

VAD KOSTAR SJUKFRÅNVARON I OFFENTLIG VERKSAMHET?

En utvärdering av beräkningsmodellen Hälsoeffekten

Marianne Malmström

Handledare Ulf Gerdtham

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs Universitet 2004/2006

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Förord	3
Sammanfattning	4
Inledning.....	5
Undersökt grupp.....	6
Syfte	6
Metod.....	6
Beskrivning av beräkningsmodellen Hälsoeffekten.....	6
Resultat	8
Diskussion.....	10
Litteraturförteckning.....	12

Förord

Tack till Bo Hansson, Institutet för Personal- och Företagsutveckling, Uppsala universitet, och Sammie Lovén, AB Previa.

Marianne Malmström
AB Previa, Scheelevägen 17, 223 70 Lund
046-161200
marianne.b.malmstrom@previa.se

Sammanfattning

Marianne Malmström
AB Previa
marianne.b.malmstrom@previa.se

Den ökade sjukfrånvaron har ökat efterfrågan hos företag efter ekonomiska argument för investeringar i hälsa och information om kostnader för ohälsa. För att kunna ge ett underlag vid hälsoekonomiska diskussioner med företagshälsovårdens kunder har en beräkningsmodell, ”Hälsoeffekten”, utvecklats vid Institutet för Personal- och Företagsutveckling vid Uppsala universitet.

För att utvärdera modellen användes den för att beräkna kostnaderna för sjukfrånvaron på tre mindre avdelningar inom en stor offentlig organisation. All information som användes vid beräkningarna erhöles från verksamheternas egna ekonomiska system. I jämförelse med tidigare utvärderingsmodeller har det i denna modell gjorts kopplingar till forskningen kring hälsa och ohälsa. Resultaten visade att kostnaderna för sjukfrånvaron var mycket stor. Den totala sjukfrånvarokostnaden låg mellan 10 000 – 40 000 kronor per heltidsanställd och år.

Modellen tydliggjorde kostnaderna för sjukfrånvaron och då framför allt kvalitets- och effektivitetsbristkostnader som offentliga verksamheter sannolikt inte tar med i sina kalkyler.

Resultatutfallet visade att denna modell kan användas som ett komplement vid diskussioner om satsningar på hälsopromotiva åtgärder i offentlig verksamhet.

Inledning

Sjukfrånvaron har blivit ett allt större samhällsekonomiskt problem vilket ökat intresset att mäta effekter och kostnadseffektiviteten av hälsofrämjande insatser. Ohälsan ger kostnader på olika nivåer, dvs. samhällskostnader (ex. sjukvård, sjukpeng), individkostnader (ex. sänkt lön, intangibla kostnader (ex. oro, smärta)) och företagskostnader (ex. sjuklön, produktionsbortfall).

Under de senaste decennierna har forskningen visat att värdeskapandet i företagen utgörs av personalen och att det finns ett samband mellan personalpolitiken i ett företag och personalens hälsa. Många studier har visat på samband mellan vad som kan definieras som ”den goda arbetsplatsen” och mått som lönsamhet och aktiemarknadens värdering av företaget (1). Det finns även studier som visat att förebyggande hälsoinsatser är ekonomiskt lönsamma (2, 3) för ett företag. Dessa forskningsresultat har ökat näringslivets intresse för ekonomiska analyser av personalrelaterade insatser (4).

Företagshälsovårdskunder har i allt större utsträckning börjat efterfråga ekonomiska argument för att belysa kostnader för ohälsa och vad hälsopromotiva insatser kan få för ekonomisk effekt. Eftersom det varit svårt att påvisa ekonomiska vinster så uppfattar många företag att inköp av företagshälsovård är en kostnad och inte en investering i personalen. Vid Institutet för Personal- och Företagsutveckling (IPF) vid Uppsala universitet har en beräkningsmodell (”Hälsoeffekten”) (5) utvecklats för att mäta en organisations kostnader för sjukfrånvaron samt beräkna de ekonomiska effekterna av hälsofrämjande åtgärder. I jämförelse med tidigare utvärderingsmodeller har det i denna modell gjorts kopplingar till forskningen kring hälsa och ohälsa.

Denna modell kan användas för en nulägesanalys av vad ohälsan kostar företaget men kan också användas för resultatutvärdering av utförda hälsopromotiva insatser. Detta kräver återkommande analyser. Beräkningsmodellen förväntas ge ekonomiska argument som komplement i beslutsunderlaget för insatser kopplat till hälsa och ohälsa.

Undersökt grupp

Arbetsplatsen som undersöktes var en offentlig verksamhet med olika underavdelningar. Organisationen hade drygt 8 000 anställda. Tre mindre avdelningar med likartad verksamhet analyserades. Dessa verksamheter ingick i samma division och hade en chef som var intresserad av möjligheten att få testa "Hälsoeffekten". De tre verksamhetsområdena hade 100-150 helårsarbetare vardera, med klar övervikt av kvinnor och hög medelålder (tabell 1). Arbetstiden var framförallt förlagd mellan 7-17 men bemanning dygnet runt krävdes varför viss kvälls- och nattjänstgöring samt jour- och beredskapsarbete förekom. Den genomsnittliga månadslönen inklusive sociala avgifter var drygt 23 000 inom verksamhet A och B medan den var drygt 33 000 inom verksamhet C.

Tabell 1 De olika verksamheternas personalsammansättning

	Verksamhet A	Verksamhet B	Verksamhet C
Helårsanställda	152	133	96
Kvinnor	129 (85 %)	105 (79 %)	74 (77 %)
Män	23 (15 %)	28 (21 %)	22 (23 %)
Medelålder	48,5	47	49,9

Syfte

Att undersöka hur beräkningsmodellen "Hälsoeffekten" kan användas för att beräkna kostnaderna för sjukfrånvaron i en offentlig verksamhet.

Metod

All grundinformation som användes vid beräkningarna togs fram tillsammans med de olika verksamheternas personal- och ekonomiavdelningar. Ett problem var att de olika verksamheterna inte hade ett enhetligt system för registrering av t.ex. sjukfrånvaro. Dessutom hade man inte alltid aktuella uppgifter på den information som behövdes i beräkningsmodellen men eftersom det i modellen fanns mycket noggrann specifikation om vilka uppgifter som krävdes gjordes det tillsammans med respektive verksamhet skattningar som bedömdes som likvärdiga.

Beskrivning av beräkningsmodellen Hälsoeffekten

Den grundläggande tanken är att det värde som skapas i olika organisationer skapas av medarbetarna. Det vill säga att om någon är borta från arbetsplatsen så upphör även det

mervärde som skapas när individen är närvarande och utnyttjar organisationens resurser. Företagets kostnader för lokaler, maskiner, administration mm kvarstår även om medarbetaren är frånvarande. Organisationens totala resurser som används för att producera varor och tjänster brukar kallas för förädlingsvärde. När en organisation går med vinst ingår denna i förädlingsvärdet och när organisationen går med förlust dras förlusten bort från förädlingsvärdet. Beräkningarna i modellen görs på en genomsnittlig medarbetare (medelvärde).

Ett grundläggande räkneexempel (genomsnittskostnader per arbetad timme)

Lönekostnad inkl sociala avgifter	200 kr
Gemensamma kostnader (ex. lokaler, maskiner)	+ 100 kr -----
Förädlingsvärde	= 300 kr
(representerar det värde som man i genomsnitt åtminstone bör göra nytta för per arbetad timme)	
Externa kostnader (inköp av varor och tjänster)	+ 100 -----
Kostnad per timme	400

I verksamheter som inte är varuproducerande är det inte så tydligt att frånvaro av personal leder till produktionsbortfall. I stället talar man om effektivitets- och kvalitetsbrist vilket i modellen motsvar begreppet förädlingsvärde.

Vid beräkning av kostnaderna för sjukfrånvaron används i modellen fyra övergripande mer-/mindrekostnader för organisationen:

- kvarstående lönekostnad
- mer- eller mindrekostnad för ersättare (när en sjukskriven inte ersätts uppstår en mindrekostnad eftersom sjuklönen är lägre än ordinarie lön)
- effektivitets- och kvalitetsbrist om individen inte ersätts av någon annan eller om den som ersätter har lägre produktivitet.
- merkostnader i form av administration och rehabilitering

Resultat

Beräkningarna visade att det var stor skillnad mellan de olika verksamheternas kostnader för sjukfrånvaron eftersom det var 30-50 % högre sjukfrånvaro i verksamhet A jämfört med B och C (tabell 2). Det var framför allt den långa sjukfrånvaron, som i modellen definieras som mer än 14 dagar, som var mycket hög.

Tabell 2 Fördelningen av sjukfrånvaron

	Verksamhet A	Verksamhet B	Verksamhet C
Sjukdag/anställd	38,7 (5882 totalt)	21,1 (2608 totalt)	28,1 (2698 totalt)
Sjukfrånvaro	15,0 %	8,2 %	10,9 %
varav (1-14 dagar)	2,3 %	1,8 %	1,2 %
> 14	12,7 %	6,4 %	9,7 %

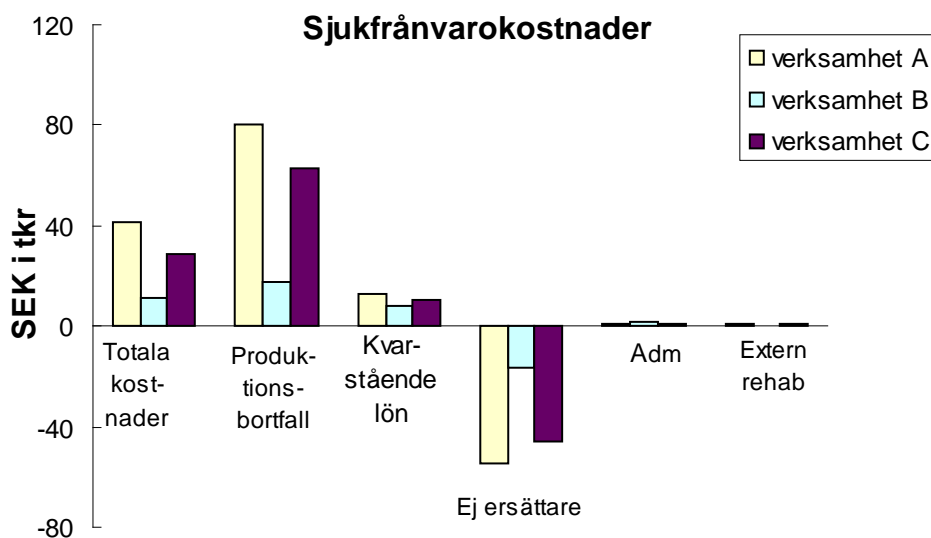
Verksamheterna hade en viss lönekostnad även efter de första två veckorna men gjorde en vinst genom att inte ersätta den personal som var sjuk. Det var framför allt effektivitets- och kvalitetsbrist som var den stora posten medan administrativa utgifter samt kostnaderna för externa rehabiliteringsinsatser var minimala (tabell 3). Den beräknade totala sjukfrånvarokostnaden för verksamhet A blev drygt 6 miljoner. För verksamhet B blev motsvarande kostnader 1,5 miljoner och för verksamhet C 2,7 miljoner.

Tabell 3 Sjukfrånvarokostnader för 2004 i tkr

	Verksamhet A	Verksamhet B	Verksamhet C
Effektivitets- och kvalitetsbrist *	12 254	2 395	6 001
Kvarstående lön	1 969	1 060	992
Ej ersättare	- 8 263	-2 239	- 4 413
Administration	169	240	69
Extern rehabilitering	126	72	85
Total kostnad för sjukfrånvaron	6 254	1 529	2 734

*Effektivitets- och kvalitetsbrist är den kostnad som verksamheten har när personalen ej är närvarande och utnyttjar lokaler etc.

De olika verksamheternas sjukfrånvarokostnader per anställd och år varierade mellan verksamheterna (Figur 1). Verksamhets B hade endast 25 % av verksamhet A's kostnader och verksamhet C ungefär 70 %. Den totala kostanden varierad emellan 10 – 40 000 per anställd (Figur 1)



Figur 1 Sjukfrånvarokostnad per anställd och år i de tre verksamheterna

Kostnaderna för korttidsfrånvaron var högre per dag eftersom organisationen då hade kvar 80 % av lönekostnaden utom för karensdagen. Däremot blev den totala kostnaden högre för långtidsfrånvaron eftersom den utgjorde en betydligt större andel av den totala sjukfrånvaron (tabell 4).

Tabell 4 Antal sjukdagar samt kostnader för kort- respektive långtidssjukfrånvaro

	Verksamhet A	Verksamhet B	Verksamhet C
Dag 1	33	250	35
Dag 2-14	833	576	267
Dag 15-	4 982	2 185	2 396
Kostnad/dag korttidsfrånvaro	1 969	1 238	2 061
Kostnad/dag långtidsfrånvaro	893	345	882

Både verksamhet A och C hade i mycket begränsad omfattning ersättare vid sjukfrånvaro medan verksamhet B ersatte cirka 50 % av sjukfrånvaron (tabell 5). Vid låg andel ersättare så minskade personalkostnaderna men i stället blev effektivitets- och kvalitetsbristkostnaderna höga.

Tabell 5 Hur mycket av sjukfrånvaron som ersatts i antal dagar

	Verksamhet A	Verksamhet B	Verksamhet C
Sjukfrånvarodagar	5 898	2 811	2 698
Antal ersatta dagar	3	1 526	7

Om verksamheten inte ersätter personal som är frånvarande så kan det göras en beräkning på teoretisk överbemanning, dvs. organisationen har för många personer anställda. Inom verksamhet A ersattes inte 5 895 dagar vilket skulle motsvara ungefär 23 heltidsanställda. En årsarbetare motsvarar 260 dagar i modellen. Med motsvarande beräkning hade verksamhet B en teoretisk överbemanning på 5 personer och verksamhet C 10 personer.

Med beräkningsmodellen gjordes också en kalkyl på vad en investering för att minska sjukfrånvaron skulle kosta. Antagandet gjordes så att en insats i pengar motsvarande det som verksamheten betalade för företagshälsovård (FHV) för år 2004 skulle medföra en minskning på 0,5 % av korttidsfrånvaron och 0,5 % av långtidsfrånvaron. Om t.ex. verksamhet A investerade ungefär 180 000 kronor i FHV under ett år och resultatet blev att verksamheten hade 0,5 % lägre frånvaro både i avseende korttidsfrånvaro som långtidsfrånvaro så skulle verksamheten spara 565 000 kronor under ett år. Således är ”pay off” tiden för investeringen 3-4 månader.

Diskussion

Studien visade att kostnaderna för sjukfrånvaron var betydande för den undersökta organisationen. Sjukfrånvaron var extremt hög jämfört med rikssnittet för landstingssektorn som var 5,7 % fjärde kvartalet 2004 (personligt meddelande från Sammie Lovén). På de undersökta avdelningarna låg sjukfrånvaron mellan 9 och 15 %. Orsaken till den höga sjukfrånvaron kan inte utläsas med denna undersökning.

Verksamhet A´s kostnader för sjukfrånvaron var 6 % av den totala omsättningen. Den största förlusten var framför allt effektivitets och kvalitetsbrist. Vid sjukfrånvaro kan verksamheten välja olika alternativ som t.ex. anställa vikarier, låta heltidsanställda arbeta övertid respektive kvalificerad övertid samt låta deltidsanställda arbeta mertid (6). Mertidsarbete är oftast minst kostsamt för arbetsgivaren eftersom organisationen då inte behöver introducera ny personal och därmed också slipper minskad effektivitets och kvalitetsbrist. Det finns däremot en risk för överbelastning av personalen vilket kan leda till ökad sjukfrånvaro i framtiden. Detta gäller även om personalen måste arbeta övertid. Två av verksamheterna hade en teoretisk överbemanning eftersom en stor del av sjukfrånvaron inte ersattes alls. Eventuellt kan det finnas en medveten planering med överanställning eftersom man då inte behöver

anlita vikarier. På så sätt slipper man kostnader för rekrytering och effektivitets och kvalitetsbrist.

Då de olika verksamheterna inte hade någon information om vilka investeringar som gjorts under 2004 för att minska ohälsa så användes den kostnad som man haft för företagshälsovård under året. Alla tre verksamheterna investerade mindre än 2 promille av sin budget i företagshälsovård. Under senare år har många studier visat att hälsofrämjande insatser reducerat både sjukfrånvaro och sjukvårdskostnader (7,8; 9). Med en ökad insikt om de faktiska kostnaderna finns det sannolikt ett ökat intresse även inom offentlig verksamhet att betrakta personalen som en resurs. Ännu viktigare blir det med tanke på att inom 10-15 år kommer det att finnas en brist på personal och att man redan nu bör satsa på befintlig personal så att de inte lämnar yrkeslivet i förtid.

En viktig förutsättning för användandet av modellen är att det inom verksamheten finns ett intresse av att koppla ihop hälsa och ekonomi. Inom offentlig verksamhet är det sannolikt inte så tydligt att kvalitetsbrist innebär ökade kostnader för verksamheten. Möjligen kan beräkningsmodellen öppna ögonen för kostnader som man inte tidigare identifierat. Beräkningsmodellen är till för att bekräfta och skapa ett ekonomiskt beslutsunderlag och därmed skapa tyngd åt ekonomiska argument för hälsopromotiva satsningar inom en verksamhet.

Litteraturförteckning

1. Becker B, Huselid M. High performance work systems and firm performance: A synthesis of research and managerial implications. *Research in Personnel and Human Resources Management*. 1998; 16:53-101.
2. Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot*. 2001 May-Jun; 15(5):296-320.
3. Johnsson J. Satsa på långtidsfriska.
<http://www.ledarna.se/portal/main.nsf/0/103F650BF4AF9C20C1256D9E0031C5E6?OpenDocument&Highlight=långtidsfrisk>
4. Ichinowski C, Shaw K, Prenzushi G. The Effects of Human Resource Management Practices on Productivity. NBER Working Paper 5333, Cambridge MA. 1995.
5. Previa. Manual Hälsoeffekten 1.0, Previas interna dokumentation (2005).
6. Aronsson T, Malmquist C. Rehabiliteringens ekonomi. Stockholm: Bilda Förlag; 2002. p. 90 – 151.
7. Schultz AB, Lu C, Barnett TE, Yen LT, McDolnad T, Hirschland D, Edington DW. Influence of participation in a worksite health-promotion program on disability days. *J Occup Environ Med*. 2002 Aug;44(8):776-80.
8. Serxner SA, Gold DB, Grossmeier JJ, Anderson DR. The relationship between health promotion program participation and medical costs: a dose response. *J Occup Environ Med*. 2003 Nov;45(11):1196-200.
9. Aldana SG, Merrill RM, Price K, Hardy A, Hager R. Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Prev Med*. 2005 Feb;40(2):131-7.