



KOMMISSIONEN
FÖR SKATTENYTTA

8 DECEMBER 2022

Skattenytta i sjukförsäkringen – en illa ställd diagnos?

BERTIL THORSLUND OCH ANN-MARIE BEGLER

– EN RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN FÖR SKATTENYTTA –

Vad får vi för pengarna?

Förord

Under hösten 2021 tog jag initiativet till bildandet av Kommissionen för Skattenytta. Bakgrunden till detta var mina funderingar kring hur vi använder våra gemensamma resurser. Jag ställde mig frågan – hur kan vi få vi mer nytta för varje skattekrone? Det är den fråga som kommissionen arbetar med.

Kommissionen presenterar löpande analyser av hur våra gemensamma resurser används och undersöker vilken effektiviseringspotential som finns inom ett antal olika områden. Vi granskar flera av de offentligt finansierade verksamheterna och då särskilt de som medborgarna ser som de mest prioriterade. Det handlar bland annat om äldreomsorg, sjukförsäkring, sjukvård och skola.

Denna rapport om skattenytta i sjukförsäkringssystemet fokuserar på de långa sjukfallen och sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser. Sjukskrivning är ett stort problem för såväl samhället som den enskilde. Det gäller särskilt de långa sjukfallen. Samhällets kostnader för sjukskrivningarna beräknas uppgå till över 600 miljarder. Försäkringskassans kostnader beräknas uppgå till 42 miljarder 2026. Detta kan jämföras med kostnaden för 2010 som då uppgick till 17 miljarder. Dessa kraftiga variationer kan inte förklaras av förändringar i folkhälsan eller andra tydliga yttre faktorer. Det är inte bara stora variationer över tid utan även mellan länen.

Vi bör ställa oss frågan hur sjukförsäkringen kan utvecklas så att den blir långsiktigt låg och stabil. Det finns en rad åtgärder som kan vidtas för att minska sjuktalen och då särskilt de långa sjukskrivningarna. Det skulle leda till bättre skattenytta.

Välkomna att vara med på resan!

Leif Östling
Grundare och ordförande
Stockholm september 2022

För ytterligare information om våra aktiviteter hänvisas till www.skattenytta.se.

Om rapportförfattarna

Rapporten är sammanställd av Bertil Thorslund, tidigare analytiker på Försäkringskassan och Ann-Marie Begler, före detta generaldirektör på Försäkringskassan.

Innehåll

Sammanfattning.....	5
1. Inledning.....	10
2. Fler försök för att minska sjuktalen.....	15
3. Stora regionala variationer.....	20
4. Vad styr bedömningen av sjukskrivningarna?.....	26
5. Identifiera riskfallen.....	30
6. Omfattande kostnader – förändringar behövs.....	32

Sammanfattning

Syftet med sjukförsäkringen är att kompensera för inkomstbortfall vid arbetsförmåga som orsakas av sjukdom. Genom sjukförsäkringen ska den enskilde få möjlighet att tillfriskna i lugn och ro innan återgång till arbetslivet. Att sjukskrivningar är ett stort problem för samhället är inget nytt utan har belysts på flera sätt under många år. Dels handlar det om att sjukskrivningarna orsakar höga samhällskostnader – pengar som skulle kunna användas på ett annat sätt; dels handlar det om att samhället, genom att personer är sjukskrivna i stället för att arbeta, går miste om viktig arbetskraft och betydande kompetens. Men inte minst innebär sjukskrivning ett lidande för den enskilde. Att vara sjukskriven innebär många gånger att man står vid sidan om samhället, sociala relationer blir lidande, det finns risk för ensamhet och isolering och man får många gånger en svag ekonomi. Risken för att inte komma tillbaka i arbetslivet ökar ju längre tid en sjukskrivning pågår. Av de skälen har det av och till funnits starka politiska ambitioner att få ned sjuktalet.

Omfattande kostnader

Kostnaderna för sjukskrivningarna är omfattande. År 2017 var de totala samhällskostnaderna för sjukskrivningarna var 609 miljarder. Den sjukdomsgrupp som tydligt stod för den allra största delen av totalkostnaden är psykiska sjukdomar som svarar för nästan en fjärdedel av kostnaderna. Jämfört med 1975 har de psykiska sjukdomarnas andel av kostnaderna ökat från 15 till 25 procent. Enligt Försäkringskassans prognos

- kommer utgifterna för 2022 kommer att bli betydligt högre än anslagsbeloppet och uppgå till 40 miljarder
- beräknas kostnaderna för år 2026 uppgå till drygt 42 miljarder
- är minskningen av antalet startade sjukfall med psykiska diagnoser bruten och det sker en gradvis ökning. Prognosen är en fortsatt ökning av psykiatriska diagnoser under prognosperioden
- ökar de långa sjukfallen (över 180 dagar) med psykiatrisk diagnos. Skälet till detta är förändringar i regler och tillämpning. Främst handlar det om en annorlunda bedömning av arbetsförmåga vid dag 180.

Ändrad lagstiftning

Under senare år har lagstiftningen förändrats på ett sätt som lett fram till högre sjuktalet. Ett exempel är avskaffandet av den så kallade bortre parenteserna i sjukförsäkringen. Den bortre parenteserna som Riksdagen fattade beslut om 2008 bidrog till en stark minskning av andelen sjukfall längre än ett år. Från att vara 40 procent sjönk de långa sjukfallen på ett halvår till 20 procent. Därefter steg de åter för att under ett antal år ligga kring 30 procent av andelen av

sjukfallen. Avskaffandet av den bortre parentesen år 2016 resulterade, enligt Försäkringskassan, i att andelen långa sjukfall ökade.

Regeringen beslutade i december 2020 att tillfälligt stoppa bedömningarna mot normalt förekommande arbete mellan dag 181 och dag 364 i rehabiliteringskedjan. I mars 2021 infördes ett nytt undantag från bedömning mot normalt förekommande arbete, övervägande skäl. Ytterligare undantag infördes sedan i februari 2022.

Variationerna i sjuktalen är inte beroende av folkhälsan

Kostnaderna för sjukskrivningar varierar kraftigt mellan åren på ett sätt som inte enkelt kan förklaras och inte heller återspeglas i folkhälsan. I många länder varierar sjuktalen över tid. Variationerna i Sverige ter sig dock ovanligt stora. Vidare är kvinnor betydligt mer sjukskrivna än män. Från 1980 har Försäkringskassans kostnader för sjukskrivning som rör kvinnor ökat från 150 miljarder till 250 miljarder (2021 års priser).

Under 2003 utbetalades ersättning för 100 miljoner sjukskrivningsdagar. Sedan dess har antalet sjukskrivningsdagar som lägst varit under 40 miljoner för att de senaste fem åren ligga kring 60 miljoner dagar. Folkhälsan fortsatt är god – men sjuktalen är höga.

Under 2006–2018 ökade, enligt Folkhälsomyndigheten, andelen personer som angav att de hade god hälsa. De allra flesta, mer än 70 procent, uppger att de har ett gott allmäntillstånd. Dödligheten före 65 års ålder sjönk. Samtidigt finns det skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper och mellan kvinnor och män. Det är även så att skillnaderna mellan olika grupper ökat över tid. Det gäller till exempel om man jämför de som har eftergymnasial utbildning och de som inte har sådan utbildning. Fler uppger att de har psykisk ohälsa i form av ångslan, oro och ångest. Det gäller särskilt bland yngre kvinnor. Också de regionala skillnaderna är omfattande, även om de har minskat över tid. Inte heller på regional nivå går det att se att olikheterna mellan länen styrs av skillnader i folkhälsa.

Överdiagnostisering och diagnosförskjutning

Andelen sjukskrivna med psykiatriska diagnoser har ökat kraftigt under de senaste tre decennierna. Det gäller både i Sverige och i andra jämförbara länder. Det som från olika håll lyfts fram som problem är överdiagnostisering och diagnosförskjutning. Överdiagnostisering kan definieras som att psykiskt lidande som handlar om normala reaktioner och beteenden får en diagnosetikett. Resultatet av detta är att vi lägger resurser och vårdtid på personer som de facto är fullt friska och andra sjuka och vårdbehövande personer får köa lång tid eller får ingen vård alls. Vi både sjukförklarar, behandlar och sjukskriver friska fungerande individer.

Vidare finns det läkare som vittnar om att det kan vara svårt att neka en person sjukskrivning, trots att de egentligen inte tycker att det finns en grund för beslutet. Dessa svårigheter leder förmodligen till förhöjda sjuktal.

Andelen sjukskrivna med psykiatriska diagnoser har ökat kraftigt under de senaste tre decennierna, medan andelen sjukdomar i rörelseapparaten minskar. I dag står psykiatriska diagnoser för nästan hälften av produktionsbortfallet på grund av sjukfrånvaro, eller knappt 140 miljarder kronor i 2017 års penningvärde. Sjukfall med en psykiatrisk diagnos tenderar att bli längre än andra sjukfall och blir därmed en stor belastning på både vården och sjukförsäkringen.

Den kraftiga ökningen av de psykiatriska diagnoserna ställer allt högre krav både på Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och arbetsgivarna. Dessutom är kunskapen om riskerna med långa sjukskrivningar väl dokumenterade. Enkelt uttryckt är chanserna att en person ska komma tillbaka i arbete allt mindre ju längre tid en sjukskrivning pågår. Brytpunkten uppskattas ungefär vid tre månader. Det vill säga att efter tre månaders sjukskrivning blir återgången i arbete betydligt svårare.

Olika typer av åtgärder behövs

Vi har inte gjort den analys som krävs för att föreslå ett helt förändrat sjukskrivningssystem. Det som ibland lyfts fram i diskussionen är att ge läkare en annan roll i sjukskrivningsprocessen eller att öka arbetsgivarens ansvar, på ett liknande sätt som man gjort i Nederländerna. Vidare har behovet av digitalisering av sjukförsäkringshandläggarnas arbete lyfts fram i olika sammanhang. I denna rapport har dock vi gjort bedömningen att även genom att göra mindre förändringar kan skattenyttan för medborgarna öka avsevärt.

Antalet 2-årsfall (46 000) är nu ungefär lika många som de var år 2005. Då var det 30 procent av sjukfallen som hade en psykiatrisk diagnos. I dag är det närmare 60 procent som har en psykiatrisk diagnos.

År 2016 ökade Försäkringskassan kraftigt antalet lagstadgade prövningar enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser. År 2016 avslutades 44 procent av de sjukfall som var längre än ett år. År 2021 hade denna emellertid andel sjunkit till 20 procent. För att minska sjuktalen behöver fler ärenden avslutas.

Varje år startar ungefär 500 000 sjukfall. Då är inte de sjukfall som bara pågår under två veckor inräknade. Det är den period som arbetsgivarna svarar för. Att se till att sjukfallen inte blir längre än vad som krävs för att en person ska kunna återgå i arbete är helt grundläggande, såväl för samhället som för den enskilde. Sjukfall som blir över 120 dagar måste ses som fall som riskerar att bli mycket längre. Om Försäkringskassan tidigt skulle lyckas med att identifiera och arbeta systematiskt med just dessa fall bör det leda till en allmän förkortning av sjukfallslängderna. Detta gäller särskilt de psykiatriska diagnoserna. En mer utvecklad hälso- och sjukvård i dessa delar skulle också kunna ha goda effekter på sjukskrivningsvolymerna.

- Vi kan konstatera att de psykiatriska diagnoserna ökat kraftigt i hela riket. Vad detta beror på behöver fortsatt analyseras men framför allt behöver man utveckla diskussionen om

vad som behöver göras. Det behövs bättre kunskap om varför de psykiatriska diagnoserna ökar och det behövs en bättre analys av varför kvinnor år efter år står för 2/3 av sjukskrivningarna. Ofta har det s k livspusslet lyfts fram som en förklaring men det skulle behövas en betydligt djupare analys för att förstå utvecklingen.

- Det måste bli en ännu tydligare inriktning för Försäkringskassans del att tillämpa lagstiftningen på ett likvärdigt sätt mellan de olika regionerna. Rätten att beviljas sjukpenning kan omöjligt tillåtas vara beroende av var i landet man råkar bo. Den rättsliga styrningen behöver och kan förbättras. Vidare är det viktigt att handläggare ges kontinuerlig kompetensutveckling och att Försäkringskassan fortsätter att systematiskt jobba med förbättringar så att det bedömningsutrymme som finns tillämpas på ett ändamålsenligt och enhetligt sätt.
- För att minska sjukskrivningarna behöver Försäkringskassan utveckla sin förmåga att avsluta sjukfallen. De långa sjukfallen har ökat kraftigt. Det är i dag 13 000 personer som varit sjukskrivna i mer än sex år vilket leder till höga sjukskrivningskostnader men också mycket stora svårigheter för den enskilde att komma åter i arbete. Bedömning av arbetsförmågan behöver utvecklas och sättas i centrum. Särskilt när det gäller de psykiska diagnoserna är det helt nödvändigt att den största insatsen för att motverka fortsatt sjukskrivning görs så tidigt som möjligt. Att vänta tre eller sex månader gör att chansen till återgång i arbete minskar avsevärt. Problemet med långa sjukskrivningar har länge varit väl känt och antalet växer. För att göra en kraftsamling inom området bör Försäkringskassan, vid sidan av annat utvecklingsarbete, diskutera förutsättningarna för att centralisera det arbetet och låta ett mindre antal högt kvalificerade handläggare arbeta med ärendena.
- Regeringen beslutade i december 2020 att tillfälligt stoppa bedömningarna mot normalt förekommande arbete mellan dag 181 och dag 364 i rehabiliteringskedjan. I mars 2021 infördes ett nytt undantag från bedömning mot normalt förekommande arbete, övervägande skäl. Ytterligare undantag infördes sedan i februari 2022. Vi föreslår att man återgår till lagstiftningen som den såg ut innan dessa ändringar gjordes. Det skulle leda till att sjukfall i större utsträckning avslutas när den enskildes förutsättningar för återgång i arbete fortfarande finns
- Tydliggör villkoren för sjukförsäkringen och öka därigenom insikten hos läkare och patient om kostnader och villkor, vad som ingår och vad som inte gör det. Detta gäller särskilt de sjukskrivningar som handlar om psykiatriska diagnoser.
- Ökad användning och breddning av omställningsavtalet. Arbetsmarknadens parter har träffat ett omställningsavtal som syftar till att stödja arbetslinjen och individens möjlighet till ett längre arbetsliv. Mer än 90 procent av alla anställda omfattas av kollektivavtal och därmed också arbetsmarknadens parter omställningsorganisationer. Omställningsorganisationernas roll är bland annat att, genom omställningsprogram,

underlätta för uppsagda medarbetare och de vars anställning löpt ut, att hitta nytt jobb. Detta system omfattar de som är sjukskrivna, men bara under vissa omständigheter. Modellen innebär att omställningsorganisationerna på arbetsmarknaden (liksom Kammarkollegiet för dem som inte omfattas av kollektivavtal) kan stötta enskilda personer som blivit uppsagda på grund av sjukdom. Det kan till exempel handla om arbetsbrist där den enskilde i samband med neddragningar inte är förmögen att utföra något annat arbete hos arbetsgivaren och därmed sägs upp på grund av arbetsbrist. Stödet gäller även de som blivit uppsagda eller vars anställning löpt ut och där det under omställningsprocessen identifieras ett behov av förstärkt stöd. Detta stöd kan inte ges till dem vars anställning inte har upphört. En möjlighet för sjukskrivna att redan under anställningen få tillgång till hjälp vore sannolikt bra. Det skulle göra det möjligt att ställa om till annat arbete och därmed förkorta sjukperioden. Detta skulle bidra till ökad skattenytta inom ohälsoområdet.

1. Inledning

Syftet med sjukförsäkringen är att kompensera för inkomstbortfall vid arbetsoförmåga som orsakas av sjukdom. Genom sjukförsäkringen ska den enskilde få möjlighet att tillfriskna i lugn och ro innan återgång till arbetslivet (27 kap. 2§ socialförsäkringsbalken). Att sjukskrivningar är ett stort problem för samhället är inget nytt utan har belysts på flera sätt under många år. Dels handlar det om att sjukskrivningarna orsakar höga samhällskostnader – pengar som skulle kunna användas på ett annat sätt, dels handlar det om att samhället, genom att personer är sjukskrivna i stället för att arbeta, går miste om viktig arbetskraft och betydande kompetens. Men inte minst innebär sjukskrivning ett lidande för den enskilde. Att vara sjukskriven innebär många gånger att man står vid sidan om samhället. Sociala relationer blir lidande, det finns risk för ensamhet och isolering och man får många gånger en svag ekonomi.

Vi vet också att sjukskrivningen kan vara riskfylld för den enskilde. Risken för att inte komma tillbaka i arbetslivet ökar ju längre tid en sjukskrivning pågår. Av de skälen har det av och till funnits starka politiska ambitioner att få ned sjuktalen.

Syftet med denna rapport är att ge en bild av utvecklingen av sjukskrivningarna med ett särskilt fokus på de psykiatriska diagnoserna. Rapporten avslutas med ett par framåtsyftande förslag. Alla data i rapporten är hämtade från Försäkringskassans statistikdatabas, om inte annat anges.

Sjukskrivningar ett samhällsproblem

Kostnaderna för sjukskrivningarna är omfattande. I rapporten Samhällets kostnader för sjukdomar 2017 (IHE Rapport 2019:6) görs beräkningar av den totala samhällsekonomiska kostnaden fördelat på olika sjukdomsgrupper. I rapporten redovisas såväl direkta som indirekta kostnader. De direkta kostnaderna gäller till exempel hälso- och sjukvård och de indirekta rör exempelvis produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro. Den totala samhällsekonomiska kostnaden beräknades för år 2017 till 609 miljarder.

Den sjukdomsgrupp som tydligt stod för den allra största delen av totalkostnaden är psykiatriska sjukdomar. De svarar för nästan en fjärdedel av kostnaderna. Jämfört med 1975 har de psykiatriska sjukdomarnas andel av kostnaderna ökat från 15 till 25 procent. Ökningen av kostnaderna för de psykiatriska sjukdomarna handlar till största delen om de indirekta kostnaderna; alltså inte kostnader inom hälso- och sjukvård utan i stället de kostnader som uppstår till följd av tillfällig och långvarig sjukfrånvaro, till exempel produktionsbortfall. Många av sjukskrivningarna av psykiska skäl är relaterade till problem på arbetsplatsen i form av dålig arbetsmiljö och stress.

Sjukförsäkringen politiskt viktig

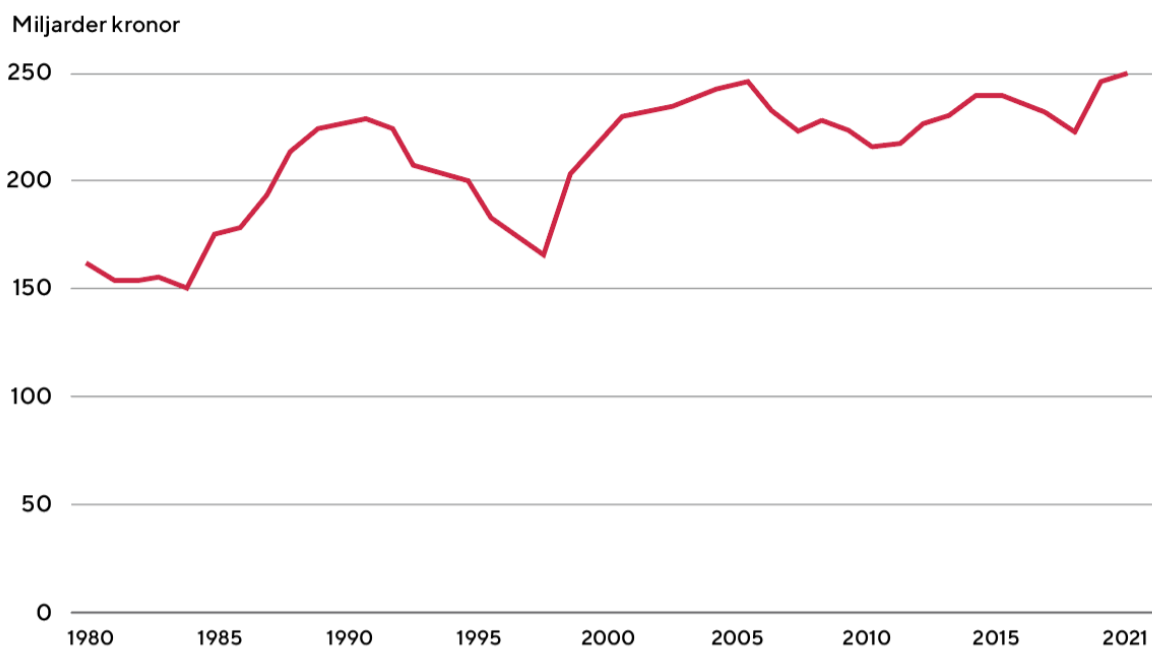
Det finns en allmän samsyn kring riskerna med höga sjuktal. Från politiskt håll har man återkommande vidtagit åtgärder för att minska antalet sjukskrivningar eller få ner volymen på antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning. Det har ibland handlat om lagändringar men även i stor utsträckning uppdrag till Försäkringskassan och även till Arbetsförmedlingen. Men samtidigt finns det flera exempel på lagändringar som gått åt andra hållet – de har alltså bidragit till högre sjuktal. Ett exempel är avskaffandet av den så kallade bortre parentesen i sjukförsäkringen och nu senast en lagändring om bedömningen av vilka yrkesgrupper den sjukskrivne ska ta jobb inom. Tidigare gällde regeln att en sjukskrivning inte skulle fortsätta om Försäkringskassan bedömde att den sjukskrivne kunde ta det som bedömdes vara ett "normalt förekommande arbete".

Alliansregeringen, som vann valet 2006, införde från 1 juli 2008 bland annat den så kallade rehabiliteringskedjan och en begränsning av hur långt ett sjukfall kunde bli. Den då införda så kallade bortre parentesen bestämdes till 2,5 år och regeln fanns kvar till den 1 februari 2016. De personer som hade ett sjukfall som nådde 2,5 år kunde i undantagsfall beviljas fortsatt sjukskrivning. För några kunde sjuk-/aktivitetsersättning bli aktuellt men i huvudsak överfördes dessa personer till Arbetsförmedlingen.

Den bortre parentesen fick full effekt kring årsskiftet 2009/2010 och bidrog till en stark minskning av andelen långa sjukfall. Från att vara 40 procent sjönk de långa sjukfallen på ett halvår till 20 procent. Därefter steg de åter för att under ett antal år ligga kring 30 procent av andelen av sjukfallen. Avskaffandet av den bortre parentesen resulterade, enligt Försäkringskassan, i att andelen långa sjukfall ökade.

2021 gjordes en regeländring som syftade till att göra det möjligt att senarelägga prövningen av arbetsförmågan på hela arbetsmarknaden. Från dag 180 till dag 360 skulle nu arbetsförmågan bara prövas inom det egna yrket. I nedanstående diagram visas hur kostnaderna utvecklats.

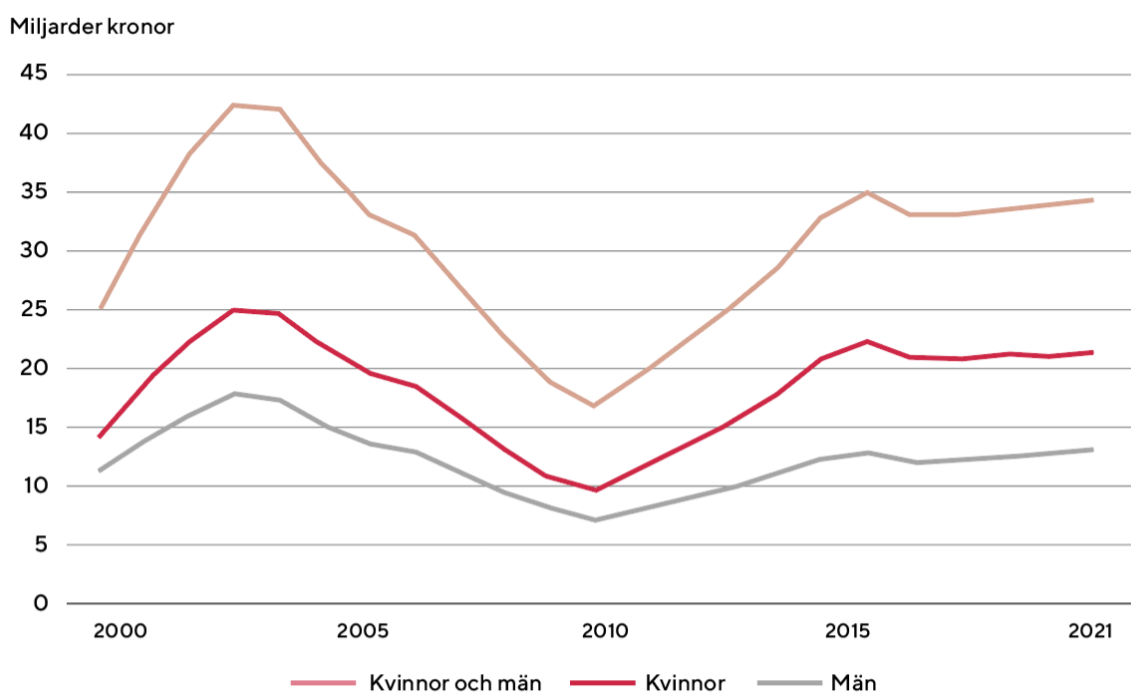
Socialförsäkringens utgifter (exklusive administration) i 2021 års priser



Sjukskrivningar en central fråga

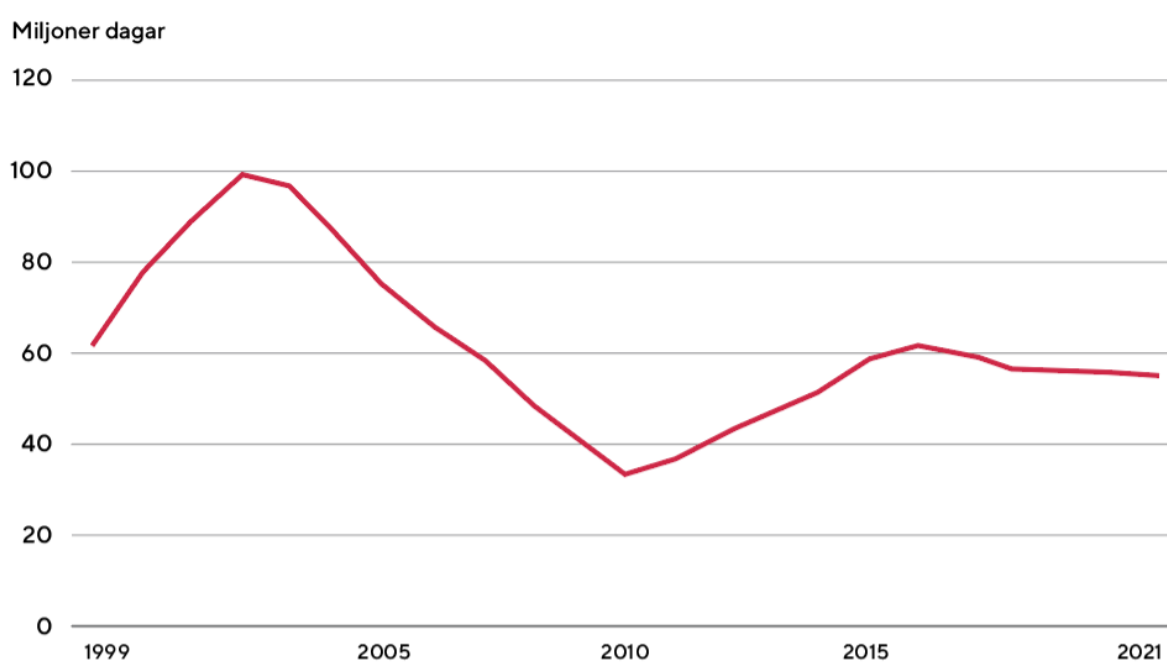
Det finns flera skäl till att det är viktigt att särskilt titta på sjukskrivningarna. Det är just sjukskrivningar, och då de långa sjukskrivningarna, som i stor utsträckning ger inträde till sjukersättning. De allra flesta som till exempel har sjukersättning har en lång sjukskrivning bakom sig. Som framgår av nedanstående diagram har kostnaderna för sjukskrivningar varierat kraftigt mellan åren på ett sätt som inte enkelt kan förklaras och inte heller återspeglas i folkhälsan. Diagrammet visar också skillnaden mellan kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster.

Socialförsäkringens utgifter (exklusive administration) i 2021 års priser



Nedan beskrivs antalet utbetalda sjukskrivningsdagar under 12 månader. Utvecklingskurvan får då följande utseende.

Antalet nettodagar sjukskrivningsdagar utbetalda under 12 månader September resp år



Under 2003 utbetalades ersättning för 100 miljoner sjukskrivningsdagar. Sedan dess har antalet sjukskrivningsdagar som lägst varit under 40 miljoner för att de senaste fem åren ligga kring 60 miljoner dagar. Som tidigare nämnt styrs inte utvecklingen av sjukskrivningarna, vilket man skulle kunna tro, av den självskattade hälsan, som presenteras av Folkhälsomyndigheten. Där ligger andelen som förklarar sig ha bra eller mycket bra hälsa hela tiden runt 70 procent. Förändringar i sjukskrivningarna uttrycker alltså något annat än förändringar i folkhälsan. Dock finns en liten förändring när det gäller den självskattade psykiska ohälsan som till viss del kan avspeglar sig i sjuktalen.

2. Fler försök för att minska sjuktalet

Folkhälsan fortsatt god – men sjuktalet höga

Folkhälsan i Sverige är i ett internationellt perspektiv fortsatt god och för stora delar av svenska folket utvecklas den positivt. Under 2006–2018 ökade, enligt Folkhälsomyndigheten, andelen personer som angav att de hade god hälsa. De allra flesta, mer än 70 procent, uppger att de har ett gott allmäntillstånd. Dödligheten före 65 års ålder sjönk. Medellivslängden ökade med 1,7 år i genomsnitt. Samtidigt finns det skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper och mellan kvinnor och män. Det är även så att skillnaderna mellan olika grupper ökat över tid. Det gäller till exempel om man jämför de som har eftergymnasial utbildning och de som inte har sådan utbildning. Fler uppger att de har psykisk ohälsa i form av ångslan, oro och ångest. Det gäller särskilt bland yngre kvinnor.

Tidigare försök att minska sjuktalet

Under årens lopp har det ett par gånger gjorts krafttag för att minska sjuktalet. Ansträngningarna har givit resultat i större eller mindre utsträckning. Den starka ökningen av sjukskrivningarna efter sekelskiftet fick mycket uppmärksamhet. Uppdraget till dåvarande Riksförsäkringsverket var att, utan regeländringar, genomföra en halvering av sjukskrivningarna. Hur detta skulle kunna åstadkommas överlät man åt socialförsäkringsadministrationen. Och det skedde faktiskt en halvering även om också antalet personer i sjuk-/aktivitetsersättning ökade något.

I regleringsbrevet för år 2016 gav regeringen ett uppdrag att nivån i sjukförsäkringen år 2020 skulle vara 9,0 sjukpenningdagar per år i genomsnitt räknat över alla försäkrade. Det innebar att Försäkringskassan fram till 2020 skulle minska antalet sjukskrivningsdagar med drygt 5,5 miljoner. I juni 2021 nåddes till slut ett sjukpenningtal om 9,0. Därefter sker åter en ökning. Det skulle möjligen kunna förklaras av att det inte längre finns ett politiskt fokus på sjukskrivningarna.

Minskningen åstadkoms främst genom att Försäkringskassan kraftigt ökade antalet lagstadgade prövningar enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser och med hög kvalitet. Försäkringskassan erhöll en relativt kraftig ekonomisk förstärkning för just detta uppdrag. För att minska sjuktalet behöver fler ärenden avslutas. Nedan beskrivs avslutningsfrekvensen för de sjukfall som överstiger ett år.

Avslutningsfrekvens för sjukfall som överstiger ett år

	Antal 1-årsfall i början av året	Under året avslutade 1-årsfall	Andel avslutade under året
2016	56 000	24 600	44 %
2017	70 300	46 800	42 %
2018	69 700	39 500	37 %
2019	68 300	38 500	37 %
2020	66 700	34 800	34 %
2021	64 500	18 700	29 %

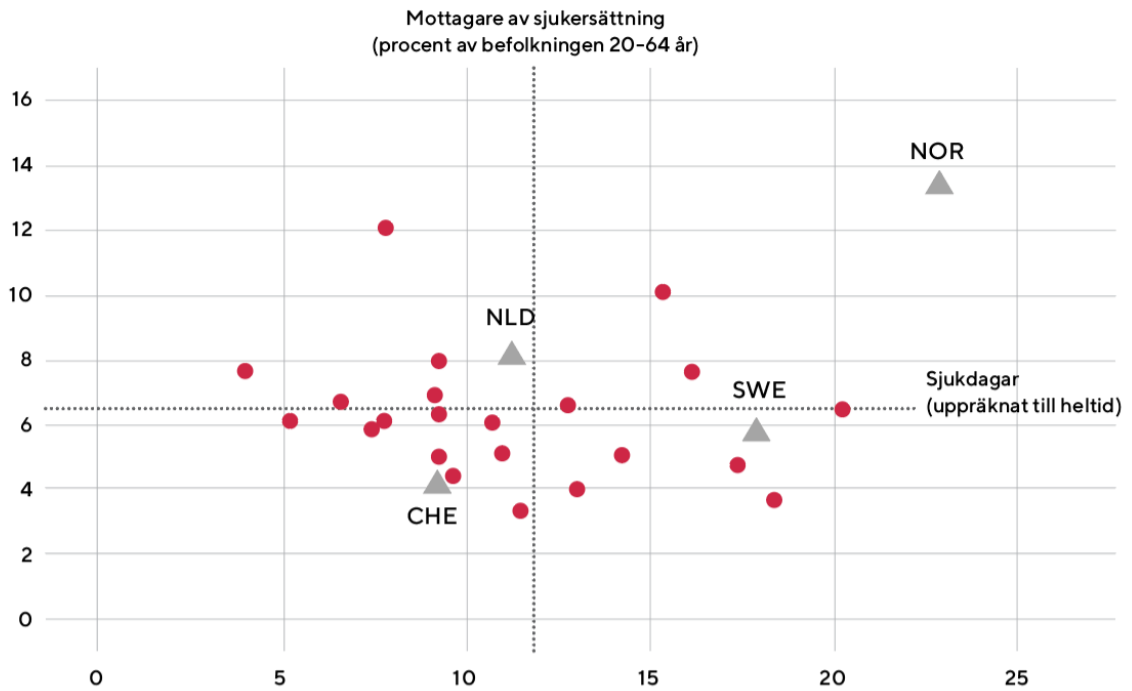
Det som framgår är att Försäkringskassan förmåga att avsluta de långa sjukfallen minskat sedan 2016.

En internationell utblick

En viktig fråga är om läget och utvecklingen för sjukförsäkringen i Sverige skiljer sig från andra länder inom EU och särskilt sådana som vi uppfattar som tämligen lika oss. Jämförelserna är emellertid svåra att göra då länderna har helt olika regelsystem. Andelen sjukskrivna med psykiatriska diagnoser har, som nämnt ovan, ökat kraftigt under de senaste tre decennierna. Det gäller både i Sverige och i andra jämförbara länder.

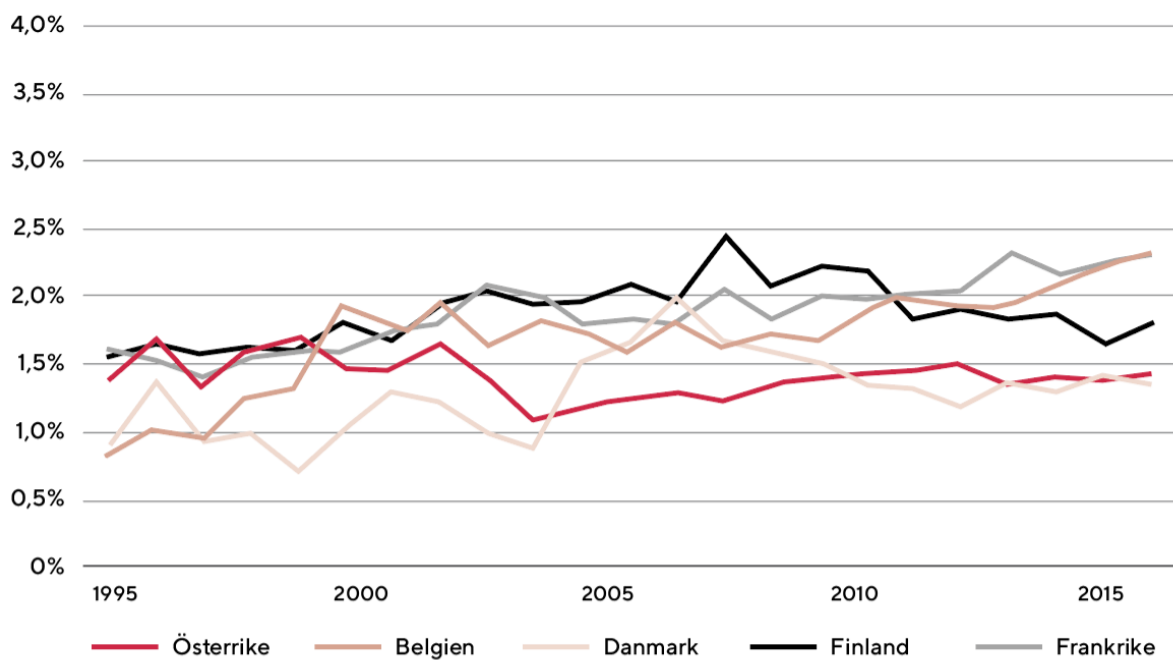
En tillförlitlig internationell jämförelse skulle kräva analyser av ländernas olika regler för sjukförsäkringen och det är i detta sammanhang inte möjligt. OECD uppskattar med hjälp av de internationella arbetskraftsundersökningarna den korta respektive långa sjukfrånvaron. I diagrammet nedan visas sjukfrånvaron omräknat till helår och antalet mottagare av motsvarande sjuk- och aktivitetsersättning. Som synes ligger Sverige alltså förhållandevis högt avseende den korta sjukfrånvaron, medan vi har relativt få mottagare av sjuk- och aktivitetsersättning. Detta till skillnad från 2005 då antalet mottagare var som störst med närmare en halv miljon helårspersoner med sjuk- och aktivitetsersättning. I dag är antalet ungefär 200 000, en minskning med drygt 60 procent på 17 år (SCB, 2022).

Sjukersättningen i olika europeiska länder



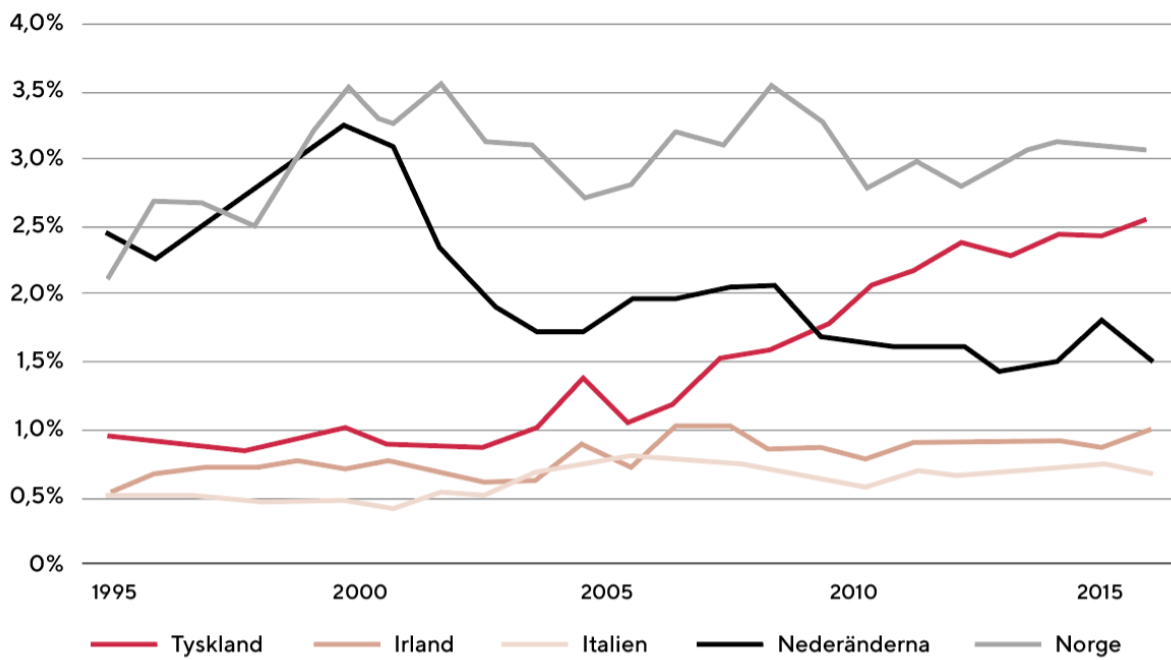
I diagrammen nedan ser vi att det inte är ovanligt att både den korta och den långa sjukfrånvaron varierar över tid. Variationerna i Sverige ter sig dock ovanligt stora.

Sjukfrånvaro i olika europeiska länder 1995-2017



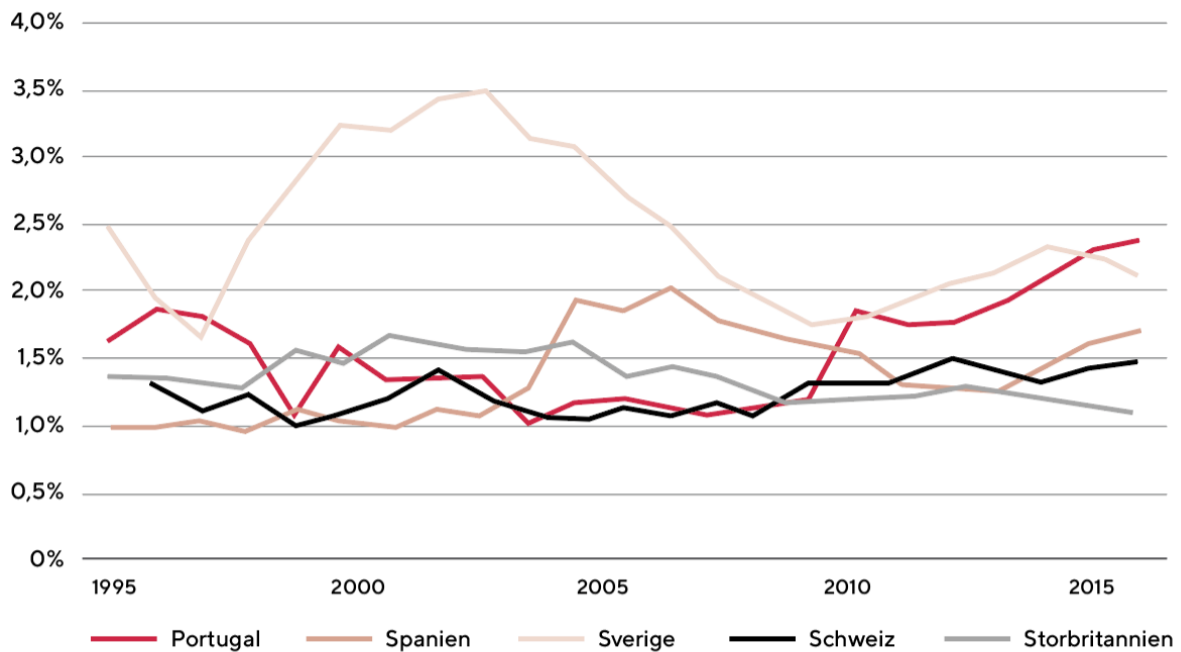
Källa: Eurostat.

Sjukfrånvaro i olika europeiska länder 1995-2017



Källa: Eurostat.

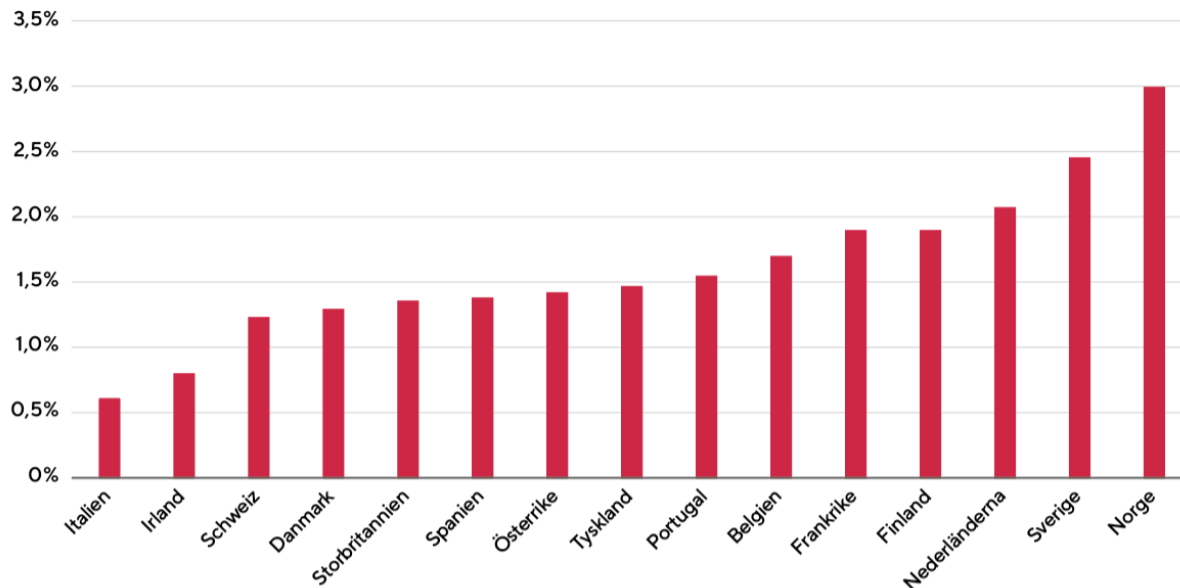
Sjukfrånvaro i olika europeiska länder 1995-2017



Källa: Eurostat.

Tittar vi på den genomsnittliga sjukfrånvaron över tid framgår det att Sverige ligger ungefär en procentenhet över snittet i Europa.

Genomsnittlig sjukfrånvaro i 15 europeiska länder 1995-2017



Källa: Eurostat.

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) beräknar produktionsbortfallet på grund av kortvarig sjukfrånvaro till 157 miljarder (IHE, 2019). Kunde vi minska nivån över tid från 2,5 procent till 1,5 procent skulle vi därmed kunna spara närmare 50 miljarder.

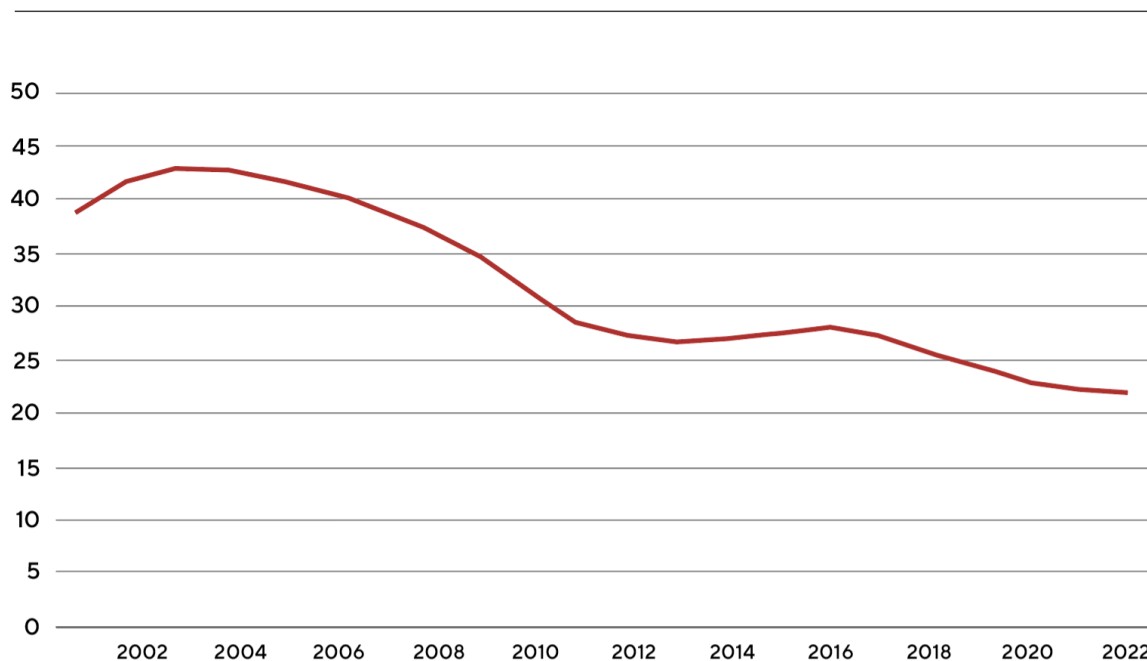
3. Stora regionala variationer

Ohälsotalet ger en helhetsbild

Sjukförsäkringen består i princip av tre delar: sjukpenning, sjuk-/aktivitetsersättning och rehabiliteringspenning. Rehabpenning är helt marginell och beaktas inte särskilt i denna rapport. De tunga delarna är sjukersättning och sjukpenning.

För att få en helhetsbild av hur sjuktalen utvecklas brukar man beskriva de tre delarna sammanhållet; de skapar tillsammans måttet som kallas för ohälsotal. På det sättet räknas alla ersättningsdagar som betalas ut, oavsett förmån. Statistiken redovisas vanligtvis under en 12-månadersperiod och relateras till befolkningen 16–64 år.

Ohälsotalet i april respektive år



Det som styr denna utveckling är i princip aktivitetsersättningen (som riktar sig till personer under 30 år som på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom inte kan arbeta) och sjukersättning (tidigare förtidspension). Det är inte särskilt konstigt eftersom det där handlar om ersättningar där personerna finns kvar i systemet under mycket långa tider. Förändringar i just sjukskrivningar syns inte tydligt när man beskriver ohälsotalets utveckling utan behöver analyseras särskilt.

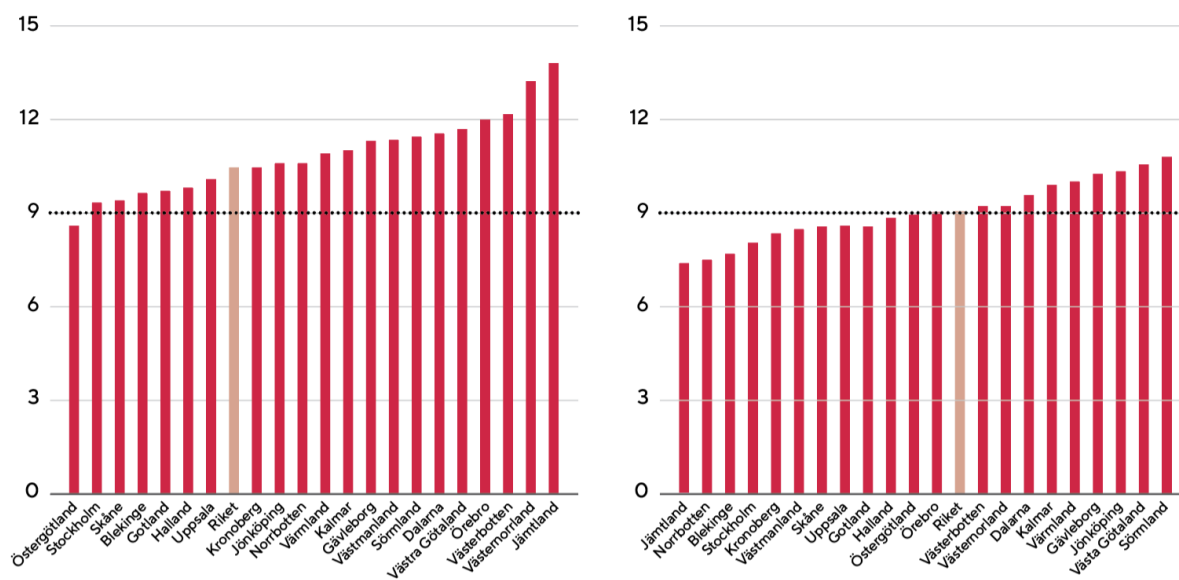
De regionala variationerna är stora men har minskat på senare år

Belastningen på sjukförsäkringen varierar påtagligt över tid utan att detta kunnat knytas till kriterier som förändringar i folkhälsan eller tydliga regeländringar. Men utvecklingen skiljer sig

också åt mellan riket som helhet och de olika regionerna. Inte heller på regional nivå går det att se att olikheterna mellan länen styrs av skillnader i folkhälsa utan man får söka andra förklaringar till de relativt omfattande regionala variationerna. På ett allmänt plan kan man säga att de regionala olikheterna har historiska förklaringar som handlar om skillnader i kultur, synsätt och styrning och ledning.

Inför verksamhetsåret 2016 formulerade regeringen målet för Försäkringskassan: sjuktalet i december 2020 skulle vara högst 9,0. Detta mål nåddes nästan i juni 2021. Bakgrunden till det tydligt formulerade uppdraget var att belastningen på sjukförsäkringen då ökade igen och det fanns en oro för att kurvan inte skulle brytas. I december 2015 var sjukpenningtalet¹ 10,48. Ett år tidigare hade det varit 9,38. Nu ville alltså regeringen ner till 9,0. Det kan översättas till en årlig minskning av antalet sjukpenningdagar med mer än 1 miljon. För att klara målet utan förändringar i lagstiftningen ökades Försäkringskassan anslag med cirka 250 nya miljoner. Dessa resurser skulle användas till att anställa nya handläggare som skulle arbeta med att göra den lagreglerade bedömningen vid dag 180 av om en sjukskrivning skulle fortsätta eller ej – något som tidigare prioriterats ner, bland annat av resursskäl. Försäkringskassan rekryterade över 400 nya medarbetare som fördelades på regionerna. De olika regionernas placering i förhållande till varandra förändrades mycket under den tid projektet pågick. Skillnaderna handlar både om att spridningen mellan länen minskat och att det skett stora ändringar i rangordningen. De mest påfallande är färgkodade i bilden nedan.

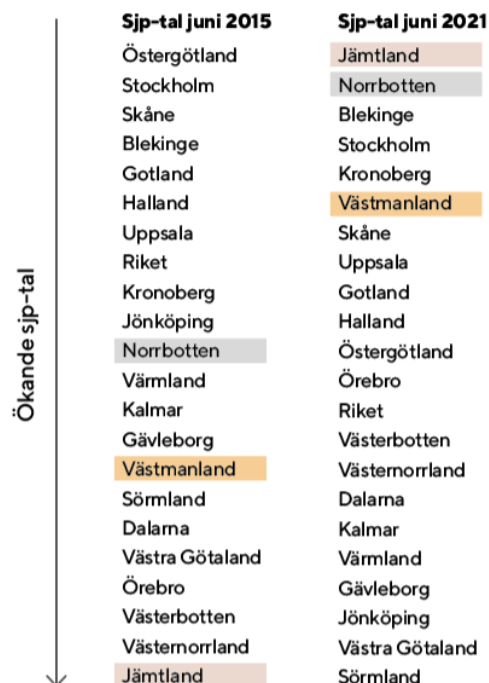
Regionernas placering i förhållande till varandra



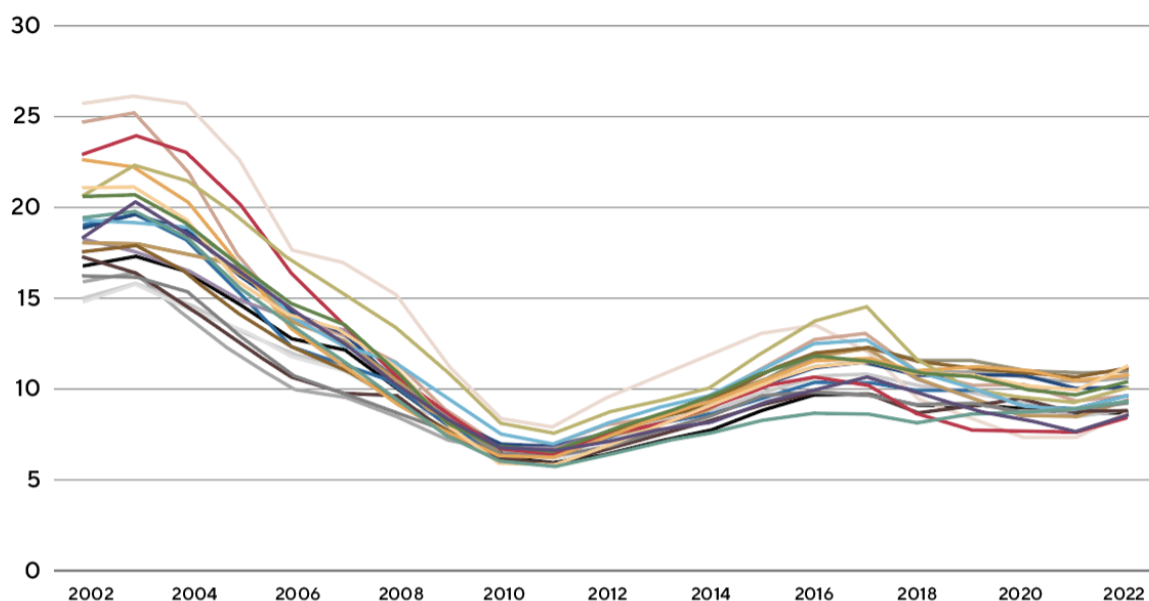
¹ Antalet nettosjukskrivningsdagar ersatta av Försäkringskassan under en 12-månadersperiod dividerat med antalet personer som skulle kunna få ersättning, det vill säga till exempel inte de med sjukersättning. Eller enklare uttryckt: genomsnittet av antalet sjukskrivningsdagar per år och person.

Ovanstående diagram visar hur de olika länen placerar sig i förhållande till varandra och att det skett mycket stora förändringar för vissa län. Förändringen för Jämtland kan tolkas som att det funnits en rättsosäkerhet som nu rättats till. Det är rimligt att tro att tillämpningen av regelverket under många år har varit för generös. Förändringen hade annars inte varit möjlig att genomföra. I nedanstående diagram ges en bild av den mer långsiktiga förändringen.

Ökande sjp-tal



Sjukpenningtalet i april respektive år, 2002-2022



I diagrammet framträder en bild av stora och snabba förändringar. Men tydligt är också de minskade skillnaderna mellan länen. Det måste ses som ett gott resultat och att rättssäkerheten i besluten har ökat. Att minska de regionala skillnaderna har länge varit ett mål inom Försäkringskassan.

Sammantaget kan man konstatera att skillnaderna mellan regionerna minskat och det kan tolkas som ett tecken på att rättssäkerheten i besluten om sjukskrivningarna ökat. Den minskade spridningen mellan länen och minskningen av antalet domar i Förvaltningsdomstolen där Försäkringskassans beslut ändrades, tyder på det.

Psykiatriska diagnoser har ökat kraftigt

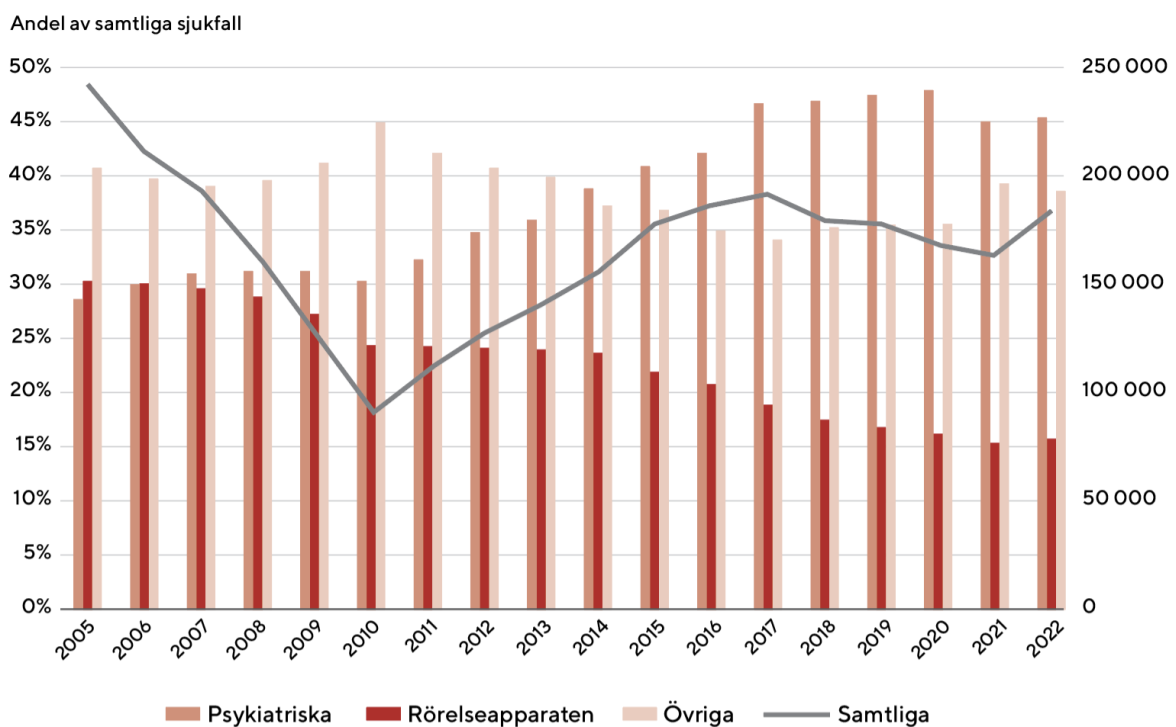
Andelen sjukskrivna med psykiatriska diagnoser har, som nämnts ovan, ökat kraftigt under de senaste tre decennierna. En analys av Institutet för hälsoekonomi (IHE, 2019) visar att de psykiatriska diagnosernas andel av de totala samhällskostnaderna har gått från 14,6 procent till 24,2 procent. Själva vårdkostnaderna för psykisk sjukdom har dock minskat som andel av de totala vårdkostnaderna medan de indirekta kostnaderna – som beror på sjukfrånvaro och produktionsbortfall – ökat från 14,2 procent till 37,9 procent av de totala indirekta kostnaderna (produktionsbortfallet). I dag står psykiatriska diagnoser alltså för nästan hälften av produktionsbortfallet på grund av sjukfrånvaro, eller knappt 140 miljarder kronor i 2017 års penningvärde.

En fråga man kan ställa sig är om det befintliga sjukskrivningssystemet fungerar för denna typ av diagnoser. Det utformades under en tid då ohälsa främst handlade om fysiska diagnoser.

Det är påfallande hur de psykiatriska diagnoserna ökat sin andel bland de pågående sjukfallen. Det är självfallet ett stort problem för såväl den enskilde sjukskrivne som för arbetsgivarna och samhällsekonomin. Sjukfall med en psykiatrisk diagnos tenderar att bli längre än andra sjukfall och blir därmed en stor belastning på både vården och försäkringen. Prövningen av en persons rätt till sjukskrivning är dessutom många gånger komplicerad för Försäkringskassans handläggare eftersom läkarintygen inte alltid räcker för att göra en rättssäker bedömning. I ungefär tio procent av de inkomna läkarintygen behöver en handläggare begära kompletteringar från ansvarig läkare. Samtidigt möter den intygsskrivande läkaren ofta en situation då hen vanligtvis inte har något annat att gå på än uppgifter från den person som önskar bli sjukskriven.

Den kraftiga ökningen av de psykiatriska diagnoserna ställer allt högre krav både på Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och arbetsgivarna. När Försäkringskassan ska bedöma om en person har rätt att vara sjukskriven finns inte alltid tillgång till den information som behövs. Det är inte heller helt enkelt att avgöra vilka insatser som är lämpliga och när de bör sättas in. Dessutom är kunskapen om riskerna med långa sjukskrivningar väl dokumenterade. Enkelt uttryckt är chanserna att en person ska komma tillbaka i arbete allt mindre ju längre tid en sjukskrivning pågår. Brytpunkten uppskattas vara ungefär vid tre månader. Det vill säga att efter tre månaders sjukskrivning blir återgången i arbete betydligt svårare.

Diagnosfördelning av pågående sjukfall – januari respektive år



Som framgår av diagrammet ovan ökar de psykiatriska diagnosernas andel av de pågående sjukfallen och andelen sjukdomar i rörelseapparaten minskar oavsett om det totala antalet

sjukfall ökar eller minskar. De senaste åren har dock andelen sjukfall med psykiatriska diagnoser stabiliserats medan antalet pågående sjukfall ökat. Antalet 2-årsfall (46 000) är nu ungefär lika många som de var år 2005. Då var det 30 procent av sjukfallen som hade en psykiatrisk diagnos. I dag är det närmare 60 procent som har en psykiatrisk diagnos.

4. Vad styr bedömningar av sjukskrivningar

När en ansökan om sjukpenning kommer till Försäkringskassan görs en bedömning om rätten till sjukskrivning. Lagstiftningen anger när sjukskrivning kan komma i fråga och vilka tidsgränser som gäller. Men lagstiftningen måste ändå tolkas, vilket görs av Försäkringskassan som ska tillämpa lagen. Sjukförsäkringshandläggaren gör en bedömning i varje enskilt fall. I vissa fall är bedömningen enkel och självklar. I andra fall är den emellertid mycket komplicerad. De svåraste bedömningarna gäller många gånger vid ansökan om sjukskrivning utifrån psykiska problem. I svåra bedömningar får handläggaren stöd från specialister och de försäkringsmedicinska rådgivare som finns på Försäkringskassan. Det är läkare med olika specialiteter som oftast har mycket lång erfarenhet.

Som underlag för bedömningarna har Försäkringskassan det läkarintyg som skickats in. Av läkarintyget ska det bland annat framgå på vilket sätt sjukdomen begränsar den enskildes möjlighet att arbeta. Därutöver har Sveriges kommuner och regioner (SKR) ett försäkringsmedicinskt stöd som egentligen vänder sig till sjukskrivande läkare. Men även Försäkringskassan använder sig av stödet. Där går det, att utifrån den diagnos som anges i läkarintyget, se hur långa sjukskrivningstider som rekommenderas av de medicinska experter som sammanställt stödet.

Beslutet om sjukpenning kan överklagas till Förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten ändrar Försäkringskassans bedömning i ungefär 15 procent fallen. Det är inte helt ovanligt att Försäkringskassans beslut ändras av Förvaltningsrätten efter att nya uppgifter inkommit från den försäkrade.

Överdiagnostisering ett stort problem

Enligt två specialister i psykiatri (DN debatt 16 april 2022, Linda van Paaschen och Lena Nylander) har det i Sverige uppstått "en bekymmersam slagsida där mycket psykiskt lidande som handlar om normala reaktioner och beteenden får en diagnosetikett. Den som mår dåligt har en depression. Den som mår dåligt ibland och har mer energi ibland har bipolär sjukdom. De som har svårt att koncentrera sig på saker som de är ointresserade av och känner sig rastlösa har ADHD".

De två läkarna menar att överdiagnostiken blivit ett faktum. Resultatet av detta är att vi lägger resurser och vårdtid på personer som de facto är fullt friska och andra sjuka och vårdbehövande personer får köa lång tid eller får ingen vård alls. Och, konstaterar författarna, att om "en vårdgivare däremot förklarar att behandling och sjukskrivning inte är aktuellt kan det kännas som en riktig kalldusch." Man menar också att det "i själva verket är en mycket liten del av allt psykiskt lidande i samhället som motiverar sjukvård". Vi både sjukförklarar, behandlar och sjukskriver friska fungerande individer.

Artikelförfattarna lyfter också fram att det är vanligt att en längre tids sjukskrivning leder till en ökad osäkerhet och ett sämre självförtroende. Det kan bli näst intill omöjligt att åter ta klivet in i arbetslivet. Genom en rad insatser skulle man kunna minska sjukskrivningstalen för psykiatriska diagnoser. Ett av förslagen är: "Synliggör sjukförsäkringen och öka därigenom insikten hos läkare och patient om kostnader och villkor, vad som ingår och vad som inte gör det."

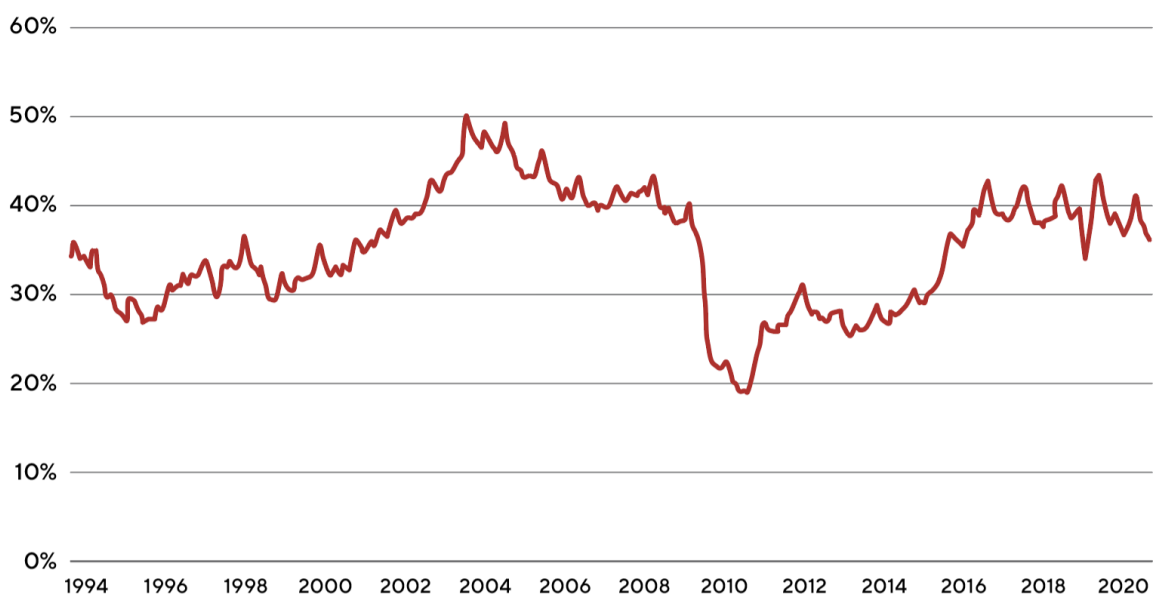
Även två allmänläkare har i en intervju i DN lyft fram liknande problem. De menar att de möter patienter som bråkar och hotar när de inte får sin sjukskrivning förlängd. Den bild som många gånger framtonar i media är en patient som är värnlös, i underläge och helt i händerna på vårdpersonalens goda vilja. Men det finns också en annan bild – patienter som blir arga, smäller i dörrar och gapar och skriker när de inte får som de vill. "En del förväntar sig bara att vi (läkarna) ska förlänga deras sjukskrivning. De säger att de har svårt att koncentrera sig, är stressade att det knappt orkar stå upp för att de är så energilösa och trötta." Man kanske inte orkar ta fler konflikter och då är det lätt att det bli en förlängning. Dagsformen avgör om man tar fighten och står emot pressen eller inte." De bägge läkarna menar att det av sådana skäl skrivs intyg för personer som inte är sjuka. Ofta finns goda skäl till en sjukskrivning och man har underlag för att göra en bedömning. Men till exempel att man har problem i familjen eller en dålig chef omfattas inte av reglerna för sjukskrivning.

De bägge läkarna pekar på att man skulle vilja se att en behandlande läkare inte ska ha ansvar för en förlängning av sjukskrivningen utan att detta skulle flyttas över till någon särskild instans till exempel Försäkringskassan. I till exempel Tyskland finns en sådan liknande modell där 13 av 100 sjukfall avgörs av en oberoende instans. Läkarna lyfter även fram att långa sjukskrivningar kan vara skadligt för patienten. Om en person kommer tillbaka efter tre veckors sjukskrivning och det inte skett någon förbättring finns behov av att pröva andra insatser. "När någon har kris i tillvaron ska vi inte underlätta den omedelbara flyktimpulsen och sjukskriva i flera månader. Evidensen för att det fungerar är dålig och risken är stor att man kommer bort sig på jobbet, att man tappar socialt och att man får sämre pension." Sammantaget beskriver de bägge läkarna att det kan vara svårt att neka en person sjukskrivning trots att de egentligen inte tycker att det finns en grund för beslutet. Dessa svårigheter leder förmodligen till förhöjda sjuktal.

De långa sjukfallen driver kostnaderna

Av diagrammet nedan framgår att den höga belastningen på sjukförsäkringen år 2003 inte bara handlade om många sjukfall utan också om särskilt många långa sjukfall. Belastningen på sjukförsäkringen ökade igen efter 2010 trots reglerna om den bortre parentesen. Det bedöms bero dels på återflödet från Arbetsförmedlingen, dels på att möjligheten till tidsbegränsade beslut i sjuk-/aktivitetsersättning togs bort vilket ledde till att många av dessa personer i stället fick sjukpenning.

Andelen av alla pågående sjukfall som är längre än 1 år



Vad händer när sjukskrivningen avslutas eller sjukpenning dras in?

När Försäkringskassan bedömer om en person har rätt att vara sjukskriven utgår man från den i lagstiftningen angivna rehabiliteringskedjan. Den innebär att arbetsförmågan ska bedömas utifrån olika kriterier beroende på hur länge personen varit sjukskriven. Syftet med rehabiliteringskedjan är att tillvarata den enskildes förmåga till arbete och att denne så tidigt som möjligt ska få stöd och hjälp att åter komma i arbete. De som kan återgå i arbete ska göra det och de som behöver hjälp för att komma i jobb ska få den hjälpen till exempel från Arbetsförmedlingen, arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården. Försäkringskassan har i två olika rapporter, genom registerstudier, analyserat sysselsättning och försörjning för personer som blivit nekade sjukpenning mellan dag 180 och 365. Personerna var antingen anställda eller egna företagare. Vid den senaste undersökningen, som gällde 2019, fanns 14 900 personer som omfattades av kriteriet. Av dessa har 3 600 undersökts – den grupp som fick avslag december 2018 till och med mars 2019. Uppföljningen omfattar tiden upp till tolv månader efter att sjukpenning nekats. Undersökningens resultat är i korthet:

- Sex av tio försörjer sig i hög grad genom arbete. För varje månad en person är sjukskriven minskar försörjningsgraden. Färre än en av fem har ställt om och bytt arbetsgivare. De allra flesta återgår till sin tidigare arbetsgivare
- Året efter sjukskrivningen var 44 procent inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Om man jämför med hur det såg ut innan sjukskrivningen är det en stor ökning då 19 procent var inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Detta kan vara en indikation på att man är

inriktad på att byta jobb. Men det är också så att en person måste vara inskriven hos Arbetsförmedlingen för att få behålla sin sjukpenningsgrundande inkomst (SGI).

Om en person nekas sjukpenning vid dag 180 har Försäkringskassan bedömt att det finns en arbetsförmåga. Men en av tio varken arbetar eller ställer om. Omräknat till helårssiffror handlar det om 1 600 personer. Majoriteten av dem fick någon typ av ersättning från Försäkringskassan. Det kan handla om det att de åter fått sjukpenning eller att de fått pension. Den återstående delen, ca fem procent, hade utifrån registeruppgifter, ingen inkomst alls. Det handlar om cirka 800 personer. Vissa i den gruppen hade inkomster en del av året. Siffran fem procent gäller situationen tolv månader efter sjukskrivningens slut. De som stod utan försörjning hela året var drygt en procent vilket innebär 80 personer.

Riksrevisionen visar i en rapport (RiR 2016:31) att allt fler av de som nekats sjukskrivning återgick till arbetslivet. Även sannolikheten att lämna arbetslivet minskade. Det skedde utan att hälsan, som man mätte i vård- och läkemedelskonsumtion, påverkades negativt. Riksrevisionen menar att en strikt bedömning av rätten till sjukpenning ger positiva effekter på både individ- och samhällsnivå. Individens arbetsutbud ökar och risken att slås ut från arbetsmarknaden minskar. Arbetsinkomsten ett år efter beslutet var högre för de som nekades sjukpenning än de som beviljades.

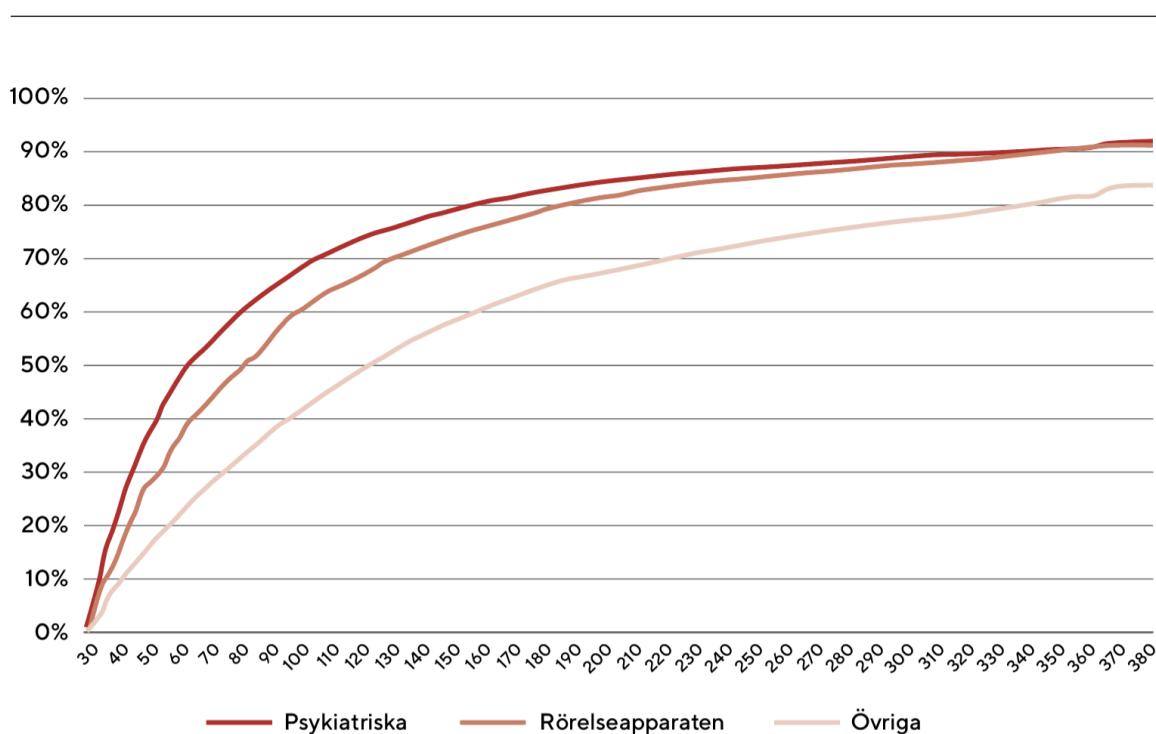
5. Identifiera riskfallen

Varje år startar ungefär 500 000 sjukfall, som ska hanteras av Försäkringskassan. Då är inte de sjukfall som bara pågår under två veckor inräknade. Det är den period som arbetsgivarna svarar för. Att se till att sjukfallen inte blir längre än vad som krävs för att en person ska kunna återgå i sitt arbete är helt grundläggande, såväl för samhället som för den enskilde. Försäkringskassan har detaljerad statistik vad gäller i vilken takt de sjukskrivna återfår arbetsförmåga och sjukfallet därmed kan avslutas. Följande kan tjäna som en illustration.

Första kvartalet 2021 startade drygt 150 000 sjukfall. Många av dessa blev relativt korta, men närmare 100 000 blev över 30 dagar. Ungefär en tredjedel av de sjukskrivna kom alltså tillbaka i jobb förhållandevis snabbt. Under de första 60 dagarna av sjukskrivning återfick närmare 100 000 av de sjukskrivna sin arbetsförmåga. Under de följande 60 dagarna gällde det enbart kring 26 000 personer. Långa sjukfall tenderar att bli längre. Om vi följer sjukfallen ytterligare 60 dagar så mer än halveras antalet personer som återfår sin arbetsförmåga. Vi är nu nere i 11 000 personer som inte återfått sin arbetsförmåga. Det visar sig att personer med en psykiatrisk diagnos tenderar att återfå arbetsförmåga i långsammare takt än andra. I diagrammet nedan syns också tendensen att långa sjukfall blir längre och detta oavsett diagnos. Kurvorna tenderar nämligen att bli parallella med ökande tid.

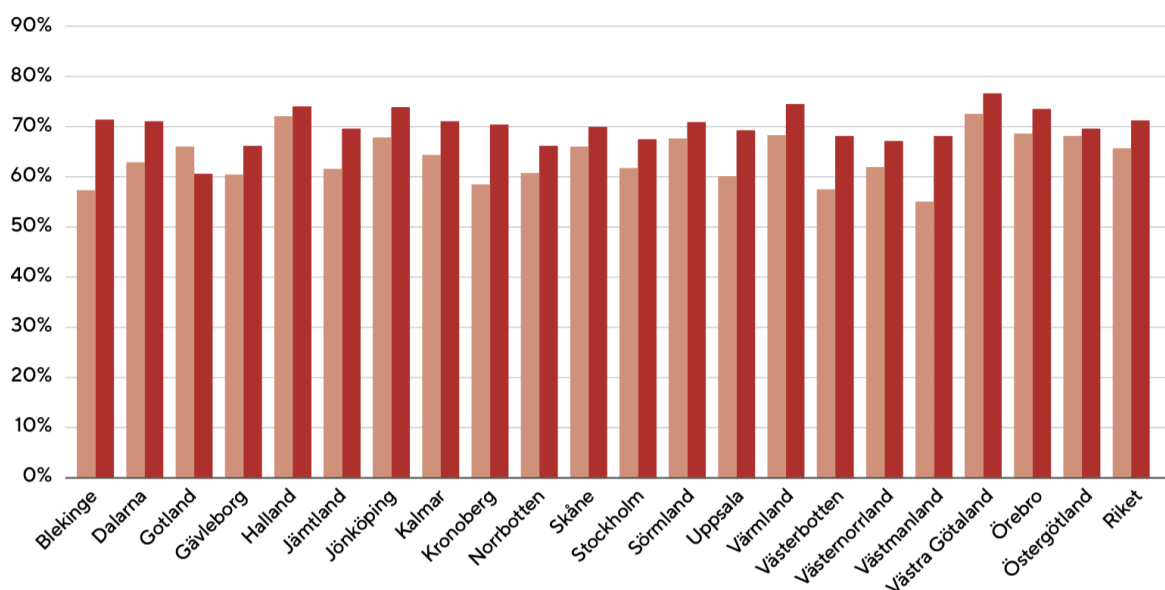
I vilken takt återfår de sjukskrivna sin arbetsförmåga

Sjukfall som startade 1. kvartalet 2021 och blev minst 29 dagar



Givet kurvornas utseende är det rimligt att säga att sjukfall som blir över 120 dagar måste ses som fall som riskerar att bli mycket längre. En rimlig bedömning är att om Försäkringskassan lyckas identifiera och arbeta systematiskt med just dessa fall bör det leda till en allmän förkortning av sjukfallslängderna. Av diagrammet nedan framgår att räknat på alla sjukfall är det en ökande andel av fallen som är längre än ett år som ännu ett år senare fortfarande pågår, det vill säga de ingår i gruppen av alla fall som är längre än 2 år. Att 70 procent av alla fall som var längre än 1 år fortfarande pågår då det gått ytterligare ett år är en tydlig illustration av de problem som följer då ett sjukfall blivit långt.

Andel 1-årsfall som blev 2-årsfall



I dag finns det drygt 13 000 personer som varit sjukskrivna mer än sex år. Det är en siffra som vuxit kraftig. För två år sedan var det drygt 5 600 personer som varit sjukskrivna i över sex år. Sammanfattningsvis innebär detta att det är tydligt att ju längre tid en person är sjukskriven desto svårare är det att återgå i arbetet. Detta gäller särskilt de psykiatriska diagnoserna. För det första leder de psykiatriska diagnoserna till längre sjukskrivningar än de flesta andra sjukdomsorsakerna. Det är också så att kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män och det gäller särskilt yngre kvinnor. Det som ökat över tid är de stressrelaterade sjukdomarna medan depressionernas andel av sjukskrivningar minskat. Enligt Försäkringskassan (Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser, Socialförsäkringsrapport 2020:8) skulle denna förändring kunna förklaras av så kallad diagnosglidning inom hälso- och sjukvården. Man sätter alltså andra diagnoser. Att det är svårt att komma tillbaka efter en sjukskrivning med en psykiatrisk diagnos är väl dokumenterat. Enligt Försäkringskassan kan detta bland annat förklaras att "hälso- och sjukvårdens förmåga att behandla psykiatriska diagnoser är otillräcklig, trots att det finns verksam behandling såsom psykofarmaka eller kognitiv beteendeterapi för depressioner och ångesttillstånd". En mer utvecklad hälso- och sjukvård i dessa delar skulle alltså kunna ha goda effekter på sjukskrivningsvolymerna.

6. Omfattande kostnader – förändringar behövs

Försäkringskassan lämnar fem gånger per år in prognoser till regeringen om hur man bedömer att sjuktalen och kostnaderna för sjukförsäkringen (utgiftsområde 10.1) kommer att utvecklas. Hur stora kostnaderna blir är en funktion av hur många sjukfall som inleds och hur långa de kommer bli. I den senaste rapporten (Utgiftsprognos för budgetåren 2022–2026, november 2022) görs följande bedömningar för sjukskrivningarna:

- Utgifterna för 2022 kommer att bli betydligt högre än anslagsbeloppet och uppgå till drygt 40 miljarder.
- För år 2026 beräknas kostnaderna uppgå till drygt 42 miljarder.
- Minskningen av antalet startade sjukfall med psykiatriska diagnoser är bruten och det sker en gradvis ökning. Prognosen är en fortsatt ökning av psykiatriska diagnoser under prognosperioden.
- De långa sjukfallen (över 180 dagar) med psykiatrisk diagnos ökar. Skälet till detta är förändringar i regler och tillämpning. Främst handlar det om en annorlunda bedömning av arbetsförmåga vid dag 180.

Syftet med själva sjukförsäkringen är att den i slutänden ska leda till egen försörjning. Systemet är inte utformat utifrån att den enskilde år efter år ska uppbära sjukpenning. Antingen tillfrisknar man helt på egen hand, och kan återgå i arbete, eller så måste arbetsgivaren göra anpassningar och förändringar. Men sjukförsäkringen är ingen yrkesförsäkring. Många gånger kan byte av yrke krävas. En del personer behöver då hjälp och stöd från Arbetsförmedlingen som här har en tydlig roll. Det finns också många gånger behov av medicinskt stöd för att ett sjukdomstillstånd ska hävas och personen kunna bli fullt arbetsför. Sammantaget är det så att arbetet med sjukskrivningar handlar om ett helt system: hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen, arbetsgivarna och Försäkringskassan. Och naturligtvis den enskilde sjukskrivne. Det som är helt avgörande är att alla inblandade parter driver åt samma håll det vill säga att målet är självförsörjning. I denna rapport har vi beskrivit Försäkringskassans roll, alltså den myndighet som administrerar systemet. Men Försäkringskassan är endast en del av systemet – sjuktalens utveckling påverkas av hur alla delar av systemet agerar.

Utvecklingen av sjuktalen över tid är på flera sätt svår att förstå. Om vi tittar på upp- och nedgångar kan vi inte se några systematiska förändringar i de yttre omständigheterna. Lagstiftningen är nationell och Försäkringskassan är en sammanhållen nationell myndighet. Det är tydligt att förändringar och fluktuationer sker utan att lagstiftningen förändrats. Vi kan också konstatera att folkhälsan inte styr utvecklingen av sjuktalen och att de regionala variationerna är omfattande. Av detta är det rimligt att dra slutsatsen att variationer i sjuktalen

kan hänföras till variationer i handläggning av sjukpenningärenden. Därutöver konstaterar vi att de psykiatriska diagnoserna ökat kraftigt i hela riket.

Vad detta beror på behöver fortsätt analyseras men framför allt behöver man utveckla diskussionen om vad som behöver göras. Vad gäller behov av utvecklade analyser är det centralt att kunskapen om varför de psykiatriska diagnoserna ökar. Det behövs även en bättre analys av varför kvinnor år efter år står för 2/3 av sjukskrivningarna. Ofta har det så kallade livspusslet lyfts fram som en förklaring men det skulle behövas en betydligt djupare analys för att förstå utvecklingen.

Försäkringskassan utvecklar hela tiden sin verksamhet för att på ett bättre sätt hantera sjukskrivningarna och möta den sjukskrivne. Vi vill här särskilt lyfta fram ett par områden som vi menar är centrala i den fortsatta utvecklingen. Vi har inte gjort den analys som krävs för att föreslå ett helt förändrat sjukskrivningssystem. Det som ibland lyfts fram i diskussionen är att ge läkare en annan roll i sjukskrivningsprocessen eller att öka arbetsgivarens ansvar, på ett liknande sätt som man gjort i Nederländerna. Vidare har behovet av digitalisering av sjukförsäkringshandläggarnas arbete lyfts fram i olika sammanhang. I denna rapport har dock vi gjort bedömningen att även genom att göra mindre förändringar kan skattenytan för medborgarna öka avsevärt.

- Det måste bli en ännu tydligare inriktning för Försäkringskassans del att tillämpa lagstiftningen på ett likvärdigt sätt mellan de olika regionerna. Handläggningen måste ske på ett rättssäkert sätt och likvärdigheten måste öka. Rätten att beviljas sjukpenning kan omöjligen tillåtas vara beroende av var i landet man råkar bo. Den rättsliga styrningen behöver och kan mycket väl förbättras. Vidare är det viktigt att handläggare ges kontinuerlig kompetensutveckling och att Försäkringskassan fortsätter att systematiskt jobba med förbättringar så att det bedömningsutrymme som finns tillämpas på ett ändamålsenligt sätt.
- För att minska sjukskrivningarna behöver Försäkringskassan utveckla sin förmåga att avsluta sjukfallen. De långa sjukfallen har ökat kraftigt. Det är i dag 13 000 personer som varit sjukskrivna i mer än sex år och detta resulterar i höga sjukskrivningskostnader men också mycket stora svårigheter för den enskilde att komma åter i arbete. Bedömning av arbetsförmågan måste utvecklas och sättas i centrum. Särskilt när det gäller de psykiatriska diagnoserna är det helt nödvändigt att den största insatsen för att motverka fortsatt sjukskrivning görs så tidigt som möjligt. Att vänta tre eller sex månader gör att chansen till återgång i arbete minskar avsevärt. Detta kan inte nog betonas. Problemet med långa sjukskrivningar har länge varit väl känt och de växer i antal. För att göra en kraftsamling inom området bör Försäkringskassan, vid sidan av annat utvecklingsarbete, diskutera förutsättningarna för att centralisera det arbetet och låta ett mindre antal högt kvalificerade handläggare arbeta med ärendena.
- Regeringen beslutade i december 2020 att tillfälligt stoppa bedömningarna mot normalt förekommande arbete mellan dag 181 och dag 364 i rehabiliteringskedjan. I

mars 2021 infördes ett nytt undantag från bedömning mot normalt förekommande arbete, *övervägande skäl*. Ytterligare undantag infördes sedan i februari 2022. Vi föreslår att man återgår till lagstiftningen som den såg ut innan dessa ändringar gjordes. Det skulle leda till att sjukfall i större utsträckning avslutas när den enskildes förutsättningar för återgång i arbete fortfarande finns.

- Tydliggör villkoren för sjukförsäkringen och öka därigenom insikten hos läkare och patient om kostnader och villkor, vad som ingår och vad som inte gör det. Detta gäller särskilt de sjukskrivningar som handlar om psykiatriska diagnoser.
- Ökad användning och breddning av omställningsavtalet. Arbetsmarknadens parter har träffat ett omställningsavtal som syftar till att stödja arbetslinjen och individens möjlighet till ett längre arbetsliv. Mer än 90 procent av alla anställda omfattas av kollektivavtal och därmed också arbetsmarknadens parter omställningsorganisationer. Omställningsorganisationerna roll är bland annat att, genom omställningsprogram, underlätta för uppsagda medarbetare och de vars anställning löpt ut, att hitta nytt jobb. Detta system omfattar de som är sjukskrivna, men bara under vissa omständigheter. Modellen innebär att omställningsorganisationerna på arbetsmarknaden (liksom Kammarkollegiet för dem som inte omfattas av kollektivavtal) kan stötta enskilda personer som blivit uppsagda på grund av sjukdom. Det kan till exempel handla om arbetsbrist där den enskilde i samband med neddragningar inte är förmögen att utföra något annat arbete hos arbetsgivaren och därmed sägs upp på grund av arbetsbrist. Stödet gäller även de som blivit uppsagda eller vars anställning löpt ut och där det under omställningsprocessen identifieras ett behov av förstärkt stöd. Detta stöd kan inte ges till dem vars anställning inte har upphört. En möjlighet för sjukskrivna att redan under anställningen få tillgång till detta vore sannolikt bra för den enskildes möjlighet att ställa om till annat arbete och därmed förkorta sjukperioden och kunna leda till ökad skattenytta.



**KOMMISSIONEN
FÖR SKATTENYTTA**