

Socialförsäkringen och dess framtid

Ivar Sannefors

Har vår socialförsäkring utvecklats åt fel håll? Är specialiseringen av ondo? Förstår folk vad det är frågan om?

I artikeln granskas vår nuvarande socialförsäkring kritiskt och då speciellt de långa sjukfallens krav på insatser och resurser av alla slag. Helhetssyn på individens situation efterlyses liksom okonventionella och obyråkratiska lösningar av rehabiliteringsproblem. Resonemanget för fram till ett förslag till enhetlig ersättning vid olika former av bristande "inkomstförmåga". Med ett sådant system kan individens hela situation beaktas samtidigt som den orimliga belastningen på sjukvården minskas.

Ivar Sannefors pensionerades från befattningen som direktör för Stockholms läns allmänna försäkringskassa vid utgången av år 1985. Han är bla expert i rehabiliteringsberedningen, den kommitté, som på uppdrag av socialministern arbetar med "översyn av sjukförsäkringens roll när det gäller förebyggande åtgärder och i samband med rehabilitering". Artikeln skrevs före kommitténs arbetsstart.

Socialförsäkringen har en viktig uppgift i samhället och för den enskilde individen. Det finns många definitioner på socialförsäkringens mål. Ansluter man till den debatt som förs i socialförsäkringskretsar i Sverige för närvarande kan målet sägas vara att skapa förutsättningar för

ekonomisk trygghet från före vaggan till efter gravstenen för att hjälpa individen till en självförsörjande och oberoende ställning.

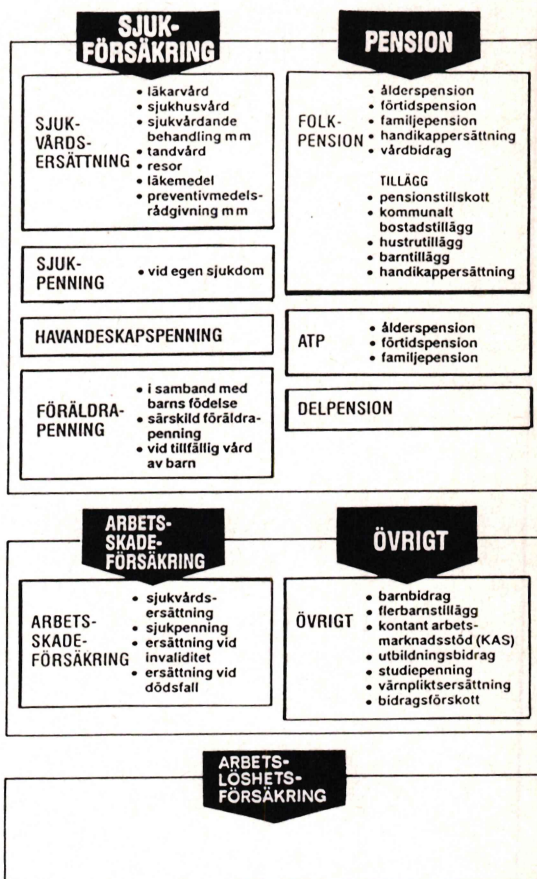
Detta är en hög målsättning speciellt mot bakgrunden att den gäller alla i Sverige bosatta individer. Har vi nått detta mål?

Socialförsäkringen idag i Sverige

Försäkringskassorna ansvarar tillsammans med riksförsäkringsverket för huvuddelen av socialförsäkringen enligt figur 1. Arbetslöshetsförsäkringen ligger utanför denna administration.

Kostnaderna är mycket stora. Ser man på utgif-

Figur 1. Socialförsäkringen 1985



terna i år inom försäkringskassorna och riksförsäkringsverkets områden finner man att mer än 1/5 av landets pengar eller cirka 135 miljarder kronor disponeras där. De tunga posterna i dessa utgifter är vårdersättning (10–11 %), sjuk- och föräldrapening (cirka 15 %), folkpensioner (cirka 32 %) och ATP (cirka 26 %). Förvaltningskostnaden är dock, relativt sett, blygsam (cirka 2,5 %).

Betraktar man, med bortseende från arbetslöshetsförsäkringen, 1985 års socialförsäkring kritiskt kan följande karakteristiska drag skönjas

- stor ekonomisk trygghet
- i regel inga egenavgifter
- detaljrika bestämmelser
- mer juridik än sociala tankar
- helhetssynen på den försäkrade saknas
- medikalisering av sociala förhållanden

Det är givet att dessa starkt avgränsade sex punkter ger en alltför hård och onyanserad bild av socialförsäkringen i dag i Sverige. Det har därför sitt intresse att granska några av de grundläggande delarna. Jag har valt att se på sjukpenningen och då speciellt på de långa sjukfallen samt på rehabiliteringen för att i samband därmed visa grunden för min kritiska inställning.

Men först en stilla fundering. Socialförsäkringen skall ju enligt den i inledningen skisserade målsättningen stödja den enskilda individen. I praktiken bör den utgöra en hjälp till självhjälp om individens självständighet och oberoende skall stödjas. Då måste individen förstå socialförsäkringens regler och metoder också. Gör han det i dag? Har inte socialförsäkringen 1986 blivit en utomordentligt komplicerad företeelse? Hur många av de försäkrade begriper bestämmelserna? Och ännu värre – hur många av socialförsäkringens handläggare behärskar socialförsäkringens samtliga delar så att de kan ge det bästa stödet i en komplicerad situation? Hitills har arbetet i högsta grad inriktats på att förfina de enskilda bestämmelserna. Jag vågar påstå att alla ansvariga – riksdag, regering och administratörer av socialförsäkringen – mer eller mindre har glömt bort den försäkrade individen i det ambitiösa arbetet för perfekta bestämmelser. Nu behövs förenkling och samordning med individen i centrum i stället för mera sofistikerade regler!

Allmänt om sjukpenning

I lagen om allmän försäkring sägs att "sjukpenning utgår vid sjukdom, som förorsakar nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften". Definitionen av begreppet sjukdom saknas i realiteten och lämnar stort utrymme för tyckande. Svårigheterna är inte stora när det gäller okomplicerade och lättdiagnosticerade tillstånd. För psykosomatiska fall eller i ännu högre grad multi-fall där tex fysisk sjukdom varvas med missbruk, social missanpassning och svårigheter i arbetet är det svårt att urskilja vad som är vad. Och ändå är det så att försäkringskassornas handläggare varje dag måste besluta om sjukpenning skall utgå eller inte . . .

En genomsnittlig svensk sjukpenningförsäkrad är i år sjuk omkring 19 dagar. Han är borta från jobbet 1,5 gånger och 12,5 dagar per tillfälle. Över en tredjedel av de försäkrade har ingen sjukfrånvaro alls. En mindre del av de försäkrade – 15 % - svarar för nära hälften av alla sjukfall.

Utvecklingen av sjukfrånvaron är för närvarande osäker. Från ett högsta värde av 22,8 dagar per försäkrad 1978 gick kurvan neråt och nådde sitt lägsta värde 1983 med 18,4 dagar. Mot slutet av 1984 var en klar ökning på väg men under 1985 har denna avstannat i viss grad. Att sjukalet har en stor betydelse för samhällets ekonomi framgår av att en dags förändring betyder cirka 800 miljoner kronor för landet.

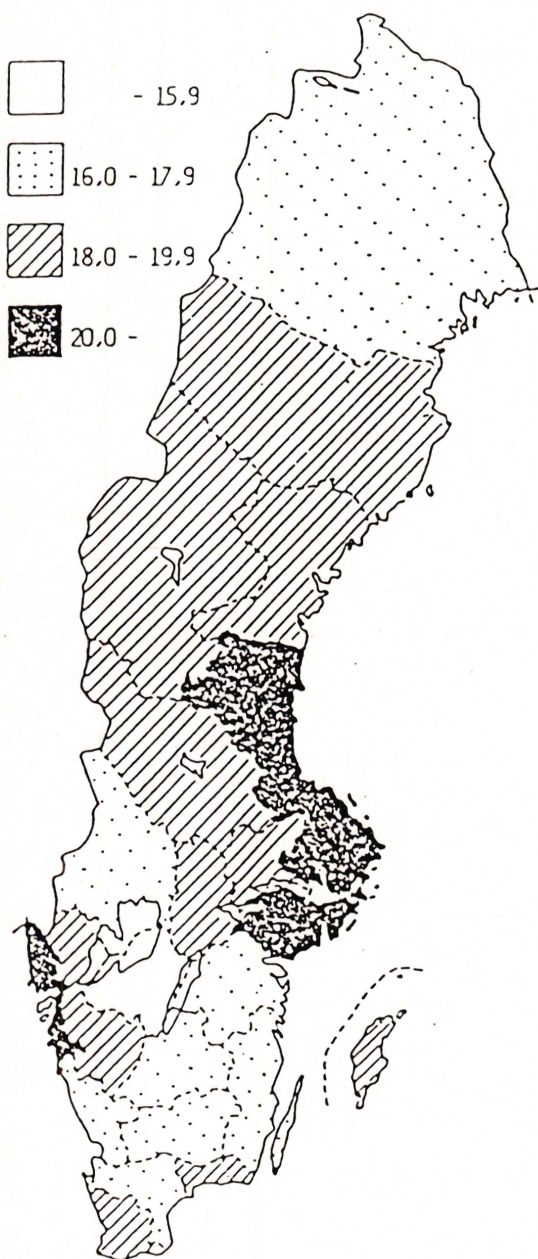
Men är det sjukdom?

Ser man det hela geografiskt finns det skäl för denna fråga. Att storstäderna står med höga sjuktal kontinuerligt accepteras i regel. Men varför Bohuslän, Södermanland, Uppland, Gästrikland och Hälsingland? Varför har inte Norrbotten med sitt hårdare klimat större sjukfrånvaro? Varför överensstämmer den högre sjukfrånvaron geografiskt med högre brottslighet? Det förefaller att vara så att den sociala miljön påverkar sjukalet direkt. Se *figur 2!*

Förhållandena kan även studeras i Stockholms län där 1983 Botkyrka hade sjukalet 29,9, Tensta 34,8 och Danderyd (Djursholm) 12,4. Även om man ofta pekar på invandrartätheten i Botkyrka och Tensta som en av orsakerna till skillnaden mot Danderyd är denna orsak inte allmängiltig. Nacka med

Figur 2. Sjukligheten per län

SJUKTAL FÖR ANSTÄLLDA 1983



16,7 och Värmdö med 18,8 har stora invandrar-mängder.

Det behöver forskas kring de relaterade förhållandena. Innan vetenskapen har sagt sitt kan man

dock i varje fall konstatera att sjukpenningen används för försörjning i högre grad än vad som förut-sattes när lagen skrevs och att sjukdomsbegreppet är ytterligt diffust och svårgripbart.

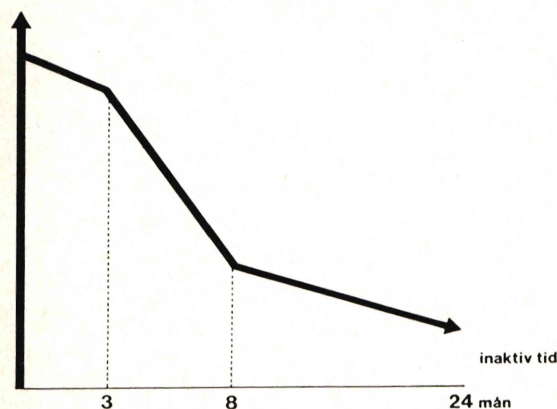
Det är givet att läkarintygen spelar en stor roll i detta sammanhang. Den tid läkare i allmänhet kan disponera för undersökning m m av en patient ligger i varje fall i Stockholmstrakten på under halvtim-men och ofta på 15–20 minuter. Att därvid kravet på intyg för försörjning kommer i förgrunden för den försäkrade är självklart och att läkaren ofta tvingas sätta en symptom- eller täckdiagnos på inty-get är förståeligt. Bekymret är att läkarna oftast sjukskriver enbart på grund av att den försäkrade har en sjukdom och inte alltid bedömer om sjukdo-men reducerar arbetsförmågan. Jag har dock förstå-else för att det blir så och anser att vi i stället bör skapa ett system där läkarens roll som intygsskri-vare/försörjare reduceras och hans uppgift att bota sjukdomen sätts i förgrunden i stället. I annat fall tvingas läkarna att mer och mer medverka till en ytterligare medikalisering av de sociala tillstånden. Detta kan varken vara i deras eller i samhällets intresse!

De långa sjukfallen

Inom en vecka avvecklas huvuddelen, cirka 65 %, av alla anmälda sjukfall. Socialförsäkringens ut-gifter för dessa korta sjukfall utgör cirka 1/10 av de totala. Efter tre månader återstår cirka 3 % av alla sjukfall. Dessa svarar för omkring hälften av alla utgifter. Det här visar på vikten ur samhällsekon-omisk synvinkel att socialförsäkringen prioriterar ar-betet med de långtidssjukskrivna före de korta fal-len.

Att de långa sjukfallen utgör ett stort problem framgår bla av att Stockholms län i januari 1984 hade cirka 10 000 sjukfall som varat i 6 månader och att dessa tenderade att öka med cirka 400 per kvar-tal. Något måste alltså i den situationen göras för att stoppa ökningen. Detta var också nödvändigt med hänsyn till de långtidssjukskrivna individernas si-tuation. Försäkringskassorna har enligt lag skyldig-het att undersöka och initiera rehabiliteringsmög-ligheter för de långtidssjukskrivna. Kurvan i *figur 3* talar sitt tydliga språk om att åtgärderna för att

Figur 3. Rehabiliteringspotential



rehabilitera en människa måste startas tidigt – helst redan under första månaden. Vi har på Stockholmskassan jämfört resultaten då vi har kontakt med och påbörjar rehabiliteringsarbetet under första månaderna med om vi jobbar konventionellt, dvs sätter in åtgärderna efter tidigast 3, i regel 6–12 månader. Börjar vi tidigt halveras antalet förtidspensionsansökningar enligt vår erfarenhet.

Det är tyvärr nödvändigt att selektera i rehabiliteringsarbetet. Vi måste inse att de begränsade resurserna för rehabilitering endast kan användas för sjukfall där man kan bedöma att förutsättningar finns för ett gott resultat. Den försäkrade skall vara motiverad för rehabilitering och ha såväl fysiska som psykiska förutsättningar för den. I annat fall misslyckas vi.

Det sagda innebär naturligtvis inte att tex svårt handikappade och etablerade missbrukare skall bli utan stöd och hjälp i sin svåra situation. Ett arbete för dessa kategorier får dock inte blockera arbetet för de uttalat rehabiliteringsbara.

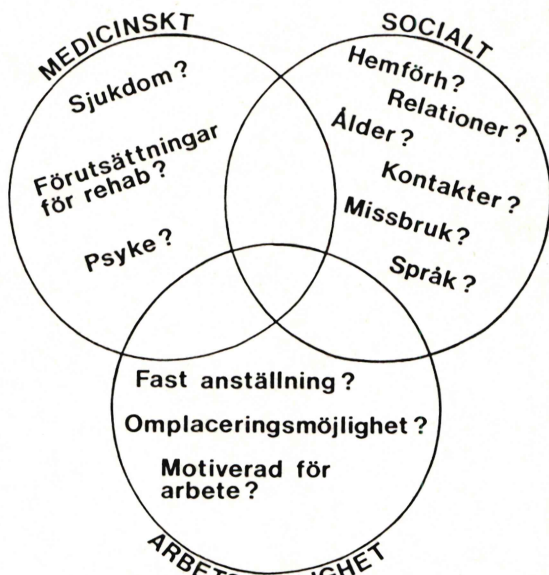
Rehabilitering

Målet för rehabilitering inom socialförsäkringen är att återställa inkomstförmågan för den försäkrade. Att det lönar sig med rehabilitering för alla parter och för samhället är självklart. Den enskilde individen, arbetsgivaren, myndigheterna och skattebetalarna har alla nytta av att individen återfår sin oberoende och självförsörjande ställning. Det är viktigt att vi här accepterar att socialförsäkringens uppgift begränsas till återställande, inte nyskapande, dvs

habilitering. Andra organ i samhället svarar för habilitering.

När man granskar det långa sjukfallet är det oftast så att det har tre integrerade delar – medicinska, sociala och arbetsmässiga faktorer. Se figur 4. Det går inte att enbart beakta tex medicinska förhållanden. I den medicinska situationen spelar arbetsmöjligheter och hemförhållanden en medverkande roll och utför sin påverkan. I dessa vanliga sk multifall kommer lösningen inom ett område alltså att vara beroende av andra samhällsorgans möjligheter. Kravet på kontakt mellan sjukvård, arbetsförmedling, socialtjänst och försäkringskassa är ovillkorligt. Samspelet är ett måste. Det är också organisatoriskt etablerat i den sk lokala rehabiliteringsgruppen vid försäkringskassans lokalkontor. Där finns i regel socialförvaltning, distriktsläkare/vårdcentral och arbetsförmedling representerade förutom försäkringskassan.

Figur 4. Utredningsfaktorer rehafall



Tyvärr fungerar inte samverkan bra. Principiellt därför att pengarna kring den försäkrade är öronmärkta. Behovet av rehabilitering utgår från individens unika behov medan tillgodoseendet förväntas genomföras med klara ställningstaganden inom varje representerad funktion, och så klart är det sällan,

som har förutsättning och vilja att återgå till arbete skall hjälpas med helt okonventionella metoder och utan hänsyn till formella bestämmelser om det behövs. Med andra ord – är problemet en alltför lång väntetid på t ex en höftledsoperation köps en sådan privat. Är den sociala miljön huvudorsaken till arbetsoförmågan kan rehabiliteringskontot stå för hjälp till bättre bostad. Tanken på att "köpa in" en långtidssjuk hos en arbetsgivare är inte heller för våldsam för detta projekt där inriktningen är återgång till arbete snarast möjligt. Projektet innehåller många svårigheter inte minst av etisk art men är oerhört intressant som en "brain-storming" för att vi skall bryta oss ur det dödläge rehabiliteringen råkat in i och finna nya vägar.

Sammanfattning. Insufficiensbegrepp

Det är i och för sig möjligt att få den nuvarande socialförsäkringen att fungera bättre än i dag genom smärre justeringar i lagarna, ett bättre arbetssätt och en större satsning på service. Vi kan i detta syfte, som påbörjats vid Stockholmskassan, skapa en organisation där varje försäkrad har sin egen försäkringshandläggare vilken täcker hela socialförsäkringen. Därigenom skapar vi också förutsättningar för den efterlysta helhetssynen och helhetsbehandlingen. Naturligtvis krävs därvid mycket utbildning och en bättre teknik, ett lokalt ADB-stöd i arbetet. Men ändå når vi inte ända fram till målsättningen. Begreppet sjukdom har fortfarande en dra-

matisk effekt – genom dess tyngd klistrar man gärna på sjukdomsetikett även på andra tillstånd av försörjningshinder. Följden är att våra läkare i stor utsträckning sysslar med andra saker än de är utbildade för.

En radikal förändring uppnås om man för försäkringen inför ett nytt insufficiensbegrepp och en "dagpenninggrund" enligt följande skiss:

Dagpenning utgår då en försäkrad tillfälligt förlorat sin inkomstförmåga med minst hälften på grund av sjukdom, skada, rehabiliteringsåtgärd, barnomsorg, vuxenstudier, arbetslöshet eller därmed jämförbara orsaker. Då så bedöms erforderligt skall snarast åtgärder vidtas för att hjälpa den försäkrade att häva sin förlust av inkomstförmågan.

Det är givet att en så omvälvande förändring som här föreslås måste granskas ingående beträffande sannolika effekter innan den genomförs. Forskningshjälp erfordras i hög grad. De brister jag upplever i dagens socialförsäkring (inklusive arbetslöshetsförsäkringen) skulle dock rättas till i stor utsträckning. Skulle det här inte kosta för mycket? Det är svårt att ge svar på den frågan. Det finns dock säkert ingenting som är dyrare för samhället och omänskligare än att låta individer vara utan hjälp i en situation då deras egna krafter inte räcker till. En snabb och komplett hjälp i en sådan situation blir med säkerhet på sikt billigare för samhället än att upprätta institutioner för utslagna.