

SOCIALDEPARTEMENTET

RÄTTEN TILL
FÖRTIDSPENSION
OCH SJUKPENNING

Ds 1994:91

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

Beställningsadress: Fritzes kundfjänsst

106 47 Stockholm

Fax: 08-20 50 21

Telefon: 08-690 90 90

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1994

ISBN 91-38-13743-7
ISSN 0284-6012

Förord

3

Bakgrunden till det utredningsarbete som redovisas i denna promemoria är det behov av åtgärder för att bryta den stigande trenden inom förtidspensioneringen som regeringen redovisat bl.a. i samband med det s.k. sanelingsprogrammet för den offentliga sektorns finanser (prop. 1992/93:150).

Det har under lång tid funnits en stigande trend inom förtidspensioneringen som innebär att allt fler människor permanent utestängs från arbetsmarknaden och att kostnaderna för förtidspensioneringen stiger. Det är såväl av sociala som av samhällsekonomiska skäl nödvändigt att den nuvarande trenden inom förtidspensioneringen bryts.

Utgångspunkten för utredningsarbetet har varit att beviljandet av förtidspension ofta är slutpunkten i en lång händelsekedja. För att nå effekt är det därför nödvändigt att åtgärder inte enbart inriktas på förtidspensioneringen utan även på tidiga åtgärder i sjukfallen inom sjukförsäkringen.

Syftet med arbetet har varit att föreslå åtgärder för att förtydliga regelsystemet för aktörerna inom socialförsäkringssystemet och att förbättra det medicinska underlag som ligger till grund för beslut om förtidspension och sjukpenning.

Den reformering av ålderspensioneringen som riksdagen nyligen godfänt riktlinjer för får bl.a. till konsekvens att ett nytt regelverk för förtidspensioneringen måste utarbetas. Av betydelse för ett slutligt ställningstagande rörande förtidspensioneringen blir vidare de förslag som kommer att laggas av Sjuk- och arbetsskadebereidningen vad gäller en ny ordning för lagfästa försäkringsersättningar vid sjukdom och arbetsskada. Denna beredning skall även överväga om förtidspensioneringen bör ingå i en ny ordning eller bibehållas enligt nuvarande regler.

De åtgärder som föreslås i denna promemoria har därför i möjligaste mån utformats så att de skall kunna överföras till och tillämpas även i en framtida reformerad förtidspensionering respektive sjukförsäkring.

Promemorian har utarbetats av en interdepartemental arbetsgrupp med representanter från Socialdepartementet (S), Arbetsmarknadsdepartementet (A) och Finansdepartementet (Fi). Även Riksförsäkringsverket (RFV) har aktivt medverkat i arbetet. I arbetsgruppen har ingått Per Tillander (S), Per Åkesson (S), Eva Hännar (S), Inga-Britt Lagerlöf (A), Bettina Kashafi (Fi), Kristina Olofsson (Fi) samt Ann Johansson-Sandén (RFV).

Gruppen svarar för såväl promemorians innehåll som de slutsatser som dras.

Stockholm i juni 1994

Inger Rydén
Departementsråd

Innehåll

1	<i>Sammanfattning av förslagen</i>	7
2	<i>Lagförslag</i>	13
3	<i>Inledning</i>	25
3.1	Åtgärder för att höja den genomsnittliga pensionsåldern	25
3.2	Utvecklingen av förtidspensioneringen	26
3.3	Andelen förtidspensionärer av befolkningen i företagsaktiv ålder	29
3.4	Andelen förtidspensionärer i olika åldersintervall	31
3.5	Slutsatser	32
4	<i>Sjukförsäkring</i>	35
4.1	Problem och behov av åtgärder	35
4.2	Sjukdomsbegreppet	37
4.3	Lagreglernas utformning	40
4.4	Begreppet arbetsförmåga	41
4.5	Försäkringen för sjukpenning	50
4.6	Läkartyg/-utlåtande	53
4.7	Försäkringskassans prövning av sjukpenninggränsen	57
4.8	Kompletterande utredning	60
4.9	Förtroendeläkaren	65
5	<i>Förtidspensionering</i>	71
5.1	Nuvarande regelsystem	71
5.2	Bedömning av arbetsförmåga i förtidspensioneringen	74
5.3	Efterkontroll	79
5.4	Kompensationsnivåer m.m.	81
5.5	Förändrad antagandepoängsberäkning	83
5.6	Unga funktionshindrade	86

6		
6	Socialförsäkringsnämndens roll	89
7	Ekonomiska konsekvenser av förslaget	95

1 Sammanfattning av förslagen

7

Sjukdomsbegreppet

Nuvarande sjukdomsbegrepp bibehålles. För att tydliggöra gällande sjukdomsbegrepp bör det dock framgå av 3 kap. 7 § AFL att försäkringskassan vid sin bedömning av om rätt till sjukpenning föreligger skall bortse från arbetsmarknadsrättsliga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden.

Lagreglernas utformning

I syfte att förtydliga reglerna om rätten till sjukpenning föreslås att reglerna samlas på ett och samma ställe i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). Vidare föreslås vissa förtydliganden i de nuvarande bestämmelserna.

Reglerna om rätten till sjukpenning bör samlas i 3 kap. 7 § AFL.

De regler som avser de olika åtgärder som den försäkrade och försäkringskassan skall eller kan vidta i samband med sjukskrivningar bör föras samman i 3 kap. 8 § AFL.

Begreppet arbetsförmåga

För den som inte kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete föreslås att försäkringskassan vid sin bedömning skall beakta den försäkrades förmåga att i stället försörja sig genom något annat arbete.

Det föreslås vidare att bedömningen skall ske i relation till arbeten som är normalt förekommande på den öppna arbetsmarknaden eller – i det fall den försäkrade kan erbjudas och bedöms klara sådan sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga – i relation till denna.

Vidare förelås att försäkringskassan vid bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt i sådana fall får utgå från att den försäkrade skulle ha arbetat i ett på arbetsmarknaden normalt heltidsarbete, oberoende av om den försäkrade tidigare har arbetat mer än heltid.

Om den försäkrade kan antas återgå till sitt vanliga arbete innebär nuvarande regler att försäkringskassan vid sin bedömning av om arbetsför-

mågan är nedsattnad skall beakta om den försäkrade på grund av sjukdomen inte klarar av att utföra detta arbete eller därmed jämförligt arbete. Arbetsgruppens bedömning är att prövning av arbetsförmågan skall göras inte bara till ordinarie eller jämförligt arbete utan även till annat arbete hos arbetsgivaren om den försäkrades medicinska tillstånd medger detta och om arbetsgivaren kan erbjuda den anställde ett sådant jämförligt arbete.

Ersättning för resekostnader i stället för sjukpenning

Enligt nuvarande regler föreligger rätt till sjukpenning i de fall en försäkrad kan utföra sina arbetsuppgifter men på grund av skada eller sjukdom inte kan resa till och från arbetsplatsen. Om den försäkrade begär det kan i sådana fall försäkringskassan bevilja ersättning för t.ex. taxiresor till och från arbetsplatsen motsvarande högsta sjukpenningbelopp per dag. Arbetsgruppens bedömning är att resor till och från arbetsplatsen regelmässigt bör ingå i den bedömning som försäkringskassan gör av den försäkrades arbetsförmåga. Om kassan vid sin bedömning kommer fram till att den försäkrades medicinska tillstånd inte är något hinder för att han återgår i arbete bör sjukpenning inte längre utges utan kostnaderna för den försäkrades merutgifter för resor till och från arbetet bör i stället ersättas. Den försäkrade bör således inte ges möjlighet att välja att uppbära sjukpenning i stället för att få sina merutgifter för resor ersatta.

Fördjupad bedömning efter fyra veckor

Det försöks att en fördjupad bedömning av rätt till sjukpenning skall ske senast efter fyra veckor. Bedömningen försöks utföras av handläggande tjänsteman, en tjänsteman med särskild erfarenhet samt förroendeläkare. Beslut om den försäkrades rätt till sjukpenning skall dock även fortsättningsvis tas av den tjänsteman hos försäkringskassan som handlägger ärendet.

Kompletterande utredning

För att utreda i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsattnad, bör försäkringskassan ges rätt att remittera en försäkrad för kompletterande undersökning och utredning hos t.ex. annan sjukvårdsenhet när som helst i ett sjukfall vid tveksamhet om en viss diagnos, när läkarutlåtandet från den försäkrades behandlande läkare efter fyra veckor inte innehåller uppgift om behovet av rehabilitering, pågående och planerad behandling eller

rehabiliteringsåtgärd, beräknad återstående sjukdomstid etc. eller då kassan av något annat skäl anser att det medicinska underlaget är otillräckligt för att beslut skall kunna fattas i den aktuella ersättningsfrågan.

Den försäkrades skyldigheter

Den försäkrade försöks få en tydligare skyldighet att ange på vilket sätt uppgiven sjukdom påverkar hans arbetsuppgifter, dvs. arbetsförmågan, såväl i den försäkrans för sjukpenning som ges in i början av ett sjukfall som i en särskild försäkrans senast efter fyra veckors sjukskrivning.

Om den försäkrade utan giltiga skäl inte medverkar i en kompletterande undersökning bör rätt till sjukpenning inte föreligga. Bedömning av behovet om kompletterande undersökning och valet av sjukvårdsenhet eller liknande bör inte kunna överklagas av den försäkrade. Först när försäkringskassan beslutat om indragning av sjukpenningen, bör den försäkrade ges möjlighet att få beslutet överprövat.

Behandlande/Sjukskrivande läkare

Det försöks att det av reglerna tydligare bör framgå att den behandlande läkarens roll i första hand är att uttala sig om den försäkrades sjukdom, skada, symptom eller andra besvär och i vad mån sjukdomen eller besvären påverkar funktionsförmågan, dvs. vilka funktionshinder som sjukdomen e.d. förorsakar den försäkrade.

Det förelås vidare att det av lagstiftningen bör framgå att det är försäkringskassans uppgift att ta ställning till graden av nedsattnad av arbetsförmågan och därmed rätten till ersättning. Försäkringskassan får genom detta en tydligare roll när det gäller den försäkringsmässiga bedömningen.

Förroendeläkare

Försäkringskassans handläggare bör få reella möjligheter att utan dröjsmål diskutera medicinskt svårbedömda ärenden med en förroendeläkare. För att ytterligare tydliggöra förroendeläkarens roll som socialförsäkringsmedicinske expert, bör försäkringskassan sträva efter att förroendeläkare anställs på minst halvtid. Endast i undantagsfall bör kortare tjänstgörings-tid förekomma. Vidare förelås att benämningen förroendeläkare byts ut mot försäkringsläkare.

Rätten till förtidspension/sjukbidrag

Rätt till förtidspension/sjukbidrag föreslås föreligga för försäkrade mellan 16 och 64 år om arbetsförmågan på grund av sjukdom, medfödd eller förvärvad skada är nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan anses varaktig respektive bestående för avsevärd tid.

Vid bedömning i vad mån arbetsförmågan är nedsatt i samband med prövning av förtidspension/sjukbidrag föreslås att den försäkrades förmåga att bereda sig inkomst

genom arbete skall beaktas. Bedömningen föreslås ske i relation till arbeten som är normalt förekommande på den öppna arbetsmarknaden eller, i de fall den försäkrade kan få och klara ett arbete i den skyddade sektorn, i relation till detta.

Vid bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt föreslås att försäkringskassan som högst utgår från att den försäkrade skulle ha arbetat i ett på arbetsmarknaden normalt heltdarbete.

Vidare föreslås att värdering av hushållsarbete skall ske på samma grunder oavsett om den försäkrad tidigare varit förvärvsaktiv eller hemarbetande. Det föreslås även att arbetsmarknadsmissiga skäl för förtidspension för personer som är 60 år eller mer avskaffas, vilket innebär att de s.k. äldrereglerna inte längre skall gälla.

Prövning och efterkontroll av förtidspension

Inför prövning av förtidspension föreslås att försäkringskassan skall kunna begära att den försäkrade skall genomgå undersökning av viss läkare eller genomgå annan utredning såsom arbetsprövning eller för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Vid beslut om förtidspension föreslås att försäkringskassan skall ta ställning till om det är motiverat att efter viss tid göra en förnyad utredning om rätten till förtidspension.

Försäkringskassan föreslås också ges möjlighet att löpande även i övrigt införskaffa den utredning som i varje särskilt fall kan anses nödvändig för bedömning av rätten till förtidspension.

ATP i samband med förtidspension

Förutsättningarna för att få ATP i form av förtidspension beräknad på s.k.

antagandepoäng föreslås förändras. För att sådan beräkning skall ske föreslås att den försäkrade skall ha injämnat pensionspoäng under minst tre av de fyra åren närmast före pensionsfallet. Antagandepoängen föreslås motsvara medeltalet av de fyra storleksmässigt mellersta pensionspoängstalen under de sex åren närmast före pensionsfallsåret eller, om det är förmånligare för den försäkrade, medeltalet av pensionspoängen för de bästa fyra femtedelarna av alla års pensionsgrundande inkomster fr. o. m. 16 års ålder t. o. m. året före pensionsfallet.

Unga funktionshindrade

Det föreslås vidare att det bör ske en översyn i syfte att finna ersättningsformer som bättre bidrar till aktiv rehabilitering av unga funktionshindrade. Översynen föreslås bl. a. omfattas sjukbidragssystemet, 16-årsgränsen inom förtidspensioneringen samt åldersgränserna i angränsande ersättningsformer.

Prövning i socialförsäkringsnämnd

Inför prövning av förtidspension i socialförsäkringsnämnd föreslås att det regelmässigt inhämtas yttrande om den försäkrades funktionsförmåga från försäkringskassans förtrouedeläkare. Denne bör dock inte ta ställning till rätten till förtidspension utan endast bistå socialförsäkringsnämnden med det medicinska underlaget. Vidare föreslås att ärenden om förtidspension inför nämndens prövning övertas av en inom försäkringsområdet särskilt erfaren och kunnig tjänsteman som lägger förslag till beslut och föredrar ärendet i socialförsäkringsnämnd.

Vidare föreslås att en utvärdering av socialförsäkringsnämndernas verksamhet bör ske.

Ekonomiska konsekvenser av förslagen

Med hänsyn till det pågående rehabiliteringsarbetet och de i denna promemoria föreslagna åtgärderna kan en kraftig nedgång av nybeviljandefrekvensen förväntas. Sammantaget ger en försiktig uppskattning att utgifterna för förtidspensioneringen kan minska med ca 2 miljarder kronor per år jämfört med om den nuvarande nybeviljandefrekvensen består.

De föreslagna åtgärderna inom sjukförsäkringen bedöms leda till att sjukfallen blir kortare och att partiella sjukskrivningar blir vanligare än i dag. Vår bedömning är att sjukförsäkringsutgifterna kan komma att redu-

ceras med omkring fem procent, vilket motsvarar ca 1 miljard kronor.

Till dessa beräkningar måste även hänsyn tas till överströmmingseffekter till andra trygghetssystem samt ökade skatte- och avgiftsinäkter.

2 Lagförslag

Förslag till

Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring dels att 3 kap. 4, 7 och 8 §§, 7 kap. 1 och 3 §§, 13 kap. 2 §, 18 kap. 12 § samt 20 kap. 3 § skall ha följande lydelse.

dels att det i lagen skall införas nya bestämmelser, 4 kap. 4 a § och 7 kap. 3 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagna lydelse

3 kap.

4 §

För dagar i en sjukperiod gäller, om inte annat följer av 10-10 b §§,

1. att sjukpenning inte utges för den första dagen,

2. att hel sjukpenning för de två följande dagarna utgör för dag 65 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365,

3. att hel sjukpenning för tid därefter till och med den trehundrasextiofemte dagen utgör för dag 80 procent av den fastställda sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365, och

4. att hel sjukpenning för tid därefter utgör för dag 70 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365. Sjukpenningen avrundas till närmaste hela kronor.

(8 §)

Som sjukperiod anses tid, under vilken en försäkrad i oavbruten följd lider av sjukdom som avses i 7 § eller har rätt till sjukpenning enligt 7 b § eller rehabiliteringspenning enligt 22 kap. 7 §. Uppkommer för den försäkrade rätt till sjukpenning enligt kapitlet i omedelbar anslutning till en sjuklöneperiod enligt lagen (1991:1047) om sjuklön, skall sjukperioden enligt denna lag anses omfatta också sjuklöneperioden.

Om en sjukperiod börjar inom

(8 §)

fem dagar från det en tidigare sjukperiod avslutats skall bestämmelserna i *första stycket samt 4 a* och 10 a §§ tillämpas som om den senare sjukperioden utgör en fortsättning på den tidigare sjukperioden.

Om den försäkrade gått miste om sjukpenning till följd av bestämmelserna i första stycket 1 eller 10 a § första stycket 1 för sammanlagt tio dagar under de senaste tolv månaderna utges sjukpenning för dag som avses i första stycket 1 med 65 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, delad med 365.

(4 §)

4 a § Om den försäkrade av arbetsgivaren erhåller skattepliktiga förmåner i form av lön, bil, bostad eller helt fri kost under sjukdom för samma tid som sjukpenning avser, skall sjukpenning som utges till och med den nittonde dagen i sjukperioden minskas med det belopp som förmånerna under sjukdom överstiger 10 procent av vad den försäkrade skulle ha fått i motsvarande förmåner om han varit i arbete och sjukpenning som utges för tid därefter minskas med förmånerna under sjukdom. Till den del förmånerna under sjukdom utges i förhållande till förmåner i arbete som för år räknat överstiger den högsta sjukpenninggrundande inkomst som kan beräknas enligt 2 § skall minskningen dock endast ske med belopp som överstiger 75 procent av förmånerna i arbete när sjukpenning utges med den procentandel som anges i 4 § första stycket 2, 90 procent av förmånerna i arbete när sjukpenning utges från och med den fjärde till och med den nittonde dagen med den procentandel som anges i 4 § första stycket 3, 80 procent av förmånerna i arbete när sjukpenning utges från och med den nitioförsta till och med trehundrasextiofemte da-

(4 §)

gen med den procentandel som anges i 4 § första stycket 3 och 70 procent av förmånerna i arbete för tid därefter när sjukpenning utges med den procentandel som anges i 4 § första stycket 4.

Vid tillämpning av bestämmelserna i *första stycket* skall ersättning som utges på grund av förmån av fri grupp sjukförsäkring som åtnjuts enligt grunder som fastställs i kollektivavtal mellan arbetsmarknadens huvudorganisationer anses som lön under sjukdom från arbetsgivare.

(4 §)

Det belopp varmed minskningen skall göras avrundas till närmast lägre hela kronal. Avräkningen skall i första hand göras vid utbetalning av sjukpenning som avser samma tid som de förmåner under sjukdom som föranlett minskningen men får också göras vid närmast följande utbetalning av sjukpenning.

7 §

Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Med sjukdom jämställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört.

Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Med sjukdom jämställs ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga, som orsakats av sjukdom för vilken sjukpenning utgetts och som fortfarande kvarstår efter det att sjukdomen upphört. *Försäkringskassan skall vid bedömning av rätt till sjukpenning bortse från arbetsmarknadsnässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden.*

Saknar den försäkrade arbetsförmåga utges hel sjukpenning. Om arbetsmågan inte saknas helt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar utges tre fjärdedels sjukpenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv sjukpenning. I annat fall utges en fjärdedels sjukpenning.

(8 §) Vid bedömningen av om arbetsförmågan är fullständigt nedsatt skall, om sjukdomen kan antas vara kortvarig, särskilt beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Om den försäkrade på grund av sjukdomen behöver avstå från förvärsarbete under minst en fjärdedel av sin normala arbetstid en viss dag, skall hans arbetsförmåga anses nedsatt i minst motsvarande mån den dagen. (Vid prövning av den försäkrades rätt... se nedan i högerspalten)

(8 §) Om sjukdomen kan antas långvarig eller den försäkrade bedöms inte kunna återgå till sitt arbete, skall försäkringskassan undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd, som avses i 7 b § eller 22 kap. 7 §, kan försörja sig själv genom förvärsarbete om arbetsförhållandena ändras eller om annat lämpligt arbete erhålls. Därvid skall beaktas vad som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till sjukdomen, hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bosättningsförhållanden och andra sådana omständigheter.

(8 §)

Om den försäkrade kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete skall försäkringskassan i beslut som avses i andra stycket bedöma i vilken grad den försäkrade på grund av sjukdomen är ur stånd att utföra sitt vanliga arbete eller därmed jämförligt arbete.

Om den försäkrade inte kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete skall försäkringskassan i stället bedöma den försäkrades förmåga att försörja sig genom annat arbete. Bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt skall ske i relation till arbeten som är normalt förekommande på den öppna arbetsmarknaden eller, i det fall den försäkrade kan erbjudas och bedöms klara sådan sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga, i relation till denna. Vid bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt får kassan som högst utgå från att den försäkrade skulle ha arbetat i ett på arbetsmarknaden normalt heltdarbete.

Vid prövning av den försäkrades rätt till sjukpenning för tid under vilken han annars skulle ha uppburit föräldrapenning, skall arbetsförmågan anses nedsatt endast i den utsträckning som den försäkrades förmåga att vårda barnet är nedsatt på grund av sjukdomen.

(8 §)

Om den försäkrade uppbär för-

tidspension eller särskild efterlevandepension enligt denna lag, skall vid prövning av den försäkrades rätt till sjukpenning bedömningsen av hans arbetsförmåga ske med bortseende från den nedsättning av förmågan eller möjligheten att bereda sig inkomst genom arbete som ligger till grund för utgående pension.

8 §

(7 §) Försäkringskassan får när det finns skäl till det kräva att läkarintyg ges in för att styrka nedsättning av arbetsförmågan.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in försäkrans sjukpenning. Försäkrans skall innehålla uppgifter om sjukdomen och en beskrivning av den försäkrades arbetsuppgifter.

Den försäkrade skall till försäkringskassan ge in läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom från och med den sjunde dagen efter sjuknättningsdagen till dess sådant läkarutlåtande som anges i tredje stycket har getts in till kassan.

(7 §) När en sjukperiod har pågått fyra veckor skall den försäkrade ge in ett läkarutlåtande till försäkringskassan, om kassan begär det. Ett sådant läkarutlåtande skall innehålla uppgift om behovet av rehabilitering, pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd samt, om möjligt, beräknad återstående sjukdomstid med nedsatt arbetsförmåga.

Ett särskilt läkarutlåtande skall innehålla uppgift om pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, behovet av övrig rehabilitering, beräknad återstående tid med nedsatt funktionsförmåga på grund av sjukdom samt läkares bedömning av i vilken grad den nedsatta funktionen påverkar arbetsförmågan. Ett särskild försäkrans skall innehålla uppgifter om

arbete och egen bedömning av arbetsförmåga. Försäkringskassan skall, efter det att det särskilda läkarutlåtandet och den särskilda försäkrans kommit in och efter hörande av en sådan försäkringsläkare som avses i 18 kap. 12 §, bedöma i vilken mån arbetsförmågan fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom samt om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är erforderliga. Kassan skall, om det är nödvändigt för bedömning enligt tredje stycket, begära att den försäkrade genomgår utredning för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Försäkringskassan skall, när det kan anses nödvändig för bedömning av rätt till sjukpenning, under sjukperioden även i övrigt

1. införda utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig,
2. göra förfrågan hos den försäkrade, hans arbetsgivare, läkare eller annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter,
3. besöka den försäkrade, samt
4. undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap., helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete.

För utgifter för läkarundersökning och utlåtande som föranleds av en begäran enligt fjärde stycket lämnas ersättning i enlighet med vad regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Riksförsäkringsverket föreskriver.

Regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Riksförsäkringsverket, får meddela föreskrifter om undantag i vissa fall från

skyldighet att lämna läkarintyg, läkarutlåtande och särskilda försäkrans.

7 kap.

1 §

Rätt till folkpension i form av förtidspension har försäkrad, som fyllt sexton år, för tid före den månad, då han fyller sextioem år, om hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan antas varaktig.

Kan nedsättningen av arbetsförmågan inte anses varaktig men kan den antas bli bestående avsevärd tid, har den försäkrade rätt till folkpension i form av sjukbidrag. Sådant bidrag skall vara begränsat till viss tid; och skall i övrigt vad som är föreskrivet om förtidspension enligt första stycket gälla beträffande sjukbidrag.

3 §

Vid bedömmande i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beaktas den försäkrades förmåga att vid den nedsättning av prestationsförmågan, varom är fråga, bereda sig inkomst genom sådant arbete, som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, boställningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter. Bedömningen skall göras efter samma grunder oavsett arten av den föreliggande nedsättningen av prestationsförmågan. I fråga om försäkrad som fyllt sextio år skall bedömningen främst avse hans förmågan och möjlighet att bereda sig fortsatt

inkomst genom sådant arbete som han tidigare utfört eller genom annat för honom tillgängligt lämpligt arbete. Med inkomst av arbete likställs i skätlig omfattning värdet av hushållsarbete i hemmet.

Är den försäkrade föremål för åtgärd av beskaffenhet, som anges i 3 kap. 7 b § eller 22 kap. 7 §, skall arbetsförmågan under tiden för åtgärden anses nedsatt i den mån den försäkrade på grund av åtgärden är hindrad att utföra förvärvsarbete.

3 b § Försäkringskassan kan, innan beslut fattas i fråga om rätt till förtidspension, begära att den försäkrade skall genomgå undersökning av viss läkare eller genomgå annan utredning såsom arbetsprövning eller arbetsutredning för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering.

Försäkringskassan skall i samband med beslut om förtidspension också bedöma om förnyad utredning av arbetsförmågan skall göras efter viss tid. Kassan skall, när det kan anses nödvändig för bedömning av rätten till förtidspension även i övrigt

1. införda utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig,

2. göra förfrågan hos den försäkrade, hans arbetsgivare, läkare eller annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter,

3. besöka den försäkrade, samt

4. undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd som avses i 7 b § eller 22 kap. helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete.

Försäkringskassan kan även under tid som pension utges vidta åtgärder enligt första och andra styck-

na. Innan beslut fattas om medicinsk utredning enligt första eller andra stycket skall försäkringskassans bedömning inhämtas.

För kostnader som den enskilde har med anledning av sådan utredning som avses i första och andra styckena skall ersättning lämnas i enlighet med vad regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Riksförsäkringsverket, föreskriver.

13 kap.

1 §

Rätt till tilläggspension i form av förtidspension har enligt vad nedan sägs försäkrad för tid före den månad, då han fyller sextiofem år, om hans arbetsförmåga på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan anses varaktig samt den försäkrade skall tillgodoräknas pensionspoäng för tid före det år, varunder pensionsfallet inträffat.

Kan nedsättningen av arbetsförmågan inte anses varaktig men kan den antas bli bestående avsevärd tid, har den försäkrade rätt till tilläggspension i form av sjukbidrag. Sådant bidrag skall vara begränsat till viss tid; och skall i övrigt vad som är föreskrivet om förtidspension enligt första stycket gälla beträffande sjukbidrag.

Föreskrifterna i 7 kap. 2, 3 och 3 a §§ skall tillämpas även beträffande förtidspension enligt detta kapitel.

2 §

Uppgår den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst vid tidpunkten för pensionsfallet lägst till ett belopp som motsvarar det vid årets ingång gällande basbeloppet, eller har pensionspoäng tillgodoräknats den försäkrade för minst två år av de fyra år som närmast föregått det

Har pensionspoäng tillgodoräknats den försäkrade för minst tre år av de fyra år som närmast föregått det år då pensionsfallet inträffat, skall förtidspension utgå med tillämpning av bestämmelserna i andra stycket.

är då pensionsfallet inträffar, skall förtidspension utgå med tillämpning av bestämmelserna i andra stycket. *Deissamma skall gälla då vid tidpunkten för pensionsfallet den sjukpenninggrundande inkomsten inte har fastställts till ett sådant belopp, men så skulle ha skett, om den allmänna försäkringskassan haft kännedom om samtliga de förhållanden som skall ligga till grund för fastställandet.*

Hel förtidspension motsvarar den tilläggspension i form av ålderspension, som skulle tillkomma den försäkrade, om en sådan pension skulle börja utgå från och med den månad varunder han fyller sextiofem år. Härvid skall ålderspensionen beräknas under antagande att den försäkrade för varje år från och med det då förtidspensionen börjar utgå till och med det då han uppnår sextiofyra års ålder tillgodoräknats pensionspoäng motsvarande medeltalet av de pensionspoängtal, vilka tillgodoräknats honom under de fyra år som närmast föregått det år då pensionsfallet inträffade eller, om pensionen därigenom blir större, *under samtliga år från och med det då han fyllt sexton år till och med det som närmast föregått pensionsfallet. Vid beräkningen av nämnda medelthal bortses från de år intill ett antal av hälften, för vilka pensionspoäng ej tillgodoräknats den försäkrade eller för vilka poängtalet är lägst.*

Pension enligt denna paragraf får ej utgå, om den försäkrade vid sextiofem års ålder inte kan bli berättigad till ålderspension enligt 12 kap.

Hel förtidspension motsvarar den tilläggspension i form av ålderspension, som skulle tillkomma den försäkrade, om en sådan pension skulle börja utgå från och med den månad varunder han fyller sextiofem år. Härvid skall ålderspensionen beräknas under antagande att den försäkrade för varje år från och med det då förtidspensionen börjar utgå till och med det då han uppnår sextiofyra års ålder tillgodoräknats pensionspoäng motsvarande medeltalet av de fyra stora leksumässigt mellersta pensionspoängtal, vilka tillgodoräknats honom under de sex år som närmast föregått det år då pensionsfallet inträffade eller, om pensionen därigenom blir större, *de högsta fyra femtedelarna av alla års pensionspoängtal från och med det då han fyllt sexton år till och med det som närmast föregått pensionsfallet.*

18 kap.
12 §
I den allmänna försäkringskassan skall finnas en direktör, som har att leda arbetet inom kassan i enlighet med styrelsens anvisningar. Vidare skall finnas en eller flera *förstoundersläkare och förtroendemandläkare*. Dessa skall biträda kassan i frågor som kräver medicinsk eller odontologisk sakkunskap samt verka för ett gott samarbete mellan kassan och de läkare och tandläkare som är verksamma inom dess område. Därutöver skall finnas personal i mån av behov och tillgång på medel.

20 kap.
3 §
Ersättning enligt denna lag får dras in eller sättas ned, om den som är berättigad till ersättningen

a) ådragit sig sjukdomen eller skadan vid uppsätligt brott som han har dömt för genom dom som har vunnit laga kraft;
b) vägrat att genomgå undersökning av läkare eller att följa läkares föreskrifter;
c) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktning eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning.

c) *underlåter att inge sådant läkarutlåtande eller att genomgå sådan undersökning eller utredning som kassan begärt med stöd av 3 kap. 8 §.*
d) medvetet eller av grov vårdslöshet lämnar oriktning eller vilseledande uppgift angående förhållande, som är av betydelse för rätten till ersättning.

Underlåter en försäkrad utan giltig anledning att genomgå sådan behandling, utredning eller rehabilitering som avses i 3 kap. 7 b § eller 22 kap. 7 § får sjukpenning eller förtidspension helt eller delvis tills vidare förvägras honom, under förutsättning att han erinrats om denna påföljd. Motsvarande skall gälla i fråga om särskild efterlevandepension.

sion, om den efterlevande utan giltig anledning vägrar att följa ett villkor som uppställts med stöd av 16 kap. 3 §.

skild efterlevandepension, om den efterlevande utan giltig anledning vägrar att följa ett villkor som uppställs med stöd av 16 kap. 3 §.

3 Inledning

3.1 Åtgärder för att höja den genomsnittliga pensionsåldern

I 1993 års kompletteringsproposition (prop. 1992/93:150, bet. 1992/93:FiU30, rskr. 1992/93:447) redogjordes bl.a. för utvecklingen av den genomsnittliga pensionsåldern under senare år. Den genomsnittliga pensionsåldern, definerad som den ålder vid vilken en person i genomsnitt beviljas delpension, ålderspension eller förtidspension, uppgick år 1992 till 59,0 år. År 1985 låg motsvarande genomsnittsålder på 60,7 år. Detta innebär en sänkning med ca ett och ett halvt år under en sjuårsperiod. Vidare aviserades i samband med det s.k. saneringsprogrammet för den offentliga sektorns finanser åtgärder med inriktning på att höja den genomsnittliga pensionsåldern med ett år. Åtgärder som på kort sikt hejdar ökningen av antalet nybeviljade förtidspensioner och på längre sikt minskar antalet förtidspensionärer kommer att leda till att den genomsnittliga pensionsåldern stiger. Riksdagen har också uttalat att åtgärder för att höja den genomsnittliga pensionsåldern bör vidtas (bet. 1992/93:STU15, rskr. 1992/93:417). Denna rapport är ett led i arbetet att utforma sådana åtgärder.

Det är nödvändigt att den nuvarande trenden inom förtidspensioneringen bryts både av kostnadsskäl och för att inte permanent utestänga människor från arbetsmarknaden. Därmed skulle stora samhällsekonomiska vinster uppnås. Samtidigt bör förtidspensioneringens uppgift att ge ekonomiskt skydd vid en allvarlig och varaktig nedsättning av arbetsförmågan renodlas och förtydligas. Den nuvarande utvecklingen kan undergräva förtidspensionssystemets legitimitet, vilket bl.a. har kommit till uttryck i den debatt om fusk inom förtidspensioneringen som fördes under hösten 1993.

Förtidspension är ofta slutpunkten i en lång händelsekedja. Åtgärder som syftar till att hejda ökningen av förtidspensioneringen bör därför inte enbart inriktas på förtidspensioneringen i sig, utan även på tidiga insatser inom sjukförsäkringen.

Med anledning av den reformerade ålderspensioneringen är det nödvändigt att den nuvarande förtidspensioneringen från folk- och tilläggspensio-

neringen senast den 1 januari 2000 ersätts av ett reformerat system (prop. 1993:93:250, SFTU 1993/94:24, rskr. 1993/94:439). Av betydelse för det slutliga ställningsstagandet rörande förtidspensioneringen blir resultatet av sjuk- och arbetsskadeberedningens (S 1993:07) arbete för en ny ordning för sjuk- och arbetsskade/försäkringarna. Denna har till uppgift att utreda en ny ordning för lagfästa försäkringsersättningar vid sjukdom och arbetsskada som innebär att försäkringsutgifterna inte ingår i statsbudgeten. Beredningen skall även överväga om förtidspensioneringen bör ingå i den nya ordningen eller bibehållas enligt nuvarande regler. Här kan också nämnas rapporten En social försäkring (Ds 1994:81) som nyligen överlämnats till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Denna rapport lämnar bl.a. förslag till en gemensamm försäkring för sjukdom och arbetslöshet.

Vi har i vårt arbete med denna promemoria inriktat oss på förslag till förändringar inom nuvarande regelverk. I möjligaste mån har dock förslagen utformats så att de i princip skall kunna tillämpas även inom en reformerad förtidspensionering respektive sjukförsäkring.

3.2 Utvecklingen av förtidspensioneringen

I 7 och 13 kap. lagen om allmän försäkring (AFL) föreskrivs att rätt till förtidspension tillkommer en försäkrad mellan 16 och 64 år om arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är nedsatt till minst en fjärdedel och om nedsättningen kan anses varaktig. Bedöms nedsättningen inte som varaktig men dock bestående för avsevärd tid, har den försäkrade rätt till sjukbidrag som utges med samma belopp som förtidspension.

Förtidspension utges från folkpensioneringen respektive den allmänna tilläggs-pensioneringen. Grundmotivet för förtidspensionssystemet är att den som fått sin arbetsförmåga varaktigt nedsatt, skall ha en rimlig försörjning utan att vara beroende av vare sig behovsprövade socialbidrag eller familjemedlemmars inkomster. Gruppen förtidspensionärer består av många olika kategorier, från personer som redan från födseln är allvarigt funktionshindrade till sådana som i slutet av sin förvärvsaktiva tid tvingas lämna arbetsmarknaden till följd av nedsatt arbetsförmåga. En ökande andel utgörs dock av allt yngre personer som efter relativt kort tid på arbetsmarknaden förtidspensioneras av diffusa medicinska orsaker. Man kan befara att bristande grundutbildning, dåliga kunskaper i svenska, sociala problem m.m. ofta ges en större tyngd än vad lagstiftaren avsett i de

fall individen har svårigheter att få och klara ett arbete.

År 1992 inträffade en kraftig ökning av antalet förtidspensioner. Från december 1991 steg antalet förtidspensioner på ett år från 367 000 till 383 000. Denna utveckling har fortsatt och i december 1993 uppgick antalet till 402 300. Av dessa uppbar drygt 59 000 personer sjukbidrag. Antalet partiella förmåner har samtidigt ökat. Omräknat i hela förmåner utgavs 345 900 förtidspensioner i december 1992 och 361 500 i december 1993.

Den snabba ökningsstakten 1991 och 1992 sammanfaller i tiden med växande problem på arbetsmarknaden. Med tanke på den relativt långa sjukskrivningstid som i regel föregår ett beslut om förtidspension är det dock inte troligt att den stigande arbetslösheten varit huvudförklaringen till den stigande förtidspensioneringen de senaste åren. Snarare ligger huvudorsaken i det arbete som pågår med att minska de långa sjukfallen och som under en övergångstid har lett till ett ökat antal förtidspensioneringar.

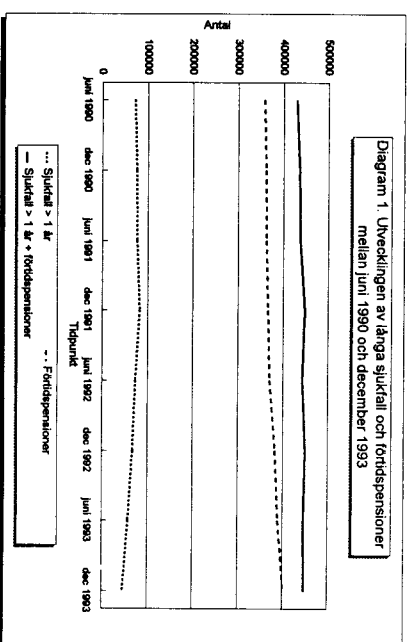
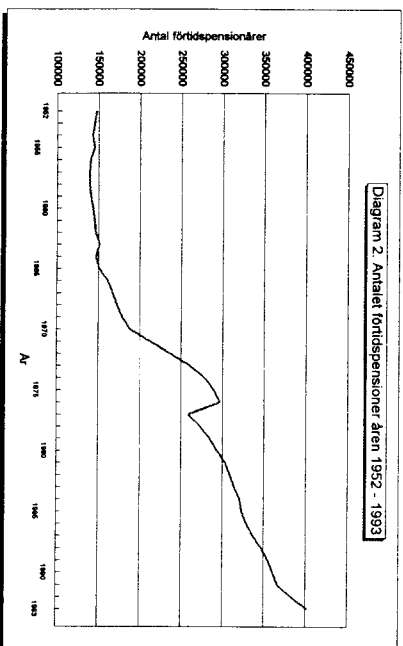


Diagram 1 visar utvecklingen av antalet förtidspensionerade och antalet personer med sjukfall som överstiger ett års längd mellan juni 1990 och december 1993. Av diagrammet framgår att ökningen av antalet förtidspensionärer sammanfaller i tiden med en minskning av de långa sjukfäl-

len. De långa sjukfallen uppgick i juni 1990 till 71 496 och antalet förtidspensionerade var 357 856. I december 1991 nådde de långa sjukfallen sin högsta nivå med 81 889 fall. Därefter har de långa sjukfallen successivt minskat och uppgick i december 1993 till 45 544. Under samma period har antalet personer som uppbär förtidspension stigit från 366 927 till 402 300.

Det sammanlagda antalet långa sjukfall och förtidspensionerade uppgick i juni 1990 till 429 353. Det totala antalet nådde sin högsta nivå i december 1992 då antalet var 450 193. Antalet har därefter sjunkit men en svag ökning märks under det sista halvåret 1993. I december 1993 var det totala antalet 447 844.

Trots det aktuella sambandet med minskat antal långa sjukfall finns det anledning att se på utvecklingen av förtidspensioneringen med stor oro. Även om ökningen de senaste åren delvis är av tillfällig karaktär, finns det en långsiktig trend med ett konstant stigande antal förtidspensionärer sedan lång tid tillbaka.



Under 1950-talet fram till mitten av 1960-talet varierade antalet förtidspensioner mellan 140 000 och 150 000. Under andra hälften av 1960-talet började antalet stiga. 1970-talet uppvisade en mycket kraftig ökning av antalet förtidspensioner. De ökade med över 20 000 personer per år mellan 1970 och 1974. Den stora minskningen av antalet förtidspensioner mellan år 1976 och 1977 berodde på sänkningen av den allmänna pensionsåldern från 67 till 65 år.

Tendensen med ökande antal förtidspensioner inleddes således åren kring 1960 dvs. då ATP-systemet infördes. Den mycket kraftiga ökningen av antalet förtidspensioner under 1970-talet sammanfaller med flera förändringar av regelverket för förtidspensionering:

- Pensions tillskottet till folkpension tillkom år 1969
- Särskilda förtidspensionsregler för äldre infördes år 1970. Efter hand skedde en glidning mot att dessa regler tillämpades i allt lägre åldrar. Från och med den 1 januari 1992 gäller dessa s.k. äldre regler personer som är 60 år eller äldre.
- År 1972 infördes förtidspension av rena arbetsmarknadskäl. Denna möjlighet avskaffades fr.o.m. 1 oktober 1991.

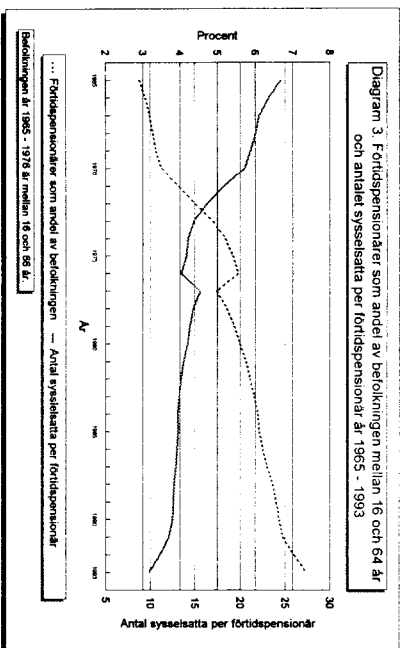
- Dubbla pensions tillskott för förtidspensionärer infördes år 1976.
- Den s.k. alkoholparagrafen vid förtidspension tillkom år 1977.

Under 1980-talet har antalet förtidspensioner fortsatt att stiga, dock i en lägre takt än under 1970-talet. Under början av 90-talet fortsatte denna låga ökningstakt. Från och med år 1992 ökar dock antalet förtidspensioner kraftigt.

3.3 Andelen förtidspensionärer av befolkningen i förvärsaktiv ålder

Andelen förtidspensionärer av befolkningen i förvärsaktiv ålder har mer än fördubblats mellan år 1963 och år 1993. Detta sammanfaller i tiden med en kraftig ökning av kvinnornas förvärsfrekvens. I och med kvinnornas ökande deltagande i förvärslivet, ofta i tunga arbeten och i kombination med fortsatt huvudansvar för hemarbetet, kan en ökad förtidspensionering delvis förväntas. Samtidigt skulle kvinnornas stigande förvärsfrekvens kunna bidra till att kompensera den stigande andelen förtidspensionärer bland befolkningen i förvärsaktiv ålder så att försörj-

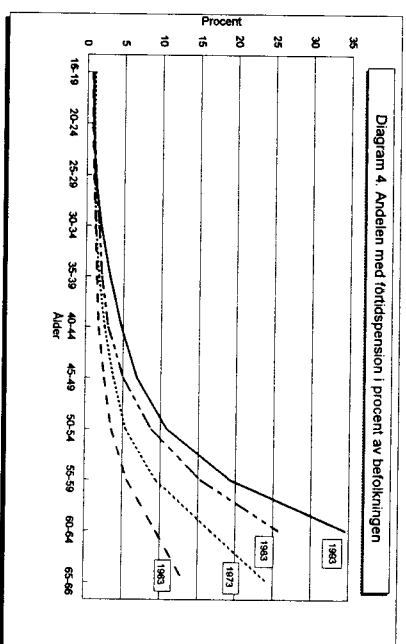
ningskvoten inte försämrades. Diagram 3 beskriver utvecklingen av andelen förtdspensionärer av befolkningen i förvärsaktiv ålder och antalet sysselsatta per förtdspensionär, dvs. försörjningskvoten.



År 1963 var ungefär 3 procent av befolkningen i förvärsaktiv ålder förtdspensionerade. År 1993 har andelen stigit till drygt 7 procent. Samtidigt har antalet sysselsatta per förtdspensionär sjunkit från 24,5 till 9,6. Trots kvinnornas inträde på arbetsmarknaden har alltså försörjningskvoten försämrats. De senaste årens snabbt stigande arbetslöshet har haft en kraftig inverkan på försörjningskvoten. Allt färre sysselsatta finansierar allt fler förtdspensionärer.

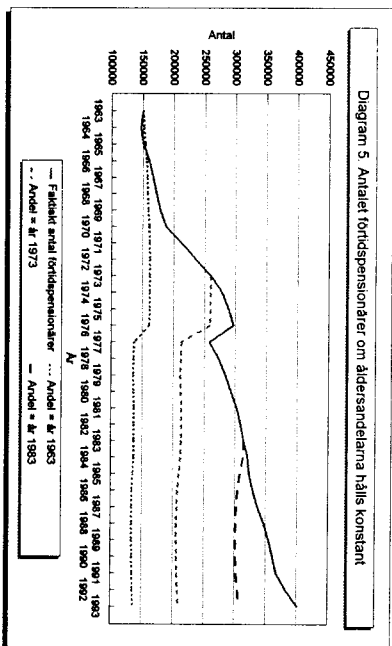
3.4 Andelen förtdspensionärer i olika åldersintervall

Diagram 4 beskriver andelen förtdspensionärer i olika ålderskohorter åren 1963, 1973, 1983 och 1993. Som man kan förvänta sig stiger andelen förtdspensionärer med åldern. Men det framgår också att andelen för respektive ålderskohort har stigit mellan åren.



Det finns flera tänkbara orsaker till den utveckling som diagram 4 visar. En viktig orsak kan vara att fler i allt yngre åldrar slås ut från arbetsmarknaden i takt med att större krav på kompetens och flexibilitet ställs på den enskilde. De regelförändringar som har beslutats, framför allt under 1970-talet, kan också vara av betydelse. Även sociologiska aspekter med innebörd att synen på sjukdomsbegreppet successivt har förskjutits i riktning mot en mer omfattande och liberal tolkning av när man är sjuk kan vara en orsak.

Ett sätt att belysa tendensen till ökad förtdspensionering är att beräkna hur många förtdspensionärer som skulle finnas i dag om andelen förtdspensionärer för olika ålderskohorter legat kvar på de respektive nivåer som gällde år 1963, 1973, 1983 och 1993.



Det faktiska antalet förtidspensionerade uppgick i december år 1992 till 383 000. Av diagram 5 framgår att om andelen legat kvar på 1963 års nivå skulle antalet ha varit endast 135 000. På samma sätt skulle antalet förtidspensionärer vara 209 000 om andelen legat kvar på 1973 års nivå respektive 305 000 om andelen legat kvar på 1983 års nivå.

Av diagram 5 framgår också att demografiska faktorer hittills inte haft någon nämnvärd betydelse för antalet förtidspensionärer.

3.5 Slutsatser

Tendensen med ett ständigt stigande antal förtidspensionärer och därmed en ökande försörjningsbördan för de förvärvsaktiva är ett stort hot mot förtidspensionssystemet. Forsätter denna tendens, kommer förtidspensioneringen i sin nuvarande utformning på sikt att bli omöjlig att upprätthålla. De intentioner att höja den genomsnittliga pensionsåldern med ett år, som regeringen har givit uttryck för i saneringsprogrammet för den offentliga sektorns finanser, kommer inte att vara möjliga att uppnå om inte denna

utveckling bryts.

Det finns en uppenbar risk att antalet förtidspensionärer kommer att fortsätta stiga under 1990-talet. Den höga arbetslösheten utgör därvid den främsta riskfaktorn. Det kommer för närvarande tydliga signaler om att andelen nybeviljade förtidspensionärer där den försäkrade varit arbetslös vid tidpunkten för pensionsbeslutet ökar. En fortsatt hög nybeviljandefrekvens är därför trolig. Därtill kommer demografiska faktorer i och med att de stora barnkullar som föddes på 1940-talet uppnår en ålder där andelen förtidspensionärer är hög. Den intensifierade satsning på rehabilitering som pågår sedan några år bör rimligen bidra till att hålla tillbaka öknings-takten i förtidspensioneringen. För att antalet förtidspensionärer inte skall fortsätta öka, krävs dock en mycket kraftig minskning av antalet nybeviljade förtidspensionärer från dagens nivå på drygt 62 000 till omkring 43 000. Det är inte troligt att enbart en ökad satsning på rehabilitering skulle kunna ge så kraftiga effekter, framförallt inte inom de närmaste åren.

4 Sjukförsäkring

4.1 Problem och behov av åtgärder

Sjukfrånvaron har minskat under senare år. Det finns dock anledning att i vissa avseenden se över nuvarande regler inom sjukpenningförsäkringen. En av anledningarna till de senaste årens kraftiga ökning av förtidspensioneringen torde vara den kraftiga stegringen av antalet långa sjukfall under 1980-talets senare del.

De flesta personer som förtidspensioneras har varit sjukskrivna under relativt lång tid. Det är därför nödvändigt att söka minska antalet långa sjukfall som avslutas med förtidspension. Satsningen på rehabilitering är ett led i detta arbete.

De sjukskrivningsperioder som föregår ett beslut om förtidspension är av stor betydelse. Ju längre en sjukskrivningsperiod blir, desto större risk är det att sjukskrivningen slutar med förtidspension. En allmän uppfattning är att en kritisk tidpunkt är när sjukskrivningsperioden närmar sig tre månader. Då minskar sannolikheten för en återgång i arbete väsentligt. En strikt bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder måste därför göras tidigt i sjukfallet. Det är i detta sammanhang viktigt att det medicinska underlaget i samband med såväl sjukskrivning som beslut om förtidspension i alla avseenden uppfyller de krav som kan ställas i samband med sådana beslut. Ett fullgott underlag är en förutsättning för att förhindra att många långa sjukfall med efterföljande förtidspensionering etableras.

Det är vidare nödvändigt att förstärka försäkringskassans möjligheter att införskaffa det underlag av såväl medicinsk som annan art som är nödvändigt för att den enskildes rätt till sjukpenning och förtidspension liksom behovet av och möjligheterna till rehabilitering skall kunna bedömas på ett riktigt sätt.

Försäkringskassan skall dessutom tidigt i sjukskrivningsperioder bevaka att ett aktivt rehabiliteringsarbete kommer igång i det enskilda fallet. Med hänsyn till de nya regler om rehabilitering som införts fr.o.m. år 1992 och den diskussion som för närvarande pågår om det fortsatta rehabiliteringsarbetet har vi i denna promemoria avstått från att lägga fram förslag om

ändrade regler på rehabiliteringsområdet. Under ett sjukfall är dock sjuk-skrivningsrätten i vissa fall starkt kopplad till rehabiliteringsarbetet. Av denna anledning har det varit nödvändigt att frågor angående rehabilite-ringsarbetet och dess regelsystem till viss del berörs.

Från och med år 1992 har arbetsgivaren fått ansvar för att betala sjuklön under de första två veckorna i en sjukperiod för den som har en anställ-ning. De regler som gäller för rätt till sjuklön från arbetsgivaren skiljer sig i vissa avseenden från rätten till sjukpenning som beslutas av försäk-ringskassan.

En avgörande skillnad är att den anställda inte behöver uppge diagnos/-sjukdom på den försäkran som skall lämnas till arbetsgivaren. Det före-ligger inte heller något rätt för arbetsgivaren att ta del av den diagnos/-sjukdom som finns angiven på läkarintyget. Anledningen till att dessa skillnader finns mellan lagen om sjuklön och lagen om allmän försäkring är den anställdes behov av integritet gentemot sin arbetsgivare. Enligt uppgift lämnar de flesta anställda uppgift om diagnos/sjukdom till sin arbetsgivare. Det förekommer dock att enskilda eller i vissa fall flerrätet anställda på en speciell arbetsplats inte lämnar dessa uppgifter, vilket får till följd att arbetsgivaren inte kan göra någon bedömning av den sjuk-skrivnes arbetsförmåga. Arbetsgivaren kan dock vid behov begära att försäkringskassan företar sjukkontroll.

I denna rapport läggs inte fram några förslag om förändringar i lagen om sjuklön.

Det finns dock anledning att poängtera vikten av att försäkringskassan får tillgång till den anställdes sjukfrånvaromönster för att kunna bedöma sjukpenningrätten på ett tillfredsställande sätt. En förutsättning för detta är att arbetsgivarens nuvarande skyldighet att rapportera anställdas sjuklöne-perioder fungerar.

De flesta beslut om förtidspension initieras av försäkringskassorna i samband med en längre tids sjukskrivning. I olika sammanhang har fram-förts att bl.a. det medicinska underlaget inför en förtidspensionering ofta är ofullständigt och att det inte klart framgår att förtidspension är den enda möjlighet som återstår. Det finns även studier som visar att det finns brister i det medicinska underlaget under sjukskrivningsperioden. Dessa brister sammanhänger bl.a. med ofullständiga kunskaper hos många läka-re, t.ex. om vad som försäkringsrättsligt avses med sjukdom och ned sätt-ning av arbetsförmågan. Benägenheten att sjukskriva och sjukskrivningars längd varierar starkt mellan olika läkare i likartade fall.

Storleken på den ekonomiska ersättningen från försäkringskassan för utfärdande av framförallt läkarutlåtande har diskuterats under senare tid.

Det har framförts i debatten att det kan finnas anledning befara att den relativt låga ersättningsnivån kan påverka läkarens vilja att dels utfärda ett omfattande läkarutlåtande, dels den kvalitet på utlåtandet som är en förut-sättning för att en riktig bedömning av sjukpenningrätten skall kunna ske. Det finns anledning att notera att frågan om ersättning till läkare för att skriva intyg och utlåtande kan komma att tas upp i den nu pågående In-tygsutredningen (Dir. 1993:36, Översyn av bestämmelserna rörande hälso-och sjukvårdspersonals uppgift att i tjänsten utfärda intyg och utlåtanden, m.m.) som skall vara klar med sin rapport den 1 juli 1994. Enligt uppgift utreds ersättningsfrågorna även av RFV. Några förslag om ersättningen för läkarintyg/utlåtande lämnas inte i denna rapport.

För att det medicinska underlaget för bedömning av arbetsförmågan skall förbättras, föreslås i denna promemoria ett antal olika åtgärder. Bl.a. före-slås tydligare regler för bedömningen av arbetsförmåga, förtydligande och förstärkning av de nuvarande förtroendeläkarnas roll samt klarare regler för försäkringskassan när det gäller att remittera den försäkrade för kom-pletterande utredning, t.ex. vid annan sjukvårdsenhet eller liknande.

4.2 Sjukdomsbegreppet

Vårt förslag: För att tydliggöra gällande sjukdomsbegrepp bör det framgå av 3 kap. 7 § AFL att försäkringskassan vid sin bedömning av om rätt till sjukpenning föreligger skall börse från arbetsmark-nadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden. Problem av s.k. existentiell art skall inte ge rätt till sjukpenning och skall inte heller tas hänsyn till vid bedömning av arbetsförmåga.

Skälen för vårt förslag: AFL innehåller inte någon definition av be-greppet sjukdom. I äldre förarbeten till AFL från 1940-talet finns emeller-tid vissa uttalanden om begreppets innebörd som fortfarande anses vara vägledande. Enligt uttalandena bör man vid bedömning av om sjukdom föreligger hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gällande läkarvetenskaplig uppfattning anses vara sjukdom. Med denna utgångs-punkt kan varje onormalt kropps- eller själstillstånd som inte hör ihop med den normala livsproccessen betecknas som sjukdom. Störningar och fysio-logiska förändringar som beror på det naturliga åldrandet, havandeskap

eller barnsbörd betraktas därmed inte som sjukdom eftersom de hör ihop med den normala livsprocessen.

Principiella utvidgningar av sjukförsäkringens ersättningsområde kan ske genom att en domstol skapar eller ändrar praxis eller genom att riksdagen fattar beslut om det genom att ändra lagreglerna.

Sjukdomsbegreppet har successivt utvidgats. Exempel på detta är den utveckling som skett beträffande syren på störningar under graviditeten, operativa ingrepp samt sorg- och trötthetstillstånd.

Tillstånd under graviditet som enligt nuvarande rättspraxis anses ge rätt till sjukpenning är bl.a. hotande förtidsbörd, hotande missfall, otillräcklig fostertillväxt, tvillinggraviditet och RH-immunisering etc. Exempel på operativa ingrepp som ger rätt till sjukpenning är t.ex. kejsarsnitt, abort, sterilisering, skönhetsoperation och organ- eller vävnadsdonation. Sorg- och trötthetstillstånd t.ex. vid nära anhörigs död kan ge rätt till sjukpenning.

Rehabiliteringsberedningen föreslog i sitt betänkande SOU 1988:41 Tidig och samordnad rehabilitering att ett ytterligare orsakstreckvisit skulle tillföras sjukdomsbegreppet i 3 kap 7 § AFL. Beredningens förslag innebar att utöver "sjukdom" skulle även "annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan" ge rätt till sjukpenning. Införandet av ett nytt orsakstreckvisit bedömdes i stor utsträckning endast innebära en anpassning till hur orsakstreckvisitet sjukdom redan tillämpades i praktiken på vissa håll. En kodifiering avsågs ge bättre förutsättningar för en likvärdig och därigenom rättvis tillämpning. Slutligen förväntades den föreslagna konstruktionen ge bättre förutsättningar för tidiga och mer adekvata rehabiliteringsinsatser.

I prop. 1990/91:141 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning anförde företrädande statsråd att någon ändring av gällande orsakstreckvisit för sjukpenning inte borde göras. Som skäl angavs bl.a. att flera remissinstanser var kritiska till rehabiliteringsberedningens förslag. Bl.a. kunde man befara att ett utvidgat orsakstreckvisit skulle kunna leda till att människor i kris somatiserade sina problem. Vidare angavs att en förändring av orsakstreckvisitet i förlängningen skulle innebära att sjukpenningförsäkringen skulle få en karaktär av allmän inkomstbortfallsersättning. Slutligen uttalades att den praxis som gällde angående sjukdomsbegreppet innebär att sådana att många av de situationer som rehabiliteringsberedningen beskrev redan täcktes in av sjukpenninggrätten.

Att definiera ett sjukdomsbegrepp innebär svåra avvägningar mellan vad som skall anses som sjukdom eller inte. Det finns inte anledning att tro att den utvidgning av praxis som har skett sedan nuvarande sjukdomsbegrepp

infördes har inneburit att det generellt sett är för generöst och inte heller att den tillämpning av sjukdomsbegreppet som utvecklas genom praxis inte utgör en tillräcklig bestämning för vad som formellt skall avses med sjukdom. Det finns inte heller anledning att tro att en precisering av vad som skall avses med begreppet sjukdom skulle – mer än i vissa undantagsfall – underlätta för dem som har att göra bedömningen om sjukdom föreligger eller inte. En förändring av sjukdomsbegreppet skulle troligtvis endast skapa nya gränsdragningsproblem.

Problemet är i stället den glidning av tillämpningen av sjukdomsbegreppet som skett hos patienter, läkare och inom socialförsäkringsadministrationen m. fl. och som i praktiken innebär att såväl sjukpenningförsäkringen som förtidspensioneringen riskerar att vara på väg mot den allmänna inkomstbortfallsersättning som företrädande statsråd i prop. 1990/91:141 avsåg att undvika.

För att tilltron till socialförsäkringssystemet och dess legitimitet skall bibehållas krävs att det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet tillämpas så att det förbehålles de personer som uppfyller de uppställda kriterierna. Det är angeläget att motverka att ersättning från sjukförsäkringen utges för sociala och generella livsproblem utan att en utvidgning av det försäkringsrättsliga sjukdomsbegreppet har skett genom praxis- eller lagändring.

För att rätt till sjukpenning skall finnas skall dels sjukdom föreligga, dels skall sjukdomen förorsaka en nedsättning av arbetsförmågan. Även om det förekommer svåra gränsdragningsproblem vad avser sjukdomsbegreppet är det dock i fråga om bedömningen av graden och längden av arbetsförmågans nedsättning som det i praktiken framförallt finns anledning att se över gällande regler.

För att tydliggöra gällande sjukdomsbegrepp bör det dock klart framgå att försäkringskassan vid sin bedömning av om rätt till sjukpenning föreligger skall bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden. Ett förtydligande av detta slag bör ske i 3 kap. 7 § AFL.

Givetvis skall sjukdomstillstånd som kan ha utfösts av något av nämnda förhållanden kunna ge rätt till sjukpenning.

4.3 Lagreglernas utformning

Vårt förslag: Reglerna om rätt till sjukpenning bör så långt som möjligt samlas i 3 kap 7 § AFL. Vidare bör vissa grundläggande kriterier för sjukpenningrätten lagregleras och göras tydligare.

De regler som avser de olika åtgärder som den försäkrade och försäkringskassan skall eller kan vidta i samband med sjukskrivningar bör föras samman i 3 kap 8 § AFL.

Skälen för vårt förslag: Gällande regler och anvisningar för försäkringskassorna och de behandlande läkarna uppfyller till viss del de krav som kan uppställas i samband med bedömning av sjukpenningrätt och behov av rehabiliteringsåtgärder. Nuvarande regler ger emellertid inte utrymme för försäkringskassan att i alla avseenden vidta de åtgärder eller ställa de krav på den enskilde som kan vara nödvändiga för bedömning av rätt till sjukpenning. Även den enskildes skyldigheter för rätt till sjukpenning är i vissa avseenden otydliga. De nuvarande bestämmelserna är också i hög grad passivt utformade och har inte den tydlighet som de borde ha.

För att reglerna skall bli klarare bör de så långt möjligt finnas samlade på ett och samma ställe i AFL. Vidare bör vissa förtydliganden göras i de nuvarande bestämmelserna.

Reglerna om rätt till sjukpenning bör samlas i 3 kap 7 § AFL. Vidare bör vissa grundläggande kriterier för sjukpenningrätten lagregleras och göras tydligare. Bl.a. bör det av lagen framgå att försäkringskassan vid sin bedömning av om rätt till sjukpenning föreligger skall bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala eller liknande förhållanden. Dessutom bör det preciseras när och under vilka förutsättningar som arbetsförmågan skall bedömas i förhållande till ordinarie arbete alternativt arbetsmarknaden i stort.

Ett tydliggörande skulle få till följd att respekten för de bestämmelser som finns skulle öka bland alla som har att följa eller tillämpa dem. Det är också viktigt att bestämmelserna tydliggörs så att socialförsäkringssystemets legitimitet bibehålls.

De regler som avser de olika åtgärder som den försäkrade och försäkringskassan skall eller kan vidta i samband med sjukskrivningar bör föras samman i 3 kap 8 § AFL. I paragrafen bör bl.a. regleras den enskildes ansvar vad avser försäkringen för sjukpenning samt vissa regler som avser

läkarintyg/-utlåtande. Vidare bör det införas en regel som ger försäkringskassan rätt att senast efter fyra veckor göra en bedömning om behovet av att den försäkrade genomgår utredning för bedömning av arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Försäkringskassan bör även i övrigt under sjukskrivningsperioden kunna införskafta den utredning som i varje särskilt fall kan anses nödvändigt för bedömning av rätten till sjukpenning, t.ex. genom att införda utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig.

3 kap. 7 § AFL bör således innehålla de regler som avser den försäkringsrättsliga bedömningen av rätten till sjukpenning och 3 kap. 8 § AFL, de regler som avser underlaget för bedömningen av rätten till sjukpenning, bl.a. den enskildes försäkringen för sjukpenning samt det medicinska underlaget i form av läkarintyg/-utlåtande efter viss tid.

Därutöver föreslås att vissa stycken flyttas från 8 § till 4 § och en ny 4 a § skapas, för att det skall bli en bättre följd på bestämmelserna. Utöver dessa större förändringar föreslås vissa mindre förändringar samt ett antal följdändringar.

4.4 Begreppet arbetsförmåga

Vårt förslag: För den som inte kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete skall försäkringskassan vid sin bedömning beakta den försäkrades förmåga att försörja sig genom något annat arbete. Vidare bör en regel införas som innebär att bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt skall göras som högst utifrån att den försäkrade skulle ha arbetat i ett på arbetsmarknaden förekommande normalt heltidsarbete oberoende av om den försäkrade tidigare har arbetat mer än heltid. Det föreslås också att bedömningen skall göras i relation till arbeten som är normalt förekommande på den öppna arbetsmarknaden eller – i det fall den försäkrade kan erbjudas och klara av en sådan sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga – i relation till denna. Regler om detta bör tas in i 3 kap. 7 § AFL.

Skälen för vårt förslag: För rätt till sjukpenning krävs att den försäkrade har en sjukdom och att denna sjukdom sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel.

Försäkringskassan skall bedöma om sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan föreligger när den försäkrade sjukammåler sig och gör anspråk på ersättning. En sådan bedömning skall ske fortlöpande men blir särskilt väsentlig när nya sjukdomsorsaker/diagnoser kommer till, liksom när en sjukskrivning drar ut på tiden och det förefaller vara en onormalt lång sjukskrivningstid för en angiven sjukdom. Kassan skall från början ta ställning till om rätt till sjukpenning föreligger och bevaka att denna rätt fortfarande kvarstår när sjukskrivningen fortskrider, dvs. om sjukdomstillståndet inte avklingat eller att andra orsaker gör att den försäkrade inte återgår eller kan återgå i arbetet.

Begreppet sjukdom har behandlats tidigare (avsnit 4.2 Sjukdomsbegreppet).

Begreppet arbetsförmåga kan spaltas upp i

- faktisk arbetsförmåga, dvs. att den försäkrade på grund av sjukdomen inte kan klara att arbeta, eller
- s.k. profylaktisk arbetsförmåga, dvs. att det för sjukdomens botande eller för att förhindra komplikationer är lämpligt att den försäkrade avhåller sig från arbete.

Den profylaktiska arbetsförmågan har ett renodlat medicinskt innehåll. Anknytningen till diagnosen är mycket mer uttalad än vad som är fallet vid faktisk arbetsförmåga. Sjukdomsbilden är av avgörande betydelse för vilken behandling som skall sättas in. Läkarna är de som är bäst skickade att intyga profylaktisk arbetsförmåga. Som ett led i behandlingen är det många gånger av största vikt att den försäkrade avhåller sig från arbete. Den profylaktiska arbetoförmågan kommer inte att behandlas i denna rapport.

När det gäller faktisk arbetsförmåga vid sjukskrivning finns olika begrepp och utgångspunkter för bedömning av arbetsförmåga, dels i korta sjukfall, dels arbetsförmåga i långa sjukfall.

Arbetsförmåga korta sjukfall

Hur arbetsförmågan skall bedömas anges i 3 kap 8 § AFL.

Vid bedömning av om arbetsförmågan är fullständigt nedsatt skall, om sjukdomen kan antas vara kortvarig, särskilt beaktas om den försäkra-

de på grund av sjukdom är ur stånd att utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete.

Det innebär att samma sjukdomstillstånd kan ge olika rätt till sjukpenning beroende på den försäkrades arbetsuppgifter/sysselsättning. Med aktuellt arbete jämställs enligt AFL vård av barn.

Arbetsförmåga långa sjukfall

Om sjukfallet inte kan förväntas bli kortvarigt skall arbetsförmågan inte enbart relateras till den försäkrades vanliga arbete. Detta kan motsatsvis utläsas ur 3 kap 8 § AFL. Vad som menas med ett långt fall finns inte preciserat i lagtexten men man kan dra slutsatsen att ett sjukfall skall anses vara långt när det är uppenbart att den försäkrade inte kommer att kunna återgå till sitt vanliga arbete. RFV har gjort följande rekommendation.

Om det kan antas att en försäkrad efter avslutad läkningsprocess på grund av bestående nedsättning av arbetsförmågan eller risk för försämring inte kan återgå till sitt normala arbete, rekommenderar RFV att ärendet i fråga betraktas som ett långt sjukpenningfall.

Vad arbetsförmågan i ett långt sjukfall skall relateras till framgår alltså inte av lagtexten. Av förarbeten till AFL framgår dock att man vid långa sjukfall skall ta hänsyn till den försäkrades förmåga att utföra även andra lämpliga arbeten än det nuvarande.

Lotta Westerhäll-Gisselsson skriver i sin doktorsavhandling "Sjukdom och arbetsförmåga" (1983).

Om sjukfallet kan betraktas bli kortvarigt, räcker det att den försäkrade är arbetsförmögen i sitt vanliga arbete för att få rätt till sjukpenning. Även om den försäkrade i och för sig skulle kunna arbeta inom ett annat lättare yrkesområde trots den aktuella sjukdomen, skall sjukpenning utgå. Men om sjukfallet inte kan betraktas bli kortvarigt, skall arbetsförmågan inte relateras till den försäkrades vanliga arbete. Detta kan motsatsvis utläsas ur 3:8 första stycket. Vad arbetsförmåga då skall relateras till framgår inte av lagtexten. Men i förarbetena framgår, att vid långvarig sjukskrivning gäller, att ingen rätt till sjukpenning föreligger, om den försäkrade kan utföra annat arbete än det han tidigare haft och detta i sådan utsträckning, att han kan arbeta mer än hälften av normal arbetsprestation. Relateringen skall alltså göras till ett, som det brukar betecknas, lämpligt lättare arbete. Men det arbete eller de arbeten, till vilken/vilka den försäkrades arbetsförmåga relateras, behöver inte finnas att tillgå för den försäkrade inom det område där den försäkrade är bosatt, utan det kan vara fråga om

tänka arbeten. Med tänkta arbeten försiås arbeten, som i och för sig finns på den aktuella svenska arbetsmarknaden, men som den försäkrade kanske inte har några realistiska möjligheter att få."

I samband med förändrade regler om rehabilitering och införandet av rehabiliteringsersättning fr.o.m. år 1992 förändrades andra stycket i 3 kap. 8 § AFL. Dess lydelse blev från 1 januari 1992.

Om sjukdomen kan antas bli långvarig eller den försäkrade bedöms inte kunna återgå till sitt arbete, skall försäkringskassan undersöka om den försäkrade efter sådan åtgärd, som avses i 7 b § eller 22 kap. 7 §, kan försörja sig själv genom förvärvsarbete om arbetsförhållandena ändras eller om annat lämpligt arbete erhålls. Därvid skall beaktas vad som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till sjukdomen, hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, bostättningsförhållanden och andra sådana omständigheter.

Förarbetena till denna ändring finns i prop. 1990/91:141 Rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Där anförs förredragande statsråd:

Jag delar rehabiliteringsberedningens uppfattning om att det, för att rehabiliteringsarbetet skall kunna ges en fast grund, behövs en reglering i AFL av hur nedsättningen av arbetsförmågan skall bedömas även i längre sjukdomsfall.---Med den föreslagna utformningen klar görs också att en prövning av frågan om rehabiliteringsbehov föreligger skall ske så snart det kan antas att sjukfallet blir långvarigt eller så snart det bedöms att den försäkrade inte kan återgå i arbete.

I specialmotiveringen till 3 kap. 8 § AFL i samma proposition sägs bl a:

I paragrafen finns regler för bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. Första stycket innehåller en regel för det fall sjukdomen kan antas vara kortvarig. Därvid skall särskilt beaktas om den försäkrade på grund av sjukdomen inte kan utföra sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete. Som en följd av att rehabiliteringspenning enligt 22 kap. på motsvarande sätt som numera gäller för sjukpenning, föreslås kunna utges som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån, har tolkningsregeln i andra meningen anpassats därefter. Den nuvarande bestämmelsen i andra stycket om arbetsförmågans nedsättning vid deltagande i rehabiliteringsåtgärd enligt 2 kap. 11 § har ersatts av bestämmelser om vad som skall gälla om sjukdomen kan antas bli långvarig eller annars göra den försäkrade oförmögen att återgå till sitt arbete. I sådana situationer skall det åligga försäkringskassan att vid sjukpenningbedömningen pröva den försäkrades försörjningsförmåga under antagande att de möjligheter som finns till rehabilitering tas tillvara. För att få en mer enhetlig och rättvis bedömning av arbetsförmågans nedsättning i långa sjukdomsfall ges därvid begreppet lämpligt arbete ett sakligt innehåll genom angivande av vilka omstän-

digheter som skall beaktas. Reglerna för bedömning av arbetsförmågan i de långa sjukdomsfallen kommer därmed att bättre stämma överens med motsvarande regler inom förtidspensioneringen.

I socialförsäkringsutskottets betänkande till nämnda proposition 1990/91:SFU16 sägs angående ändringen i 3 kap. 8 § AFL:

Regeringen föreslår nu att i ett nytt andra stycke i denna paragraf skall anges hur nedsättningen av arbetsförmågan skall bedömas vid längre sjukfall. Enligt utskottets mening är detta andra stycke utformat så att det i första hand innebär en föreskrift för försäkringskassan att utreda om rehabiliteringsåtgärder bör vidtas. Utskottet tillstyrker att lagrummet får föreslagna lydelse.

Arbetsförmåga i annat arbete än det vanliga

Försäkringsöverdomstolen har i en plenidom 1987 (FÖD 1987:30) avgjort ett mål om rätten till sjukpenning under rehabilitering. I domen redogörs för den steg-för-steg-bedömning som bör göras innan rehabilitering ska påbörjas och rätten till ersättning under tid för rehabilitering föreligger. Där sägs:

...det ska kunna konstateras att det finns ett behov av omskolning för att häva eller förebygga en nedsättning av arbetsförmågan. Omskolningen bör dessutom syfta till ett för den försäkrade lämpligt arbete. Det bör, som verket framhållit, inte vara så att det även utan omskolning går att ordna annat lämpligt arbete åt den försäkrade.

Ett sätt att bedöma arbetsförmågan som bl.a. får stöd i ovanstående plenidom kan beskrivas som att försäkringskassan har att i ett sjukpenningärendet avgöra följande steg (förutsatt att ett klart sjukdomstillstånd föreligger):

- Kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter?
- Om inte, kan den försäkrade utföra sina nuvarande arbetsuppgifter efter viss rehabilitering eller anpassning av arbetsmiljö/arbetsuppgifter?
- Om inte, kan den försäkrade utföra andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare, dvs. omplaceras?
- Om inte, kan den försäkrade utföra andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare efter viss utbildning/anpassning av arbetsuppgifter eller liknande rehabiliterande insatser?

- Om inte, kan den försäkrade direktplaceras i annat arbete på den öppna arbetsmarknaden?
- Om inte, kan den försäkrade klara ett arbete på den öppna arbetsmarknaden efter vissa rehabiliterande insatser t.ex. utbildning-/omskolning?
- Om inte, kan den försäkrade erbjudas och klara av sådan sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga (Samhall, anställning med lönebidrag eller liknande)?

Om den försäkrade saknar arbetsförmåga i någon av ovanstående situationer, uppfyller han rätt till sjukpenning. Om arbetsförmågan är varaktig/för avsevärd tid nedsatt föreligger rätt till förtidspension/sjukbidrag. Om det bedöms att arbetsförmåga finns först efter rehabilitering, skall kassan se till att sådana åtgärder vidtas (3 kap. 8 § och 22 kap. 5 § AFL).

Om den försäkrade bedöms ha arbetsförmåga i lämpligt arbete, har han inte längre rätt till sjukpenning. Om lämpligt arbete inte för närvarande finns att tillgå får samhällets stöd i form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder och ersättning under arbetslöshet användas.

Som framgått saknas i AFL klara regler för hur arbetsförmågan i långa sjukpenningstiden skall bedömas. Dels behövs en definition av begreppet långa sjukfall, dels behövs regler för vad som skall beaktas vid bedömning av rätten till sjukpenning i dessa fall.

Många svåra sjukdomstillstånd innebär en klar och odiskutabel nedsatt arbetsförmåga. Dessa vållar naturligtvis inga problem. Ofta finns då ett tydligt medicinskt underlag och det är uppenbart att arbetsförmåga inte finns oavsett vilka arbetsuppgifter man än skulle bedöma emot.

De orsaker till sjukskrivning som dominerat under det senaste årtiondet i långa sjukfall är emellertid besvär i rörelseorganen samt psykiska eller psykosomatiska besvär. I dessa fall kan det vara svårt att få ett medicinskt relevant underlag som tillräckligt styrker rätten till sjukpenning eftersom det vid en undersökning ofta saknas objektiva fynd. Särskilt tydligt är detta vid olika former av smärttillstånd, t.ex. i rygg, nacke och axlar. Vid dessa och flera andra sjukdomstillstånd är det inte alls självklart att sjukdomen påverkar arbetsförmågan. Och om den gör det i den försäkrades nuvarande arbete, är det inte alls säkert att sjukdomen skulle innebära nedsatt arbetsförmåga i ett annat arbete. En svårighet är således att faktiskt kunna bedöma rätten till sjukpenning, dvs. om kriterierna är uppfyllda för att få sjukpenning.

I de fall försäkringskassan inte godtar sjukskrivning utan bedömer att

sjukdom inte föreligger eller att arbetsförmågan inte är nedsatt motsvarande vad som anges i läkarintyg/-utlåtande, känner sig ofta både läkaren och den försäkrade kränka. Läkaren kan känna att hans kompetens ifrågasätts och den försäkrade att försäkringskassan inte tror på att han är sjuk och därför inte kan arbeta.

Vid den bedömning som försäkringskassan skall göra av arbetsförmågas nedsättning vid t.ex. sjukdomar i rörelseorganen eller vid psykiska tillstånd, kan det vara svårt att avgöra om arbetsförmåga finns överhuvudtaget, om arbetsförmåga finns i lämpliga slag av arbeten, vilka dessa i så fall skulle vara, om arbetsförmåga finns i speciellt anpassat/tillrättalat arbete på den vanliga arbetsmarknaden eller i den skyddade sektorn (Samhall och skyddad arbete hos offentlig arbetsgivare) och hur stor den eventuella arbetsförmågan är.

Till grund för bedömningen behövs således ett bra läkarutlåtande som klart och tydligt beskriver den försäkrades medicinska status/funktionsnedsättning och vad han kan och inte kan göra för slag av rörelser och aktiviteter på grund av sin sjukdom. För psykiska tillstånd är det nödvändigt att veta på vilket sätt och i vilka situationer besvären påverkar förmågan att arbeta.

Problemet med att bedöma en persons arbetsförmåga är som framgått ovan att denna förmåga inte enbart är relaterad till personens hälsotillstånd. Förmågan att klara ett arbete är även knuten till personens utbildning, kunskaper, yrkeserfarenheter, kunskaper i svenska, kulturella bakgrund, sociala situation (hemförhållanden, ekonomiska förhållanden, ev. missbruk), motivation att arbeta m.m. Dessa faktorer kan försäkringskassan inte bortse från när den bedömer arbetsförmågas nedsättning och därmed rätten till sjukpenning. Problemet är att avgöra hur tungt dessa faktorer skall väga i den bedömning som görs.

Vidare är en persons arbetsförmåga relaterad till den arbetsmarknad som finns, dvs. vilka krav på förmåga ur olika aspekter arbetsmarknaden ställer. Arbetsmarknadens förändring på lång sikt och konjunkturens inverkan på tillgången till arbete är två av de faktorer som påverkar ökningen inom förtidspensioneringen. Strukturomvandlingen i arbetslivet har t.ex. inneburit att tillverkningsindustrin minskat i betydelse och att tjänstesektorn nu dominerar arbetsmarknaden. Det handlar också om förändringar i arbetsorganisation där utvecklingen går mot färre chefsnivåer och ett större ansvar för var och en i arbetet. Självstyrande grupper är ett exempel på detta. Detta för med sig ökade krav på arbetskraften i form av god utbildning, samarbetsförmåga, initiativförmåga, förmåga till förändring/flexibilitet m.m.

Konjunkturens påverkan innebär att konkurrensen blir större och att risk för utslagning från arbetsmarknaden föreligger i högre grad under en lågkonjunktur. När det gäller att bedöma rätten till sjukpenning bör hänsyn inte tas till arbetsmarknadsläget. Konjunkturens förändringar bör således inte påverka rätten till ersättning.

Den långsiktiga förändringen av arbetslivets krav är en betydligt svårare fråga att hantera. Sist och slutligen är detta ett samhällsproblem eftersom frågan är avhängig av vad samhället gör för och med de personer som inte kan hävda sig på arbetsmarknaden. De regler som finns, t.ex. vad gäller rehabilitering, fungerar ofta inte för denna grupp eftersom rehabiliteringsreglerna bygger på att det finns en arbetsgivare som har förstahandsansvaret för de anställdas rehabilitering. Målet för rehabilitering skall också vara att den försäkrade skall återgå i sitt vanliga eller i ett annat arbete hos sin arbetsgivare och först efter att alla möjligheter hos arbetsgivaren har utömts skall andra rehabiliteringsvägar prövas. I normalfaller bör också rehabiliteringen vara avslutad inom ett år. Personer som dels saknar arbetsgivare, dels behöver långa och grundläggande utbildningar för att kunna uppfylla arbetsmarknadens krav på kompetens hos en arbetssökande passar inte in i det regelsystem för rehabilitering som finns i lagen om allmän försäkring. I denna rapport läggs dock inte fram några förslag till lösningar på detta problem.

För den som inte kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete bör försäkringskassan vid sin bedömning beakta den försäkrades förmåga att försörja sig genom något annat arbete. Vidare bör en regel införas som innebär att bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt skall göras som högst utifrån att den försäkrade skulle ha arbetat i ett på arbetsmarknaden förekommande normalt heltdarbete oberoende av om den försäkrade tidigare har arbetat mer än heltid. Det föreslås också att bedömningen skall göras i relation till arbeten som är normalt förekommande på den öppna arbetsmarknaden eller - i det fall den försäkrade kan erbjudas och klara av en sådan sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga - i relation till denna. Regler om detta bör tas in i 3 kap. 7 § AFL.

Om den försäkrade kan antas kunna återgå till sitt vanliga arbete innebär nuvarande regler att försäkringskassan vid sin bedömning av om arbetsförmågan är nedsatt skall beakta om den försäkrade på grund av sjukdomen inte klarar av att utföra detta arbete eller därmed jämförligt arbete.

Det förstahandsansvar för rehabilitering som en arbetsgivare har fr. o. m. år 1992 bör enligt arbetsgruppsens mening få till följd att arbetsförmågebegreppet vid tillfälliga sjukskrivningar i viss mån bör ändras. Det finns

även skäl att ändra bedömningen med hänsyn till de tydliga signaler som kommer från olika rehabiliteringsaktörer och forskare om vikten av att behålla kontakten med sin arbetsgivare under sjukskrivningar.

I samband med beslut om rätt till sjukpenning bör därför bedömning av arbetsförmågan göras inte bara till ordinarie eller jämförligt arbete utan även till annat arbete hos arbetsgivaren om den försäkrades medicinska tillstånd medger detta och om arbetsgivaren kan erbjuda den anställda ett sådant lämpligt arbete med bibehållen lön.

En anpassning av reglerna i 3 kap. 7 § AFL och 4 § i lagen (1991:1047) om sjuklön bör ske. Lagförslag om sådana ändringar lämnas dock inte i denna rapport.

Enligt nuvarande regler föreligger rätt till sjukpenning i de fall en försäkrad kan utföra sina arbetsuppgifter men på grund av skada eller sjukdom inte kan resa till och från arbetsplatsen. Om den försäkrade begär det kan i sådana fall försäkringskassan bevilja ersättning för t.ex. taxiresor till och från arbetsplatsen motsvarande högsta sjukpenningbelopp per dag. Under år 1993 utgick ersättning för sådana resor till ca 9 miljoner kronor i hela landet.

Det kan finnas anledning att ändra reglerna så att det inte längre är den enskilde som avgör om han vill åka t.ex. taxi till och från arbetet eller inte i de fall arbetsförmågan endast består i att han inte kan företa resorna till och från arbetet på sitt vanliga sätt.

Arbetsgruppens bedömning är att nuvarande regler bör upphöra och att resor till och från arbetsplatsen bör ingå i den bedömning som försäkringskassan gör av den försäkrades arbetsförmåga. Om kassan vid sin bedömning kommer fram till att den försäkrades medicinska tillstånd inte är något hinder för att han återgår i arbete bör sjukpenning inte längre utges utan kostnaderna för den försäkrades merutgifter för resor till och från arbetet bör i stället ersättas. Den försäkrade bör således inte ges möjlighet att välja att uppbära sjukpenning i stället för att få sina merutgifter för resor ersatta. Försäkringskassan bör dock i en sådan prövning väga in om resekostnaderna blir orimligt höga.

Något lagförslag läggs inte fram i denna del.

4.5 Försäkrans för sjukpenning

Vårt förslag: Den försäkrade ges en tydligare skyldighet att såväl i den försäkrans som ges in i början av ett sjukfall som i en särskild försäkrans senast efter fyra veckors sjukskrivning ange på vilket sätt uppgifven sjukdom påverkar hans arbetsuppgifter, dvs. arbetsförmågan. Regler om detta bör tas in i 3 kap. 8 § AFL.

Skälen för vårt förslag: När en försäkrad gör anspråk på sjukpenning måste försäkringskassan kunna bedöma om förutsättningarna är uppfyllda för rätt till sjukpenning, dvs. att den försäkrade är sjuk och att sjukdomen sätter ned hans arbetsförmåga med minst en fjärdedel. För att kunna göra en riktig bedömning av rätten till sjukpenning behöver försäkringskassan uppgifter om sjukdom, tiden för och graden av funktionsnedsättning samt uppgift om nuvarande arbetsuppgifter.

Det förekommer att den försäkrade inte lämnar fullständiga uppgifter på försäkrans för sjukpenning. I de fall uppgifterna är nödvändiga för att bedöma rätten till sjukpenning eller för kassans kontrollverksamhet måste försäkrans kompletteras. RFV rekommenderar att försäkrans kompletteras när den försäkrade inte uppgett sjukdom, tiden för och graden av arbetsförmågans nedsättning eller när underskrift saknas. Detsamma gäller när uppgift saknas om de dagar som den försäkrade skulle ha arbetat. Uppgift om sjukdom behöver dock inte kompletteras om den försäkrade vistas på sjukhus under den tid försäkrans avser. RFV rekommenderar även att övriga uppgifter kompletteras endast när de bedöms som nödvändiga i det enskilda fallet. Uppgift om arbetsgivare behövs endast i de fall försäkringskassan har för avsikt att ta kontakt med arbetsgivaren, t.ex. för sjukkontroll. Uppgift om den försäkrades arbetsuppgifter behövs inte när den saknar betydelse för bedömningen av sjukpenningrätten. Så kan vara fallet t.ex. då den försäkrade uppger sjukdom som influensa eller liknande, dvs. sådana sjukdomar som sätter ner arbetsförmågan oavsett vilket yrke den försäkrade har. RFV rekommenderar också att komplettering av uppgifter, bortsett från den försäkrades underskrift, om möjligt sker muntligt. Enligt förvalningslagen skall sådana uppgifter dokumenteras.

För en försäkrad som inte omfattas av reglerna om sjuklön från arbetsgivaren, t.ex. arbetslösa, utsänds blanketten FÖRSÄKRAN för sjukpenning (FKF 2256 S1) automatiskt när sjuknämnan har registrerats i datasystemet. En försäkrad som omfattas av reglerna om sjuklön och som är fort-

satt sjukskrivnen efter fjorton dagar får automatiskt blankett FÖRSÄKRAN för sjukpenning fr.o.m. dag 15 (FKF 2255 S3) så snart sjuknämnan har registrerats hos försäkringskassan. På försäkrans som utsänds till personer med anställning ställs en fråga om den försäkrades arbetsuppgifter. Det finns också en kolumn med rubrik "återgång i arbete". Under denna rubrik ställs en fråga om den försäkrade beräknar att kunna återgå till sitt arbete efter sjukskrivningen. Om den försäkrade svarar nej eller vet ej på frågan finns utrymme att ange orsaken till detta svar. Blanketten skall lämnas in till kassan den dag som anges på blanketten eller tidigare om den försäkrade är frisk och åter kan arbeta. Uppgifterna på blanketten lämnar den försäkrade under försäkrans att de är fullständiga och sanningenliga.

Uppgifterna på försäkrans kan många gånger uppfattas av den försäkrade som överflödiga och därför onödiga att fylla i eftersom den försäkrade anser att bedömningen av arbetsförmåga skall göras av läkaren. "*Det är ju dokorn som vet hur sjuk jag är och som bestämmer hur länge jag behöver vara sjukskrivnen så jag får väl se vad han säger vid nästa besök*". Några krav på den försäkrade att själv ange vad han/hon kan respektive inte kan göra på arbetet med sin sjukdom/symptom finns för närvarande inte när det gäller sjukpenning.

Det kan i detta sammanhang finnas skäl att notera att försäkringskassan vad gäller havandeskapspenning i de flesta fallen gör en grundlig utredning av den försäkrades arbetsuppgifter och därefter en noggrann bedömning av dessa i förhållande till läkarutlåtandet. Även arbetsgivarens bedömning av en kvinnas möjlighet att tillfälligt kunna erhalla andra arbetsuppgifter under den aktuella tiden är viktig. Det är således som regel en omfattande utredning som görs av arbetsförmågan i samband med beslut om havandeskapspenning. Havandeskapspenning kan utges under sammanlagt 50 dagar i samband med havandeskap.

I flertalet sjukskrivningsärenden görs inte den omfattande utredning av arbetsförmågan som sker i havandeskapsärenden. Som regel föreligger endast den försäkrades uppgifter om yrke - eller i bästa fall arbetsuppgifter - och ett läkarintyg med en många gånger allmän diagnos, som t.ex. ländryggsbesvär, nack- och axelbesvär eller psykisk insufficiens.

I försäkrans för sjukpenning bör större utrymme ges för den försäkrade att beskriva sina ordinarie arbetsuppgifter och vad som föranleder hel eller delvis arbetsförmåga. Senast efter fyra veckor bör en fördjupad utredning företas genom att den försäkrade i en särskild försäkrans för sjukpenning åläggs att på ett utförligt sätt beskriva arbetsförmågan och i vad den består. Givetvis krävs inte någon omfattande beskrivning i de fall det av

diagnosen klart framgår at arbeidsförmågan är helt nedsatt på grund av sådana sjukdomar som sätter ned arbeidsförmågan oavsett arbeidsuppgifter, t.ex. vid svåra infeksjoner.

Även den försäkrade (S2) som redan idag finns bör anpassas så at den försäkrade utförligare kan beskriva sin arbeidsförmåga. Denna försäkrad skall vid behov kunna sändas ut när som helst under hela sjukskrivningstiden.

Den försäkrade bör således ges en tydligare skyldighet at såväl i den försäkrad som inleder ett sjukfall som efter fyra veckors sjukskrivning vid förfrågan från kassan ange på vilket sätt uppgiven sjukdom påverkar arbeidsförmågan, dvs. den försäkrades arbeidsuppgifter. Regler om detta bör tas in i 3 kap. 8 § AFL.

Kassan bör i lagsiftningen dessutom ges utökade befogenheter vid utredning av den försäkrades arbetsförmåga t.ex. genom at ta kontakt med dennes arbetsgivare m.fl., genom remiss för funktionsbedömning eller arbetsprövning/arbetsutbildning.

Den försäkrades vägran at medverka till at de ovan nämnda utredningarna kommer till stånd bör kunna leda till at sjukpenningen dras in eller sätts ned. Detta föranleder ändringar i 20 kap 3 § AFL.

Det bör i detta sammanhang observeras at det här kan finnas en konflikt mellan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och den därmed knutna skyldigheten at göra rehabiliteringsutredning och den utredning som försäkringskassan i vissa fall av försäkringsmässiga skäl kan komma at behöva göra med den försäkrades arbetsgivare. Denna konflikt bör dock inte få skydda det faktum at en sådan försäkringsmässig utredning i vissa fall behöver göras. Försäkringskassan har, trots arbetsgivarens skyldighet i rehabiliteringen, ett ansvar at fortlöpande utreda och bedöma rätten till sjukpenning.

4.6 Läkariutlåtande

Vårt förslag: Det bör klargöras vilket medicinskt beslutsunderlag som krävs för at rätt till sjukpenning skall föreligga.

Reglerna bör tydligt ange at läkarens roll i första hand är at uttala sig om den försäkrades medicinska status och i vad mån och på vilket sätt detta påverkar funktionsförmågan, dvs. vilka funktionshinder som sjukdomen e.d. förorsakar den försäkrade. Den behandlande läkarens skyldighet at på inlytet/utlåtandet ange – givetvis enligt vad den försäkrade uppgivit – dennes arbetsuppgifter och arbeidsförmågas nedläggning i relation till dessa bör regleras i lagen. Det bör klargöras i lagsiftningen at det är försäkringskassans uppgift at ta ställning till läkarens bedömning av arbetsförmågan liksom graden av nedläggning och därmed rätten till ersättning. Försäkringskassan får genom detta både en tydligare roll när det gäller den försäkringsmässiga bedömningen och ett större ansvar för at utreda den försäkrades arbetsförhållanden jämfört med tidigare. Dessa regler bör tas in i en ny utformning av 3 kap. 8 § AFL.

Skälen för vårt förslag: Enligt AFL kan försäkringskassan, när det finns skäl till det, kräva at arbetsförmågas nedläggning styrks med läkarintyg/utlåtande. Läkarens uppgift är at bedöma om den försäkrade på grund av sjukdom behöver avstå från förvärsarbete. Kassan skall sedan besluta om den försäkrade har rätt till sjukpenning enligt AFL.

Läkariutlåtandet är ett viktigt hjälpmedel vid försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. Läkariutlåtandet innehåller förutom personuppgifter – uppgifter om sjukdom, arbetsuppgifter, graden av och tiden för arbetsförmågas nedläggning. Om någon av dessa uppgifter saknas rekommenderar RFV at inlytet/utlåtandet kompletteras innan beslut om rätt till sjukpenning fattas. RFV rekommenderar at en sådan komplettering i första hand sker genom telefonkontakt med den behandlande läkaren eller läkarnoteringen.

Av AFL framgår at det inte är tillräckligt at den försäkrade har en sjukdom för at rätt till sjukpenning skall föreligga. Sjukdomen måste även förorsaka nedläggning av arbetsförmågan med minst en fjärdedel. Det är därför i allmänhet nödvändigt at det framgår vilken sysselsättning det är som läkaren bedömt at den försäkrade inte kan utföra.

Om försäringsskassan bedömer att läkarintyget/utlåtandet inte i tillräcklig utsträckning styrker att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom rekommenderar RPFV att kassan rådgör med förtroendeläkaren innan kontakt tas med den behandlande läkaren.

I sjukpenningärenden finns ett lagstadgat krav på att läkarintyget/utlåtandet skall styrka den försäkrades nedsättning av arbetsförmågan. Av intygs-/utlåtandebanketten framgår också att läkaren förväntas ange den/de diagnos/er eller symptom som förorsakar arbetsförmågan och ta ställning till om och i vilken grad patienten inte kan eller inte bör utföra sina arbetsuppgifter i normal utsträckning på grund av sjukdom.

För närvarande finns ca 25 000 behandlande läkare som sjukskriver patienter. Flera undersökningar har visat att olika läkare sjukskriver olika mycket. Skillnader har funnits både vad avser diagnoser, antalet sjukskrivningstillfällen, längden av sjukskrivningarna samt notering om arbetsuppgifter i läkarintygen.

Många försäringsskassor menar att alltför många av de läkarintygs-/utlåtande som lämnas till kassan är oklara och svårtolkade samt ofta saknar en klar diagnos.

Det ifrågasätts också om en läkare ensam skall ha rätt att sjukskriva personer över lång tid dels på grund av att sambanden mellan ohälsa och bl. a. arbetsmiljö idag är mycket komplexa, dels med hänsyn till att flera let läkare i dag inte har en relevant kompetens i sin medicinska specialitet för frågor som berör ett allmer skiftande arbetsliv.

I en undersökning vid Institutionen för allmänmedicin vid Uppsala Universitet fick 150 distriktsläkare ta ställning till några påhittade men idetiskt lika sjukdomsfall där de skulle avgöra bl. a. hur länge patienten skulle vara sjukskriven. Sammanfattningsvis konstaterades att det förelåg en betydande variation mellan distriktsläkarna såväl vad beträffar längden på sjukskrivningen som föreslagna åtgärder och vårdkostnader.

Sjukskrivningskostnaderna stod därvid för en ansenlig del av de totala kostnaderna. I vissa fall dominerade de kostnadsbildn hel. Av undersökningen framgick att vissa läkare sjukskrev för lite och en del alldeles för länge och att kunskapsbristen vad gäller sjukskrivning hos läkarna var betydande. Vidare konstaterades att det är möjligt att med hjälp av vissa prediktorer (i detta fall 50 år samt initial sjukskrivning över 90 dagar) redan med det första läkarintyget som grund avgränsa en liten grupp försäkrade med stor risk att hamna i en mycket lång sjukskrivning och där insatser borde sättas in tidigt.

Av rapporten framgår även att läkarna noga fyller i grad av arbetsförmåga och diagnos, men ofta "glömmer" de övriga uppgifter som försäk-

ringsskassan önskar få svar på, t. ex. den försäkrades arbetsuppgifter, sjukskriven av annan läkare och föreskrifter under sjukskrivningsperioden. I rapporten diskuteras även möjligheten att läkaren befinner sig i en lojalitetskonflikt mellan att försvara patienten och att hjälpa försäringsskassan med nödvändiga uppgifter. I rapporten dras den slutsatsen att försäringsskassan inte nåt fram med budskapet till läkarna att uppgifter om återbesök, sjukskriven av annan läkare, föreskrifter och arbetets natur är mycket viktiga för att bedöma rätten till sjukpenning.

En annan undersökning som gjorts av försäringsskassan i Malmöhus län har visat att vissa privatläkare sjukskriver sina patienter upp till nio gånger oftare än övriga privatläkare. Diagnosen är ofta värk i rygg, nacke och axlar. Långa sjukskrivningsperioder är vanliga och noteringar om arbetsuppgifter saknas i stor utsträckning.

Behandlande läkarens roll är att i första hand se till patientens medicinska behov. Att relationen mellan läkaren och hans patient är positiv och förtroendefull är en viktig förutsättning för läkarens arbete. Ett väsentligt inslag i all medicinsk verksamhet är att en person som är sjuk eller tror sig vara sjuk vänder sig till en läkare som personen har förtroende för. Dessa grundläggande förutsättningar tillsammans med uppgiften att utfärda intyg och utlåtanden till grund för försäringsskassans bedömningar i ersättningsärenden kan medföra att läkaren hamnar i en intressekonflikt.

Försäringsskassorna bedömer också att många läkare i sitt sjukskrivningsbeteende tycks ta hänsyn till om patienten friskrivs till ett arbete eller till arbetslöshet. Det tycks som om läkarna har svårt att avsluta sjukskrivningar där patienten går till arbetslöshet. Det finns anledning att tro att läkare i vissa fall tar stor hänsyn till patientens situation på arbetsmarknaden när de utfärdar läkarintyg inför längre sjukskrivningar eller pensionsprövning.

Läkarens förmåga att bedöma den försäkrades arbetsförmåga varierar beroende på läkarens kunskaper om den försäkrades arbetsförhållanden och sociala situation i övrigt. Alltför få läkare besitter en så omfattande och bred kunskap om arbetslivet i stort att en bedömning av individens arbetsförmåga i relation till arbetet och arbetsmarknaden kan göras på det sätt som vore önskvärt. Den försäkrades egen uppfattning om arbetsförmågan blir därför i stället ofta den avgörande faktorn i bedömningen av behovet av sjukskrivning. Det är helt naturligt omöjligt för en läkare att avgöra om en försäkrad skulle kunna arbeta trots sina besvär eller symptom om läkaren inte har kunskap om förhållandena på den aktuella arbetsplatsen eller om möjligheterna att anpassa arbetsuppgifterna tillfälligt eller mera långvarigt till den försäkrades behov. Läkaren har i en sådan situa-

tion inte någon annan möjlighet än att grunda sin bedömning på den försäkrades egen beskrivning och tolkning av vad som är möjligt och rimligt.

Läkaren har som regel också svårt att bedöma den försäkrades möjligheter till andra på arbetsmarknaden förekommande arbeten, något som skall ingå i försäkringskassans bedömning av sjukpenningrätten i ett sjukfall där den försäkrade inte kan återgå i tidigare arbete.

I det rådande arbetsmarknadsläget finns det grupper som har det svårt på arbetsmarknaden. Personer som inte har full prestationsförmåga har särskilt svårt att få ett lämpligt arbete.

I ett läge där resurser i form av skyddade anställningar och beredskapsarbeten inte finns i tillräcklig utsträckning för dessa grupper blir det svårt att finna andra alternativ än sjukskrivningar och i slutändan förtidspension i det enskilda ärendet. Det innebär ett ökat tryck på behandlande läkaren att tillmötesgå patientens önskemål trots att en betydande resarbetsförmåga kan finnas i ett för personen lämpligt arbete. Det kan i en sådan situation vara svårt för den enskilde läkaren att hävda att patienten har arbetsförmåga – om än begränsad – samt att rehabiliteringsmöjligheterna inte är uttömda.

För att rehabilitering skall komma till stånd är det viktigt att läkaren är positivt inställd till att rehabilitering skall ske och att rehabiliteringen sker i samverkan mellan läkaren och försäkringskassan.

Det bör tydligare än idag framgå av lagsiftningen att det är försäkringskassan som avgör rätten till sjukpenning. Det bör också klargöras vilket beslutsunderlag som krävs för att rätt till sjukpenning skall föreligga. T.ex. att läkarinyget skall innehålla uppgift om den försäkrades arbetsuppgifter och en bedömning av på vilket sätt sjukdomen sätter ner arbetsförmågan.

Reglerna bör tydligt ange att läkarens roll i första hand är att uttala sig om den försäkrades medicinska status och i vad mån och på vilket sätt detta påverkar funktionsförmågan, dvs. vilka funktionshinder som sjukdomen e.d. förorsakar den försäkrade. Om möjligt skall läkaren även bedöma den försäkrades arbetsförmåga. Om inte försäkringskassan senast efter fyra veckors sjukskrivning har tillgång till en funktionsbedömning bör skyldighet finnas för kassan att, om det inte är obehövligt, remittera den försäkrade för medbedömning eller för utredning vid rehabiliteringsklinik, diagnosiskt centrum, eller liknande. Innan beslut tas om en sådan remiss bör förtroendeläkaren ha bedömt det medicinska underlaget. Det bör innebära att en försäkrad som vid sitt första besök hos en läkare blir sjukskriven fyra veckor eller mer utan att läkaren har utrett och redogjort

för den försäkrades funktionsförmåga remitteras för utredning, om det inte t.ex. av diagnosen och beskrivningen av arbetsuppgifterna tydligt kan utläsas att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt för så lång tid.

Den behandlande läkarens skyldighet att på inbygget ange den försäkrades arbetsuppgifter och arbetsförmågans nedsättning i relation till dessa bör regleras i lagen. Det bör klargöras i lagsiftningen att det är försäkringskassans uppgift att ta ställning till den behandlande läkarens bedömning av arbetsförmågan liksom graden av nedsättning och därmed rätten till ersättning. Försäkringskassan får genom detta både en tydligare roll när det gäller den försäkringsmässiga bedömningen och ett större ansvar för att utreda den försäkrades arbetsförhållanden jämfört med tidigare.

4.7 Försäkringskassans prövning av sjukpenningrätten

Vårt förslag: I alla ärenden bör en fördjupad bedömning ske relativt tidigt och vid ungerfär samma tidpunkt i samtliga sjukpenningfall. Varje sjukskrivningsärende bör senast efter fyra veckor diskuteras och bedömas av den enskilde handläggaren tillsammans med annan tjänsteman, t.ex. sektionschef, fördragande eller annan tjänsteman som med hänsyn till särskild erfarenhet och tjänsteställning är lämplig att medverka vid en fördjupad bedömning. Det är då av stor vikt att förtroendeläkare medverkar. Det bör i handläggningsjournal noteras att en fördjupad bedömning har gjorts och att försäkringskassan även tagit ställning till sjukpenningrätten. En sådan fördjupad bedömning bör givetvis vid behov kunna göras även tidigare än efter fyra veckor i ett sjukpenningärende. Regler om detta bör tas in i en ny utformning av 3 kap. 8 § AFL.

Skälen för vårt förslag: Det är försäkringskassan som beslutar om rätten till sjukpenning. Dessa beslut fattas av en enskild tjänsteman hos kassan. Vid beslut på begäran om sjukpenning, nedsättning eller indragning av sjukpenning skall socialförsäkringsnämnd fatta beslut när den försäkrade begärt omprövning av beslutet.

När det gäller frågor som kräver medicinsk sakkunskap skall enligt AFL

förtroendeläkare biträda kassan. Inför vissa bedömningar som kassan har att göra är det särskilt viktigt att ärendet är väl berett ur medicinsk synpunkt. Som exempel kan nämnas situationer när kassan överväger att upphöra att betala sjukpenning på grund av att sjukdomen inte längre bedöms nedsätta den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel eller när det gäller att ta ställning till den fortsatta handläggningen, framför allt till behov av rehabilitering. Varje tjänsteman bedömer därvid självständigt om ärenden skall föreläggas förtroendeläkare eller inte.

Andelen sjukskrivningar som baseras på diffusa diagnoser ökar. Det finns anledning att tro att bakom det stora antalet sådana diagnoser döljer sig andra problem än vad som anges på försäkrans eller läkarintyg-/utlåtande. För att försäkringskassan tidigt och på ett riktigt sätt skall kunna bedöma sådana sjukskrivningar krävs många gånger både medicinska kunskaper och lång erfarenhet av arbete med bedömningar av detta slag.

Beslut i sjukpenningärenden genererar mycket stora kostnader för socialförsäkringen. Alla sjukpenningärenden som passerar handläggaren efter en viss tid bör därför granskas av fler än en tjänsteman hos försäkringskassan.

Det finns även uppgifter som tyder på att det för den enskilde handläggaren på försäkringskassan kan vara mycket svårt att ifrågasätta de läkarintyg-/utlåtande som den försäkrade lämnar. Av bl. a. detta skäl förekommer det redan idag att några försäkringskassor har inrättat olika former av "samråd" för att förbättra handläggningen.

Bedömning av rätt till sjukpenning, framförallt i sjukfall som passerar fyra veckor liksom bedömning om remiss till undersökning eller utredning, bör inte göras av en enda tjänsteman, dvs. den handläggande tjänstemannen. Som stöd för beslutet om rätten till sjukpenning bör det i alla ärenden ske en fördjupad bedömning relativt tidigt och vid ungefär samma tidpunkt i samtliga sjukpenningfall. Varje sjukskrivningärende bör därför senast efter fyra veckor och även annars vid behov diskuteras och bedömas av den enskilde handläggaren tillsammans med annan tjänsteman, t.ex. sektionschef, föredragande eller annan tjänsteman som med hänsyn till särskild erfarenhet och tjänsteställning är lämplig att medverka vid en fördjupad bedömning. Det är då av stor vikt att förtroendeläkare medverkar. Det bör i handläggningsjournal noteras att en fördjupad bedömning har gjorts och att försäkringskassan även tagit ställning till sjukpenninggränsen. En sådan fördjupad bedömning bör givetvis vid behov kunna göras även tidigare än efter fyra veckors sjukskrivning.

Det kan förefalla onödigt att alla ärenden vid en viss tidpunkt skall genomgå en fördjupad granskning. I vissa fall är det som regel inte några

problem att bedöma graden av arbetsförmåga, sjukskrivningens längd samt eventuella lämpliga rehabiliteringsinsatser. I flertalet sjukfall kan det emellertid föreligga stora svårigheter att göra en sådan bedömning. Det förekommer även ärenden som kan synas enkla men som kräver medicinsk kunskap för att en riktig bedömning skall kunna ske. Vidare finns det ärenden där diagnosen är mycket väl dokumenterad, men intyget är förordigt och därför uppfattas som oklart eller inte komplett, vilket kan resultera i att nytt medicinskt underlag begärs i onödan. Av bl. a. dessa skäl bör alla ärenden genomgå en fördjupad bedömning, vilken då kan leda till såväl att underlaget i ärendet bedöms vara tillfyllest som att komplettering behövs.

4.8 Kompletterande utredning

Vårt förslag: För att utreda i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt, bör försäkringskassan ges rätt att remittera en försäkrad för kompletterande undersökning och utredning hos t.ex. annan sjukvårdsenhet när som helst i ett sjukfall vid iverksamhet om en viss diagnos, när läkarutländet från den försäkrades behandlande läkare efter fyra veckor inte innehåller uppgift om behovet av rehabilitering, pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, beräknad återstående sjukdomstid etc. eller då kassan av något annat skäl anser att det medicinska underlaget är otillräckligt för att beslut skall kunna fattas i den aktuella ersättningsfrågan. En noggrann prövning av om medbedömning skall ske, bör således alltid göras i de fall det saknas en "objektiv" diagnos. Kassans rätt att remittera en försäkrad för kompletterande undersökning och utredning bör regleras. Regeln bör även kunna åberopas vid efterkontroll i förtdspensionsärenden. Regler om detta bör tas in i 3 kap. 8 § AFL.

Om den försäkrade inte medverkar i en kompletterande undersökning bör inte längre rätt till sjukpenning föreligga. Detta föranleder ändringar i 20 kap 3 § AFL.

Försäkringskassans bedömning om behovet av kompletterande utredning samt om valet av sjukvårdsenhet eller liknande bör inte kunna överklagas av den försäkrade eftersom bedömningen är ett led i den utredning försäkringskassan gör för att kunna besluta om rätt till ersättning. Först när försäkringskassan beslutat om indragning eller nedsättning av sjukpenningen bör den försäkrade ges möjlighet att få detta beslut överprövat.

Skälen för vårt förslag: Om det fortfarande efter kontakt med den behandlande läkaren inte anses styrkt att arbetsförmågan på grund av sjukdom är nedsatt i den omfattning som behandlande läkaren angivit, kan försäkringskassan begära att någon annan läkare också undersöker den försäkrade (medbedömning). RfVv rekommenderar att en sådan medbedömning begärs genom förtroendeläkarens försorg och att den behandlande läkaren underrättas om åtgärden.

När det t.ex. gäller personer med kända alkohol- eller andra missbruksproblem, kan försäkringskassan som rehabiliteringsåtgärd begära att läka-

rintyg/-utlåtande från en läkare vid viss mottagning som kassan bestämmer skall företes i kommande sjukdomsfall för att sjukpenning skall kunna betalas ut utan särskild utredning. Även för denna typ av åtgärd förutsätts en noggrann och allsidig utredning i varje enskilt fall. RfVv rekommenderar att åtgärden vidtas först sedan förtroendeläkaren har rådfrågats. Åtgärden bör också föregås av samråd med den försäkrade.

En förutsättning för att åtgärden skall bli meningsfull är att den läkare som den försäkrade hänvisas till ges tillfälle att diskutera och lämna synpunkter på kassans bedömning av behovet att vidta åtgärden. Finns behov av olika kompletterande och stödjande åtgärder från flera samhällsorgan kan försäkringskassan samråda inom den lokala samverkansgruppen.

Om en försäkrad som hänvisats till en viss läkare blir sjukskrivnen av en annan läkare, får detta självfaller inte leda till att den försäkrade automatiskt nekas rätt till sjukpenning. Det blir då i regel nödvändigt med en särskild utredning. Den kan leda till att man finner rätten till sjukpenning styrkt trots att intyg har utfärdats av annan läkare än den som försäkringskassan har hänvisat till. Utredningen kan också leda till att sjukpenning inte betalas ut.

Om den försäkrade akut insjuknar i en annan sjukdom kan det finnas skäl för att den försäkrade även för detta vårdbehov besöker den läkare som behandlar den ursprungliga sjukdomen. Ibland kan det dock vara tillräckligt att den läkare som försäkringskassan hänvisat till och den läkare som behandlat den akuta sjukdomen har kontakt med varandra.

Det är med stöd av reglerna i 3 kap. 7 §, 20 kap. 3 § AFL och RFFS 1988:2 som försäkringskassan ges möjlighet att infordra beslutsunderlag i form av läkarintyg och utlåtanden m.m. som behövs för att beslut skall kunna fattas om rätten till sjukpenning. Om den försäkrade vägrar att genomgå den begärda undersökningen kan ersättning enligt AFL dras in eller sättas ned med stöd av 20 kap. 3 § AFL.

Erfarenhetsmässigt skall det vara fråga om stora brister i ett läkarintyg/-utlåtande som den försäkrade har uppvisat för att ett beslut om att inte bevilja respektive att dra in eller sätta ned sjukpenning skall stå fast vid domstolsprövning. En vanlig motivering till att domstolen ger den försäkrade rätt är att det saknas anledning att ifrågasätta den behandlande läkarens bedömning av arbetsförmågan. De intyg som försäkringskassan ifrågasätter är oftast utfärdade av läkare där försäkringskassans erfarenhet av läkaren i fråga ger anledning till tvivel om läkarintygets/-utlåtandets tillförlitlighet. Av naturliga skäl saknar domstolarna sådan information.

Som tidigare nämnts är det av stor vikt att det sker en noggrann bedömning i början av varje sjukfall. Den första bedömningen avser som regel

sjukpenningrätten. T.ex. skall en bedömning göras av om den uppgivna sjukdomen/diagnosen försäkringsrättsligt är att betrakta som sjukdom eller inte. Vidare skall en bedömning göras av om arbet förmågan är nedsatt och, om så är fallet, om hel eller partiell nedsättning föreligger.

Det är försäkringskassan som avgör om och i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt. Därvid utgör läkarinrygel/-utlåtandet bara ett av flera underlag för detta beslut. I praktiken fungerar det emellertid oftast så att läkarinrygel/-utlåtandet har ett sådant starkt bevisvärde att den enskilde handläggaren har små möjligheter att vare sig ifrågasätta inrygel/-utlåtandet och ännu mindre besluta att detta inte i tillräcklig grad styrker rätten till sjukpenning. Anledningen till detta kan beror på att den behandlande läkarens sjukskrivning av hävd ofast inte kan eller i vart fall inte bör ifrågasättas, på den mängd inrygel/utlåtanden som – trots sjuklöneperiodens införande – passerar en handläggare varje dag och på den tidspres som handläggaren kan känna eftersom den försäkrade väntar på utbetalning av sjukpenning.

I och med att en sjukskrivningsprocess redan har pågått en tid kan det vara svårt att börja ifrågasätta att en person vid en viss tidpunkt inte längre uppfyller villkoren för sjukpenning. Behandlande läkaren kan ha svårt att värja sig mot den försäkrades önskemål om fortsatt sjukskrivning och den enskilde tjänstemannen hos försäkringskassan har små möjligheter att motivera varför sjukskrivningsrätten plötsligt bör ifrågasättas. Det fria läkarvalet gör också att den försäkrade kan uppsöka en annan läkare om den behandlande läkaren ifrågasätter fortsatt sjukskrivning.

Socialstyrelsen har i sina allmänna råd (SOSFS 1992:16) om sjukskrivning utförligt redovisat hur sjukskrivningar bör ske men också farorna med felaktiga sjukskrivningar.

Undersökningar som har gjorts av ett flertal försäkringskassor visar – trots Socialstyrelsens allmänna råd – att utfärdade läkarinrygel i stor omfattning inte är fullständiga. Det finns anledning tro att behandlande läkare inte alla gånger tillräckligt bedömer patientens sjukdom i förhållande till det arbete som patienten har utan i stället enbart ser till hur lång tid som läkningsprocessen rent medicinskt tar. Även längden av sjukskrivningsperioderna kan i många fall ifrågasättas.

Enligt uppgift kan det även befaras att enskilda läkare inte alltid inser den negativa effekt som en felaktig sjukskrivning kan få för patienten genom den passivisering som lät kan bli följden av en sjukskrivning. Det har även framkommit att enskilda läkare vid sjukskrivning även tar hänsyn till andra omständigheter än sjukdomen. Vanligtvis löser man emellertid inte sociala eller ekonomiska problemen genom sjukskrivning. Tvärtomot

kan problemen förstärkas och den försäkrade tvingas in i en sjukroll som kan vara svår att ta sig ur.

En stor andel av sjukskrivningarna beror på besvär i rörelseorganen. En passiv sjukskrivning på heltid kan i sådana fall motverka en tidig återgång i arbete. I dessa fall finns det som regel skäl för hel sjukskrivning under en kortare tid medan de akuta symtomen försvinner men vid en mer noggrann prövning kan det visa sig att en sjukskrivning på deltid innebär att den passivisering som kan bli följden av en sjukskrivning på heltid inte inträffar.

Många försäkringskassor bedriver sedan flera år informationsinsatser för att nå de behandlande och därmed de sjukskrivande läkarna. Uppföljningar av dessa informationsinsatser har visat att vissa läkare förändrar sina sjukskrivningsmönster. Det kan dock vara svårt att bedöma hur mycket dessa informationssträffar på sikt påverkar läkarnas sjukskrivningsmönster. Det är dock av stor vikt att dessa informationstillfällen fortsätter i syfte att försäkringskassan och läkarna bl.a. skall kunna utbyta information.

Försäkringskassan bör ges rätt att remittera en försäkrad för kompletterande undersökning och utredning hos annan sjukvårdsenhet när som helst i ett sjukfall t.ex. vid tveksamhet om en viss diagnos, när läkarutlåtandet från den försäkrades behandlande läkare efter fyra veckor inte innehåller uppgift om behovet av rehabilitering, pågående och planerad behandling eller rehabiliteringsåtgärd, beräknad återstående sjukdomstid etc. eller då kassan av något annat skäl anser att det medicinska underlaget är otillräckligt för att beslut skall kunna fattas i den aktuella ersättningsfrågan. En noggrann prövning av om medbedömning skall ske, bör således alltid göras i de fall det saknas en "objektiv" diagnos. Regeln bör även kunna åberopas vid efterkontroll i förtidspensionsärenden. Denna lagregel bör gälla såväl i sjukpenningfall, rehabiliteringspenningfall som när den försäkrade uppstår förtidspension/sjukbidrag. Rätten till ersättning bör kunna dras in eller sättas ned som en direkt följd av vägran att genomgå sådan undersökning eller utredning. Frågan om befintligt medicinskt underlag är tillräckligt eller inte kommer därmed att sakna betydelse för prövningen av rätten till ersättning när den försäkrade vägrar genomgå undersökning eller utredning som av kassan bedömts vara nödvändig.

En kompletterande utredning skall i första hand komma till användning för att en mer fullständig bedömning av den försäkrades funktionsnedättning skall kunna göras. I vissa undantagsfall bör dock sådan utredning kunna vara aktuell även för att bedöma arbetsförmågan. Regler om detta bör tas in i en ny utformning av 3 kap. 8 § AFL.

I början av ett sjukfall bör en kompletterande utredning inriktas på

om sjukpenningrätten föreligger eller inte. I de fall sjukpenningrätten är styrkt löper sjukfallet till dess det finns anledning att på nytt ta ställning till rätten till sjukpenning eller att undersöka möjligheterna till rehabiliteringsinsatser. Något hinder för att bedöma behovet av och möjligheterna till rehabilitering i ett tidigt skede i sjukfallet finns dock inte. Även vid denna bedömning bör kompletterande utredning vara ett instrument som kan användas för att få en så allsidig belysning som möjligt av rehabiliteringsbehov och de insatser som kan behöva vidtas. Det är således inte nödvändigt att kompletterande medicinsk utredning vad gäller sjukpenningrätten och rehabiliteringsinsatserna sker samtidigt. Många gånger kan det dock vara både praktiskt och självklart att utredningen omfattar både och. En kompletterande utredning behöver inte heller nödvändigtvis avse endast förnyad medicinsk bedömning utan kan mycket väl utgöras av arbetsträning eller att den försäkrade får genomgå rehabiliteringsutredning vid ett rehabiliteringscenter.

Som regel bör en kompletterande utredning innebära att den försäkrade av kassan remitteras till en av kassan vald sjukvårdsenhet. Det kan dock finnas skäl att i vissa fall använda sig av de diagnostiska centra som finns för att bedöma en försäkrads funktionsnedättning, arbetsförmåga och vilka lämpliga rehabiliteringsinsatser som kan vidtas. Diagnostiskt center, smärktjänst och liknande enheter inom sjukvården fungerar så att patienten/den försäkrade remitteras samt blir undersökt och utredd av olika specialister i ett sammanhang. Detta för att processen skall påskyndas och en så korrekt diagnos som möjligt skall kunna ställas samt behandling och rehabiliteringsåtgärder så snart som möjligt skall kunna sättas in.

Försäkringskassan bör gentemot den försäkrade stå för de kostnader som uppstår i samband med en kompletterande utredning. Sådana kostnader kan t.ex. vara kostnader för läkarundersökning, läkarutlåtande och vistelse vid rehabiliteringscenter.

För att reglerna om kompletterande utredning skall kunna fungera krävs att de får en sådan utformning att de inte endast fungerar som en "parallell" till behandlande läkarens intyg. Möjligheten till kompletterande utredning bör finnas med som ett naturligt led under sjukskrivningen. När försäkringskassan har bedömt att en kompletterande utredning behövs bör den försäkrade inte kunna motsätta sig utredningen. En vägran att medverka till eller delta i undersökningen bör kunna medföra sanktioner.

Om den försäkrade inte medverkar i en kompletterande undersökning bör inte längre rätt till sjukpenning föreligga. Detta föranleder ändringar i 20 kap. 3 § AFL.

Försäkringskassans bedömning om behov av kompletterande utredning

samt valet av sjukvårdsenhet eller liknande bör således inte kunna överklagas av den försäkrade. Först när försäkringskassans beslut om indragning eller nedsättning av sjukpenningen bör den försäkrade ges möjlighet att få beslutet överprövat.

4.9 Förtroendeläkaren

Vårt förslag: Försäkringskassan bör ges möjlighet att inrätta så många förtroendeläkartjänster att försäkringskassans handläggare får reella möjligheter att utan dröjsmål diskutera alla medicinskt svårbedömda ärenden med kassans medicinskt sakkunnige. För att ytterligare tydliggöra förtroendeläkarens roll som socialförsäkringens medicinske expert, bör försäkringskassan sträva efter att förtroendeläkarna anställs på minst halvtid. Endast i undantagsfall bör kortare tjänstgöringstid förekomma. Detta kan vara aktuellt om det inte går att få läkare på halvtidsanställning eller att en läkare med av kassan önskvärd kompetens endast står till förfogande för lägre tjänstgöringsgrad. Även av andra skäl, t.ex. i glesbygd kan det vara befogat att förtroendeläkare anställs i lägre tjänstgöringsgrad än halvtid. För att inte tappa kontakten med den egna professionen bör å andra sidan endast i undantagsfall en förtroendeläkare vara anställd på heltid. Benämningen förtroendeläkare föreslås bytas ut mot försäkringsläkare.

Skälen för vårt förslag: Enligt 18 kap. 12 § AFL skall det hos den allmänna försäkringskassan finnas en eller flera förtroendeläkare. Dessa skall biträda kassan i frågor som kräver medicinsk sakkunskap samt verka för ett gott samarbete mellan kassan och de läkare som är verksamma inom dess område. Förtroendeläkaren är en av försäkringskassan anställd tjänsteman och står vad beträffar arbetsuppgifterna hos försäkringskassan inte under Socialstyrelsens tillsyn.

Hos försäkringskassan har förtroendeläkaren en rådgivande funktion i medicinska frågor. Förtroendeläkaren tar inte ställning i frågor om rätt till ersättning. Sådana beslut fattas av kassans handläggande tjänstemän eller av socialförsäkringsnämnd. Förtroendeläkaren undersöker inte själv den försäkrade, utan hans medicinska bedömning grundar sig på den behandlande läkarens uppgifter i intyg och utlåtanden. På det sättet störs inte

förhållandet mellan den försäkrade och hans läkare och inte heller försvåras samarbetet mellan förtroendeläkaren och den behandlande läkaren.

När det gäller enskilda rehabiliteringsärenden består förtroendeläkarens insats bl. a. i att hjälpa försäkringskassans tjänstemän med bedömningar av försäkrades möjligheter till rehabilitering och då också med att göra urval och prioriteringar. Det innebär att förtroendeläkarens medverkan är viktig i arbetet med att uppmärksamma de grupper som löper risk att bli långtidssjukskrivna. Det kan t.ex. gälla försäkrade som på ett visst företag utför arbetsuppgifter som ofta orsakar sjukdom eller skada. Samarbete bör då ske med berörd företagshälsövård.

Förtroendeläkaren har även en viktig roll i kassans utåtriktade arbete genom att delta i diskussioner med läkare och annan personal inom hälso- och sjukvården samt ge information till dessa.

En viktig uppgift för förtroendeläkaren är vidare att medverka i utbildningen av försäkringskassans tjänstemän och socialförsäkringsnämndernas ledamöter i medicinska frågor samt att medverka i försäkringskassornas utbildning av läkare i försäkringsmedicin.

Av intresse i detta sammanhang är vad som sades i socialförsäkringsutskottets betänkande 1983/84:1 om en motion rörande förtroendeläkarens medverkan i sjukförsäkringsärenden.

Motion 1264 syftar till att förtroendeläkare vid försäkringskassorna skall medverka mer aktivt i ärendena. Motionären framhåller att såväl berörda försäkrade som utomstående upptrörs över att svåra försäkringsärenden avgörs enbart på "papper", dvs. läkarutlåtanden m.m. Man frågar sig, anför motionären, hur kassans förtroendeläkare kan avgöra svåra ärenden utan att ha sett patienten. Motionären framhåller att det naturligtvis är omöjligt att genomföra en reform där förtroendeläkarna vid landets samtliga försäkringskassor skulle kunna undersöka varje försäkrad som har ett ärende aktuellt, men att det dock kan ifrågasättas om inte en förtroendeläkare borde undersöka de patienters ärenden som skall prövas i försäkringsrätt eller försäkringsöverdomstolen. Nuvarande ordning att förtroendeläkarna aldrig tycks se en patient är enligt motionären orillfredställande.

Riks-försäkringsverket och Försäkringskassereförbundet har... avstyrkt bifall till motionen. Båda remissinstanserna har betonat att förtroendeläkarens roll vid handläggningen av ärenden i försäkringskassorna är enbart rådgivande och att någon ändring i detta förhållande inte bör ske. Utskottet avslutar sig till denna uppfattning. Såsom Riks-försäkringsverket framhållit är förtroendeläkarens uppgift främst att på grundval av den behandlande läkarens inlag klarlägga och förklara för den handläggande tjänstemannen den försäkrades status och vid behov begära kompletterande uppgifter från den behandlande läkaren. Av-

sikten med ett system med förtroendeläkare är däremot inte att denne skall överta den behandlande läkarens roll och efter en egen undersökning ge försäkringskassan råd om hur ärendet skall avgöras. Om så skulle ske finns det en påtaglig risk för att såväl förhållandet mellan patienten och hans läkare som samarbetet mellan denna läkare och förtroendeläkaren påverkas negativt. Skiljaktigheten i behandlande läkare och förtroendeläkarens bedömning av en försäkrads medicinska status kan i många fall hänföras till att det medicinska underlaget som den försäkrade åberopat är ofullständigt. Det är därför utomordentligt viktigt att förtroendeläkaren medverkar till att ett tillräckligt medicinskt underlag för ärendet införskaffas från den behandlande läkaren eller från annan läkare. I de fall skiljaktigheter mellan försäkringskassan och den försäkrade om rätten till ersättning kvarstår vid ärendets avgörande i kassan har den försäkrade möjlighet att besvära sig över beslutet.

Enligt utskottets uppfattning är det ur rättssäkerhetssynpunkt en stor fördel att ärendet, när det förs upp i försäkringsdomstolarna, blir prövat av försäkringskassan fristående personer. Utskottet kan därför inte ställa sig bakom motionärens förslag om att försäkringskassans förtroendeläkare i dessa fall skulle ha en skyldighet att undersöka den försäkrade och därmed kunna påverka överinstansernas bedömning av ärendet.

Utskottet avstyrkte bifall till motionen.

År 1991 fanns ca 370 förtroendeläkare vid landets försäkringskassor. Ca 330 av dem var verksamma vid försäkringskassornas lokalkontor. Den sammanlagda arbetstiden utgjorde ca 1060 timmar under en vecka, dvs. ca 3 timmar per förtroendeläkare och vecka. Av landets samtliga lokalkontor saknade ca 70 lokalkontor egen förtroendeläkare. De flesta av dessa lokalkontor hade dock tillgång till förtroendeläkare på centralkontoret. Samtliga försäkringskassor hade en samordnad förtroendeläkarfunktion.

Den dominerade specialiteten bland förtroendeläkarna är allmänmedicin, följd av företagsläkare och specialister i allmän intermedicin.

Förtroendeläkarens roll har blivit allt mer omdiskuterad under senare år. Förtroendeläkaren är medicinskt sakkunnig hos försäkringskassan och skall användas av kassan för rådgivning i medicinska frågor, t.ex. när försäkringskassan har behov av en medicinsk bedömning av beslutsunderlaget i ett ersättningsärende, har behov av stöd i kontakterna med sjukskrivande läkare etc. Förtroendeläkaren är en av försäkringskassans anställd tjänsteman. Han eller hon undersöker inte de försäkrade utan gör sin bedömning på det material som försäkringskassan har tillgängligt. Detta har varit föremål för kritik framför allt från försäkrade som har svårt att förstå hur en läkare kan uttala sig om deras sjukdom, symtom och arbetsförmåga

utan att ha undersökt dem eller ens talat med dem. Det är inte heller ovanligt att försäkringsskassans handläggare "försvarar" eller förklarar sitt beslut med att förtroendeläkaren har uttalat sig och att det är därför som beslutet i fråga har fattats.

Förtroendeläkarens roll behöver tydliggöras och stärkas på ett sådant sätt att det klart framgår att han/hon är försäkringsskassans expert och rådgivare i medicinska frågor och inte en läkare som skall bedöma den försäkrades medicinska situation. Förtroendeläkaren bör också kunna vara den som vid behov och därvid med beaktande av reglerna i förvaltningslagen (1986:223) – framförallt i de fall den försäkrade begär detta – informerar den försäkrade om varför försäkringsskassan på grund av medicinska skäl bedömt arbetsförmågan på ett annat sätt än vad behandlande läkaren gjort.

Av tillgänglig statistik framgår att många förtroendeläkare arbetar ett mycket begränsat antal timmar per vecka. Av statistiken framgår även att arbetsuppgifterna utgörs inte bara av bedömningar i ärenden rörande sjukpenning, rehabilitering och fördispersion utan även av bedömning av arbetskador samt utbildning och information m.m. Det finns anledning tro att även många ärenden med komplexa diagnoser idag avgörs utan att förtroendeläkarens bedömning har inhämtats. En anledning till detta kan vara den höga arbetsbelastning som varje förtroendeläkare har. Effekten av detta kan i förlängningen bli att handläggaren väljer att inhämta förtroendeläkarens bedömning endast i de mest komplicerade ärendena. Förtroendeläkarnas arbetstid på försäkringsskassan bör därför ha en sådan omfattning att han eller hon integreras i den ordinarie verksamheten samt får en reell möjlighet att medverka i ett tidigt skede i en sjukpenningrätts- och rehabiliteringsbedömning.

Förtroendeläkarnas arbetstider bör således utökas. En rimlig minsta tid borde vara att anställningen omfattar minst halvtid. Endast i undantagsfall bör kortare tjänstgöringstid förekomma. Detta kan vara aktuellt om det inte går att få läkare på halvtidsanställning eller att en läkare med av kas-san önskvärd kompetens endast står till förfogande för lägre tjänstgöringsgrad. Även av andra skäl, t.ex. i glesbygd kan det vara befogat att förtroendeläkare anställs i lägre tjänstgöringsgrad än halvtid. Att en förtroendeläkare anställs på heltid kan däremot vara mindre lämpligt eftersom en sådan anställningsform får till följd att förtroendeläkaren snabbt tappat kontakten med den egna professionen. I vissa undantagsfall bör dock även en heltidsanställning kunna komma i fråga. Det senare bör t.ex. kunna vara aktuellt för förtroendeläkare som har ett samordningsansvar för förtroendeläkarverksamheten inom en försäkringsskassa.

Namnet förtroendeläkare är inte alldeles ändamålsenligt. Namnet för-

troendeläkare bör därför bytas ut mot t.ex. försäkringsläkare, expertläkare, sakkunnig läkare eller medicinskt sakkunnig. Förslagsvis bör försäkringsläkare vara den benämning som bäst beskriver funktionen.

Riksdagen har (prop. 1993/94:150, bet. 1993/94:FiU20) beslutat att ytterligare medel ställs till försäkringsskassornas förfogande i syfte att förstärka förtroendeläkarnas insatser. Medlen beräknas tillföra försäkringsskassorna ca 300 halvtidsanställda förtroendeläkare.

5 Förtidspensionering

5.1 Nuvarande regelsystem

I 7 och 13 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) föreskrivs att rätt till förtidspension tillkommer en försäkrad mellan 16 och 64 år om arbetsförmågan på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan är varaktigt nedsatt med minst en fjärdedel. Kan nedsättningen av arbetsförmågan inte anses varaktig men kan den antas bestå avsevärd tid, har den försäkrade i stället rätt till sjukbidrag. Denna förmån är begränsad till viss tid men i övrigt gäller samma regler som för förtidspension. Förtidspension/sjukbidrag utges från folkpensioneringen respektive den allmänna tilläggs pensioneringen.

Syftet med förtidspension är att tillförsäkra de försäkrade ekonomisk trygghet vid förtida förlust eller nedsättning av arbetsförmågan på grund av ohälsa eller funktionsnedsättning. Ersättningen skall vara en kompensations för försörjningsekonomiska konsekvenser som har sin grund i sjukdom eller skada. Den avses således inte att vara en lytesersättning. Grunden till den bristande arbetsförmågan skall vara medicinska faktorer varvid härnöver bör fordras att den medicinska defekten medför förlust eller en betydande nedsättning av arbetsförmågan.

Vid bedömningen om arbetsförmågan är nedsatt skall man ta ställning till den försäkrades förmåga att bereda sig inkomst genom sådant arbete som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras med hänsyn till den försäkrades utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, boställningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter. Bedömningen skall göras efter samma grunder oavsett arten av den föreliggande nedsättningen av prestationsförmågan. I fråga om försäkrad som fyllt 60 år skall bedömningen främst avse hans förmåga och möjlighet att bereda sig fortsatt inkomst genom sådant arbete som han tidigare utfört eller genom annat för honom tillgängligt lämpligt arbete. Med inkomst av arbete likställs i skätlig omfattning värdet av hushållsarbete i hemmet.

Förtidspension kan utges till försäkrade mellan 16 och 64 års ålder eller till den tidigare tidpunkt då ålderspension börjar utges. Förtidspension utges sedan den 1 juli 1993 på fyra olika nivåer, hel, tre

fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Tidigare utgavs förtidspension som hel, två tredjedels eller halv förmån.

Hel förtidspension beviljas försäkrad, vars arbetsförmåga är helt nedsatt. Försäkrad vars arbetsförmåga inte är helt nedsatt men är nedsatt med minst tre fjärdedelar, erhåller tre fjärdedels förtidspension. Är den försäkrades arbetsförmåga nedsatt i mindre grad men med minst hälften utges halv förtidspension. En fjärdedels förtidspension utges om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel.

Enligt förarbetena bör nivån en fjärdedels förtidspension tillämpas med restriktivitet. Den bör komma ifråga främst när det efter en längre tids sjukskrivning och rehabilitering konstateras en varaktig eller för avsevärd tid nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel till följd av sjukdom eller skada. Antalet personer med en fjärdedels förtidspension ökar förhållandevis kraftigt. I december 1993 uppbär 2 127 personer en fjärdedels förtidspension. I maj 1994 var antalet 4 183.

Den som har fått sin förtidspension indragen eller minskad på grund av att han har börjat förvärvsarbeta kan enligt kungörelsen (1962:394) med vissa bestämmelser rörande ansökan om pension enligt AFL m. m. under vissa förutsättningar göra ansökan om att förmånen åter skall utges utan att läkarnutlåtande behövs. Syftet med bestämmelsen om s.k. vilande förtidspension är att stimulera personer med förtidspension och sjukbidrag att göra arbetsförsök som ett led i rehabilitering. Om arbetsförsoöket måste avbrytas, kan den försäkrade således genom det förenklade ansökningsförfarandet snabbt återfå sin pension. Han riskerar då inte att stå utan försörjning. Förfarandet innebär i praktiken en vilande pensionsrätt om det inte vid kassans prövning visar sig att arbetsförmågan väsentligt förbättrats, eller att den försäkrades möjligheter till arbete ökar väsentligt.

Förtidspension och sjukbidrag ger samma ekonomiska ersättning. Sjukbidraget utges dock tidsbegränsat mellan ett till tre år. I övrigt är förmånerna identiska. Folkpensionsdelen är lika för alla och utgör 96 procent av basbeloppet för ensamtäande och 78,5 procent för gifta där maken/makan också uppbär folkpension.

Tilläggs pensionen varierar med den pensionsgrundande inkomst man haft. Har man ingen tilläggs pension eller låg tilläggs pension, utges pensions tillskott med högst 105,5 procent av basbeloppet. Pensions tillskottet reduceras med storleken på tilläggs pensionen.

En förutsättning för rätt till förtidspension från tilläggs pensioneringen är att den försäkrade har tillgodoräknats pensionspoäng inom ATP för tid före det år då pensionsfallet inträffade.

Storleken av en hel förtidspension från ATP skall i princip motsvara den

älderspension som den försäkrade skulle ha blivit berättigad till om han hade börjat uppbära sådan pension fr. o. m. den månad då han fyller 65 år. För att uppnå detta syfte tas under vissa förutsättningar hänsyn till tänkta pensionsgrundande inkomster under tiden från och med det år förtidspensionen börjar utgå till och med det år han uppnår sextiofyra års ålder. Dessa fiktiva inkomster ligger till grund för s.k. antagandepoängsberäkning.

Villkoren för antagandepoängsberäkning är aningen att den försäkrade vid tidpunkten för pensionsfallet har haft en sjukpenninggrundande inkomst som svarar mot en årsinkomst av förvärsarbete lägst lika med det vid årets ingång gällande basbeloppet eller också kan tillgodoräkna sig pensionspoäng för åtminstone två av de fyra åren närmast före året för pensionsfallet.

Antagandepoängen beräknas enligt den av två alternativa metoder som ger det för den försäkrade gymnsammaste resultatet. Den ena metoden innebär att antagandepoängen beräknas motsvara medeltalet av de två högsta poängtalerna under de fyra åren närmast före pensionsfallet. Den andra metoden innebär att antagandepoängen beräknas på grundval av poängförvärvet under samtliga år t. o. m. året närmast före pensionsfallet. Antagandepoängen skall därvid motsvara medeltalet för halva antalet av de år som sålunda kommer i fråga, varvid hänsyn i första hand tas till åren med de högsta poängtalerna.

Om förutsättningar för antagandepoängsberäkning ATP inte föreligger, beräknas förtidspension från ATP på grundval enbart av de faktiska pensionspoäng som den försäkrade injänat för tiden före pensionsfallet.

Folkpension och ATP i form av förtidspension och sjukbidrag kan kompletteras med kommunalt bostadstillägg (KBT) och även i förekommande fall med avtalsersättningar i form av sjukpension.

5.2 Bedömning av arbetsförmåga i förtidspensioneringen

Vårt förslag: Rätt till förtidspension föreligger för försäkrade mellan 16 och 64 år om arbetsförmågan på grund av sjukdom, medfödd eller förvärvad skada är nedsatt med minst en fjärdedel och nedsättningen kan anses varaktig. Kan nedsättningen av arbetsförmågan antas bli bestående avsevärd tid utges sjukbidrag.

Vid bedömmande i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beaktas den försäkrades förmåga att bereda sig inkomst genom arbete. Bedömningen skall ske i relation till arbeten som är normalt förekommande på den öppna arbetsmarknaden eller, i de fall den försäkrade kan erbjudas och bedöms klara sådan sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga, i relation till detta. Vid bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt, får kassan som högst utgå från att den försäkrade skulle ha arbetat i ett på arbetsmarknaden normalt heltidsarbete.

Vidare föreslås att de nuvarande särreglerna för personer som är 60 år eller äldre avvecklas samt att värdering av hushållsarbete skall ske på samma grunder oavsett om den försäkrad tidigare varit förvärvsaktiv eller hemarbetande.

Skälen för vårt förslag: De nuvarande reglerna för rätten till förtidspension infördes år 1963. Den 1 juli 1970 gjordes vissa ändringar så att den tidigare formuleringen om bedömning av arbetsförmågan där det talades om *sjukdom och bye* fick en modernare formulering och ersattes med *prestationsförmågan* (prop. 1970:66). Vikigare är dock att vid detta tillfälle infördes de s.k. äldrereglerna samt en mindre restriktiv innebörd i allmänhet av arbetsförmågebudomningen. Arbetsmarknadsmässiga hänsyn skulle därvidlag i större utsträckning få inverka vid invaliditetsbedömningen. Vidare skapades förutsättningar för en mindre restriktiv bedömning av möjligheterna till förtidspension för hemarbetande.

Denna förändring av kriterierna för bedömning av arbetsförmågan är sannolikt en väsentlig förklaring till den kraftiga ökningen av antalet förtidspensioner under första hälften av 1970-talet.

För rätt till förtidspension krävs att det finns en medicinsk grund i form av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska presta-

tionsförmågan samt att den försäkrades möjlighet att bereda sig inkomst genom arbete är nedsatt med minst en fjärdedel. Begreppet prestationsförmåga är inte närmare definierad i AFL. Det förekommer där enbart i samband med rätten till förtidspension.

Vid beslut om förtidspension görs för närvarande en bedömning av den försäkrades arbetsförmåga enligt 7 kap. 3 § AFL. Vid bedömning i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beaktas den försäkrades förmåga att vid den nedsättning som är aktuell bereda sig inkomst genom sådant arbete, som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras med hänsyn till utbildning och tidigare verksamhet samt ålder bosättningsförhållande och därmed jämförliga omständigheter.

Något lagstadgat krav på att läkare i läkarutlåtandet skall uttala sig om arbetsförmågan finns inte i förtidspensionsreglerna. I praktiken uttalar sig dock läkaren vanligen om den försäkrades arbetsförmåga och försäkringskassan förväntar sig också att läkaren gör så. Det är också vanligt att läkaren i sitt uttalande föreslår att den försäkrade skall beviljas förtidspension eller sjukbidrag och även tar ställning till önskvärd nivå. Många utlåtanden innehåller således uttalanden i försäkringsfrågan snarare än renodlade medicinska sakkunnigutlåtanden.

Med stöd av 16 kap. 2 § AFL kan kassan som villkor för rätt till förtidspension begära att en försäkrad som sökt förtidspension under högst 30 dagar skall vara intagen på sjukhus eller underkasta sig undersökning av viss läkare. I detta fall kan vägran att ställa upp medföra att ansökan avslås. Ett föreläggande om undersökning av viss läkare kan även ges när det är frågan om att bevilja ny pension eller vid ansökan om ökning av pension. Föreläggandet kan även användas i en efterkontroll för att få underlag för ställningstagande om förutsättningarna för redan beviljad pension fortfarande föreligger.

Av reglerna framgår att inte enbart medicinska kriterier skall ligga till grund för bedömningen utan även vissa arbetsmarknadsmässiga hänsyn kan få tas genom formuleringen om den försäkrades förmåga att bereda sig inkomst genom någon lämplig sysselsättning.

Kraven på nedsättningen av arbetsförmågan ger ett förhållandevis stort tolkningsutrymme i och med att bedömningen av arbetsförmågan görs utifrån vad som är rimligt att begära av den försäkrade i det enskilda fallet.

Kriterierna för bedömning av arbetsförmågan skiljer sig delvis från vad som gäller för långa sjukfall inom sjukförsäkringen där försäkringskassan skall undersöka om den försäkrade efter medicinsk behandling, medicinsk rehabilitering eller arbetslivsinriktad rehabilitering kan försörja sig själv

genom förvärvsarbete om arbetsförhållandena ändras eller om annat lämpligt arbete erhålls. Därvid skall motsvarande rimlighetshänsyn tas som inom förtidspensioneringen.

Tidigare har redovisats vissa problem och oklarheter samt förslag till förändringar i de nuvarande reglerna i sjukförsäkringen rörande begreppet arbetsförmåga. Det finns enligt vår bedömning skäl att även förändra bedömningen av arbetsförmåga i förtidspensionssystemet så att den bättre överensstämmer med arbetsförmågebedömningen i sjukfall i de fall där den försäkrade inte kan återgå till sitt vanliga arbete efter sjukdomens upphörande. Detta uppnås genom att den nuvarande regeln i 7 kap. 3 § AFL ändras så att vid bedömning i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall beaktas den försäkrades förmåga att bereda sig inkomst genom arbete. Bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt skall ske i relation till arbeten som är normalt förekommande på den öppna arbetsmarknaden eller, i de fall den försäkrade kan erbjudas och bedöms klara sådan sysselsättning som anordnas särskilt för personer med nedsatt arbetsförmåga, i relation till detta. Denna skrivning överensstämmer med vad som föreslås gälla för rätt till sjukpenning om den försäkrade inte kan antas återgå till sitt vanliga arbete enligt 3 kap. 8 § AFL.

Härigenom uppnås en klarare koppling mellan förtidspensioneringen och sjukförsäkringen. Den principiella skillnaden vad gäller arbetsförmågebedömningen för ersättning vid sjukdom blir att rätten till förtidspension sammanhänger med att arbetsförmågan är varaktigt nedsatt, respektive för sjukbidrag att arbetsförmågan är nedsatt för avsevärd tid. Vidare kan, om arbetsförmågan är nedsatt på grund av medfödd eller förvärvad skada, förtidspension/sjukbidrag utges. I dessa fall finns dock inte någon motsvarande regel inom sjukförsäkringen. Detta föranleder en ändring i 7 kap. 1 § och 3 § AFL.

Därmed förändras nuvarande regler om att vid bedömningen av arbetsförmågas nedsättning skall beaktas den försäkrades förmåga att vid den nedsättning av prestationsförmågan som föreligger bereda sig inkomst genom sådant arbete, som motsvarar hans krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras av honom med hänsyn till hans utbildning och tidigare verksamhet samt ålder, boställningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter.

Vidare hävdas på detta sätt arbetslinjen med större tydlighet samt skapas en bättre överensstämmelse mellan reglernas utformning och inriktningen på rehabilitering inom socialförsäkringen.

Enligt rättspraxis görs för närvarande bedömningen av arbetsförmågan inför beslut om förtidspension utifrån att den försäkrade skulle ha arbetat

heltid, oavsett den försäkrades faktiska arbetstid. Detta innebär att personer som arbetat deltid har ett fullgott skydd i händelse av att arbetsförmågan skulle bli helt eller delvis nedsatt. I det nuvarande regelverket finns däremot inget lagligt hinder att bevilja partiell förtidspension till en försäkrad som före nedsättningen av arbetsförmågan arbetade mer än heltid och efter nedsättningen av arbetsförmågan kan arbeta heltid. Frågan har inte prövats av Försäkringsöverdomstolen varför det inte föreligger någon praxis på detta område. Det är dock inte rimligt att den allmänna försäkringen skall ge utrymme för att lämna ersättning i dylika fall. Dels finns fortfarande en fullt tillräcklig försörjningsförmåga, dels kan det ifrågasättas om personer som utsätter sig för den ökade risk för skador och sjukdomar som ett dylikt förvärvsmönster utgör skall omfattas av den allmänna försäkringens inkomstbortfallskydd till den del som överstiger ett normalt heltdsarbete. Mot bakgrund av detta, är det motiverat att införa en tydlig regel som begränsar rätten att erhålla förtidspension om den försäkrade trots nedsättningen av arbetsförmågan kan arbeta heltid. Bedömningen av i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt bör således utgå från att den försäkrade skulle ha arbetat i ett på arbetsmarknaden normalt heltdsarbete. Detta föranleder en ändring i 7 kap. 3 § AFL.

Genom 1970 års förtidspensionsreform infördes även vidgade möjligheter för äldre förvärvsarbete att erhålla förtidspension. De då tillkomna reglerna tar främst sikte på äldre försäkrade med tungt och pressande arbete som på grund av bristande krafter inte orkar med sina arbetsuppgifter eller som friställs utan att annat lämpligt arbete står till förfogande. I sådana fall kan rätten till förtidspension bedömas med större hänsynstagande till de individuella förhållandena än för övriga försäkrade.

Bedömningen av i vad mån arbetsförmågan är nedsatt skall enligt de från och med den 1 juli 1970 gällande reglerna i AFL främst avse hans förmåga och möjlighet att bereda sig inkomst genom sådant arbete som han tidigare utfört eller för honom tillgängligt arbete. I praxis utvecklades att de s.k. äldrereglerna avsåg försäkrade som var 60 år eller äldre. Det fanns dock en tendens att tillämpningen av äldrereglerna försköts så att även personer under 60 år kom att omfattas. För att hejda denna utveckling infördes från och med den 1 januari 1992 en skrivning i AFL, att den mildare tillämpningen gäller för försäkrad som har fyllt 60 år.

Bedömningen i de s.k. äldrefallen skiljer sig från övriga fall genom att de medicinska kraven ställs lägre och att det vid bedömningen av arbetsförmågan, utom då det gäller en fjärdedels förtidspension, inte kan krävas att den försäkrade genomgår omskolning eller annan utbildning eller flyttar till annan ort. Inte heller behöver försök med arbetsplacering göras.

Hänsyn tas också till normala åldersförändringar även om någon sjukdom i egentlig mening inte föreligger. Sjukdom och åldersförändringar skall ses i relation till de arbetsmöjligheter som står till buds på orten. De arbetsmarknadsmässiga faktorerna får därför särskild betydelse vid pensionsprovningen i dessa fall.

När åldrereglerna infördes år 1970 uppbär ca 12 procent av åldersgruppen 60 till 66 år förtidspension. År 1992 hade andelen stigit till ca 34 procent av åldersgruppen 60 till 64 år. Andelen har alltså nära tredubblats trots att pensionsåldern har sänkts från 67 till 65 år. Om utvecklingen med allt fler förtidspensionärer skall brytas är det nödvändigt att andelen äldre som uppbär förtidspension inte fortsätter att stiga.

I syfte att bryta den stigande trenden inom förtidspensioneringen är det nödvändigt att reglerna tillämpas på ett sådant sätt att förtidspensioneringen mer renodlat utgör ett inkomstbortfallskydd vid nedsatt arbetsförmåga på grund av medicinska orsaker.

Mot bakgrund av detta är det motiverat att avskaffa åldrereglerna. Detta föranleder en ändring i 7 kap. 3 § AFL. Vidare bör särskilda övergångsregler gälla. Vi lämnar dock här inga förslag om den närmare utformningen av dessa.

Vi har i vårt arbete med denna promemoria inriktat oss på att föreslå åtgärder som renodlar förtidspensioneringen så att den i större utsträckning än i dag blir en försäkring mot en av medicinska orsaker nedsatt arbetsförmåga. Förslaget om att avskaffa de särskilda åldrereglerna bör ses som ett led i denna strävan. Denna åtgärd kommer sannolikt att få effekter inom arbetsmarknadspolitiken. Avskaffandet av åldrereglerna bör därför ske i samband med att särskilda arbetsmarknadspolitiska åtgärder övervägs för äldre. För närvarande utreds arbetsmarknadspolitikens framtida roll. Bland annat skall åtgärder tas fram som ger alla som förbrukat sina ersättningsdagar i arbetslöshetsförsäkringen möjlighet till en särskild arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Den bärande tanken är att dessa åtgärder kan ha inslag av utbildning, praktik eller rehabilitering. I den individuella planen för den långtidsarbetslöse måste man vid utformningen av åtgärderna söka ta hänsyn till individens förutsättningar och förhållanden, som t.ex. ålder, utbildning och andra faktorer som påverkar möjligheterna att få ett reguljärt arbete.

Med inkomst av arbete liksätts i de nuvarande reglerna i skäligen omfattning värdet av hushållsarbete i hemmet. Denna regel infördes ursprungligen i syfte att ge en invaliderad hemmafru rätt till förtidspension på motsvarande sätt som i sjukförsäkringssammanhang där hemmafruförsäkring kunde utges (SoU 1961:29, prop. 1962:90). Samhällsutvecklingen

med kvinnornas allt större deltagande i förvärvslivet föranledde år 1970 en förändring av bedömningen av en gift kvinnas arbetsförmåga så att det generellt också togs hänsyn till att det var tånkbart att hon kunde ha åtagit sig förvärvsarbete utom hemmet om hon blivit frisk. Vid invaliditetsbedömningen togs därför i större utsträckning än vad som dittills skett hänsyn till om och i vad mån en invaliderad husmor skulle kunna utföra något förvärvsarbete utom hemmet. Omständigheten att husmodern kunde utföra ett visst mått av hushållsarbete borde sålunda inte hindra att hon kan få hel förtidspension (prop. 1970:66).

I samband med förslaget om arbetsförmågebegreppet vid bedömning om rätt till förtidspension är det inte längre nödvändigt med en särskild skrivning om hushållsarbete i hemmet. Förslaget innebär att samma värdering av hushållsarbete skall göras för alla oavsett om de tidigare varit förvävsaktiva eller arbetat i hemmet. Detta innebär att även fortsättningsvis skall personer som ägnat sig åt hushållsarbete i hemmet kunna beviljas förtidspension men att samma bedömning skall göras som för förvärvsarbetande efter vad som framkommit vid arbetsprovning, arbetssträning eller annan utredning av arbetsförmågan. Även fortsättningsvis skall en värdering av hushållsarbete göras. Denna värdering skall göras på samma grunder oavsett om den försäkrade tidigare varit förvävsaktiv eller hennarbetande. Detta föranleder en ändring i 7 kap. 3 § AFL. Vidare bör särskilda övergångsregler gälla. Vi lämnar dock här inga förslag om den närmare utformningen av dessa.

5.3 Efterkontroll

Vårt förslag: Som villkor för rätt till förtidspension får föreskrivas att den försäkrade skall genomgå undersökning av viss läkare eller vid viss sjukvårdsenhet eller genomgå annan utredning såsom arbetsprovning eller arbetssträning för bedömning av arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Vid beslut om förtidspension skall försäkringskassan besluta om behov finns av förnyad utredning av arbetsförmågan efter viss tid. Försäkringskassan skall löpande även i övrigt införskaffa den utredning som i varje särskilt fall kan anses nödvändig för bedömning av rätten till förtidspension.

Skälen för vårt förslag: Beslut om förtidspension gäller enligt reglerna tills vidare. Det kan emellertid finnas anledning att kontrollera om en försäkrad som har beviljats förtidspension fortfarande uppfyller förutsättningarna för rätt till pension.

RFV har rekommenderat att försäkringskassan i samband med beslut om förtidspension skall ta ställning till om efterkontroll skall göras och i så fall när (Allmänna råd 1993:5).

Riksrevisionsverket (RRV) konstaterar i en rapport "Förtidspensionering - handläggning och beslutsunderlag" (F 1993:20) att praxis hos de försäkringskassor som undersökts närmast var att inte göra efterkontroller. Endast vid ett lokalkontor skrevs efterkontroll in i beslutsprotokoll och då i samband med beviljande eller förlängning av sjukbidrag. Anledningen till den försummade efterkontrollen var enligt intervjuerna att sådan erfarenhetsmässigt inte ansågs ge resultat och att man i de ärenden där efterkontroll kunnat vara motiverad i stället beviljat sjukbidrag.

Försäkringskassan i Kopparberg har i ett uppmarksamt uppföljningsprogram av beviljade förtidspensioner visat att stora samhällsekonomiska och mänskliga vinster kan uppnås genom en förbättrad efterkontroll.

Det finns enligt vår mening anledning att förändra regelverket för förtidspensioneringen så att efterkontroll görs mer systematiskt än vad som är fallet i dag. Försäkringskassan bör därför som villkor för rätt till ersättning få föreskriva att den försäkrade genomgår medicinsk undersökning eller annan utredning för bedömning av arbetsförmågan och behovet av och möjligheterna till rehabilitering. När försäkringskassan fattar beslut om förtidspension skall också ställning tas till om det finns behov av förnyad utredning av arbetsförmågan efter viss tid. Detta är särskilt viktigt för yngre så att de inte permanent uteslängs från arbetsmarknaden. Försäkringskassan bör naturligtvis också ha möjlighet att under tid som pension utges vid behov göra den utredning som anses nödvändig för att bedöma rätten till fortsatt pension. Sådan utredning kan vara att införda läkarutlåtanden, göra förfrågan hos den försäkrade, i förekommande fall hos hans arbetsgivare, läkare eller hos annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter. Även besök hos den försäkrade kan ingå i en sådan utredning. Detta föranleder att en ny paragraf, 3b, införs i 7 kap. AFL.

5.4 Kompensationsnivåer m.m.

Vår bedömning: Det finns en risk för att den avsedda incitamentsstrukturen mellan sjukpenning och rehabiliteringspenning till viss del motverkas av den totala kompensationsnivån inom förtidspensionssystemet.

Skälen för vår bedömning: För sjukfall som varat längre tid än ett år är sjukpenningen 70 procent. Om den försäkrade genomgår eller väntar på medicinsk rehabilitering utges sjukpenning som 80 procent av SGI. Rehabiliteringspenning utges med 95 procent vid arbetslivsriktad rehabilitering. Ingen avtalsersättning utges i samband med dessa ersättningar.

Inom sjukförsäkringen är rehabiliteringspenningen ett medel att hävda arbetslinjen i så måtto att aktivitet skall vara ekonomiskt fördelaktigt framför passivitet. Något motsvarande incitament finns inte inom förtidspensionssystemet. Förtidspension och sjukbidrag tillsammans med KBT och avtalsersättning är i de flesta långtidsfall högre än motsvarande sjukpenning och i vissa fall inte avsevärt mycket lägre än vad rehabiliteringspenning skulle vara. Detta innebär enligt vår bedömning att det finns en risk för att den avsedda incitamentsstrukturen mellan sjukpenning och rehabiliteringspenning till viss del motverkas av den totala kompensationsnivån inom förtidspensionssystemet.

En jämförelse mellan kompensationsgraderna inom sjukförsäkringen respektive ersättningen i förtidspensionssystemet låter sig inte göras utan vidare. Förtidspension respektive sjukbidrag utges från folk- och tilläggspensioneringen. Grundnivån utgörs därvid av folkpension och pensionstillskott. Folkpensionen utges med 96 procent av basbeloppet för ensamstående och 78,5 procent för gifta. Pensionstillskottet utges med 105,5 procent av basbeloppet. Pensionstillskottet till förtidspensionärer respektive sjukbidragstagare är 0,5 basbelopp högre än pensionstillskottet till ålderspensionärer. Det högre pensionstillskottet inom förtidspensioneringen ger också ett högre fribelopp inom KBT-systemet för förtidspensionärer och sjukbidragstagare än för ålderspensionärer. Effekten av detta är en förtidspensionär/sjukbidragstagare får ett högre KBT än en ålderspensionär med lika stor inkomst och lika hög hyra.

För pensionärer som inte har några andra inkomster än folkpension och pensionstillskott får även KBT i många fall karaktär av grundpension. Till

ogifta som under år 1994 beviljas hel förtidspension med enbart folkpension och pensionsstillskott utges 69 509 kronor per år. Vid en kommunalskatt på 31 procent blir nettopensionen 60 571 kronor/år. Detta motsvarar en förvärvsinkomst på 82 200 kronor/år (ca 6 850 kronor/månad). För personer med inkomster som är lägre än 82 200 kronor per år innebär detta att de får en kompensationsgrad som är över 100 procent om de beviljas hel förtidspension. Läger man till maximal KBT, blir en motsvarande förvärvsinkomst som skulle ge samma disponibla inkomst efter skat (=100 procent kompensationsgrad) omkring 130 400 kronor/år (ca 10 870 kronor/månad). Förutsättningen för denna beräkning är att hyran är 3 500 kronor/månad och att boendekostnaden ersätts till 85 procent. Ingen hänsyn har tagits till eventuell avtalsersättning, bostadsbidrag eller egenavgifter.

ATP beräknas på samma sätt som inom ålderspensioneringen, dvs. 15/30 regeln tillämpas. Dock gäller att en antagen inkomst från pensionsstiftället fram till övergången till ålderspension används för att beräkna ATP.

Utöver ersättning från det allmänna pensionssystemet utges även avtalsersättningar i form av sjukpension då förtidspension eller sjukbidrag beviljas. Utformningen av sjukpension från avtalsförsäkringarna skiljer sig åt mellan de olika avtalsområdena. I genomsnitt är en någorlunda rimlig uppskattning av sjukpensionens storlek 10 procent av den tidigare inkomsten. Detta belopp skall alltså läggas till folkpensionen och ATP. Sjukpensionen reducerar dock KBT.

Den sammanlagda ersättningen i form av förtidspension/sjukbidrag, avtalsersättningar och KBT kan under vissa förutsättningar överstiga 100 procent av tidigare inkomst efter skat. För att så skall bli faller krävs i regel att man är ensamstående. De sammanlagda inkomsterna för gifta är ofta så höga att KBT inte utges.

Sett i ett ekonomiskt perspektiv kan det i många fall vara förhållandevis ekonomiskt fördelaktigt att erhalla förtidspension eller sjukbidrag i stället för sjukpenning och dessutom i vissa fall fördelaktigt ekonomiskt att uppbära dessa ersättningar framför att arbeta. Det torde dock inte vara särskilt vanligt med kompensationsgrader överstigande 100 procent. I de flesta fall ligger troligen kompensationsgraden omkring 90 procent. Att kompensationsgraden i sjukbidraget sannolikt är högre än sjukpenningen för långtidssjuka underlättar sannolikt inte strävandena att begränsa antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare.

5.5 Förändrad antagandepängsberäkning

Vårt förslag: Förutsättningarna för att få ATP i form av förtidspension beräknad på s.k. antagandepäng förändras. För att sådan beräkning skall ske krävs att den försäkrade införfattat pensionspäng under minst tre av de fyra åren närmast före pensionsfallet. Antagandepängen motsvarar medelvärdet av de fyra storleksmässigt mellersta pensionspängstalen under de sex åren närmast före pensionsfallsåret eller, om det är förmånligare för den försäkrade, medelvärdet av pensionspängen för de bästa fyra femtedelarna av alla års pensionsgrundande inkomster fr.o.m. 16 års ålder t.o.m. året före pensionsfallet.

Skälen för vårt förslag: Pensionsarbetsgruppen redovisade i sitt betänkande Reformerat pensionssystem (SoU 1994:20) bl.a. en möjlig utformning till anpassning av förtidspensioneringen till den reformerade ålderspensioneringen. I detta ingick en förändring av reglerna för beräkning av antagna framtida pensionsgrundande inkomster. Enligt vår mening bör pensionsarbetsgruppens förslag i tillämpliga delar införas inom den nuvarande förtidspensioneringen.

Syftet med den s.k. antagandepängsberäkningen av ATP vid förtidspension är att den försäkrade skall erhalla hel förtidspension från ATP som i princip motsvarar den ålderspension som den försäkrade skulle ha blivit berättigad till om han hade börjat uppbära sådan pension fr.o.m. den månad då han fyller 65 år. Under vissa förutsättningar tas av denna anledning hänsyn till tänkta pensionsgrundande inkomster under tiden mellan pensionsfallet och 65 års ålder. Dessa fiktiva inkomster ligger till grund för antagandepängsberäkningen.

När det gäller förutsättningarna för att få antagandepäng tillgodoräknad bör utgångspunkten enligt vår mening vara att sådana päng gottskrivs enbart i fall då den försäkrade vid pensionsfallet hade en stadigvarande och dessutom något så när aktuell ankyrning till arbetsmarknaden här i landet och att man alltså rimligen kan utgå från att han skulle ha fortsatt att förvärvsarbeta i Sverige framöver om inte sjukdomen eller skadan inträffat. Dessutom bör reglerna ge ett visst efterskydd för personer som tillfälligt avbrutit sin förvärvsverksamhet eller som flyttat till annat land för att arbeta där en begränsad tid bl.a. med hänsyn till att det kan gå viss tid innan ett motsvarande skydd erhålls från det andra landets socialförsäk-

ring.

Mot denna bakgrund föreslår vi att det som villkor för tillgodoräknande av antagandeinkomster skall gälla att den försäkrade har tillgodoräknats pensionspoäng under åtminstone tre av de fyra åren närmast före året för pensionsfallet. Någon motsvarighet till dagens alternativa "ingångsvillkor" om sjukpenninggrundande inkomst vid tidpunkten för pensionsfallet bör alltså enligt vår mening inte finnas.

Med detta förslag kommer antagandepoäng att kunna tillgodoräknas personer som när pensionsfallet inträffade var i arbete och sedan minst tre år tillbaka hade förvärvat arbetat i Sverige. Samma möjlighet till tillgodoräknande av antagandepoäng kommer att finnas för dem som under den relevanta tidsperioden varit frånvarande från arbetslivet på grund av t.ex. sjukdom eller arbetslöshet och som uppburit sjukpenning eller arbetslöshetsröd, eftersom dessa förmåner är pensionsgrundande och därmed tas i beaktande vid prövningen av om villkoren för att få antagandepoäng är uppfyllda.

Ytterligare en effekt av förslaget är att det ges ett efterskydd under ett år för personer som har arbetat här inte alltför kort tid men som avbrutit sitt förvärvsarbete här i landet för att tillfälligt ägna sig åt en verksamhet som inte är pensionsgrundande eller som begett sig till ett annat land för att arbeta eller studera där. En annan konsekvens är att något förtidspensions-skydd med antagandepoäng inte ges för personer som vid pensionsfallet visserligen var i förvärvsarbete men som inte tillgodoräknats pensionspoäng här sedan minst tre år tillbaka.

Emellertid kommer alla som uppfyller villkoren för tillgodoräknande av antagandepoäng inte alltid i praktiken att kunna tillgodoräknas sådana eller att få en mycket låg antagandepoängsberäknad ATP. Detta har att göra med att de regler som nedan föreslås för beräkning av antagandepoängens storlek till sin konstruktion är sådana att de, för att antagandepoängsberäkningen skall ge något reellt utbyte, kräver att pensionspoäng injämnats under viss längre tid före pensionsfallet.

I denna fråga om beräkningen av antagandepoängens storlek är det enligt vår mening rimligt att antagandepoängen ges ett värde som schablonmässigt kan sägas motsvara den pensionsgrundande inkomst som den förtidspensionerade skulle ha fått om han hade fortsatt att förvärvsarbeta. Med hänsyn till detta då det inte är möjligt att ha ett system som bygger på förutsägelser om hur den försäkrades inkomster skulle ha utvecklats framöver, bör som utgångspunkt för beräkningen tas de pensionsgrundande inkomster som den försäkrade haft under tiden närmast före pensionsfallet. Det är emellertid inte lämpligt att ta ett enda års inkomst, t.ex. in-

komsten för året före pensionsfallet, till utgångspunkt, eftersom denna inkomst kan avspegla en tillfällig ökning eller minskning av arbetsinsatsen och därför inte vara rättvisande. I stället bör antagandekomsten beräknas på grundval av de genomsnittliga pensionspoäng som injämnats under några år i anslutning till pensionsfallet.

Vi föreslår därför att antagandepoängen skall motsvara genomsnittet av de pensionspoäng som injämnats för de fyra storleksmässigt mellersta pensionsgrundande inkomsterna under de sex åren närmast före pensionsfallet. Det innebär att den högsta och den lägsta av dessa års pensionsgrundande inkomster lämnas utan beaktande och att antagandepoängen beräknas på de återstående fyra åren.

I den mån den försäkrade inte injämnat pensionspoäng här under alla de sex år som är relevanta åsätts åren utan sådan rätt ett värde av 0 och antagandepoängen beräknas enligt huvudregeln. För personer som haft pensionsgrundande inkomster i Sverige under bara tre eller fyra år blir antagandepoängen därför "uspädd". Eftersom året med högst pensionspoäng skall frånräknas, kommer nämligen i dessa fall alltid minst ett 0-år att påverka medelinkomstberäkningen. För personer som injämnat pensionspoäng under enbart två år eller kortare tid uges inga antagandepoäng, eftersom förutsättningarna enligt ovan för tillgodoräknande av sådana poäng inte är uppfyllda (det saknas pensionspoäng för minst tre av de senaste fyra åren).

För att undvika att antagandepoängen blir mycket låg för personer som på grund av hälsoproblem börjat reducera sin arbetstid eller som fått byta till ett sämre avlönat arbete under åren närmast före förtidspensioneringen, föreslår vi en alternativ beräkningsgrund för antagandepoängens storlek. Denna tillämpas i den mån den blir förmånligare för den försäkrade. Alternativet innebär att hänsyn tas till de injämnade pensionspoängen under alla år från 16 års ålder t.o.m. året före pensionsfallet, att den femtedel av åren då den försäkrade inte injämnat pensionspoäng eller haft lägst pensionspoäng lämnas utan beaktande och att ett medeltal beräknas på återstående fyra femtedelar av åren (även om vissa av dessa skulle vara år utan pensionspoäng).

Det förslag som vi lägger fram om beräkning av antagandekomster innebär en viss skärpning i förhållande till vad som gäller i dag om beräkning av antagandepoäng för ATP. Även det ovan föreslagna kvalifikationskravet för att få antagandekomster innebär en skärpning. Ett syfte härmed är att minska drivkraften för en individ att under ett par år av mycket hårt arbete skaffa sig ett stort utbyte av en förtidspension, som kanske är större än vad som hade varit möjligt att långsiktigt uppnå genom en nor-

mal arbetsinsats. I enskilda fall kan detta, som vi framhållit ovan, innebära att antagandepoäng inte tillgodoräknas eller att de blir noll eller mycket utspädda. Här kommer emellertid systemets grundtrygghet i form av folkpension och bostadstillägg att finnas som ett skyddsnet.

Vårt förslag om förändrad beräkning av antagandepoäng vid förtidspension föranleder ändring i 13:2 AFL. Vidare bör särskilda övergångsregler gälla. Vi lämnar dock här inga förslag om den närmare utformningen av dessa.

5.6 Unga funktionshindrade

Vår bedömning: För att finna ersättningsformer som bättre bidrar till aktiv rehabilitering av unga funktionshindrade bör en översyn göras av sjukbidragssystemet och 16-årsgränsen inom förtidspensioneringen samt åldersgränserna i angränsande ersättningsformer.

Skälen för vår bedömning: Sjukbidrag beviljas i bland till personer som egentligen borde ha förtidspension för att undvika den negativa psykologiska effekten av att personen "stämplas" som pensionär. Framför allt förekommer detta när det gäller unga med funktionsnedsättning av olika slag.

Vidare leder som regel ett beslut om sjukbidrag till att förtidspension beviljas efter några år. Endast undantagsvis förekommer det att personer som beviljats sjukbidrag återgår i arbete. Enligt uppgifter från RFV övergår ca 93 procent av beviljade sjukbidrag i förtidspension. En anledning till att så många av dem som beviljas sjukbidrag senare erhåller förtidspension kan vara att den som beviljas sjukbidrag går in i en "sjukroll" eller betraktar funktionshindret som permanent. Den formella skillnaden mellan sjukbidrag och förtidspension synes därför ha ringa praktisk betydelse. Detta kan även bero på brister i den nuvarande tillämpningen av det tidsbegränsade sjukbidraget.

Så snart det kan bedömas att arbetsförmågan är nedsatt för avsevärd tid, uppkommer rätt till sjukbidrag och försäkringskassan har därmed rätt att byta ut sjukpenning mot sjukbidrag om inte arbetslivsinriktad rehabilitering är aktuell. Inriktningen att sjukperioder överstigande ett år skall undvikas har inneburi att tidpunkten för beslut om sjukbidrag kommit att

tidigareläggas.

Inriktningen är att sjukpenning inte bör utges för en längre period än ett år för att undvika långa passiva sjukskrivningar. En förutsättning för att sjukpenning skall avlösas av sjukbidrag är att rehabiliteringsmöjligheterna i form av arbetslivsinriktad rehabilitering för tillfället är uttömda. Den omständigheten att medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering pågår eller kan komma att behövas och arbetslivsinriktad rehabilitering kan bli aktuell först därefter, utgör dock inte hinder för utbyte till sjukbidrag. Även när den försäkrade deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering under sjukbidragsperioden, kan rehabiliteringsersättning i form av särskilt bidrag utges.

Sjukbidrag utges om arbetsförmågan är nedsatt för avsevärd tid med minst en fjärdedel. RFV har rekommenderat att sjukbidrag beviljas om det kan bedömas att arbetsförmågan är nedsatt ett år framåt men inte varaktigt och en arbetslivsinriktad rehabilitering inte är aktuell inom den närmaste sjukbidrags tiden (Allmänna råd 1993:5). Om den försäkrade beviljas helt sjukbidrag, kan inte rehabiliteringspenning utges eftersom den som beviljats hel förtidspension/sjukbidrag inte kan vara sjukpenningförsäkrad.

De nuvarande reglernas utformning innebär enligt vår bedömning en risk för bristande överensstämmelse kravet på att rehabiliteringsmöjligheterna skall vara uttömda för att sjukbidrag skall beviljas och reglernas faktiska tillämpning. I detta sammanhang är det viktigt att sjukbidragets tillfälliga karaktär lyfts fram, särskilt vad gäller unga funktionshindrade, och att andelen sjukbidrag som övergår i förtidspension minskar.

Det kan vidare ifrågasättas om den nuvarande 16-årsgränsen inom förtidspensioneringen är lämplig. Argument för en höjning av åldersgränsen är dels att det är tveksamt om man bör pensionera så unga personer, dels de höga totala inkomster som unga förtidspensionärer kan erhålla vid under studier i jämförelse med de inkomster andra ungdomar studerande har.

Riksdagen har uttalat såväl att en översyn av den nedre åldersgränsen bör göras (bet. 1992/93 SoU:19, rskr. 1992/93:321) samt att utformningen av reglerna för sjukbidrag och förtidspension bör beredas vidare samtidigt som man anförde att det kunde finnas skäl att i vårt arbete överväga att göra om sjukbidraget till en form av rehabiliteringsbidrag, i syfte att stärkare markera vikten av fortsatta rehabiliteringsinsatser för de psykiskt störda (bet. 1993/94 SoU:28, rskr 1993/94:396).

Psykiatriutredningen föreslog i sitt slutbetänkande Valfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda bl.a. att rehabiliteringsbidrag införs som ett komplement till sjukbidrag och förtidspension, företrädesvis för personer under 35 år (SOU 1993:73).

Vi har i detta sammanhang av tidsskäl och med hänsyn till frågans komplexitet avsått från att utforma förslag rörande sjukbidragssystemet och 16-årsgränsen. Enligt vår bedömning är det dock motiverat med en översyn av dessa samt åldersgränserna i angränsande ersättningsformer. Syftet bör vara att finna ersättningsformer som bättre bidrar till aktiv rehabilitering av unga funktionshindrade än dagens regler. Denna översyn bör genomföras i samband med det fortsatta beredningsarbetet med en reformerad förtidspensionering.

6 Socialförsäkringsnämndens roll

Vår bedömning: Inför prövning i socialförsäkringsnämnd i ärenden om förtidspension/sjukbidrag föreslås att yttrande om det medicinska underlagets kvalitet och tillförlitlighet regelmässigt inhämtas från försäkringskassans förtroendeläkare. Denne bör dock inte ta ställning till rätten till ersättning. Vidare bör inför socialförsäkringsnämndens prövning, ärendet övertas av en inom försäkringsområdet särskilt erfaren och kunnig tjänsteman som lägger förslag till beslut och föredrar ärendet i nämnden.

Med hänvisning till vad som i denna rapport framförs om framförallt förtroendeläkarens medverkan i handläggningen av sjuk- och förtidspensionsärenden bör en utvärdering av socialförsäkringsnämndernas verksamhet genomföras.

Skälen för vår bedömning: Enligt 18 kap. 6 § AFL skall det hos varje försäkringskassa finnas en eller flera socialförsäkringsnämnder. En socialförsäkringsnämnd avgör frågor om rätt till vissa förmåner enligt AFL och andra författningar. Nämnderna skall också enligt AFL ompröva vissa beslut som har fattats av en tjänsteman hos försäkringskassan. Enligt 18 kap. 22 § AFL avgörs ärende i nämnd efter föredragning av tjänsteman hos försäkringskassan. Den som inte är nöjd med ett beslut i ett ärende som har avgjorts i nämnd, får enligt AFL överklaga direkt till länsrätt.

I nämnderna ingår förtroendevalda med praktiska erfarenheter och kunskaper från olika områden. De förtroendevaldas erfarenheter och kunskaper skall utgöra komplement till tjänstemännens kunskaper om bl.a. socialförsäkringsreglerna. De förtroendevaldas kännedom om specifika lokala eller regionala förhållanden är också av värde vid bedömningen i enskilda ärenden. Ett ytterligare motiv för att låta förtroendevalda medverka i besluten är att allmänhetens insyn i verksamheten och beslutsprocessen hos kassorna därigenom ökas.

Socialförsäkringsnämnderna inrättades den 1 januari 1987 då de ersatte de tidigare pensionsdelegationerna och försäkringsnämnderna. Till skillnad mot dessa förekommer inte någon läkarmedverkan i socialförsäkringsnämnderna. Vad detta har inneburit för socialförsäkringsnämndernas arbe-

te har inte utvärderats.

Inför ett sammanträde i socialförsäkringsnämnden där beslut om förtids-pension/sjukbidrag skall behandlas upprättas för varje enskilt ärende en särskild promemoria. Här anger den föredragande tjänstemannens förslag till beslut med motivering. Promemorian skall också innehålla en redogörelse för medicinska, sociala och arbetsmässiga förhållanden samt en beskrivning av de rehabiliteringsåtgärder som vidtagits. Ett eller flera läkarutlåtanden läggs som bilaga.

I Rikstidningsverkets (RRV) rapport "Förtidspensioneringen - handläggning och beslutsunderlag" (F 1993:20) konstaterades att det vad gäller läkarutlåtanden kunde urskiljas två mönster.

I fall med enbart medicinska symptom fann RRV att bedömningarna av sjukdomsbilden och diagnoserna var tydliga och väl dokumenterade.

I de fall där sjukdomsbilden var komplex med en kombination av medicinskt och psykosocialt beimgad nedsättning av arbetsförmågan gav däremot läkarutlåtandet sällan en heltäckande beskrivning av sjukfallet.

RRV studerade också de personakter som hörde samman med ärendena i socialförsäkringsnämnd. I en tredjedel av de undersökta personakterna fanns ett dokumenterat missbruk, även om detta inte alltid angavs som diagnos. Problembilden var här ofta sammansatt med en blandning av missbruk, psykosociala hinder och inte sällan kombinerat med någon form av medicinsk nedsättning av arbetsförmågan. Läkarutlåtandena var dessutom sinsemellan mycket olika för gruppen med komplexa diagnoser. Ett gemensamt drag var att det trots den spridda symptom bilden och de över tiden varierande diagnoserna ofrasi var endast en läkares bedömning som unnyttjats.

Vid omprövning av sjukbidrag tillfördes i ca hälften av de undersökta fallen ny information. I övriga fall återkom formuleringar från det första beslutstillfället. Ofta framgick det inte om man gjort en förnyad helhetsprövning. Det var vanligt att det enda nyttillkomna materialet var ett nytt läkarutlåtande.

I flertalet av de av RRV undersökta ärendena saknades den föreskrivna sociala utredningen. Detta gällde även i de fall när övrigt material i akten vittnade om en komplicerad psykosocial förhistoria. Frånvaron av social utredning gjorde det svårt att bedöma i vilken mån den nedsatta försörjningsförmågan motiverade förtidspension och inte ekonomiskt bistånd från socialtjänsten.

RRV konstaterade således stora brister i beslutsunderlaget. Bl. a framkom att föredragningspromemoriorna var ofullständiga, särskilt för de ärenden där det fanns en komplex diagnosbild. Läkarutlåtandena gav sällan en

heltäckande bild av diagnosen när den inte var rent medicinsk. Sociala utredningar saknades i många fall där det enligt föreskrifterna utryckligen skulle göras. Motiveringen till socialförsäkringsnämndens beslut saknades i beslutsunderlaget i flertalet fall. Däremot gav det samlade materialet i en akt i de flesta fall en tillräcklig - men ostrukturerad - bild om vad som motiverade förtidspension. Mycket information i akterna nådde emellertid på grund av det knapphändiga beslutsunderlaget aldrig de beslutande i socialförsäkringsnämnderna såvida den inte framfördes muntligt.

Socialförsäkringsnämnderna har i sitt arbete att besluta i många olika ärendeslag. Dessutom är antalet ärenden som beslutas av socialförsäkringsnämnderna många och i inte så få fall komplicerade att ta ställning till. Det finns uppgifter som tyder på att en socialförsäkringsnämnd under en timmes sammanträdes tid kan besluta i mellan 50 - 70 ärenden. I förarbetena till AFL har uttalats att nämnderna bör behandla högst 40 - 45 ärenden per sammanträde.

Det är av största vikt att det underlag som skall ligga till grund för förtidspension under i vissa fall mycket lång tid utmärks av hög kvalitet. Det är vidare viktigt att redovisningen av de förhållanden som ligger till grund för en pensionsprövning sker samlat och lättöverskådligt i en föredragningspromemoria utöver övriga handlingar i ärendet. Av föredragningspromemorian skall framgå omfattningen och graden av den medicinska nedsättningen i arbetsförmågan samt en helhetsbedömning av den försäkrades ekonomiska och sociala situation. Utöver de medicinska, sociala och ekonomiska förhållanden skall även i föredragningspromemorian redovisas vilka försök med rehabiliterande åtgärder som eventuellt vidtagits.

I prop. 1985/86:73 om ökat förtroendemänniflytande i försäkringskas-sorna angavs bl. a. följande.

För egen del vill jag skilja på läkares roll i beredningen av det enskilda ärendet och läkares roll vid själva nämndsammanträdet. När det gäller medverkan i det enskilda ärendet innebär mit förslag inte att läkares roll vid bedömning av ärenden med medicinska frågor skall minska. Den medicinska utredningen bör liksom hittills göras fullödigt genom kontakter med behandlande läkare och förfrågningar hos förtroendeläkare eller konsultläkare. Den inhämtade informationen skall dokumenteras i beslutsunderlaget. Det som tillförs ärendet kommer därigenom att delges den försäkrade, som ges möjlighet att lämna synpunkter. Beslutsunderlaget, kompletterat med den försäkrades synpunkter, ligger sedan till grund för socialförsäkringsnämndens beslut. Jag anser att de ärenden som är beroende av medicinsk utredning skall vara så noggrant och fullständigt belysta när de redovisas för de förtroendevalda att det då i regel inte skall behövas tillgång till ytterli-

gare medicinsk sakkunskap. Om det vid nämndens sammanträde likväl kommer upp frågor av medicinsk art i det enskilda ärendet som ledamöterna önskar få belysa kan nämnden antingen bordlägga ärendet för kompletterande utredning eller unnyttja möjligheten att med stöd av 18 kap. 22 § AFL höra den förtroendeläkare som antas kunna lämna upplysningar i ärendet. Vilket förfaringssätt som bör tillämpas i det enskilda fallet avgör naturligtvis nämnden själv. I båda fallen måste förvaltningslagens bestämmelser om kommuniceringskyldighet beaktas.

När det gäller handläggningen av ärenden som avgörs av en socialförsäkringsnämnd, har den företrädande tjänstemannen en viktig funktion. Han ansvarar för att beredningen av ärendet skall ske med omsorg och noggrannhet och att ett fullständigt beslutsunderlag tillställs ledamöterna före nämndsammanträdet. Företrädanden ansvarar även för att förslaget till beslut stämmer överens med rättsläget. Det är därför viktigt att företrädanden har goda kunskaper om såväl det enskilda ärendet som om den gällande lagstiftning och den praxis som skall tillämpas.

Enligt förarbetena till AFL svarar socialförsäkringsnämndens ledamöter såväl för att ett beslut av nämnden stämmer överens med gällande författningar och praxis som för att det inom ramen för lagen är rimligt och lämpligt med hänsyn till de särskilda förhållandena i ärendet. Det kan emellertid inte krävas av ledamöterna att de skall ha djupgående kunskaper om regelsystemet och dess bakgrund, om vägledande uttalanden i förarbeten och om den praxis som har utvecklats. Den företrädande tjänstemannen skall ansvara för att sådan kunskap finns.

Det kan i detta sammanhang finnas anledning att något belysa den decentralisering som har pågått inom försäkringskassorna sedan mitten av 1980-talet. Decentraliseringen har bl.a. inneburit att ärendehandläggningen i princip helt skall ske på lokalkontoren. Vissa försäkringskassor har därvid valt att låta flertalet handläggande tjänstemän föredra ärenden i socialförsäkringsnämnd om bl.a. förtidspenning där de själva gjort utredningen. Andra försäkringskassor har utsett ett fåtal tjänstemän att föredra ärenden som utretts av andra tjänstemän. Det finns starka skäl att ärenden om framförallt förtidspenning bedöms och föredras av en erfaren tjänsteman som inte själv handlagt ärendet, bl.a. mot bakgrunden av att sådana beslut oftast har stora ekonomiska konsekvenser.

Om en enhetlig och konsekvent handläggning skall kunna ske i socialförsäkringsnämnden, får nämnden inte enbart fungera som en "snabb" beslutsfattare. Det måste också finnas tid och utrymme för en fördjupad diskussion om det regelsystem och den praxis som efterhand utvecklas

inom olika socialförsäkringsområden. Det kan därvid vara en fördel att nämnden kontinuerligt kan föra sådana diskussioner med ett fåtal särskilt erfarna tjänstemän. Det kan även vara en fördel om förtroendeläkare i dessa sammanhang kan bidra med klarlägganden angående de medicinska frågor som förekommer.

I denna rapport har föreslagits vissa förändringar i samband med prövning av sjukpenningrätten. Bl.a. skall en obligatorisk bedömning av sjukpenningrätten och rehabiliteringsbehov/-insatser göras efter fyra veckors sjukskrivning. Det finns anledning att liknande regler införs i samband med prövning av förtidspenning.

Således bör i ärenden om förtidspenning regelmässigt inhämtas yttrande om det medicinska underlagets kvalitet och tillförlitlighet från försäkringskassans förtroendeläkare. Denne bör dock inte ta ställning till rätten till förtidspenning. Vidare bör inför nämndens prövning ärendet övertras av en inom försäkringsområdet särskilt erfaren och kunnig tjänsteman som lägger förslag till beslut och företrar ärendet i socialförsäkringsnämnd.

Detta är av stor vikt eftersom nämnden för att kunna fatta riktiga beslut måste kunna föra en dialog om socialförsäkringsrättsliga och förvaltningsrättsliga frågor samt för att likformighet i bedömningarna så långt det är möjligt skall kunna göras. Vid behov bör även förtroendeläkare delta i nämndens principdiskussioner och ibland höras i enskilda ärenden. Förtroendeläkaren skall dock inte delta i nämndens beslut.

Någon mer omfattande utvärdering har inte skett av socialförsäkringsnämndernas verksamhet efter införandet av dessa år 1987. Med hänvisning till vad som i denna rapport framförts om framförallt förtroendeläkarens medverkan i handläggningen av sjuk- och förtidspenningsärenden bör en utvärdering av socialförsäkringsnämndernas verksamhet genomföras.

7 Ekonomiska konsekvenser av förslagen

Förslagen i denna rapport är inriktade på att förtydliga regelsystemet för aktörerna inom socialförsäkringssystemet samt att förbättra det medicinska underlag som ligger till grund för beslut om förtidspension och sjukpenning. Inom förtidspensioneringen innebär de föreslagna förändringarna vidare en uppstramning av kriterierna för rätt till förtidspension. Åtgärder-na är ett led i arbetet med att bryta den stigande trenden inom förtidspensioneringen. Härigenom uppnås både sociala vinster i form av mindre ohälsa och lägre utgifter för socialförsäkringssystemet. Att beräkna hur stora besparingar som de föreslagna åtgärderna genererar i form av lägre försäkringsutgifter är dock mycket svårt och vi kan bara här presentera en översiktlig bedömning.

I det norska socialförsäkringssystemet har under senare år förändringar genomförts som ligger i linje med vad som här föreslås. Bland annat innebär de norska förändringarna att arbetsförmågan till väsentlig del måste vara orsakad av medicinska besvär för att ge rätt till förtidspension. Vid beslut om förtidspension skall hänsyn inte tas till sociala, ekonomiska och arbetsmarknadsrelaterade faktorer. Vidare har möjligheterna till medbedömning både i sjukpenningärenden och inför beslut om förtidspension utökats. Det är ännu för tidigt att dra några definitiva slutsatser om hur dessa åtgärder påverkar utgifterna. Antalet nybeviljade förtidspensioner har dock sjunkit från 30 000 år 1990 till 18 000 år 1993. Inom sjukförsäkringen har också antalet sjukfall minskat och friskskrivning sker relativt ofta i samband med s.k. medbedömning.

Under år 1993 nybeviljades omkring 63 000 förtidspensioner i Sverige. För att den stigande trenden skall brytas krävs att antalet nybeviljade förtidspensioner sjunker med omkring 20 000 personer. En sådan minskning skulle innebära att det totala antalet förtidspensionärer inte fortsätter att stiga. För närvarande pågår ett intensivt arbete med att förbättra möjligheterna till aktiv rehabilitering inom socialförsäkringen. Mot bakgrund av detta arbete och de i denna promemoria föreslagna åtgärderna kan en kraftig nedgång av nybeviljandefrekvensen förväntas. Sammantaget ger en försiktig uppskattning att utgifterna för förtidspensioneringen kan minska med ca 2 miljarder kronor per år jämfört med om den nuvarande nybevi-

händrefrekvensen består.

Tidigare har redovisats studier som visar att behandlande läkare sjukskriver olika t.ex. vad gäller sjukskrivningarnas längd och graden av sjukskrivning. De föreslagna åtgärderna kommer enligt vår mening att leda till att sjukfallen blir kortare och att partiella sjukskrivningar blir vanligare än idag. Vår bedömning är att sjukförsäkringsutgifterna kan komma att reduceras med omkring fem procent, vilket motsvarar ca. 1 miljard kronor.

Till dessa beräkningar måste även hänsyn tas till överströmningseffekter till andra trygghetssystem. En följd av detta blir emellertid att underlaget för att göra politiska prioriteringar förbättras genom att utgifterna bokförs inom de samhällsområden där de egentligen uppkommer.

Vidare bör beaktas den samlade statsfinansiella effekten i form av ökade skatte- och avgiftsinäkter som uppkommer när arbetslinjen effektivare upprätthålls. Den samlade ekonomiska effekten blir därmed större än enbart nettominuskningen i de offentliga transfereringssystemen.

Som ett första led i arbetet med att genomföra åtgärder för att förbättra de medicinska underlagen vid beslut om förtidspension och sjukpenning har riksdagen beslutat att tillföra försäkringskassorna 75 miljoner kronor fr.o.m. budgetåret 1994/95 för att förstärka förtroendeläkarnas insatser (prop 1993/94:150, bet. 1993/94:FiU20). De ökade förtroendeläkarnas insatserna skall därvidlag ske i tidiga skeden av bedömning av det medicinska underlaget i ärenden rörande sjukpenning och rehabilitering samt inför prövning av förtidspension samt efterkontroll i förtidspensionsärenden.

Departementsserien 1994

Kronologisk förteckning

1. Myndigheternas skrivregler – 3:e upplagan. SB/Fi.
2. Utredningar om e-marknadsreformen. N.
3. Förslag till skydd för området Urksdal - Haga - Brunnsviken - Djurgården. M.
4. Agenda 2000. – Svensk forskning i ett EG-perspektiv. Rosenbad den 14 december 1993. Rapport Nr. 4. U.
5. Agenda 2000. – Arbetsgrupp under ledning av David Magnusson. "Staten och forskningen" Arbetsgrupp under ledning av Gunnar Engström. "Staten, forskningen och näringslivet" Rapport Nr. 5. U.
6. Agenda 2000. – Scandinavian Institute for Research in Entrepreneurship. I tank och handling – lära för småföretagare. Rapport Nr. 6. U.
7. Bostadsrätt. Bostadsrättsföreningens och panthavarens rätt till betalning. Vångförsäljning m.m. Ju.
8. Vissa frågor rörande svensk trädgårdstävling. Jo.
9. Från samhällsnytt till medborgarkontor. C.
10. Rättskapacitet och immunitet och privilegier inom Konferansen om säkerhet och samarbete i Europa (ESK). UD.
11. Agenda 2000. – Universiteten och högskolorna i den fortsatta kompetensutvecklingen. Rapport Nr. 7. U.
12. Vissa frågor rörande föräldrapenning och tillfälligt föräldrapenning. S.
13. Lex Britannia. A.
14. Att rädda liv – Kostnader och effekter. Fi.
15. Hur tre blir ett – Finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst. S.
16. Vartför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet. Fi.
17. Remissammansättning
18. Agenda 2000. – Lorentz Lydén. Kompetens och individualisering. Rapport Nr. 8. U.
19. Agenda 2000. – Ingenjörsvetenskapsakademien. Avd. XII. Hur vi tar Sverige in i informationsamhället nu – till gagn för sysselsättning och tillväxt. Rapport Nr. 9. U.
20. Särskilda konkurrensregler för lantruket. N.
21. Agenda 2000. – Kari Marklund. Sveriges Tekniska Atacher i USA, Frankrike och Japan. Ny informationsteknologi i undervisningen. Rapport Nr. 10. U.
22. Kvalitets- och produktivitetssutvecklingen i sjukvården 1960-1992. Fi.
23. Kvalitet och produktivitet – Teori och metod för kvalitetsjusterade produktivitetstakt. Fi.
24. Den offentliga sektorns produktivitetssutveckling 1980-1992. Fi.
25. Förslag till struktur i systemet för industriforskning. N.
26. Besättning av utdelning och fåmansföretag. Fi.
27. Entreprenader på nya spår. K.
28. Förändrad kraftvärmebesättning + bilagor. Fi.
29. Oskäligen avalyttnings m.m. Infrivande med svensk rätt av EG:s direktiv om oskäligen villkor i konsumentavtal. Ju.
30. Agenda 2000. – Stefan Fäster, Åke E Andersson. Utbildningskonon. Rapport Nr 11. U.
31. Det offentliga stödet till partierna – Inriktning och omfattning. Fi.
32. Konkursernas och kreditförslusernas geografi. A.
33. Så fungerar miljöskatten! M.
34. Agenda 2000. – Utbildningsdepartementet. Internationella jämförelser och svenska perspektiv – statistiskt underlag för Agenda 2000. Rapport Nr. 12. U.
35. Agenda 2000. – Kunskap och kompetens för nästa århundrade. En första analys. U.
36. Snösköten i naturen. Snöskoterrafrikens effekter på naturmiljön. M.
37. Den svenska insolvensrätten – Några förslag till förbättringar inom konkurshandlingen m.m. Fi.
38. Budgetunderskott och statskuuld – Hur farliga är de? Fi.
39. Remissammansättning – Lokal demokrati i utveckling. C.
40. Statens roll inom vård och omsorg. S.
41. Remissvaren på FOB 90-kommissionens förslag. Fi.
42. Konkurrensrättens tillämpning på ekonomiska föreningar – några principiella frågeställningar. N.
43. Lokal och regional förvaltning i Norden. C.
44. Olika typer av fordonskontroll och effekterna av den periodiska kontrollen. K.
45. Självstyrelse och demokrati – forskningens frontlinjer. C.