

Socialdepartementet

Slutbetänkandet Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5)

Genom remiss 2002-01-18 (S2002/137/SF) har ILO-kommittén anmodats yttra sig över utredaren Jan Rydhs slutbetänkande (SOU 2002:5) Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. På kommittén ankommer att studera de i betänkandet framförda lagförslagen i förhållande till av Internationella arbetsorganisationen (ILO) antagna instrument på området, i första hand till Sveriges åtaganden enligt ratificerade ILO-konventioner.

ILO-kommittén konstaterar inledningsvis att betänkandet tyvärr i mycket liten grad berör internationella aspekter och åtaganden. I avsnitt 1.2 om utredningens arbetsformer meddelas att utredningen besökt socialdepartementen i England och Tyskland för att diskutera försäkringssystem, förebyggande arbete och rehabilitering. I bilaga 1:7 ges en beskrivning av kvoteringsystemen för handikappade på arbetsplatser i Frankrike och Tyskland, i bilaga 1:8 återges ett utdrag ur FN:s standardregler för att tillförsäkra personer med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet och i bilaga 1:4 om företagshälsovårdens nuvarande roll och utveckling nämns ILO:s konvention (nr 161) om företagshälsovård.

Utredaren lägger fram drygt 40 förslag för ökad hälsa i arbetslivet, innebärande bl.a. att

- arbetsgivaren inom 60 dagar från senaste sjukanmälan skall lämna ett rehabiliteringsunderlag, som ersätter den nuvarande rehabiliteringsundersökningen, till försäkringskassan (AFL (1962:381) 22 kap.),
- sjukfrånvaro vid företag, myndigheter och organisationer skall redovisas i årsberättelserna (Årsredovisningslagen (1995:1554) 5 kap. 18 §); sjukfrånvaro över en viss nivå skall anmälas till Arbetsmiljöverket (AML (1977:1160) 3 kap. 2 c §),
- sjuklöneperioden, då arbetsgivaren betalar sjuklön, förlängs från 14 till 60 dagar (lagen (1991:1047) om sjuklön 7 §); sjuklönen höjs till 90 procent från den femtonde dagen (1991:1047, 6 §),
- sjukpenning utges fortlöpande för högst 365 dagar (AFL 3 kap. 3 a §),
- företagshälsovården blir obligatorisk; även arbetslösa skall, via länsarbetsnämnden, ha tillgång till företagshälsovård (AML 3 kap. 2 b §).

ILO-kommittén finner härvid anledning att erinra om ett antal ILO-instrument, nämligen konventionen (nr 121) och rekommendationen (nr 121) om förmåner vid yrkesskada, konventionen (nr 130) och rekommendationen (nr 134) om läkarvård och kontanta sjukförmåner, konventionen (nr 159) och rekommendationen (nr 168) om yrkesinriktad rehabilitering och arbete (personer med handikapp), förutom den nämnda konventionen (nr 161) och den tillhörande rekommendationen (nr 171) om företagshälsovård.

Konventionen (nr 121) och den kompletterande rekommendationen (nr 121) om förmåner vid yrkesskada antogs år 1964. De båda instrumenten anmäldes för riksdagen genom prop. 1965:51 men frågan om ratifikation sköts upp med anledning av att lagstiftningen om yrkesskadeförsäkring då var föremål för omprövning. År 1969 godkände riksdagen emellertid konventionen (prop. 1969:15) som ratificerades av Sverige med verkan från juni 1970.

Konventionens förmåner utgörs dels av olika former av hälso- och sjukvård, dels av kontantförmåner. I artikel 9 föreskrivs att förmånerna skall utges så länge följderna består. I fråga om kontantförmåner får dock en medlemsstat, som vid konventionens ikraftträdande tillämpade en karenstid av upp till tre dagar, fortsätta med detta. I Sverige upphävdes den tidigare bestämmelsen om karenstid fr.o.m. den 1 januari 1967.

Frågan om Sveriges efterlevnad av konventionen har en längre tid varit föremål för diskussion inom ILO. År 1993 gav Landsorganisationen i Sverige (LO) och Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) tillsammans med Fria Fackföreningsinternationalen in ett klagomål till ILO, sedan en karensdag införts i sjukförsäkringen fr.o.m. den 1 april 1993. ILO:s styrelse konstaterade att införandet av en karensdag inte var förenlig med Sveriges åtaganden enligt konventionen nr 121 och ILO:s oberoende expertkommitté för granskning av tillämpningen av konventioner och rekommendationer har återkommande begärt information om vidtagna åtgärder för att uppfylla konventionens bestämmelser. ILO-kommittén noterar att i propositionen 2001/02:81 Vissa arbetsskadefrågor m.m. föreslås att en särskild arbetsskadeersättning utges som kompensation för karensdagar i sjukförsäkringen när försäkringskassan har beviljat ersättning för inkomstbortfall till följd av arbetsskada enligt lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring. ILO-kommittén konstaterade emellertid i sitt yttrande över Arbetsskadeutredningens betänkande (SOU 1998:37), som utgjorde underlag för propositionen, att detta alternativ inte uppfyller konventionens krav. Frågan om karensdag berörs emellertid inte i den aktuella utredningen.

Konventionen (nr 130) och rekommendationen (nr 134) om läkarvård och kontanta sjukförmåner antogs 1969 och förelades riksdagen genom prop. 1970:21. Ett medlemsland som, liksom Sverige, ratificerat konventionen är skyldigt att garantera ett visst lagfäst minimiskydd avseende *dels* läkarvård och därmed jämförlig vård både vid sjukdom och – på de villkor som landet självt bestämmer – i sjukdomsförebyggande syfte, *dels* rätt till kontantförmåner vid av sjukdom föranledd arbetsoförmåga som medför inkomstbortfall. Den medicinska vård som skall garanteras skall ha till syfte att vidmakthålla, återställa eller förbättra den skyddade personens hälsa och arbetsförmåga, liksom även tillgodose hans personliga behov. Konventionen uppställer som minimikrav i fråga om tillgängliga vårdmöjligheter att dessa skall omfatta vård av allmänpraktiker, specialistvård, nödvändiga läkemedel, nödvändig sjukhusvård samt, i den omfattning som den nationella lagstiftningen föreskriver, tandvård och medicinsk rehabilitering. Kraven på kontantförmånernas storlek är utformade i nära anslutning till konventionen (nr 102) om minimistandard för social trygghet men har satts högre. Kontant sjukförmån skall i princip utges så länge arbetsoförmågan och inkomstbortfallet varar. Dock får för varje

fall av arbetsoförmåga rätten till kontantförmån begränsas i viss omfattning. Begränsningen får inte avse kortare tid än 52 veckor. En väntetid (karenstid), varunder ingen kontantförmån utges, får förekomma men får inte överskrida de tre första dagarna av inkomstbortfall.

Konventionen (nr 159) och rekommendationen (nr 168) om yrkesinriktad rehabilitering och arbete (personer med handikapp) förelades riksdagen genom proposition 1983/84:139 och ratificerades av Sverige 1984. Konventionens första del anger definitioner och tillämpningsområde. Varje medlemsstat skall sätta som mål att göra det möjligt för en person med handikapp att erhålla, behålla och bli befordrad i lämpligt arbete. Konventionens andra del ställer upp en rad principer för yrkesinriktad rehabilitering och sysselsättningspolitik avseende personer med handikapp. Konventionens tredje del föreskriver åtgärder på det nationella planet för att utveckla yrkesinriktad rehabilitering och arbetsförmedlingsservice för personer med handikapp. Rekommendationen innehåller detaljerade anvisningar om hur personer med funktionshinder genom åtgärder på olika områden skall kunna integreras i arbetslivet och samhället i övrigt.

ILO:s styrelse har ansett det särskilt angeläget att söka främja konventionens tillämpning i samtliga medlemsstater och valde ut konventionen nr 159 och rekommendationen nr 168 för s.k. allmän rapportering 1997. ILO:s expertkommitté utarbetade därefter en rapport (General Survey) till Internationella arbetskonferensen 1998: Vocational rehabilitation and employment of disabled persons.

Konventionen (nr 161) och den kompletterande rekommendationen (nr 171) om företagshälsovård antogs av Internationella arbetskonferensen år 1985. Sverige och övriga nordiska länder deltog mycket aktivt i utarbetandet av de båda instrumenten. Konventionen ratificerades av Sverige som första land år 1986 (prop. 1985/86:141). Med hänvisning till bl.a. då nyligen införda bestämmelser (SFS 1985:321) i arbetsmiljölagen (1977:1160) om arbetsgivarens skyldighet att föranstalta om företagshälsovård, förordningen (1985:326) om bidrag till företagshälsovård och pågående utbyggnad av företagshälsovården på grundval av avtal mellan arbetsmarknadens parter ansågs svenska förhållanden väl överensstamma med konventionen.

Konventionen innehåller i 16 operativa artiklar riktlinjer för en nationell politik om företagshälsovård samt avsnitt som närmare anger företagshälsovårdens uppgifter och organisation samt villkor för verksamheten. I rekommendationen återkommer innehållet i konventionstexten mer detaljerat i 48 punkter under fem huvudavsnitt.

I konventionen stadgas att varje medlemsstat skall utforma, genomföra och med jämna mellanrum revidera en enhetlig nationell politik avseende företagshälsovård (art. 2). Konventionens krav kan tillgodoses a) genom lagstiftning, b) genom kollektivavtal eller på annat sätt i samförstånd mellan berörda arbetsgivare och arbetstagare eller c) på annat sätt som godkänns av behörig myndighet efter samråd med de berörda representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna.

Fr.o.m. år 1993 avskaffades det statliga bidraget för företagshälsovård, vilket återopats bl.a. i prop. 1985/86:141. ILO:s expertkommitté har under senare år riktat en rad frågor till regeringen beträffande konventionens genomförande. I sitt yttrande (dnr 7/98) över den i betänkandets bilaga 1:4 nämnda promemorian Företagshälsovård - en resurs i samhället (Ds 1998:17) kommenterade ILO-kommittén det förslag om ändring i arbetsmiljölagen som därefter utgjorde underlag för regeringens proposition 1998/99:120 Företagshälsovård och den av riksdagen antagna ändringen (1999:841) i arbetsmiljölagen, vilken trädde i kraft den 1 januari 2000. Kommittén konstaterade att införandet i arbetsmiljölagen av en definition av företagshälsovård och en tydligare bestämmelse om arbetsgivarens skyldighet att anordna företagshälsovård skulle tillgodose de krav på en nationell politik och de uppgifter för företagshälsovården som anges i konventionen. Kommittén har senast hösten 1999 rapporterat om konventionens tillämpning. ILO:s expertkommitté har i sina kommentarer (Observation 2000) med intresse noterat det framsteg i tillämpningen av konventionen som aviserats med propositionen 1998/99:120, men ställer ytterligare frågor i avvaktan på ikraftträdande. ILO-kommittén finner att det i betänkandet framlagda förslaget ytterligare tillmötesgår expertkommitténs påpekanden. Nästa rapport om konventionens tillämpning skall lämnas år 2004.

ILO-kommittén har inte funnit något av de i betänkandet framlagda förslagen strida mot Sveriges åtaganden enligt nämnda konventioner.

Expertkommitténs i mars 2002 överlämnade senaste kommentarer beträffande konventionerna nr 121, 159 och 161 bifogas.

I handläggningen av detta ärende har deltagit undertecknad ordförande, ledamöterna Delang, Rudeberg, Emriksdotter, Edström, Nyberg och Dergel samt ersättaren Sandler. Närvarande har varit ersättarna Eriksson, Westberg och Johansson, experterna Heijne och Gotare samt, adjungerade, Ingemar Sundquist, UD, Heléne von Granitz, N, och Lena Jeanneret, LO, samt undertecknad sekreterare.

För ILO-kommittén


Lise Bergh


Kerstin Wiklund