

SYKEPENGER VED LANGVARIG ELLER KRONISK SYKDOM – HVEM BENYTTET REFUSJONSORDNINGEN?

Av Ingunn Helde og Jon Petter Nossen¹

Sammendrag

I denne artikkelen ser vi nærmere på en særordning for de første 16 dagene av en arbeidstakers sykefravær. Ordningen gjelder personer med risiko for særlig stort sykefravær som følge av langvarig eller kronisk sykdom, eller sykdom som kan føre til hyppige fravær i en begrenset periode. Arbeidsgivere kan etter søknad slippe å betale sykepenger i disse 16 dagene, arbeidsgiverperioden.

I perioden 2000 til 2013 økte antallet personer som fikk refusjon over ordningen fra 11 000 til 29 400, og utgiftene kom opp i om lag 600 millioner kroner. I 2013 utgjorde refusjonsgruppen 1,1 prosent av alle arbeidstakere.

Arbeidstakere som benytter refusjonsordningen har høyt sykefravær. Som helhet hadde denne gruppen i 2013 et legemeldt sykefravær på 22,5 prosent. Til sammenligning ligger snittet for alle med legemeldt sykefravær på 15,6 prosent. I 2013 var det mer enn dobbelt så mange kvinner som menn som benyttet refusjonsordningen, og kvinneandelen er stadig økende. Vi finner også at andelen med refusjon er større blant kvinner enn menn i alle næringer. Ordningen er spesielt utbredt innenfor helse- og sosialtjenester, hvor det er et stort flertall kvinnelige ansatte.

Når vi ser på hvilke diagnoser refusjonsgruppen er sykmeldt for, ser vi at gruppen skiller seg forholdsvis lite fra andre sykmeldte. Kroniske lidelser er vanligere i refusjonsgruppen, men forårsaker ikke mer enn en fjerdedel av sykefraværet i denne gruppen. De vanligste kroniske lidelsene i refusjonsgruppen er reumatisk sykdom, fibromyalgi og migrene.

.....

¹ Takk til Søren Brage for kommentarer samt hjelp med gruppering og tolkning av diagnoser.

Innledning

Sykepenginger skal kompensere for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade. I utgangspunktet betaler arbeidsgiver sykepenginger de første 16 kalenderdagene av en arbeidstakers sykefravær. Denne 16-dagersperioden omtales som arbeidsgiverperioden. Kostnadene ved kortvarige sykefravær, som for eksempel ved influensa og andre luftveisinfeksjoner, blir dermed i sin helhet dekket av arbeidsgiver. Arbeidsgiverperioden kan imidlertid føre til problemer på arbeidsmarkedet for personer med en helsetilstand som medfører risiko for særlig høyt sykefravær. Arbeidsgivere kan derfor søke NAV om å få refundert sykepengene i arbeidsgiverperioden for denne gruppen arbeidstakere, for å bidra til økt arbeidsinkludering av personer med helseutfordringer (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2014). Hensikten er både å motvirke at målgruppen får vanskeligheter med å finne arbeid, og å bidra til at de klarer å fortsette i arbeid.

Formålet med denne artikkelen er å presentere hvilken informasjon NAV har om brukerne av denne ordningen. Vi kjenner ikke til at det tidligere er gjort analyser av denne gruppen. Det er imidlertid et aktuelt tema. I 2010 foreslo en regjeringsoppnevnt

ekspertgruppe at arbeidsgiverne skal delfinansiere langtidsfraværet, mot at arbeidsgiverperioden forkortes noe (Arbeidsdepartementet 2010). En slik endring kan også medføre at refusjonsordningen må tilpasses.

I artikkelen beskriver vi hvordan refusjonsordningen har vært brukt hittil, og hvordan arbeidstakerne som

Datagrunnlag

Søknader om refusjon foregår i to trinn. NAV må først avgjøre om en arbeidstaker oppfyller kriteriene for å komme inn under ordningen. Både arbeidstakeren og arbeidsgiveren kan søke. Deretter må arbeidsgiver søke om refusjon av sykepenginger utbetalt til arbeidstakere som har fått godkjenning fra NAV. Vi har opplysninger om vedtakene i trinn 1, men kvaliteten er usikker, siden en god del er registrert uten eksakt gyldighetsperiode. I stedet velger vi å benytte data over de arbeidstakerne det faktisk er utbetalt refusjon for. Dette datagrunnlaget har så vidt vi vet ikke blitt analysert før. I utgangspunktet har vi data for perioden 1990–2013. Vi har ingen opplysninger om hvorfor en person har fått innvilget unntak, altså hvilken sykdom som ligger til grunn for vedtaket i trinn 1. Ettersom våre data inneholder lite informasjon utover utbetalt beløp samt kjønn, alder og bosted, har vi koblet på opplysninger om legemeldt sykefravær fra sykefraværstatistikken: tapte dagsverk, avtalte dagsverk, diagnose, næring og antall ansatte i virksomheten, samt antall påbegynte sykefravær, gjennomsnittlig varighet og andelen graderte sykefravær. Her har vi data for 2001–2013. I tillegg benyttes opplysninger fra NAVs stønadsregnskap.

I hoveddelen av artikkelen benytter vi data over alle som har fått refusjon over ordningen i 2013, koblet med statistikk over legemeldt sykefravær for hele 2013. Ettersom det utbetales refusjon i etterkant av et sykefravær, har noe av fraværet funnet sted året før refusjonen ble registrert. Et fåtall personer med refusjon i 2013, men uten avtalte dagsverk samme år, er derfor holdt utenfor. Vi fanger altså ikke opp refusjonsgruppens sykefravær i løpet av et år helt nøyaktig, men det er ingen grunn til å tro at dette vil ha stor betydning for resultatene. Et større problem er at vi ikke fanger opp det egenmeldte sykefraværet, siden det ikke finnes statistikk over egenmeldt fravær på individnivå. Dette er problematisk fordi det egenmeldte sykefraværet i sin helhet faller i arbeidsgiverperioden, og muligens utgjør en betydelig del av fraværet til refusjonsgruppen. Men siden data ikke finnes, må vi bare akseptere denne svakheten.

Folketrygdens § 8–20 Risiko for særlig stort sykefravær*

Dersom en arbeidstaker har langvarig eller kronisk sykdom som medfører risiko for særlig stort sykefravær, kan arbeidstakeren selv eller arbeidsgiveren søke om at trygden dekker sykepengeutgiftene i arbeidsgiverperioden. Det samme gjelder for arbeidstakere som på grunn av sykdom har hyppige fravær i en begrenset periode.

For funksjonshemmede som har gjennomført arbeidsrettede tiltak og som skal begynne i arbeid, kan det gis unntak for arbeidsgiveransvaret i et begrenset tidsrom uten nærmere vurdering (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2014).

* Fullt navn på § 8-20 er «Risiko for særlig stort sykefravær eller svangerskapsrelatert sykefravær». Vi har utelatt de delene som omhandler svangerskapsrelatert fravær.

er omfattet av den fordeler seg på kjennetegn som for eksempel kjønn, alder og diagnose. Vi skal også se på om refusjonsgruppen skiller seg fra arbeidstakere med legemeldt sykefravær generelt. I tillegg skal vi se på hvordan bruken av ordningen har utviklet seg over tid, i hvilken grad brukerne av den fortsetter i arbeid, og om de fortsetter å benytte ordningen over en lengre periode.

Siden 2002 har det også vært mulighet til å få refusjon for arbeidsgiverperioden for arbeidstakere med svangerskapsrelatert sykefravær, men denne ordningen omtales ikke i artikkelen. Vi vil for det meste fokusere på det siste året vi har tall for, som er 2013.

Hva menes med «langvarig eller kronisk sykdom»?

Refusjonsordningen er ikke kun forbeholdt arbeidstakere med kroniske sykdommer, som for eksempel diabetes og reumatisme. Lovteksten er formulert slik at den kan dekke alle arbeidstakere med «særlig høy risiko for stort sykefravær», men gir få konkrete føringer for hvordan denne gruppen skal identifiseres. Ifølge NAVs rundskriv om ordningen skal derfor saksbehandler legge tidligere sykefravær til grunn ved vurderingen av denne risikoen (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2014). Bortsett fra i helt klare tilfeller vil det vanligvis ikke bli innvilget refusjon før man har sett på sykefraværet over en periode på minst ett til to år. Det stilles ikke noe krav om en spesifikk kronisk sykdom for å komme inn under ordningen. Sett fra arbeidsgivers side er det heller ikke interessant om det dreier seg om en kronisk sykdom eller ikke, siden kostnaden ved sykefraværet vil være den samme uavhengig av hvilken diagnose det dreier seg om. Samtidig kan det hende ordningen er best kjent blant personer med kjent kronisk sykdom og deres arbeidsgivere.

Å ha en bestemt kronisk eller langvarig sykdom er heller ikke alene tilstrekkelig for at NAV kan gi unntak fra arbeidsgiveransvaret. Riktignok er mange kroniske sykdommer livsvarige, men en kronisk eller langvarig sykdom medfører ikke nødvendigvis et høyere sykefravær enn normalt. Det er store indivi-

duelle forskjeller mellom arbeidstakerne. Den enkeltes arbeidssituasjon kan også ha betydning for sykefraværet. For eksempel kan arbeidstakere med tungt fysisk arbeid ha et høyere sykefravær enn arbeidstakere med fysisk lett arbeid, selv om de for øvrig har samme funksjonsevne. Personer med samme diagnose kan dessuten ha vidt forskjellige sykdomsbilder, samt ulik motivasjon og ulike ressurser til å håndtere sykdommen, og dermed også svært ulikt sykefravær. En del langvarige sykdommer kan dessuten helbredes på lang sikt.

I praksis innvilger NAV unntak fra arbeidsgiverperioden dersom sykefraværet har vært minst 35 dager på årsbasis, eller minst 25 dager ved hyppige og kortvarige fravær som i hovedsak faller innenfor arbeidsgiverperioden (Arbeids- og velferdsdirektoratet 2014). I det siste tilfellet må sykefraværet være fordelt på minst 5 fraværstilfeller.

For å få refusjon må arbeidsgiver eller arbeidstaker først søke om unntak fra arbeidsgiveransvaret for den aktuelle arbeidstakeren. Hvor lang periode det gis unntak for, avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad. Det er vanlig at man får innvilget unntak for en periode på 1–3 år. Når vedtaksperioden er utløpt kan man søke på nytt.

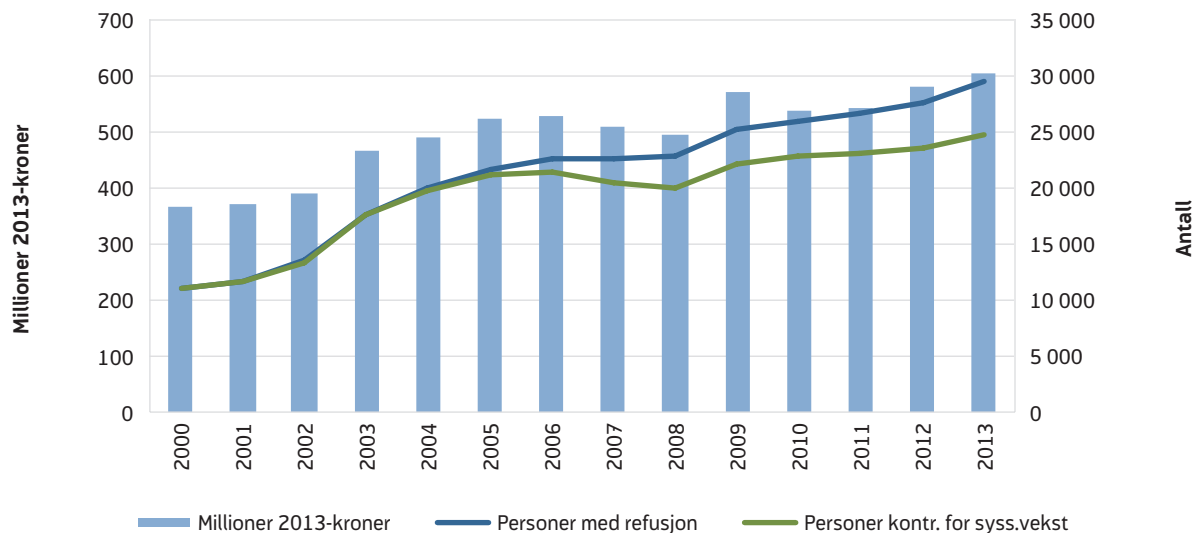
Når en arbeidstaker har fått innvilget unntak, utløser alt sykefravær i arbeidsgiverperioden rett til refusjon, uansett hvilken diagnose det dreier seg om. Dersom en person for eksempel har fått innvilget unntak på grunn av reumatisk sykdom, vil arbeidsgiveren også få refundert sykepengene ved fravær som skyldes influensa. Arbeidsgiver må kreve refusjon for hver enkelt sykepengeperiode.

Økt bruk av ordningen, særlig blant kvinner

Det ble i 2013 utbetalt refusjon for 29 400 arbeidstakere. Dette medførte utgifter på 604 millioner kroner. I 2013 utgjorde refusjonen om lag 2 prosent av NAVs utbetalinger av sykepengene til arbeidstakere.

Både utbetalingene og antall arbeidstakere som benytter refusjonsordningen har hatt en betydelig

Figur 1. Refusjonsordningen ved risiko for særlig stort sykefravær. Utgifter i millioner 2013-kroner (venstre akse), antall personer med refusjon og antall personer med refusjon kontrollert for sysselsettingsvekst (høyre akse)



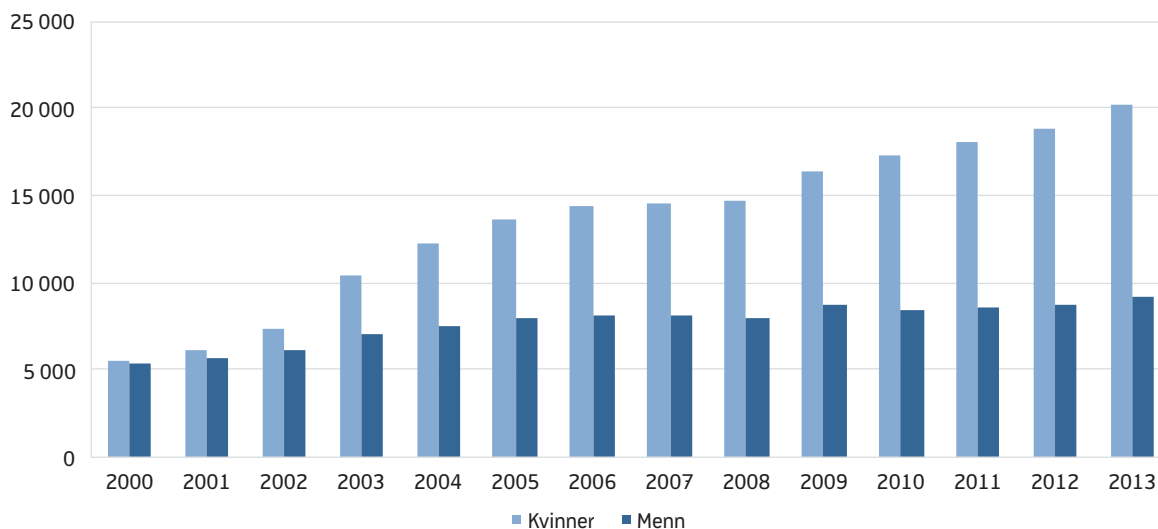
Kilde: NAV

vekst, særlig fram til omkring 2005. Figur 1 viser utviklingen fra 2000 til 2013 i utgifter til refusjonsordningen målt i 2013-kroner, samt antall arbeidstakere det er utbetalt refusjon for.

Mye av veksten utover 2000-tallet har trolig sammenheng med avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) som ble inngått høsten 2001 og som ble fulgt opp med lokale avtaler i de enkelte virksomhetene de påfølgende årene. I forbindelse med IA-avtalen ble det etablert arbeidslivssentre som skulle bistå IA-virksomhetene med å forebygge sykefravær. Rekruttering av nye IA-virksomheter kan ha bidratt til at et økende antall virksomheter fikk kunnskap om refusjonsordningen, og dermed til at flere arbeidsgivere søkte om unntak for aktuelle arbeidstakere. Innføring av en tilsvarende ordning for svangerskapsrelatert sykefravær i 2002 og påfølgende aktivitet for å gjøre ordningen kjent blant arbeidsgiverne, har trolig også bidratt til økningen. Disse forholdene kan dermed forklare veksten i perioden 2001–2005. Etter dette har veksten vært langt svakere. Vi ser imidlertid at det var et lite hopp i 2009, i kjølvannet av finanskrisen. Dette kan henge sammen med økning i sykefraværet i denne perioden,

men det kan også skyldes at etterspørselsnedgangen gjorde virksomhetene mer opptatt av å benytte alle tenkbare inntektskilder.

Mens det i 2000 var omtrent like mange kvinner og menn som benyttet refusjonsordningen, ble antallet kvinner med refusjon nær firedoblet i perioden frem til 2013. Antallet menn økte derimot bare med 69 prosent i samme periode. I 2013 var 69 prosent av mottakerne kvinner. Det var altså mer enn dobbelt så mange kvinner som menn som benyttet ordningen. Andelen er høyere enn kvinnenes andel av antall legemeldte sykefraværstilfeller, som var på omkring 62 prosent (jf. sykefraværstatistikken for 2013). Det er dermed relativt flere kvinner som benytter refusjonsordningen enn hva kjønnsfordelingen i sykefraværet generelt skulle tilsi. En forklaring kan være at kvinner har et annet sykdomsbilde og/eller fraværsmønster enn menn. En annen forklaring er at arbeidsgivere med mange kvinnelige ansatte kan være mer kjent med ordningen. Det er nærliggende å tro at den tilsvarende ordningen for svangerskapsrelatert sykefravær bidro til at også den andre ordningen ble bedre kjent på arbeidsplasser med høy andel kvinner. Det framgår av figur 2 at den største økningen for

Figur 2. Personer med utbetaling over refusjonsordningen, etter kjønn

Kilde: NAV

kvinner kom fra 2002 til 2003, som vi antar særlig skyldes økt oppmerksomhet om refusjonsordningene i etterkant av at den svangerskapsrelaterte ordningen ble innført fra april 2002.

Til tross for økt bruk av ordningen, utgjør refusjonsgruppen en liten andel av arbeidstakerne. I 2013 omfattet gruppen 1,1 prosent og stod for 1,2 prosent av alle avtalte dagsverk (se tabell 1). Det ser dermed ut til at refusjonsgruppen i noe mindre grad enn andre jobber deltid. Videre utgjorde de 3,5 prosent av arbeidstakerne som hadde legemeldt sykefravær

i 2013, og stod for 4,8 prosent av de tapte dagsverkene ved legemeldt sykefravær. Det er som nevnt langt flere kvinner enn menn som benytter ordningen. Når vi kontrollerer for at flere kvinner enn menn har legemeldt sykefravær, blir forskjellen relativt sett noe mindre, men det er fortsatt en betydelig kjønnsforskjell i hvor mange som inngår i ordningen – henholdsvis 4,1 og 2,6 prosent av alle kvinner og menn med legemeldt sykefravær.

Det legemeldte sykefraværet for refusjonsgruppen var omkring 22,5 prosent for både kvinner og menn

Tabell 1. Personer med utbetaling over refusjonsordningen i 2013. Nøkkeltall basert på statistikk over legemeldt sykefravær i 2013. Prosent

	I alt	Kvinner	Menn
Andel av arbeidstakerne	1,1	1,6	0,7
Andel av avtalte dagsverk	1,2	1,7	0,7
Andel av arbeidstakere med legemeldt sykefravær	3,5	4,1	2,6
Andel av tapte dagsverk pga. legemeldt sykefravær	4,8	5,4	3,9
Legemeldt sykefravær, refusjonsgruppen	22,5	22,6	22,3
Legemeldt sykefravær, alle sykmeldte	15,6	16,6	14,4
Legemeldt sykefravær, alle arbeidstakere	5,5	7,1	4,1

Kilde: NAV

Tabell 2. Andel av arbeidstakerne og andel av alle med legemeldt sykefravær som fikk utbetaling over refusjonsordningen, etter kjønn og næring. Prosent. 2013

	Andel av arbeidstakerne		Andel av alle sykmeldte	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
I alt	1,6	0,7	4,1	2,6
Industri	1,6	1,1	4,1	3,5
Bygge- og anleggsvirksomhet	1,1	0,9	3,5	2,9
Varehandel mv	1,0	0,6	2,9	2,2
Transport og lagring	1,6	1,1	3,7	3,3
Offentlig administrasjon mv	1,6	0,5	4,1	2,1
Undervisning	1,4	0,6	3,6	2,4
Helse- og sosialtjenester	2,5	1,0	5,5	3,4
Annet	0,9	0,4	2,6	1,7

Kilde: NAV

(tabell 1). Dette bekrefter at de som får refusjon gjennom ordningen er arbeidstakere med høyt sykefravær. De har også høyere legemeldt sykefravær enn gjennomsnittet for alle med legemeldt sykefravær i 2013 (15–16 prosent), men forskjellen er kanskje ikke så stor som en kunne forvente. Mens det blant arbeidstakere totalt er slik at kvinner har høyere sykefravær enn menn, ser vi at kjønnsforskjellen er mindre for dem som har legemeldt sykefravær. Årsaken er at kjønnsforskjellen i sykefravær primært skyldes at flere kvinner er sykmeldt, mens det er mindre forskjell på hvor lenge sykefraværene varer. I refusjonsgruppen er sykefraværet like høyt for kvinner og menn. Dette kan ha sammenheng med inngangskriteriene til ordningen.²

Flest brukere blant kvinner innen helse- og sosialtjenester

Andelen av de sykmeldte som fikk refusjon var høyere blant kvinner enn menn i alle næringer (tabell 2). Den relative forskjellen var størst innen offentlig administrasjon. Til tross for at det er omtrent like mange kvinnelige og mannlige arbeids-

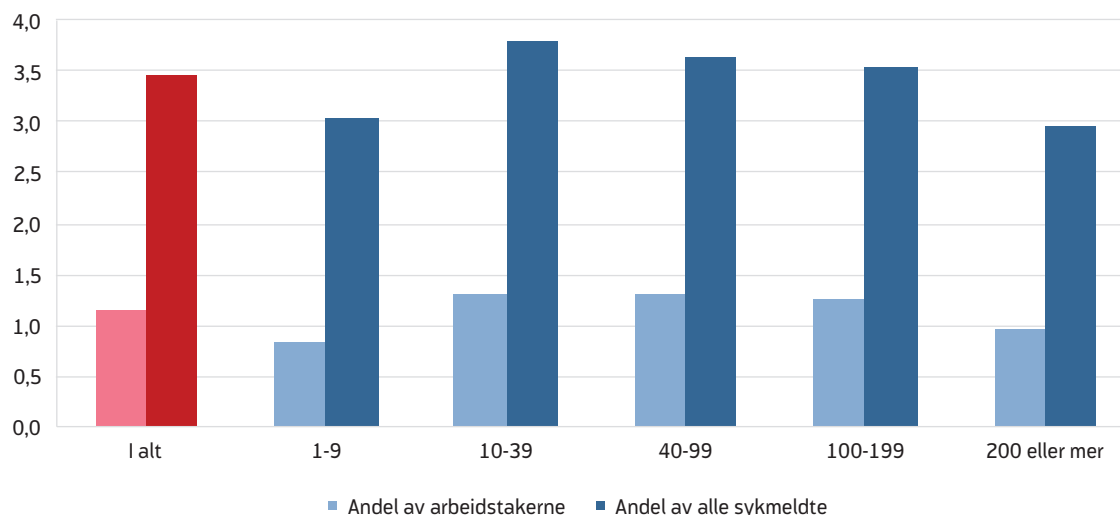
takere i denne næringen, var det mer enn tre ganger så mange kvinner som benyttet refusjonsordningen, og omtrent dobbelt så mange regnet per sykmeldt arbeidstaker. Refusjonsordningen benyttes oftest blant kvinnelige arbeidstakere innen helse- og sosialtjenester, og dette er tilfelle også når vi kontrollerer for hvor mange som har legemeldt sykefravær.

Samlet sett var 56 prosent av arbeidstakerne med refusjon i 2013 ansatt innen helse- og sosialtjenester, undervisning eller offentlig administrasjon. Blant kvinnene med refusjon var hele 73 prosent ansatt innen en av de nevnte tre sektorene, og over halvparten innen helse- og sosialtjenester.

En forklaring på at refusjonsordningen er mye brukt innen helse- og sosialtjenester, er det høye sykefraværet i denne næringen. Mens det legemeldte sykefraværet i 2013 totalt sett var på 5,5 prosent, lå det på 7,8 prosent innen helse- og sosialtjenester og på 8,5 prosent blant kvinnene sysselsatt i denne næringen. Siden forskjellene tross alt ikke er større, ser det ut til at det er flere ansatte innen helse- og sosiale tjenester som har et «særlig stort» sykefravær

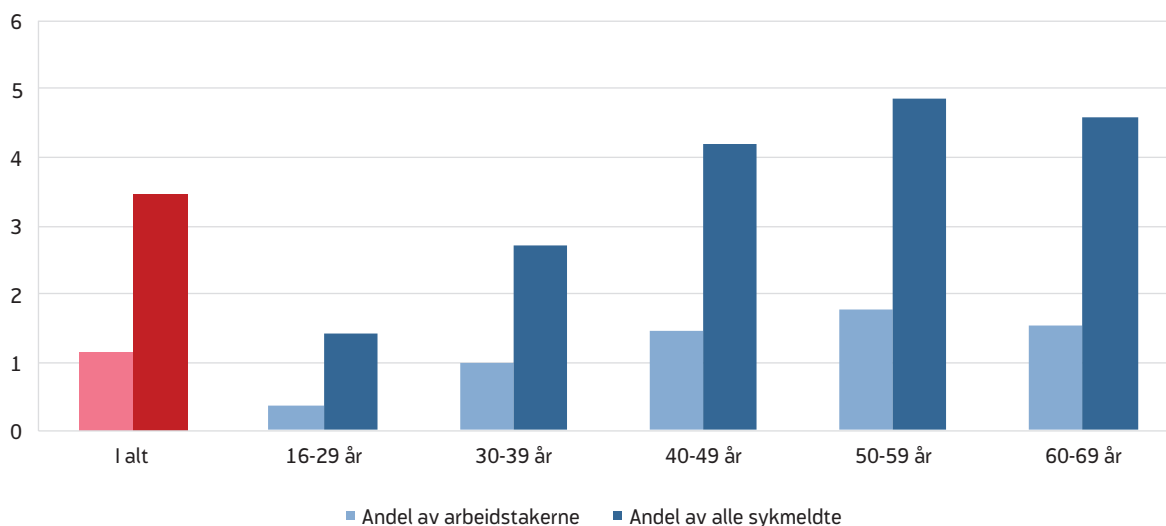
² Ettersom det kreves at sykefraværet må være minst 35 dager på årsbasis eller minst 25 dager ved hyppige og kortvarige fravær, blir refusjonsgruppen mer homogen og variasjonen i sykefraværet redusert.

Figur 3. Andel av arbeidstakerne og andel av alle med legemeldt sykefravær som fikk utbetaling over refusjonsordningen, etter antall ansatte i virksomheten. Prosent. 2013



Kilde: NAV

Figur 4. Andel av arbeidstakerne og andel av alle med legemeldt sykefravær som fikk utbetaling over refusjonsordningen, etter alder. Prosent. 2013



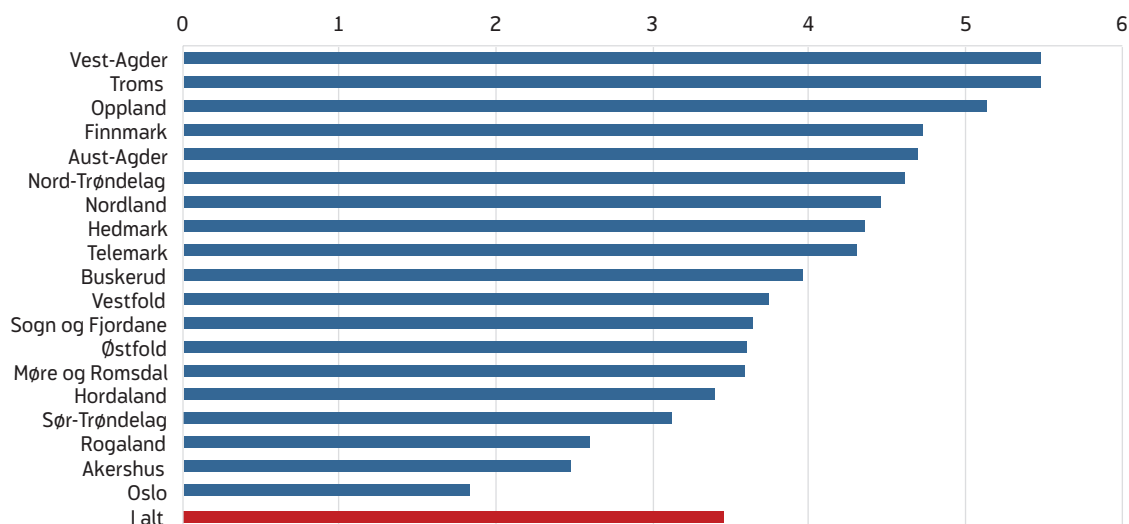
Kilde: NAV

enn sykefraværstillene i utgangspunktet tyder på. En alternativ forklaring er at virksomhetene i helse- og sosialtjenester kan være mer oppmerksomme på å kreve refusjon enn virksomheter i andre næringer.

Vi har også sett på om andelen som benytter refusjonsordningen i den enkelte virksomhet påvirkes av antall ansatte. Det kan for eksempel tenkes at større

virksomheter har mer kunnskap om refusjonsordningen enn de mindre. Figur 3 viser imidlertid at de minste (færre enn 10 ansatte) og største virksomhetene (minst 200 ansatte) hadde de laveste andelen med refusjon. At de store virksomhetene har lavest andel er noe overraskende. Men forskjellene er relativt små.

Figur 5. Andel av alle med legemeldt sykefravær som fikk utbetaling over refusjonsordningen, etter fylke. Prosent. 2013



Kilde: NAV

De fleste er over 40 år

Bruken av refusjonsordningen øker som forventet med alderen. De fleste med refusjon er mellom 40 og 59 år. Nesten 60 prosent tilhører denne aldersgruppen, en andel som har vært relativt stabil siden 2007.

Mens det blant arbeidstakere under 30 år med legemeldt sykefravær i 2013 var 1,4 prosent som benyttet refusjonsordningen, var det i aldersgruppen 50–59 år 4,9 prosent, og andelen var nesten like høy i aldersgruppene 40–49 og 60–69 år (figur 4).

Andelen arbeidstakere som benytter ordningen, er høyere blant kvinner enn menn i alle aldersgrupper (ikke vist i figuren). Den relative forskjellen er størst i aldersgruppen 30–39 år. Ser vi på andelen sykmeldte som benytter ordningen, er det aldersgruppene 50–59 år og 60–69 år som skiller seg ut. Nesten 6 prosent av kvinnene i disse aldersgruppene benytter ordningen.

Det er relativt store fylkesvise forskjeller i bruken av ordningen. Andelen av alle med legemeldt sykefravær som har mottatt refusjon var i 2013 lavest i Oslo, Akershus og Rogaland med mellom 1,8 og 2,6 prosent (figur 5). Dette kan ha sammenheng med fylkenes næringsstruktur. Disse tre fylkene er blant dem med lavest andel arbeidstakere innen helse- og sosial-

tjenester. I motsatt ende av skalaen har vi Oppland, Vest-Agder og Troms, der over 5 prosent av de sykmeldte arbeidstakerne fikk refusjon.

Kroniske sykdommer forårsaker bare en fjerdedel av refusjonsgruppens fravær

Ettersom refusjonsordningen primært er rettet mot personer med langvarige eller kroniske lidelser, kan vi få en indikasjon på hvor godt ordningen treffer målgruppen ved å se på hvilke diagnoser det er gitt refusjon for. Tabell 3 viser prosentfordelingen av tapte dagsverk for refusjonsgruppen og for alle med legemeldt sykefravær, inndelt etter diagnosegrupper basert på klassifikasjonen ICPC-2 (se faktaboks). Ettersom muskel- og skjelettlidelser forårsaker mest sykefravær, er det ingen overraskelse at slike lidelser også forårsaker mye fravær for refusjonsgruppen. Det er likevel enkelte forskjeller mellom refusjonsgruppen og alle sykmeldte. Regnet i prosentpoeng er den største forskjellen at refusjonsgruppen har en lavere andel tapte dagsverk på grunn av psykiske lidelser enn sykmeldte generelt. Samtidig har de en høyere andel på grunn av sykdom i nervesystemet.³

³ Her inngår blant annet migrene og multipel sklerose.

Tabell 3. Tapte dagsverk på grunn av legemeldt sykefravær, etter diagnosegruppe. Refusjonsgruppen og alle med legemeldt sykefravær. Prosent. 2013

	Refusjonsgruppen	Alle sykmeldte
I alt	100,0	100,0
Allmenne/uspesifikke lidelser (A)	5,0	6,1
Sykdom i fordøyelsesorganer (D)	6,5	5,0
Hjerte-/karsykdommer (K)	3,0	4,3
Muskel- og skjelettlidelser (L)	41,9	39,5
Sykdom i nervesystemet (N)	8,1	5,1
Psykiske lidelser (P)	14,1	19,0
Luftveislidelser (R)	7,0	6,8
Svangerskapslidelser (W)	4,4	5,2
Andre lidelser	10,1	8,9

Kilde: NAV

Dette kan tyde på at arbeidstakere som benytter refusjonsordningen i noen grad har andre årsaker til sykefravær enn sykmeldte generelt, for eksempel fører psykiske lidelser sjeldnere til gjentatte kortvarige sykefravær. Vi vil nå se nærmere på hvor mye av fraværet som skyldes diagnoser som indikerer en langvarig eller kronisk lidelse (faktaboks).

Langvarig/kronisk sykdom (se definisjon i faktaboks) forårsaket totalt en fjerdedel av de tapte dagsverkene i refusjonsgruppen (tabell 4). Andelen var nesten dobbelt så høy som for sykmeldte generelt, men det er kanskje noe overraskende at den ikke er enda høyere. Vi må understreke at det kan skjule seg langvarig og kronisk sykdom også under andre diagnoser enn de som er definert som alltid å være det. Men det er trolig også slik at mye av sykefraværet i refusjonsgruppen dreier seg om symptomer eller plager, og ikke spesifikke sykdommer. Dette betyr at refusjonsordningen på samme måte som sykefraværet generelt, ofte benyttes ved helseplager som for eksempel kroniske smertetilstander, og som ikke skyldes en bestemt sykdom. I en tidligere artikkel har vi vist at diagnoser knyttet til symptomer og plager utgjorde 39 prosent av det legemeldte sykefraværet i annet kvartal 2012 (Brage m.fl. 2013a).

Tabell 4 viser også andelen tapte dagsverk forårsaket av langvarig/kronisk sykdom innen hver diagnosegruppe. For sykefravær som skyldes muskel- og

Diagnoseklassifisering

Diagnosene som settes ved sykmelding kodes etter den internasjonale klassifikasjonen for primærhelse-tjenesten, ICPC-2.* I tabell 3 og 4 har vi gruppert diagnosene på samme måte som i sykefraværstatistikken, bortsett fra at noen flere av diagnosegruppene er lagt inn under «andre lidelser». Det er ikke skilt mellom såkalte «sykdomsdiagnoser» og «symptomer og plager». I tabell 5 og 6 har vi benyttet de enkelte diagnosekodene ifølge ICPC-2. Ved fordeling av tapte dagsverk refererer diagnosen til den sist registrerte diagnosen innenfor hvert kvartal i hvert sykefraværstilfelle.

Vi ønsket å se hvor stor andel av refusjonsgruppens sykefravær som ble forårsaket av langvarig/kronisk sykdom. De fleste diagnosekoder kan inneholde både akutte/forbigående og langvarige/kroniske sykdomstilstander. Vi plukket derfor ut de kodene som gjelder sykdommer som i de fleste tilfeller er langvarige eller kroniske. Vi regnet da med blant annet alle diagnoser vedrørende medfødte tilstander under langvarig/kronisk sykdom. I tillegg har vi tatt med diagnoser vedrørende kreftsykdom og muskel- og skjelettlidelser av kronisk karakter. Følgende diagnosekoder er kategorisert som langvarig/kronisk sykdom: A79, A90, B71, B73-74, B79, B90, D72, D74-77, D81, D93-94, F81, H80, K71, K73, K76-77, K86-87, K90-91, L18, L71, L82, L88-91, L94-95, N04, N70, N74, N85-90, P15, P70-73, P85, R79, R84-85, R89, R95-96, S77, S83, S91, S97, T71, T80, T89-90, T92, U75-77, U85, U88, W72, W76, X75-77, X83, Y77-78 og Y82-85.

.....

* Kodekort og annen informasjon om ICPC-2 er tilgjengelig fra www.kith.no/templates/kith_WebPage____1186.aspx

Tabell 4. Andel av tapte dagsverk hvor diagnosen er knyttet til langvarig/kronisk sykdom, etter diagnosegruppe. Refusjonsgruppen og alle med legemeldt sykefravær. Prosent. 2013

	Refusjonsgruppen	Alle sykmeldte
Langvarig/kronisk sykdom i alt	24,6	13,5
Allmenne/uspesifikke lidelser (A)	0,7	1,3
Sykdom i fordøyelsesorganer (D)	39,4	24,8
Hjerte-/karsykdommer (K)	38,3	42,5
Muskel- og skjelettlidelser (L)	24,9	12,5
Sykdom i nervesystemet (N)	51,6	23,7
Psykiske lidelser (P)	7,1	3,4
Luftveislidelser (R)	23,8	11,6
Andre lidelser	35,1	31,5

Kilde: NAV

Tabell 5. Personer med utbetaling over refusjonsordningen, etter kjønn og utvalgte diagnoser knyttet til langvarig/kronisk sykdom. 2013

	I alt	Kvinner	Menn
I alt	29 422	20 229	9 193
Ikke langvarig/kronisk sykdom	20 997	14 416	6 581
Langvarig/kronisk sykdom i alt	8 425	5 813	2 612
Reumatoid artritt/reumatisk sykdom (L88)	1 270	831	439
Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi (L18)	1 184	1 044	140
Migrene (N89)	1 161	935	226
Artroser i alt (L89, L90, L91)	817	612	205
Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (D94)	609	346	263
Astma (R96)	490	365	125
Multipel sklerose (N86)	425	311	114
Psoriasis (S91)	383	214	169
Diabetes i alt (T89, T90)	369	206	163
Kreftdiagnoser i alt	361	226	135
Medfødte lidelser i alt	75	54	21
Andre kroniske/langvarige sykdommer	1 281	669	612

Kilde: NAV

skjelettlidelser, forårsaket langvarig/kronisk sykdom en dobbelt så høy andel av tapte dagsverk i refusjonsgruppen som blant alle sykmeldte. Det samme fant vi for fravær på grunn av sykdom i nervesystemet og for

luftveislidelser. Når det gjelder sykdom i nervesystemet skyldes over halvparten av fraværet i refusjonsgruppen langvarige/kroniske lidelser.

Tabell 6. De 10 enkeltdiagnosene som utgjør størst andel av tapte dagsverk på grunn av legemeldt sykefravær. Refusjonsgruppen og alle med legemeldt sykefravær. Prosent. 2013

Diagnose	Refusjonsgruppen	Alle sykmeldte
De 10 diagnosene i alt	30,4	26,3
Depressiv lidelse (P76)	4,7	5,7
*Reumatoid artritt/reumatisk sykdom (L88)	4,1	0,8
Ryggsyndrom med smerteutstråling (L86)	3,6	3,5
Skuldersyndrom (L92)	3,3	3,6
*Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi (L18)	3,2	1,6
Psykisk ubalanse situasjonsbetenget (P02)	2,8	4,8
Muskel-skjelettsykdom, annen (L99)	2,2	1,5
Ryggsyndrom uten smerteutstråling (L84)	2,2	2,0
Korsrygg symptomer/plager (L03)	2,2	2,3
*Migrene (N89)	2,1	0,5

* Definert som langvarig/kronisk sykdom.

Kilde: NAV

Reumatisk sykdom, fibromyalgi og migrene gir oftest refusjon

Om lag 8 400 personer benyttet refusjonsordningen på grunn av en langvarig/kronisk lidelse (tabell 5).⁴ Dette utgjør 29 prosent av refusjonsmottakerne, altså litt høyere enn de 25 prosent vi fant som refusjonsgruppens andel av de tapte dagsverkene. Reumatisk sykdom, fibromyalgi⁵ og migrene var de vanligste årsakene. Blant menn var reumatisk sykdom mest utbredt, mens fibromyalgi og migrene var vanligst blant kvinnene. Av de som hadde refusjon på grunn av fibromyalgi var hele 88 prosent kvinner. Fordelingen av kvinner og menn var for øvrig jevnest blant personer med diabetes, psoriasis og kronisk enteritt/ulcerøs kolitt (tarmsykdommer). Her var kvinneandelen på 56–57 prosent.

Medfødte lidelser bidrar i liten grad til bruk av refusjonsordningen. Ulike kreftdiagnoser utgjør en noe større gruppe, hvorav brystkreft er vanligst. Av de 361 personene som benyttet ordningen på grunn av kreft, var 103 kvinner med brystkreft.

De 10 mest brukte diagnosene for refusjonsgruppen forårsaket til sammen 30 prosent av deres tapte dagsverk (se tabell 6). Andelen var litt høyere enn for alle sykmeldte. Bare tre av de vanligste langvarige/kroniske sykdommene er blant lidelsene som forårsaker flest tapte dagsverk. Reumatisk sykdom forårsaket 4,1 prosent av fraværet i refusjonsgruppen, mot bare 0,8 prosent for alle sykmeldte. Fibromyalgi var årsak til en dobbelt så høy andel av fraværet i refusjonsgruppen, mens for migrene var sykefraværet fire ganger så høyt i refusjonsgruppen som for sykmeldte generelt. Den diagnosen som forårsaket mest sykefravær både i refusjonsgruppen og blant alle sykmeldte, var depressiv lidelse. Den utgjorde imidlertid en lavere andel av de tapte dagsverkene i refusjonsgruppen enn blant sykmeldte generelt. Også situasjonsbetenget psykisk ubalanse forårsaket mindre fravær for dem med refusjon. For resten av de 10 vanligste diagnosene er forskjellene små.

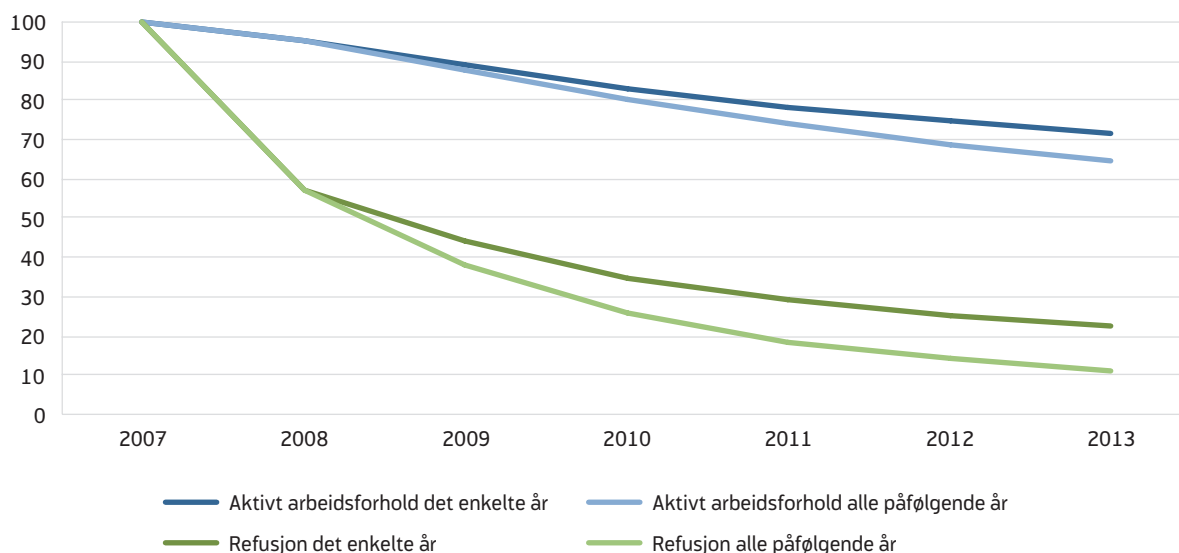
Drøyt 4 av 10 mottok ikke refusjon året etter

I den grad refusjonsordningen retter seg mot arbeidstakere med langvarige eller kroniske lidelser, kunne vi kanskje forvente at disse arbeidstakerne benytter ordningen over en lengre periode, så lenge de er

⁴ For personer med sykefravær knyttet til mer enn én langvarig/kronisk sykdom, er bare den ene tatt med i tabellen (tilfeldig utvalg).

⁵ Nøyaktig navn på diagnosen er «utbredte muskelsmerter/fibromyalgi».

Figur 6. Refusjonsmottakere i 2007 fulgt fram til 2013. Andel med aktivt arbeidsforhold det enkelte år og samtlige påfølgende år, og andel med refusjon det enkelte år og samtlige påfølgende år. Prosent



Kilde: NAV

i arbeid. Vi ser imidlertid at noen benytter ordningen en kortere periode, mens andre gjør det i mange påfølgende år. Av de 29 400 arbeidstakerne som fikk refusjon over ordningen i 2013, fikk 59 prosent refusjon også året før. I alt 75 prosent kom inn i ordningen i løpet av 2013 og de to foregående årene. Nær 6 prosent av arbeidstakerne som benyttet ordningen i 2013 hadde fått refusjon sammenhengende i 8 år eller mer. En del går ut og inn av refusjonsordningen, og noen går også ut og inn av aktive arbeidsforhold.

Hva som skjer i årene etter utbetaling av refusjon er illustrert i figur 6. Vi tar utgangspunkt i de 22 600 personene som fikk utbetalt refusjon i 2007. Året etter var 95 prosent av denne gruppen fortsatt registrert med et aktivt arbeidsforhold, men andelen sank gradvis de påfølgende årene. I 2013 hadde 72 prosent fortsatt et aktivt arbeidsforhold, mens 64 prosent hadde vært i arbeid i hele perioden. Tilsvarende utvikling ser vi med hensyn til andelen med refusjon. Av refusjonsmottakerne i 2007 mottok 57 prosent refusjon også i 2008, en andel som var sunket til 23 prosent fem år senere. Kun 11 prosent fikk refusjon samtlige år i perioden 2007 til 2013. Det er altså en stor utskifting av refusjonsgruppen. Dette er ikke overraskende, siden tidligere undersøkelser har vist at en liten andel av de

sysselsatte står for mesteparten av sykefraværet innenfor hvert kalenderår, men at det foregår en betydelig utskifting av disse fra år til år (Brage m.fl. 2013b).

Hva skjer med dem som ikke lenger har et aktivt arbeidsforhold? Ser vi på de om lag 6 400 personene i refusjonsgruppen som stod uten arbeidsforhold ett eller flere år etter 2007, finner vi at fire av fem har gått over på alderpensjon, uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger ved utgangen av 2013. Sett i lys av aldersfordelingen i refusjonsgruppen og den høye andelen i aldersgruppen 50+ (jf. figur 4), er dette ikke uventet. De fleste – 45 prosent – var mottakere av uførepensjon, mens 17 prosent mottok alderspensjon. En av fem fikk arbeidsavklaringspenger, og i tillegg er det mulig noen mottar dagpenger.

I tråd med formålene ved refusjonsordningen, ser det ut til at ordningen bidrar til at folk med helseproblemer kan ha en tilknytning til arbeidslivet. Av hele refusjonsgruppen i 2007, var i alt 4 300 personer mottakere av uførepensjon, tidsbegrenset uførestønad, rehabiliteringspenger eller attføringspenger

Tabell 7. Personer med utbetaling over refusjonsordningen i 2007 fulgt fram til 2013. Nøkkeltall basert på statistikken over legemeldt sykefravær

	Andel registrert som arbeidstaker	Avtalte dagsverk (2007=100)	Andel med legemeldt sykefravær
2007	100	100	90*
2008	96	94	77
2009	90	85	69
2010	83	79	60
2011	79	74	56
2012	75	71	52
2013	72	66	48
Prosentvis endring			
2007-2013	-28	-34	-46

* At denne andelen ikke er 100 prosent kan skyldes både at noen personer fikk refusjon utbetalt året etter at sykefraværet fant sted, og at noen fikk refusjon kun på grunnlag av egenmeldt sykefravær.

Kilde: NAV

ved utgangen av 2006.⁶ Nesten 20 prosent mottok dermed en av disse ytelsene, samtidig som de var delvis i arbeid ved hjelp av refusjonsordningen. Syv år senere var så mange som 10 400 personer – 46 prosent av refusjonsmottakerne i 2007 – mottakere av alderspensjon, uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger. De fleste mottok uførepensjon. Mange hadde en gradert ytelse.

Når vi ser på dem som fikk refusjon i 2007 og hvordan deres arbeidstilknytning og andelen med legemeldt sykefravær utviklet seg i årene etter dette, ser vi at etter seks år var fortsatt 72 prosent registrert med et aktivt arbeidsforhold (se tabell 7). Dette innebærer en nedgang på 28 prosent. Antall avtalte dagsverk ble noe mer redusert (-34 prosent). Dette tyder på at en del i refusjonsgruppen valgte å redusere stillingsandelen. Mens vi har sett at 23 prosent av refusjonsgruppen i 2007 hadde refusjon også i 2013 (figur 6), var det betydelig flere – 48 prosent – som hadde legemeldt sykefravær i 2013. En fjerdedel av refusjonsgruppen i 2007 hadde dermed fortsatt sykefravær seks år etter uten å benytte ordningen. Samtidig var en like stor andel fortsatt i arbeid uten legemeldt fravær.

⁶ Fra 1. mars 2010 ble ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad slått sammen til én ordning, arbeidsavklaringspenger.

Oftere sykmeldt, men like lang varighet

Vi undersøkte også om det høyere legemeldte sykefraværet i refusjonsgruppen skyldes at de er oftere sykmeldt enn andre med legemeldt sykefravær, og om det er noen forskjell i varigheten av sykefraværene, samt i bruken av gradert sykmelding. Det viser seg at hele forskjellen i sykefraværet kan forklares med at refusjonsgruppen har flere sykefravær (se tabell 8). Deres sykefravær er omtrent like lange som blant de sykmeldte generelt. Dette er noe overraskende, da vi hadde forventet at refusjonsgruppen ville ha mange kortvarige sykefravær og betydelig kortere gjennomsnittlig varighet. En forklaring kan være at mange med kroniske sykdommer ofte benytter egenmelding når de har kortvarige og forbigående sykefravær, som vi ikke har data over. Som vi har sett, står de kroniske sykdommene ikke for hovedtyngden av sykefraværet i refusjonsgruppen. En annen forklaring kan være at de i refusjonsgruppen som ikke har kroniske sykdommer, i større grad kan ha lange legemeldte sykefravær, som bidrar til lengre gjennomsnittlig varighet. Når det gjelder andelen med gradert sykmelding, fant vi ingen forskjell mellom refusjonsgruppen og de sykmeldte generelt.

Har ordningen virket etter hensikten?

Kan vi si noe om refusjonsordningen har bidratt til bedre arbeidsinkludering for personer med langvarig

Tabell 8. Refusjonsgruppen og alle med legemeldt sykefravær. Diverse nøkkeltall basert på legemeldte sykefravær som startet i 2012

	Refusjonsgruppen	Alle sykmeldte
Antall sykefravær per sykmeldt	3,0	1,6
Gjennomsnittlig varighet (kalenderdager)	39,0	39,6
Andel graderte sykefravær (prosent)	19,9	19,8

Kilde: NAV

eller kronisk sykdom? Her er det egentlig to spørsmål. Det ene går på om ordningen bidrar til at personer med helseutfordringer fortsetter i arbeidslivet i større grad enn de ellers ville gjort. Dette er det dessverre vanskelig å svare på, siden ordningen har eksistert i flere tiår og alle arbeidstakerne er omfattet av den. Det er dermed vanskelig å finne noen kontrollgruppe å sammenligne refusjonsgruppen med. Det finnes dessuten andre virkemidler for å forhindre at arbeidstakere med helseutfordringer utstøtes. Vi tenker da først og fremst på arbeidsmiljølovens bestemmelser om oppsigelsesvern ved sykdom. Bruken av refusjonsordningen i kombinasjon med uførepensjon og arbeidsavklaringspenger tyder imidlertid på at ordningen bidrar til at folk med helseproblemer kan fortsette å ha en tilknytning til arbeidslivet.

Det andre og minst like viktige spørsmålet er om ordningen bidrar til at personer med helseutfordringer lettere kommer inn på arbeidsmarkedet. Dette har vi heller ikke mulighet til å belyse med vårt datamateriale. Problemstillingen ligner imidlertid på den Fevang m. fl. (2011) så på, da de undersøkte om innføring av refusjonsordningen for svangerskapsrelatert sykefravær i 2002 førte til at nyutdannede kvinner lettere fikk jobb. De fant tegn til at ordningen gjorde dette noe lettere, ved at de nyutdannede kvinnene fikk jobb 6–8 prosent raskere enn de ville gjort uten ordningen. Det kan tenkes at ordningen for langvarig og kronisk sykdom kan ha en tilsvarende effekt for personer med helseplager, selv om det selvsagt ikke er noen automatikk i at de to gruppene påvirkes på samme måte.

Et annet spørsmål er om det at arbeidsgiverne slipper å betale for fravær i arbeidsgiverperioden også kan ha negative effekter. Blir arbeidsgiverne da mindre interessert i forebygging av og/eller tilrettelegging ved sykefra-

vær fordi sykefraværet ikke koster dem noe? Fevang m. fl. (2011) finner at refusjonsordningen for svangerskapsrelatert sykefravær førte til flere korte fraværstilfeller og økt varighet innenfor arbeidsgiverperioden, samtidig som varigheten av de lengre sykefraværene ble redusert. Dette tolker de som at refusjonsordningen gjorde arbeidsgiverne mer interesserte i å tilrettelegge for at langtidssykmeldte skulle komme tilbake i jobb. Fordi kostnadene ved korttidsfraværet falt bort, ble arbeidsgiverne derimot mindre interesserte i kontroll eller forebygging/tilrettelegging for å unngå korttidsfravær. Hvis ordningen for langvarig og kronisk sykdom har lignende effekter, vil den alt i alt kunne bidra positivt til å holde målgruppen i arbeidslivet, siden det er langtidsfraværet som er viktigst i forhold til om arbeidstakere med helseutfordringer kan fortsette i arbeidslivet.

I og med at man må søke om å benytte refusjonsordningen, kan det tenkes å være et underforbruk av den. Vi kan ikke si noe sikkert om dette, men det er ikke usannsynlig at ordningen kan være bedre kjent i noen næringer eller på noen typer arbeidsplasser, kanskje særlig innen kvinnedominerte yrker. Samtidig kan vi heller ikke utelukke at det er et overforbruk av ordningen, dersom noen arbeidsgivere velger å benytte refusjonsordningen i stedet for å forebygge eller tilrettelegge for å motvirke fravær.

Referanser

Arbeidsdepartementet (2010) *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10 ifølge mandat av 27.11.09.

Arbeids- og velferdsdirektoratet (2014) *Rundskriv til folketrygdlovens § 8–20 Risiko for særlig stort sykefravær eller svangerskapsrelatert sykefravær*.

Brage, Søren, Inger Cathrine Kann og Ola Thune (2013b) «Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet?», *Arbeid og velferd*, 3/2013, 49–55.

Brage, Søren, Jon Petter Nossen og Ola Thune (2013a) «Flere blir sykmeldt for symptomer og plager». *Arbeid og velferd*, 2/2013, 76–86.

Fevang, Elisabeth, Søren Markussen og Knut Røed (2011) «The sick pay trap». *IZA Discussion Paper No. 5655*.