som har en större andel med nedsatt arbetsförmåga än riksgenomsnittet en högre avgift och de som har en lägre andel en lägre avgift⁵. Arbetsgivare som har anställda med nedsatt arbetsförmåga får viss kompensation i form av premiereduktion.

Den differentierade avgiften är inte obligatorisk. Arbetsgivaren kan således välja att bära risken själv eller försäkra bort den via en privat försäkring.

Ersättningen till de anställda delas in i två steg. Steg 1 är beroende av ålder⁶, aktuell lön och grad av arbetsoförmåga. För att få ersättning krävs minst 15 procent arbetsoförmåga. För maximal ersättning krävs minst 80 procent arbetsoförmåga samt att man fyllt 58 år. Den anställde får då en förtidspension motsvarande 70 procent av lönen⁷. Om den anställde fortfarande inte kan arbeta efter ersättningen från steg 1, utgår ersättning enligt steg 2. Denna ersättning kan utbetalas fram till 65 år och ersättningen är beroende av ålder, hur länge man arbetat och skillnaden mellan aktuell lön och minimilönen i Holland⁸. Formeln för att räkna ut denna ersättning är mycket komplicerad, men generellt kan sägas att en anställd som blir förtidspensionerad mellan 25-35 år får ca 40 procent av lönen, en anställd som blir förtidspensionerad mellan 35-45 år får ca 50 procent och en anställd som

förtidspensioneras mellan 45-55 år får ca 60 procent. Maximal ersättning, ca 70 procent, kan en anställd uppnå efter fyllda 55 år.

Eftersom denna ersättning är begränsad, speciellt för yngre personer, har den anställda förhoppningsvis via sin arbetsgivare ett utökat skydd och/eller en privat försäkring.

Rätten till förtidspension omprövas vart tredje år.

Sjukvårdsförsäkring

Sjukvården i Holland är i princip fri, inklusive mediciner. Sjukförsäkringen⁹ omfattas av alla anställda, som tjänar under en viss nivå, samt make/maka och barn. Den betalas i form av inkomstrelaterade premier, som betalas av både arbetsgivare och anställd. Ligger lönenivån över denna gräns, måste man komplettera med privat försäkring.

Sjukvårdsförsäkringen¹⁰, som omfattar alla som bor i Holland, betalar bl a långvarig sjukdom, psykisk sjukdom, institutionsvård, mycket dyra operationer etc. Sjukförsäkringen kan kompletteras med en privat försäkring, som ger tillgång till litet ”lyxigare” vård – eget rum, fritt val av sjukhus/läkare/specialist, dyrare mediciner än de som är listade som normalprissatta för en viss åkomma, alternativa behandlingar och mediciner samt tandläkarkostnader. 63 procent av befolkningen omfattas av sjukförsäkringen, 31 procent har privata försäkringar och 6 procent har en försäkring som omfattar statligt anställda.

3 b. Hälsoprövning och premiesättning

Hälsoprövning

Riskbedömningen inför tecknande av sjukförsäkring är enkel. Det sker ingen.

Anledningen är att de obligatoriska försäkringarna har kollektiv- eller gruppanslutning. Alla som har arbete ska vara med – i regel omfattas även make/maka och barn. Hälsoprågor ställs inte. Man får inte ens vid anställ-

ning kräva läkarundersökning eller kontrollera hälsostatus. Detta för att motverka den tendens som fanns då det ettåriga betalningsansvaret vid sjukfrånvaro infördes, när arbetsgivarna inte ville anställa personer t ex med kroniska sjukdomar eller hög sjukfrånvaro.

Vissa begränsningar finns dock för tillträde till försäkringen. Man måste vara fast anställd och man får inte komma in under pågående sjuk- eller skadefall. Det krävs att man varit tillbaka i arbete minst fyra veckor, innan man får gå in i försäkringen. Detta innebär att 2-3 procent får avslag på dessa grunder.

Premiesättning

Försäkringsbolagen försöker parera ett sämre riskurval med differentierade premier, där ålder är en tungt vägande faktor. Kostnaderna, både i form av frånvaro och vårdkostnader, stiger brant efter 50 års ålder. Andra faktorer som räknas in är kön, handikapp/arbetsoförmåga/hög sjukfrånvaro, riskfaktorer i arbetet och regionala skillnader i sjukfrånvaro. Stora kollektiv/grupper är en förutsättning för att kunna bära även sämre risker. De stora bolagen kan bära detta. Effekten har blivit att bolag går samman eller slås ut. Särskilt sjukersättningen under ett år efter de första 6 eller 12 veckorna är en dålig affär för bolagen. Avtalen mellan försäkringsbolag och företag gäller i regel 3-5 år innan ny upphandling eller omförhandling sker.

Premiehöjningar är ett annat sätt att parera ett dåligt riskurval. Den hårda konkurrensen och många regler som styr hur stora höjningar och premier man får ta ut gör dock att man oftast inte kan ta ut de faktiska kostnaderna, utan affären går med förlust. Många bolag drar sig ur marknaden, eller behöver höja premierna med 50-100 procent för att gå runt. Ökade sjukvårdskostnader och dyrare behandlingar samt ökade krav från patienterna på mer avancerade behandlingar driver också upp kostnaderna, liksom en åldrande befolkning. Förhållandena är alltså desamma som i

Sverige i detta avseende.

Försäkringsbolagen kontrakterar ofta sjukvårdsgivare i syfte att pressa kostnaderna. Detta begränsar den sjukas frihet att själv välja vårdgivare. Alla vårdgivare får dock inte vara med i systemet. Det finns ett speciellt råd, där även redan "godkända" vårdgivare ingår, som bestämmer vilka som får listas bland möjliga vårdgivare. Detta måste ses som en begränsning av konkurrensen, samtidigt som det ju är en kvalitetsgaranti.

Företagshälsovård är obligatorisk, med kontrakterad läkare. Man satsar ändå inte tillräckligt på förebyggande hälsovård, trots att man vet att det åtminstone på sikt kan minska antalet försäkringsfall. Incitamentet att få personal tillbaka i arbete så snabbt som möjligt genom aktiv rehabilitering (som var ett av huvudskälen till reformen och den långa ansvarstiden för arbetsgivare vid sjukdom) finns väl uttalad, men många menar att det fungerar dåligt. Bristande information och dålig samordning mellan olika vårdinstanser är de främsta skälen. Täta omprovningar av sjukersättning och sjukpension är ett annat sätt att få tillbaka folk i arbete, men det fungerar inte fullt ut det heller. Man har en mycket flexibel trappa för återgång till arbete, med nivåskillnader på 5 procent i taget. Man kan t ex pröva att gå tillbaka till arbetet med t ex 60 procent eller 15 procent (lägsta gränsen) osv efter sjukdom. Klarar man det inte, höjer man nivån igen. I Sverige har vi fyra steg, 100, 75, 50 eller 25 procents sjukskrivning. Det är i en snabbt insatt och bra rehabilitering, someventuella vinster finns att hämta både för arbetsgivare och försäkringsbolag. Arbetsgivarna får skatte- eller premielättnader om de anställer personal på deltid, t ex på grund av handikapp eller sjukbidrag.

Skattefinansierade fonder tar hand om de riktigt dyra behandlingarna eller kostnaderna, vilket också kan begränsa försäkringsbolagens åtaganden. Det kan t ex gälla extremt dyra operationer, sjukdom som varar

mer än ett år, institutionsplaceringar etc. Många av de "mentala" åkommorna hamnar i denna grupp. Det gäller t ex utbrändhet och andra stressrelaterade sjukdomar, som kan vara svåra att rehabilitera. Dessa är ett problem idag, även i Holland, särskilt inom vissa yrkesgrupper.

4. Erfarenheterna

Sedan i början av 1990-talet, när förändringsarbetet påbörjades, har den totala sjukfrånvaron under sjuklönetiden sjunkit. Nybeviljade ersättningsfall med förtidspension nådde en topp under 1990/91 då ca 115 000 nya fall beviljades per år.

Holland hade fram till 1993 – liksom Sverige – haft stora problem med sjukfrånvarons utveckling och det ökade antalet förtidspensioneringar. Man talade om "the Dutch Disease" som benämning på den explosionsartade ökningen av förtidspensioneringar.

1970 uppgick antalet personer berättigade till någon form av socialt stöd till cirka 215 000. Tjugo år senare hade antalet stigit till 881 000. Om inget åtgärdsprogram vidtogs befarades miljonstrecket nås bara något eller några år senare. Ovan beskrivna åtgärds paket och reformer har sedan implementeringen kraftigt påverkat och vänt den tidigare negativa trenden. Under 1997 återanställdes t ex 17 000 st förtidspensionerade. Antalet personer som mottog någon form av socialt stöd har under de senaste åren stadigt minskat. 1999 var siffran nere i en nivå på 444 000 personer. För år 2000 tros siffran stanna på omkring 405 000. Tilläggas bör att Holland för närvarande befinner sig i ekonomisk tillväxtperiod med låg arbetslöshet, vilket troligen bidrar till de förbättrade siffrorna. Socialförsäkringens reformering i sig har också påverkat ekonomin till det bättre.

Enligt en nyligen sammanställd OECD-rapport mår holländarna för närvarande bra. De anses ha en god levnadsstandard och ett

väl utbyggt socialt försäkringsskydd. Bland annat är läkarbesök och de flesta mediciner fortfarande helt gratis. Medellivslängden ökar och är för män beräknad till 74 år och 80 år för kvinnor. Barndödligheten är, som i Sverige, låg. Samtidigt visar rapporten på en ökad efterfrågan på sjukvård och att denna inte kan tillgodoses fullt ut inom landet. Som holländsk medborgare står emellertid sjukvården inom hela EU till den enskildes förfogande.

Den önskade effekten med reformen har emellertid uteblivit inom vissa områden. Bland annat har antalet långtidssjukskrivningar inte sjunkit i förväntad omfattning, även om sjukfrånvaron har halverats under en tioårsperiod. Från att i början på 1990-talet ha legat på ca 9 procent befinner den sig sedan ett år tillbaka på 4-procentsnivån. En bidragande orsak till detta kan vara arbetsgivarens mer noggranna urval av arbetskraft, då denne är skyldig att betala lön under de första 52 veckornas sjukdom, se ovan. För att motverka detta och underlätta de långtidssjukskrivnas återinträde på arbetsmarknaden infördes 1 januari 2000 en skattelättnad för arbetsgivare som anställer en tidigare långtidssjukskriven person.

Några konflikter mellan arbetstagar och arbetsgivare verkar inte ha uppstått till följd av de nya lagarna. Däremot pågår en diskussion om företagshälsovårdens roll och brist på opartiskhet; man anser att denna endast stödjer arbetsgivarna.

Kostnaderna för arbetsgivarna har generellt sett minskat. Lägre sjukfrånvaro och lägre avgifter är orsakerna till denna utveckling. Även de anställda har visat sig positiva till de nya reglerna. Trots god efterfrågan på arbetskraft blir det allt svårare att placera människor med nedsatt arbetsförmåga. En handikapplagstiftning liknande den i USA har ansetts nödvändig och har också införts. Den innehåller bl a bidrag till att anställa en handikappad person. Åtgärderna har ännu inte gett någon märkbar effekt.

Framtiden

Det finns en oro för vad som kommer att hända när konjunkturen vänder nedåt. Sjuklönen bedöms ha inneburit att fler och fler tvingats säga upp sig och att allt fler blir tillfälligt anställda.

Scenariot för den närmaste framtiden är att ytterligare effektivisera genomförda förändringar. Några nya direktiv eller ändrade nivåer i socialförsäkringen är inte planerade. För att undvika att t ex sjukfrånvaron återigen börjar stiga kommer istället olika åtgärds- och stimulansprogram att sättas in. Ett exempel är riktat finansiellt stöd till arbetsgivare för återanställning och preventiva arbetsmiljöåtgärder.

Andra områden som anses viktiga att beakta inför framtiden är bl a de åldersrelaterade hälsoriskerna, försäkringsbolagens hantering av risker och premienivåer. Avsikten är också att bibehålla den nationella äldrevårdsförsäkringen, det dualistiska systemet med statlig och privat försäkring för sjukvård och en frivillig försäkring för den mindre nödvändiga vården, inklusive tandvård.

5. En modell för Sverige?

I Sverige pågår för närvarande en utredning om bl a varför sjukfrånvaron och utgifterna för sjukförsäkring stiger. Utredningen skall försöka identifiera vad som är avgörande för sjukpenningförsäkringens kostnadsutveckling och även analysera arbetsmiljöaspekterna i förhållande till sjukfrånvaron. Utredningen skall vara klar i december 2000, men har under sommaren lagt fram ett delbetänkande. I samband med utredningsarbetet har även ett antal utvecklingsmöjligheter diskuterats i syfte att väcka debatt och få in synpunkter inför slutbetänkandet.

Utvecklingsmöjligheter

Sjukförsäkringsutredningen har presenterat ett antal utvecklingsmöjligheter i det nuva-

Några jämförelser mellan Sverige och Holland. (Uppgifterna avser 1999)

	Holland	Sverige
Antal invånare	15,5 Milj.	8,5 Milj.
Sjukfrånvaro	5%	4,5%
Antal förtids- pensionerade	904.000	425.000
Ökning av förtids- pensionsfall/år	13.000	3.000
Avgifter för sjukförsäkringen	10,25%	8,5%
Medellivslängd		
män	?? år	?? år
kvinnor	?? år	?? år

rande systemet som grund för diskussion och nya infallsvinklar inför den slutgiltiga rapporten.

Dessa är bl a:

- Sjuklöneperioden förlängs till två månader. Det har visat sig att 70 procent av alla sjukfall avslutas inom 60 dagar, och stora administrativa vinster kan uppnås hos försäkringskassan om ansvaret för dessa korta sjukfall läggs hos arbetsgivaren.
- Arbetsgivarens avgift för sjukförsäkringen, som för närvarande är 8,5 procent av lönen, sänks som kompensation för att arbetsgivaren ersätter sjukpenningen under 60 dagar i stället för 14 dagar.
- Arbetsgivaren har under sjuklöneperioden, som nu, tillsammans med behandlande läkare det fulla ansvaret för "sjukskrivning" under sjuklöneperioden.
- Arbetsgivaren erlägger en självrisk i form av en begränsad sjuklön också under resten av sjukskrivningstiden.
- Högkostnadsskydd införs för småföretag.
- Arbetsgivare och läkare i samråd med den försäkrade skall omedelbart informera försäkringskassan om behov föreligger av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser.

- Företagshälsovården stärks.
- Försäkringskassan skall snarast bedöma om ett anmält sjukfall behöver utredas djupare. En sådan djupare och bredare bedömning bör ske med hjälp av en teamuppbyggd verksamhet som uppfyller fastställda kvalitetskriterier.
- Den försäkrade med behov av rehabilitering garanteras personligt anpassade insatser och för att detta skall kunna uppnås, skall försäkringskassan ha en skyldighet att planera rehabiliteringen i god tid.
- Sjukskrivningsperioden tidsbegränsas till tolv månader för att påskynda och skärpa försäkringskassans utredning och bedömning av behovet av mera långsiktiga rehabiliteringsbehov för den försäkrade.
- I god tid före sista dag för rätt till sjukpenning skall försäkringskassan göra en utredning/bedömning om hur sjukpenningens perioden skall avslutas.
- Efter sjukskrivningsperioden kan sjukpenningen ersättas av månatlig sjukersättning vid fortsatt medicinsk rehabilitering eller månatlig rehabiliteringslön eller lönebidrag vid fortsatt arbetslivsinriktad rehabilitering.

Dessa punkter syftar till att försäkringskassan tidigare och med mera kraftfulla åtgärder skall kunna planera rehabilitering av dem som har en sjukskrivningsperiod på mer än 60 dagar, i stället för att som nu ägna alltför mycket administration åt de kortare fallen. Eftersom sjukskrivningsperioden begränsas till tolv månader, måste försäkringskassan snabbare utreda rehabiliteringsbehovet hos den sjukskrivne.

Under de år som man har tillämpat de nya reglerna om sjukförsäkring i Holland, har antalet långtidssjukskrivna inte sjunkit, trots att detta var ett av syftena med reformen. I och med att man förlängde tiden för arbetsgivarens ansvar, avsåg man att arbetsgivaren skulle sätta in rehabiliteringsåtgärder för att snabbt

bare få tillbaka den anställde i produktion. Man lade också ett större arbetsmiljöansvar på arbetsgivaren.

I den svenska utredningen är tankegångarna något annorlunda. Dels är arbetsgivarens ansvarstid kortare, dels är syftet ett annat, nämligen att avlasta försäkringskassorna från administrativt arbete för att i stället finna rehabiliteringslösningar för de långtidssjukskrivna.

Konsekvenserna för arbetsgivarna blir emellertid desamma som i Holland, nämligen att ett större ansvar läggs på arbetsgivaren som därmed inte vågar anställa personal med större sjukdomsrisk

Om detta skall kunna fungera i Sverige, måste arbetsgivarna få hjälp med rehabilitering av de sjukskrivna och den sänkta arbetsgivaravgiften måste täcka de merkostnader som uppstår.

Sjukdomsfrekvensen kommer inte att sjunka och de korttidssjukskrivna kommer inte att bli friska fortare. Däremot kan de långtidssjukskrivna bli färre och få en snabbare återanpassning till yrkeslivet.

Källor

Olika vägar att reducera förtidspensioneringen i Holland och Sverige. Rapport nr 19, 2000, Värmlands läns allmänna försäkringskassa.

Besök hos

Assurantiekantoor Evers B.V
Ministry of Social Affairs and Employment
Nationale Nederlanden (NBVA)
Verbond van Verzekeraars in Nederland
Verzekeringskamer
Zorgverzekeraars Nederland

Noter

- ¹ I Holland görs ingen skillnad mellan arbetsrelaterade och icke arbetsrelaterade skador och sjukdomar. Sjukpenningssätt, ersättningsnivåer och ersättningsperiodens längd är densamma oavsett orsak.
- ² Arbetsgivarens skyldighet framgår av Sickness Benefits Act (ZW).
- ³ Upp till ett belopp av NLG 319,06 (ca 1270 kr) per dag.
- ⁴ Enligt Disablement Benefits Act (WAO).
- ⁵ Riksgenomsnittet får man fram genom att dividera den totala lönesumman som samtliga företag i Holland betalar med den totala kostnaden för de förtidspensioner som betalas ut.
- ⁶ Exempelvis 6 månaders ersättning om den anställde är mellan 33-37 år och 6 års ersättning om den anställde har fyllt 58 år.
- ⁷ Upp till ett belopp av NLG 319,06 (ca 1270 kr) per dag.
- ⁸ Minimallönen är för närvarande NLG 2 450 (ca 9 800 kr) per månad.
- ⁹ Enligt Health Insurance Act (ZFW).
- ¹⁰ Enligt General Act on Exceptional Medical Expenses (AWBZ).