

Dansk udgave

Meddelelser og oplysninger

Informationsnummer

Indhold

Side

I *Meddelelser*

Revisionsretten

2003/C 109/01

Særberetning nr. 3/2003 om de europæiske institutioners invalidepensionsordning, med institutionernes svar.....

1

I

(Meddelelser)

REVISIONSRET TEN

SÆRBERETNING Nr. 3/2003

om de europæiske institutioners invalidepensionsordning, med institutionernes svar

(artikel 248, stk. 4, andet afsnit, EF)

(2003/C 109/01)

INDHOLD

	<i>Punkt</i>	<i>Side</i>
RESUMÉ	I-VII	3
REVISIONSMÅL OG -METODE	1-2	4
INVALIDEPENSIONSORDNINGEN	3-14	4
Regler	3-9	4
Statistikker og analyser	10-14	5
RETTENS TIDLIGERE ARBEJDE OG OPFØLGNINGEN HERAF	15-19	9
Rettens tidligere arbejde	15	9
Opfølgning	16-19	9
»Caston-rapportens« anbefalinger	16-17	9
Forholdsregler	18-19	9
STYRINGEN AF SYGEFRAVÆR	20-40	10
Sygefraværsprocent	20	10
Generel fraværspolitik i institutionerne	21	10
De forskellige parter roller og koordineringen heraf	22-40	10
Almindelige bemærkninger	22-23	10
Mangler konstateret i bestemte institutioner	24-29	11
Lægekontrol af fravær	30-40	11
INVALIDEPENSIONER	41-73	13
Kvantificering og overvågning af omkostningerne forbundet med ordningen	41-43	13
Bedømmelse af invaliditet	44-47	14
Overvågning, årsagsanalyse og korrigerende foranstaltninger	48-52	15
Tidlig opsporing, lægelig og administrativ synergi samt alternative foranstaltninger	53-55	16

	<i>Punkt</i>	<i>Side</i>
Indledning af invaliditetsproceduren	56-57	16
Invaliditetsudvalget	58-64	16
Sammensætning	58-62	16
Grundlag for udtalelserne	63-64	17
Afgørelse om invaliditet	65	17
Lægeundersøgelser efter invalidepensionering	66-69	18
Reformen af ordningen	70-73	18
KONKLUSION	74-79	19
ANBEFALINGER	80-82	20
Institutionernes svar		21

RESUMÉ

I. Rettens revision af invalidepensionsordningen tog sigte på at undersøge, hvor store omkostninger invalidepensionerne er forbundet med, at påvise potentielle besparelser, at undersøge, om invalidepensioner kun tilkendes i tilfælde af reel og behørigt anerkendt invaliditet, og at finde ud af, om institutionerne har indført de styresystemer, der er nødvendige for at ordningen kan overvåges godt nok og kontrolleres effektivt.

II. Der tilkendes hvert år ca. 200 invalidepensioner svarende til samlede årlige aktuarmæssige nettoomkostninger på ca. 74 millioner euro. I de senere år er de årlige udgifter steget, hvilket først og fremmest skyldes, at antallet af ansatte ved institutionerne og personalets gennemsnitsalder er steget. De ændringer af personalevedtægten, der er undervejs som led i den igangværende reformpakke, forventes dog at nedbringe omkostningerne forbundet med invalidepensionerne.

III. Rettens revision viste et sammensat billede. På den ene side har invalidepensionsgraden været stabil igennem de seneste 15 år, og ifølge Rettens lægesagkyndige tilkendes invalidepensioner på et korrekt grundlag. På den anden side er invalidepensionering i nogle lønklasser mere udbredt end almindelig pensionering, og der er tegn på, at dårlig trivsel på arbejdet påvirker nogle ansatte, som ender med at blive pensioneret af helbredsårsager.

IV. Der blev fundet mangler i den overordnede sygefraværspolitik og -styring, som var kendetegnet ved en lægelig, og ikke en administrativ tilgang til problemerne. Procedurene var ikke klare, og de forskellige involverede afdelinger koordinerede ikke deres indsats. Der var ressourcemangel, it-ledelsesværktøjerne var uegnede, og visse vedtægtsbestemmelser skaber hindringer.

V. Resultatet er, at det ofte trækker i langdrag med at få indledt en invaliditetsprocedure, og hyppigt forsinkes også gennemførelsen af den. Det medfører store omkostninger. Og jo længere processen trækker ud, jo dårligere bliver den pågældendes helbred. Det har medført en ekstremt lav genindtrædelsesprocent, især i de 50 % af tilfældene, hvor der er tale om psykiske lidelser.

VI. Revisionen viste, at der kunne opnås besparelser, hvis der blev vedtaget egnede administrative foranstaltninger til fremme af forebyggelse og tidlig behandling, især i de tilfælde, hvor invaliditeten skyldes psykiske lidelser. Disse foranstaltninger bør bestå i, at institutionerne fastlægger en overordnet sygefraværspolitik, at der fastlægges en klarere opgave- og ansvarsfordeling mellem lægetjenester og personaleafdelinger, at lægeundersøgelserne foretages på et tidligere tidspunkt, og at de udbygges, og at der til brug for ledelsen indføres informationssystemer, der kan identificere de fraværsmønstre og risikofaktorer, der er typiske ved invaliditet. Endvidere bør der overvejes vedtægtsændringer.

VII. Der bør især overvejes vedtægtsændringer, der giver mulighed for bedre håndtering af situationer, hvor en ansat lægger hindringer i vejen for eller bevidst unddrager sig en lægeundersøgelse. Man kunne også overveje at indføre en lettere og hurtigere klage- og voldgiftsmekanisme og at afkorte den periode, en sygeorlov skal have varet, før institutionen kan indlede invaliditetsproceduren, og man kunne overveje at fastlægge betingelserne for lægeundersøgelser efter pensioneringen. Endelig kunne man undersøge, om det ville være hensigtsmæssigt at ændre sammensætningen af invaliditetsudvalget og at skabe en mere permanent og tværinstitutionel struktur.

REVISIONSMÅL OG -METODE

1. Det overordnede mål for revisionen var at evaluere de europæiske institutioners politik og praksis, for så vidt angår invalidepensionsordningen. Revisionen tog sigte på at undersøge omkostningerne forbundet med invalidepensioner, at påvise potentielle besparelser og at finde ud af, om institutionerne har indført de styresystemer, der er nødvendige for, at ordningen kan overvåges godt nok og kontrolleres effektivt. Et af de revisionspecifikke mål var at få sikkerhed for, at der kun bliver tilkendt invalidepension i tilfælde af reel og behørigt anerkendt invaliditet.

2. Revisionen bestod i en serie analyser, der skulle afdække eventuelle risici for misbrug af ordningen. Revisionen omfattede tillige en evaluering af den interne kontrol med sygefravær med særlig fokus på spørgsmål i forbindelse med den lægelige og administrative overvågning af langvarige sygefravær, der ofte ender med invalidepensionering. Der blev foretaget substanstest af en stikprøve af administrative invalidepensionsdossierer. Dossiererne blev udvalgt tilfældigt, dog til dels med fokusering på et udsnit af populationen, hvor risikoen for uberettiget tilkendelse af invalidepension muligvis var højere ⁽¹⁾. Denne fremgangsmåde resulterede i, at der i langt de fleste tilfælde blev udvalgt dossierer vedrørende personer med psykiske lidelser, som antages at være vanskeligere at evaluere. Retten sendte også et spørgeskema til et udsnit af invalidepensionsmodtagere ⁽²⁾. Herudover anmodede Retten en lægesagkyndig (herefter »Rettens lægesagkyndige«) om at gennemgå halvdelen af sygejournalerne for de pågældende for at undersøge, om invaliditetsudvalgenes udtalelser var velfunderede, og om tilkendelsen af invalidepension forekom berettiget fra en lægelig synsvinkel ⁽³⁾. Revisionen var koncentreret om de invalidepensioner, der blev tilkendt i perioden 1996-2000. Med

⁽¹⁾ Der blev taget hensyn til følgende risikofaktorer:

- ingen anerkendelse af alvorlig sygdom fra Fællesordningen for Syge- og Ulykkesforsikrings (JSIS) side
- intet større kirurgisk indgreb
- lavt niveau for JSIS-refusioner af lægeudgifter i de to sidste år før invalidepensioneringen
- personale, der havde været genstand for administrative undersøgelser, disciplinærsager eller sager om inkompetence, eller som havde fået karakteren »ikke tilfredsstillende« i deres bedømmelse
- tilkendelse af eksistensminimum
- tilfælde, hvor den alderspension, den ansatte ville have opnået som 60-årig, er lavere end maksimumsatsen.

⁽²⁾ Svarprocenten var 57.

⁽³⁾ Revisionsresultaterne fremlægges på en sådan måde, at reglerne om lægers tavshedspligt ikke er blevet tilsidesat, og den lægesagkyndiges rapport indeholder ingen oplysninger, der kan vise forbindelsen mellem en identificerbar person og en patologisk tilstand.

henblik på sammenligning besøgte Retten fem medlemsstater ⁽⁴⁾, som var repræsentative for et bredt udsnit af de administrative traditioner i Fællesskabet, samt en række internationale organisationer ⁽⁵⁾, hvis problemer kan sammenlignes med institutionernes. Data blev indsamlet på grundlag af interviews med repræsentanter for disse medlemsstater og organisationer.

INVALIDEPENSIONSORDNINGEN

Regler

3. Retsgrundlaget for invalidepensioner for tjenestemænd og midlertidigt ansatte er artikel 78 i vedtægten for tjenestemænd i De Europæiske Fællesskaber og artikel 33 i ansættelsesvilkårene for de øvrige ansatte i De Europæiske Fællesskaber ⁽⁶⁾. Tjenestemænd og øvrige ansatte er berettiget til invalidepension i tilfælde af vedvarende og fuldstændig invaliditet, som forhindrer dem i at gøre tjeneste i en stilling i deres stillingsgruppe.

4. Invalidepensionsproceduren indledes enten af institutionen, når en ansat har haft sygeorlov i mere end 12 måneder inden for en periode af tre år (vedtægtens artikel 59, stk. 1), eller efter anmodning fra den pågældende ansatte.

5. Der oprettes et invaliditetsudvalg (vedtægtens artikel 9, stk. 1, litra b)). Invaliditetsudvalget skal tage stilling til, om den ansatte er ramt af invaliditet i personalevedtægtens forstand (artikel 13 i bilag VIII til personalevedtægten). Udvalget består af tre læger (artikel 7 i bilag II til personalevedtægten):

- a) en, der er udpeget af institutionen
- b) en, der er udpeget af den ansatte selv
- c) en, der er udpeget af disse to læger efter fælles aftale.

6. Såfremt der ikke er enighed om udpegelsen af den tredje læge, beskikkes denne af Domstolens præsident. Invaliditetsudvalget afgiver enstemmig udtalelse eller, hvis dette ikke er muligt, en flertalsudtalelse.

⁽⁴⁾ Østrig, Frankrig, Tyskland, Det Forenede Kongerige og Sverige.

⁽⁵⁾ Den Europæiske Investeringsbank (EIB), Den Europæiske Bank for Genopbygning og Udvikling (EBRD), Den Internationale Arbejdsorganisation (ILO) og Verdenssundhedsorganisationen (WHO) samt FN's fælles pensionsfond for personalet (FN).

⁽⁶⁾ Rådets forordning (EØF, Euratom, EKSF) nr. 259/68 af 29. februar 1968 (EFT L 56 af 4.3.1968, s. 1), senest ændret ved Rådets forordning (EF, EKSF, Euratom) nr. 1986/2001 af 8. oktober 2001 (EFT L 271 af 12.10.2001, s. 1).

7. Hvis invaliditetsudvalget bekræfter den ansattes invaliditet, afskediges denne uden ansøgning den sidste dag i den måned, i hvilken ansættelsesmyndigheden har fastslået, at han er endeligt uarbejdsdygtig og ikke kan udøve sit hverv (personalevedtægtens artikel 53). Retten til invalidepension opstår den første dag i den kalendermåned, der følger efter den måned, i hvilken den ansatte afskediges med pension (artikel 14 i bilag VIII til personalevedtægten).

8. Så længe en tidligere ansat, der modtager invalidepension, ikke er fyldt 60 år, kan institutionen lade ham undersøge med bestemte mellemrum for at sikre sig, at han stadig opfylder betingelserne for at oppebære denne pension (artikel 15 i bilag VIII til personalevedtægten). Såfremt en tidligere ansat, der modtager invalidepension, genindtræder i tjenesten, bliver den tid, i hvilken han har modtaget pensionen, taget i betragtning ved beregningen af pension på basis af anciennitet, uden at han er forpligtet til efterbetaling af bidrag (artikel 16 i bilag VIII til personalevedtægten).

9. Invalidepensionen svarer til den alderspension, som den ansatte ville være berettiget til ved det fyldte 65. år, hvis han var forblevet i tjenesten indtil denne alder. Når invaliditeten skyldes en ulykke under udøvelsen eller i forbindelse med udøvelsen af tjenesten, erhvervs sygdom eller en opofrende handling i offentlig interesse eller, at den ansatte har sat sit liv på spil for at redde menneskeliv, udgør invalidepensionen 70 % af den ansattes grundløn. Invalidepensionen beregnes på basis af den grundløn, som

den ansatte ville have oppebåret i sin lønklasse, hvis han endnu havde været i tjeneste på det tidspunkt, på hvilket pensionen udbetales (hvilket betyder, at en ansat, der er pensioneret på grund af invaliditet, rykker op i løntrin inden for sin lønklasse). Invalidepensionen kan ikke være mindre end 120 % af eksistensminimum svarende til grundlønnen for en tjenestemand i lønklasse D 4, første løntrin (personalevedtægtens artikel 78). Dette indebærer, at fra lønklasse D 4 til lønklasse C 2, femte løntrin, lønklasse C 1, andet løntrin, lønklasse B 5 og lønklasse B 4, andet løntrin, er den maksimale alderspension (70 % af grundlønnen) lavere end minimumsinvalidpensionen. Ifølge forslaget om ændring af personalevedtægten, som Kommissionen forelagde Rådet i april 2002, vil minimumsinvalidpensionen blive reduceret til 100 % af eksistensminimum.

Statistikker og analyser

10. Bevillingerne til invalidepensioner til tjenestemænd og øvrige ansatte i samtlige institutioner opføres på konto A-1 9 0 1 i Kommissionens budget. *Tabel 1* viser budgetudgifterne i perioden 1985-2000. I 2000 beløb betalingerne sig til 123,7 millioner euro. Der er tale om næsten en tredobling af de årlige udgifter i faste priser i denne periode. Som det fremgår af *tabel 1* og *figur 1*, er udgifterne til invalidepension steget væsentligt mindre end udgifterne til alderspensioner, som er vokset til næsten det seksdobbelte.

Tabel 1

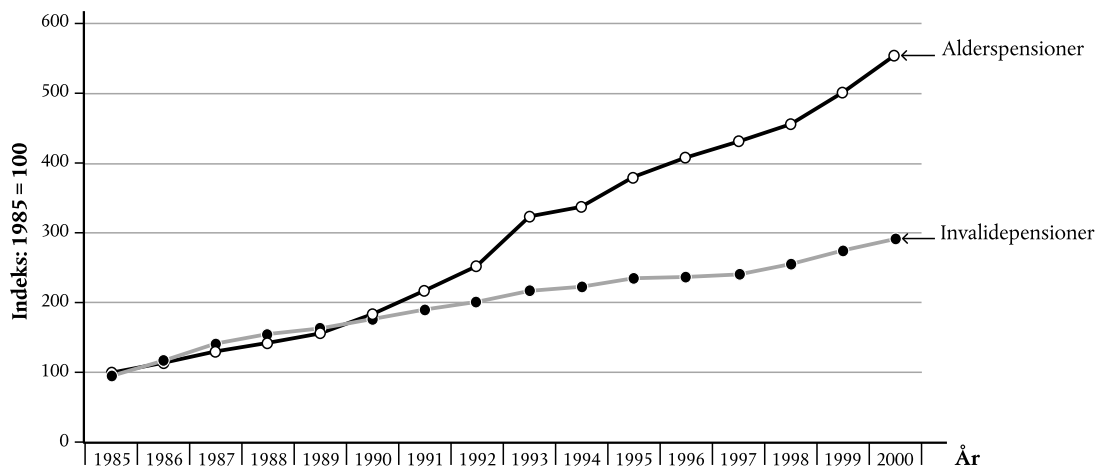
Budgetudgifter til invalide- og alderspensioner for alle institutioner

	Invalidepensioner (Konto A-1 9 0 1, tidligere konto 1 2 0 1 og 1 1 2 1)		Alderspensioner (Konto A-1 9 0 0, tidligere konto 1 2 0 0 og 1 1 2 0)	
	i mio. ECU/EUR (løbende priser)	indeks: 1985 = 100 (faste priser)	i mio. ECU/EUR (løbende priser)	indeks 1985 = 100 (faste priser)
1985	26,1	100,0	35,3	100,0
1986	31,4	116,0	41,7	113,9
1987	39,3	140,6	49,3	130,3
1988	44,6	154,0	56,0	142,9
1989	49,6	162,7	63,9	155,0
1990	57,3	178,0	79,7	182,9
1991	64,5	190,6	99,5	217,1
1992	70,6	200,3	119,9	251,2
1993	79,0	216,7	159,8	323,7
1994	83,5	222,0	171,1	336,3
1995	91,1	234,9	198,8	378,8
1996	94,2	237,1	218,7	406,6
1997	97,8	241,2	236,5	431,0
1998	104,9	254,3	254,2	455,6
1999	114,3	273,8	282,8	500,5
2000	123,7	290,4	319,1	553,5

Kilde: Forvaltningsregnskabet, bind II, sektion III, Kommissionen.

Figur 1

Sammenligning af udgifterne til alders- og invalidepensioner i perioden 1985-2000 (betalinger i faste priser)



11. I perioden 1985-2001 har der i gennemsnit været 166 invalidepensioneringer pr. år (jf. tabel 2). I 1986 og 1987 lå tallet markant højere end i den foregående periode. Antallet faldt brat i 1988, hvorefter der var moderate udsving frem til 1997. I 1998

steg det årlige antal pensioneringer til over 200, og der har siden da været en kraftig opadgående tendens. I 2001 blev 226 ansatte invalidepensioneret, det svarer til 0,78 % af de ansatte pr. 31. december 2000. Figur 2 viser med intervaller på 5 år, at procenten for

Tabel 2

Antal invalidepensioneringer i perioden 1985-2001

År	Kommis- sionen	Parlamentet	Rådet	Domstolen	Revisionsretten	ØSU/RU	Kontorer	I alt
1985	108	19	8	2	1	0	0	138
1986	166	13	9	4	2	4	0	198
1987	146	22	13	4	2	3	3	193
1988	130	12	16	2	3	5	0	168
1989	102	24	9	1	1	0	0	137
1990	108	18	11	2	2	1	1	143
1991	105	13	9	2	3	1	1	134
1992	89	17	12	1	3	2	2	126
1993	99	21	11	2	6	1	0	140
1994	109	17	8	5	0	2	1	142
1995	113	19	12	3	2	2	2	153
1996	120	13	7	2	2	7	2	153
1997	107	18	15	4	3	5	5	157
1998	140	27	19	1	7	4	4	202
1999	151	19	17	7	3	4	4	205
2000	153	23	14	10	7	5	1	213
2001	157	30	18	6	6	7	2	226
2001 i % af personalet ⁽¹⁾	0,78	0,78	0,71	0,61	1,15	0,92	0,15	0,78
I alt	1 946	295	190	52	47	46	26	2 602
Gennemsnit 1985-2001	124	19	12	3	3	3	2	166

⁽¹⁾ Tjenestemænd og midlertidigt ansatte pr. 31.12.2000.

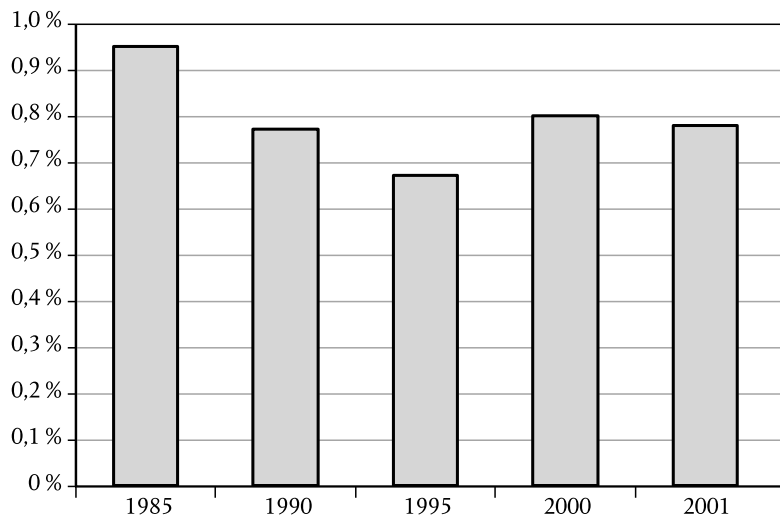
NB: Tallene er baseret på data fra den dato, afgørelsen om afskedigelse med invalidepension trådte i kraft.

Kilde: Kommissionens Sysper-database.

Figur 2

Udviklingen i procenten for invalidepensioneringer ⁽¹⁾ i Kommissionen

År	%
1985	0,95
1990	0,77
1995	0,67
2000	0,80
2001	0,78



⁽¹⁾ Procenten for invalidepensioneringer kan defineres som det antal ansatte, der i løbet af året pensioneres af helbredsgrunde, divideret med det samlede antal tjenestemænd og midlertidigt ansatte i Kommissionen.

Kilde: Kommissionens Sysper-database.

invalidepensioner i Kommissionen ⁽¹⁾ faldt i perioden 1985 til 1995, og at den var steget igen i 2000, mens den er faldet en smule i 2001.

12. De udsving i antallet af invalidepensioneringer, der er registreret over hele perioden, afspejler ikke i sig selv en unormal tendens, for, som det fremgår af analysen af forholdene i Kom-

missionen, synes de især at kunne tilskrives stigningen i antallet af ansatte og i personalets alder. Som det fremgår af tabel 3, var der tre gange så mange ansatte i 2000 som i 1970, mens de ansattes gennemsnitsalder steg fra ca. 40 til 45. I 1970 var kun 13,7 % af de ansatte over 50 år, men i 2000 var deres andel steget til 28,6 %. Som det fremgår af tabel 4, stiger invaliditetsrisikoen markant for ansatte over 50, som tegner sig for over tre fjerdedele af invalidepensioneringerne.

Tabel 3

Ændringer i Kommissionens personales aldersstruktur

	< 25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	I alt	Gennemsnitlig alder	
1970	3,4 %	11,3 %	19,2 %	19,0 %	17,9 %	15,5 %	7,5 %	4,7 %	1,5 %	100 %	6 162	39,79
1975	3,8 %	13,8 %	16,2 %	18,6 %	16,1 %	14,0 %	10,6 %	4,7 %	2,2 %	100 %	8 524	40,02
1980	2,1 %	9,7 %	18,0 %	16,1 %	16,7 %	13,9 %	11,8 %	8,5 %	3,2 %	100 %	9 751	41,84
1985	1,4 %	8,5 %	16,6 %	19,9 %	14,6 %	14,2 %	11,3 %	8,6 %	4,8 %	100 %	11 406	42,40
1990	0,5 %	6,9 %	15,8 %	20,6 %	19,4 %	13,8 %	11,9 %	7,4 %	3,7 %	100 %	14 113	42,53
1995	0,4 %	5,6 %	13,7 %	19,9 %	19,4 %	16,9 %	11,4 %	8,9 %	3,9 %	100 %	16 840	43,36
2000	0,0 %	2,2 %	11,7 %	18,7 %	20,6 %	18,2 %	15,1 %	9,2 %	4,3 %	100 %	19 097	44,74

Kilde: Kommissionens Sysper-database.

⁽¹⁾ Kommissionens personale tegner sig for ca. 75 % af invalidepensioneringerne.

Tabel 4

Invaliddepensioneringer fordelt på aldersgruppe (%) 1968-2000

	< 25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	I alt
1968-1972	0,00 %	0,06 %	0,03 %	0,07 %	0,09 %	0,19 %	0,30 %	0,76 %	2,34 %	0,17 %
1973-1977	0,00 %	0,00 %	0,07 %	0,11 %	0,03 %	0,18 %	0,40 %	1,00 %	1,06 %	0,18 %
1978-1982	0,00 %	0,02 %	0,09 %	0,31 %	0,37 %	0,77 %	1,41 %	4,23 %	6,96 %	0,99 %
1983-1987	0,00 %	0,02 %	0,08 %	0,25 %	0,79 %	1,00 %	1,87 %	4,05 %	6,03 %	1,17 %
1988-1992	0,26 %	0,06 %	0,13 %	0,19 %	0,41 %	0,68 %	1,33 %	3,23 %	3,18 %	0,76 %
1993-1997	0,00 %	0,02 %	0,10 %	0,20 %	0,34 %	0,53 %	0,94 %	2,43 %	2,96 %	0,65 %
1998-2000	0,00 %	0,00 %	0,09 %	0,14 %	0,30 %	0,59 %	1,27 %	2,82 %	2,74 %	0,77 %
Gennemsnit	0,04 %	0,03 %	0,09 %	0,18 %	0,33 %	0,56 %	1,07 %	2,65 %	3,61 %	0,67 %

Kilde: Kommissionens Sysper-database.

13. Som fremhævet af Retten i årsberetningen for 1987 findes de fleste af invalidepensionsmodtagerne i kategorierne C og D, som for det første er kendetegnet ved hyppigere invalidepensioneringer end andre kategorier, og for det andet ved, at flere kommer på invalidepension end på alderspension. Tabel 5 viser, at

kategorierne C og D i slutningen af 2000 tegnede sig for 62 % af invalidepensionerne, men kun for 21,7 % af alderspensionerne. Invalidepensioner udbetalt efter bestemmelserne om eksistensminimum tegner sig stadig for ca. en tredjedel af alle invalidepensioner, og heraf udbetales næsten alle (97 %) til ansatte i katego-

Tabel 5

Fordelingen på lønklasser af antallet af invalide- og alderspensionsmodtagere fra udgangen af 1987 til udgangen af 2000

	Alderspensioner				Invaliddepensioner				Heraf invalidepensioner udbetalt til ansatte ≥ 65			
	1987		2000		1987		2000		1987		2000	
A 1	67		134		2		3		2		2	
A 2	133		278		7		12		4		4	
A 3	225		654		47		69		10		47	
A/LA 5/4	373		1 461		197		362		44		185	
A/LA 7/6	29		40		36		93		5		15	
A/LA 8	0		0		0		1		0		0	
I alt A	827	55,6 %	2 567	50,1 %	289	20,3 %	540	18,7 %	65	19,9 %	253	22,2 %
B 1	211		1 051		129		229		42		136	
B 3/2	129		370		130		259		28		119	
B 5/4	12		21		41		69		9		21	
I alt B	352	23,7 %	1 442	28,2 %	300	21,1 %	557	19,3 %	79	24,2 %	276	24,2 %
C 1	161		851		250		628		63		242	
C 3/2	78		132		336		624		58		177	
C 5/4	5		8		46		128		8		17	
I alt C	244	16,4 %	991	19,3 %	632	44,4 %	1 380	47,9 %	129	39,6 %	436	38,2 %
D 1	51		106		125		255		41		116	
D 3/2	13		16		75		150		12		59	
D 4	0		0		1		1		0		0	
I alt D	64	4,3 %	122	2,4 %	201	14,1 %	406	14,1 %	53	16,3 %	175	15,4 %
Tilsammen	1 487	100 %	5 122	100 %	1 422	100 %	2 883	100 %	326	100 %	1 140	100 %

NB: Antallet af pensionsmodtagere = antallet af pensionerede ansatte – dødsfald – ansatte, der genoptager arbejdet.

Kilde: Kommissionens Sysper-database.

ri C og D ⁽¹⁾. Alle invalidepensioner til lønklasserne C 3-D 4 udbetales efter denne bestemmelse.

14. I ca. to tredjedele af tilfældene indkaldes invaliditetsudvalget på institutionens initiativ, når den pågældende ansatte over en treårig periode har haft over 12 måneders sygefravær, mens indkaldelsen finder sted på den ansattes begæring i den sidste tredjedel af tilfældene. I over 90 % af tilfældene afsluttes proceduren med tilkendelse af invalidepension, heraf ca. halvdelen med psykiske lidelser som begrundelse. De øvrige hovedårsager er lidelser i bevægeapparatet (ca. 20 %) og hjertekarsygdomme (ca. 15 %).

Psykiske lidelser er også den hyppigste invaliditetsårsag (30 %-60 % af invaliditetstilfældene) i de nationale forvaltninger og internationale organisationer ⁽²⁾.

RETTENS TIDLIGERE ARBEJDE OG OPFØLGNINGEN HERAF

Rettens tidligere arbejde

15. Retten påpegede i årsberetningen for 1987 ⁽³⁾ en række forhold, der gav anledning til at frygte, at systemet, der er lidet restriktivt, og som har stærk social dominans, kunne have visse uheldige virkninger, f.eks.:

- a) en markant stigning i antallet af tilkendte invalidepensioner i perioden 1983-1987
- b) en klar dominans af invalidepensioner i stillingskategori C og D, hvor invalidepensionen i langt de fleste tilfælde er højere end alderspensionen, der højst kan udgøre 70 % af grundlønnen (anvendelse af personalevedtægten's bestemmelse om eksistensminimum).

⁽¹⁾ I kategorierne A/LA og B anvendes bestemmelsen om eksistensminimum kun i de sjældne tilfælde, hvor invaliditeten indtræder efter en forholdsvis kort ansættelsesperiode.

⁽²⁾ 30 % for Tyskland i 2000 (Daten und Schlussfolgerungen zum Zweiten Versorgungsbericht der Bundesregierung, Bundesministerium des Innern, 12. september 2001) og 60 % i 1998-1999 for FN ifølge data indsamlet under besøget hos FN's fælles pensionsfond for personalet.

⁽³⁾ EFT C 316 af 12.12.1988, s. 151.

Opfølgning

»Caston-rapportens« anbefalinger

16. Som reaktion på Rettens arbejde og efter anmodning fra administrationscheferne blev der nedsat et ad hoc-tværinstitutionelt udvalg, som aflagde rapport i 1989 (benævnt »Caston-rapporten« efter udvalgets formand) til Budgetkontroludvalget. Rapporten anbefalede en kombination af ændringer til personalevedtægten og administrative foranstaltninger, der skulle forhindre misbrug af systemet og gøre invalidepensioner økonomisk mindre attraktive. Rapporten anbefalede tillige tidlig konstatering af problemer vedrørende karriere, mobilitet, forhold til overordnede eller adfærd, som kunne forværre en ansats helbredsproblemer, og behandling af sådanne problemer gennem egnede foranstaltninger.

17. Det tværinstitutionelle udvalg bemærkede, at der ikke fandtes dækkende statistikker over sygefravær, og at sådant fravær ikke blev kontrolleret godt nok. Udvalget foreslog, at man forbedrede koordineringen af de lægelige og administrative foranstaltninger for på et tidligt tidspunkt at finde frem til personer, som kunne tænkes at få tilkendt invalidepension. Udvalget fremhævede tillige, at der i visse tilfælde var behov for hurtigere administrative foranstaltninger for at undgå situationer, hvor en invalidepension i sidste instans vælges som den lette løsning.

Forholdsregler

18. Administrationscheferne hilste rapporten velkommen og videresendte rapportens konklusioner til Kommissionen, således at denne kunne foretage det fornødne i forbindelse med en reform af personalevedtægten, mens administrationen i hver enkelt institution skulle træffe de nødvendige administrative foranstaltninger.

19. Kommissionen udarbejdede forslag til ændringer af personalevedtægten's bestemmelser om invalidepensioner. Forslagene stødte på modstand fra fagforeningerne og personaleorganisationerne. I 1991 trak Kommissionen forslagene tilbage med den begrundelse, at den var nået til den konklusion, at personalevedtægten's invalidepensionsordning var fornuftig, og at det var bedre at intensivere kontrollen og straffe eventuelt misbrug. Kommissionen har nu, ti år efter, forelagt et forslag til reform af personalevedtægten med en række ændringer, der er meget lig de ændringer, der blev overvejet dengang og siden trukket tilbage. Som det fremgår af denne beretning, er der enten ikke truffet administrative foranstaltninger, eller de truffede foranstaltninger er stort set utilstrækkelige. Der er i dag ikke nogen planer om væsentlige ændringer på dette område.

STYRINGEN AF SYGEFRAVÆR

Sygefraværsporcet

20. Sygefravær har væsentlige økonomiske følger. Ifølge de oplysninger, Kommissionen i juli 2001 forelagde Parlamentet ⁽¹⁾, lå sygefraværsporcet i 2000 i institutionerne på mellem 3,3 % og 5,9 % af den teoretiske arbejdstid ⁽²⁾ svarende til ca. 7-12 arbejdsdage pr. person pr. år ⁽³⁾.

De gennemsnitlige fraværsporcet i en række nationale forvaltninger eller internationale organisationer tegner et lignende billede, selv om der muligvis er anvendt forskellige beregningsmetoder.

Generel fraværspolitik i institutionerne

21. Selv om der er indført visse interne regler og procedurer, har ingen institution vedtaget en overordnet politik med klare mål, der fastsætter de foranstaltninger, der er nødvendige for at håndtere alle fraværsporcet på en hensigtsmæssig måde, dvs. rimeligt og konstruktivt, men også fast. Dette gør det umuligt for institutionerne at sikre:

- a) at ansatte, der i længere perioder er ude af stand til at arbejde, får den nødvendige støtte
- b) at der gøres den nødvendige indsats for at mindske fraværet mest muligt i de ansattes og deres afdelings interesse, og
- c) at fremmedeporcet ikke forringes som følge af en uhenigtsmæssig opgavefordeling eller uhenigtsmæssige arbejdsvilkår.

Som det fremgår af det følgende, blev der konstateret særlige ledelsesmæssige mangler og svagheder, utilstrækkelig koordinering af de forskellige administrative tjenester og lægetjenester samt mangelfuld tilrettelæggelse af kontrollen.

⁽¹⁾ SEK(2001) 1128 endelig udg. (rapport vedhæftet forslag nr. 17/2001 om overførsel af bevillinger til dækning af udgifter til hjælpeansatte).

⁽²⁾ Sygefravær opgøres i kalenderdage. Som hovedregel gøres fraværet op for en referenceperiode på et kalenderår og udtrykkes som et gennemsnitligt procentuelt fravær for hele populationen i det pågældende år (antal fraværddage divideret med 365).

⁽³⁾ Hvis man regner med 205 arbejdsdage om året.

De forskellige parter roller og koordineringen heraf

Almindelige bemærkninger

22. Tre parter er involveret i styringen af fravær: den afdeling, medarbejderne er ansat i, personaleafdelingen og lægetjenesten. Systemet er ikke særlig effektivt, fordi parternes respektive opgaver og ansvar ikke er klart defineret, og fordi der ikke bliver fremsendt de nødvendige oplysninger — eller det sker for sent. Generelt er det klart, hvem der har ansvaret for at indberette fravær og føre fraværstatistikker, men det er ikke klart,

- a) hvem der først skal tage kontakt med den ansatte under fraværet, og hvor hyppigt og hvorledes kontakten skal etableres
- b) hvem der har ansvaret for at føre tilsyn med fraværsporcet for hver enkelt ansat og for hele institutionen, og hvilke benchmarks der skal anvendes
- c) hvem der skal identificere de fraværsmønstre, der giver anledning til bekymring, og hvem der skal træffe de nødvendige foranstaltninger
- d) hvem der skal beslutte, om der skal foretages lægeundersøgelser, og under hvilke omstændigheder
- e) hvem der skal sørge for, at den ansatte får yderligere støtte, hvis det er nødvendigt, f.eks. undersøgelser med henblik på tidlig diagnosticering af den ansattes helbredsproblemer og påvisning af problemernes sammenhæng med — og indvirkning på — den ansattes arbejdsvilkår, og hvem der skal træffe de nødvendige revalideringsforanstaltninger
- f) om der skal gennemføres interviews med den ansatte, efter at denne er vendt tilbage til arbejdet, og i så fald under hvilke omstændigheder, hvem der skal gennemføre dem, hvordan de skal gennemføres, og med hvilket formål.

23. Det er ikke klart, hvem der i tilfælde af sygefravær skal beslutte, at der skal foretages lægeundersøgelse, og hvad det primære formål med lægeundersøgelsen skal være. Det kan måske forklare, hvorfor der i Kommissionen kun kommer få anmodninger om lægeundersøgelser fra personaleafdelingen eller de afdelinger, hvor de pågældende er ansat. Disse afdelinger mener nemlig, at det er lægetjenestens ansvar. Lægetjenesten fortolker dette meget begrænset antal anmodninger fra de øvrige afdelinger som tegn på begrænset interesse for et spørgsmål, som lægetjenesten mener først og fremmest må være et ledelsesanliggende. På dette område bør institutionerne overveje at følge den gode praksis, der er indført i Domstolen og Rådet, hvor der er oprettet et fælles organ omfattende medlemmer af personaleafdelingen og lægetjenesten, som regelmæssigt holder møder, hvor de gennemgår fraværssager og træffer afgørelser om kontrol.

Mangler konstateret i bestemte institutioner

24. I 1999 begyndte *Kommissionen* at lægge ansvaret for orlovs- og fraværstyring ud til generaldirektoraterne. Denne reform blev gennemført under omstændigheder, der skabte væsentlige svagheder i kontrolsystemerne, og som tilsyneladende har bevirket, at *Kommissionen* til dels har mistet den overordnede kontrol over dette område. Dette illustreres af *Kommissionens* vanskeligheder med at fremlægge de nødvendige oplysninger til brug for revisionen, selv om der var tale om oplysninger af stor betydning for den daglige ledelse.

25. Generaldirektørerne ⁽¹⁾ havde ikke ønsket denne decentralisering, som de opfattede som en yderligere administrativ byrde og ikke som et værktøj til brug for forvaltningen af deres personale. Fordelingen af ansvaret mellem disse generaldirektorater og Generaldirektoratet for Personale og Administration (GD ADMIN) er også uklar. Skal GD ADMIN blot rådgive og støtte, eller skal det vejlede, koordinere og føre tilsyn? I alle generaldirektorater er der også udpeget en personaleansvarlig og en orlovsansvarlig, men det står ikke klart, om de kun har ansvaret for den rent administrative registrering af fravær og lignende administrative opgaver — sådan fungerer det tilsyneladende i dag — eller om deres opgaver er mere vidtrækkende.

26. *Kommissionen* havde tidligere en central database indeholdende generelle oplysninger om alle ansatte, men i forbindelse med decentraliseringen er der sket en opsplitning, og der er oprettet en særskilt database for hvert generaldirektorat, SIC Congés. SIC Congés-programmet har forholdsvis få funktioner, der kan anvendes til analyse af data og udarbejdelse af data og rapporter, og de funktioner, der findes, egner sig ikke altid til brug ved kontrollen af, hvordan personalevedtægtens bestemmelser anvendes. Det forekommer uhensigtsmæssigt at pålægge hvert enkelt generaldirektorat at udvikle sit eget dataanalyseprogram, som nødvendigvis må ligne de øvrige generaldirektoraters programmer meget.

27. *Kommissionens* lægetjeneste har ikke adgang til SIC Congés, men har udviklet sin egen database, Sermed, som i modsætning til SIC Congés ikke indeholder oplysninger om sygefravær, hvor der ikke er fremlagt nogen lægeattest. Normalt informeres lægetjenesten ikke om disse fravær. Det, at der er to parallelt kørende databaser, forsinket fremsendelsen af oplysninger og gør det vanskeligt at afstemme oplysningerne.

28. I *Parlamentet* findes der ganske unødvendigt to databaser med oplysninger om orlov og fravær. De generaldirektorater, hvor de pågældende ansatte arbejder, og Generaldirektoratet for Personale (personaleafdeling og lægetjeneste) har nemlig hver deres database indeholdende stort set de samme oplysninger. Der er ingen sammenkobling mellem de to databaser, og da Generaldi-

rektoratet for Personale og de øvrige generaldirektorater ikke har adgang til hinandens databaser, skal oplysningerne skrives ud, før de kan blive sendt videre.

29. I *Rådet* har de generaldirektorater, hvor de pågældende ansatte arbejder, overhovedet ingen adgang til databasen i Generaldirektoratet for Personale og Administration, som omfatter personaleafdelingen og lægetjenesten. Generaldirektoraterne indberetter fravær i papirformat, hvilket forsinket registreringen af fravær i databaserne og følgelig også gennemførelsen af den nødvendige kontrol. De generaldirektorater, hvor de pågældende ansatte arbejder, modtager udskrifter af fraværregistre fra Generaldirektoratet for Personale og Administration, men får ikke tilsendt de rapporter, analyser og advarselslister, som regelmæssigt eller lejlighedsvis udarbejdes af dette generaldirektorat, og de er heller ikke selv i stand til at producere denne type data.

Lægekontrol af fravær

30. Ud over ovennævnte problemer kompliceres lægekollen af fravær af en række mangler og problemer, som væsentligt forringer kontrollens effektivitet.

Institutionernes rådgivende læger har mange forskellige opgaver

31. Institutionernes rådgivende læger har et stort ansvarsområde. Deres hovedopgaver omfatter:

- a) arbejdsmedicin, lægeundersøgelse før ansættelsen, årlige lægeundersøgelser og arbejdsmiljøspørgsmål
- b) lægekontrol, herunder kontrol af fravær
- c) lægeudtalelser, deltagelse i invaliditetsudvalg
- d) lægelige spørgsmål omfattet af personalevedtægten, udtalelser om de lægelige aspekter af ansøgninger om ydelser (f.eks. fordobling af familietillæg til familier med et handicappet barn osv.)
- e) lægevagt samt behandling og rådgivning af de ansatte.

⁽¹⁾ Der blev gennemført interviews i tre GD'er.

32. Ifølge de etiske regler i ILO's konvention nr. 161 ⁽¹⁾ og i de nationale lovgivninger ⁽²⁾, der er vedtaget til gennemførelse af Rådets direktiv 89/391/EØF af 12. juni 1989 om iværksættelse af foranstaltninger til forbedring af arbejdstagernes sikkerhed og sundhed under arbejdet ⁽³⁾, er en rådgivende læges opgaver uforenelige med en kontrollerende læges opgaver. I strid med disse bestemmelser bestred lægerne i Domstolen og Revisionsretten i den relevante periode både hvervet som bedriftslæge eller rådgivende læge og hvervet som kontrollerende læge. I Parlamentet foretages lægekontrollen af fravær af kontrollerende læger, der er ansat med dette for øje, og hvis arbejde overvåges af institutionens læger. En sådan situation skaber etiske problemer for lægerne ⁽⁴⁾ og forvirring hos såvel institutionen som dens personale med hensyn til, hvilken rolle lægerne har i en given situation.

Kontrollens intensitet

33. Der er kun få kontrollerende læger ansat ved institutionerne. F.eks. havde Kommissionen til brug for sine ansatte i Bruxelles (ca. 16 000) indtil for nylig kun to hjælpeansatte kontrollerende læger på deltid, og deres arbejdsbyrde var så stor, at den praktisk taget udelukkede ethvert hjemmebesøg ⁽⁵⁾ og enhver tidlig eller uvarslet kontrol. Rådet har én deltidsansat kontrollerende læge. I Domstolen og Revisionsretten skal den rådgivende læge,

som er deltidsansat, så vidt muligt selv foretage denne kontrol ud over alle sine øvrige opgaver.

34. Selv om Retten kun har været i stand til at skaffe ufuldstændige oplysninger om dette spørgsmål, synes kontrolfrekvensen af disse årsager at være lav. F.eks. kontrolleres ca. 6 % af fraværene i Kommissionen. Det har ikke været muligt at skaffe tal fra Parlamentet, der viser, hvor ofte der foretages kontrol. I Domstolen og Revisionsretten kontrolleres fravær sjældent, mens kontrolhyppigheden i Rådet er noget større. Generelt fokuserer kontrollen på gentagne langvarige fravær og fravær, hvor risikoen for misbrug er særlig høj. Den omstændighed, at systemet ikke giver mulighed for tidligere og mere intensiv kontrol, betyder, at det hverken forhindrer misbrug ⁽⁶⁾ eller sikrer støtte i rette tid til de ansatte, som virkelig har behov for støtte (jf. punkt 53 og 54).

Frister for fremlæggelse af lægeattester og udførelse af kontrol

35. Personalevedtægten (artikel 59, stk. 1) giver mulighed for i alt 12 dages fravær om året på grund af sygdom af en varighed på under tre dage. For den fjerde og de følgende dages fravær skal der fremlægges lægeattest. I vedtægten er der imidlertid ikke sat en frist for fremlæggelsen af lægeattesten. Hver institution har vedtaget gennemførelsesbestemmelser eller praksis, som varierer en smule fra institution til institution ⁽⁷⁾. Disse regler, som i nogle tilfælde er uklare, anvendes i praksis meget fleksibelt, og det indvirker på effektiviteten af fraværskontrollen, især når der er tale om fravær af kortere varighed.

⁽¹⁾ Artikel 15 i ILO's konvention nr. 161 bestemmer: »Occupational health services shall be informed of occurrences of ill health amongst workers and absence from work for health reasons, in order to be able to identify whether there is any relation between the reasons for ill health or absence and any health hazards which may be present at the workplace. Personnel providing occupational health services shall not be required by the employer to verify the reasons for absence from work.« (Bedriftssundhedstjenester skal underrettes om tilfælde af sygdom blandt arbejdstagere samt om fravær fra arbejde af helbredsårsager for at kunne afgøre, om der er nogen forbindelse mellem årsagerne til sygdommen eller fraværet og eventuelle sundhedsrisici på arbejdspladsen. Arbejdsgiveren må ikke pålægge det personale, der yder bedriftssundhedstjeneste, at undersøge årsagerne til fravær fra arbejdet. — Rettens oversættelse).

⁽²⁾ Hvad angår Luxembourg hedder det i artikel 12 i lov af 17. juni 1994 om bedriftssundhedstjeneste, at »le médecin du travail exerce sa fonction en toute indépendance professionnelle par rapport à son employeur et aux travailleurs. En aucun cas le médecin ne peut vérifier le bien-fondé des congés de maladie. La fonction de médecin du travail est incompatible avec l'exercice libéral de la profession.« (Bedriftslægen skal udøve sit hverv helt uafhængigt af arbejdsgiveren og personalet. Lægen må under ingen omstændigheder kontrollere berettigelsen af sygefravær. Bedriftslægens opgaver er uforenelige med udøvelsen af lægegerningen som liberalt erhverv. — Rettens oversættelse).

⁽³⁾ EFT L 183 af 29.6.1989.

⁽⁴⁾ Af disse årsager besluttede Parlamentets rådgivende læge i Luxembourg for nylig at indstille kontrollen af berettigelsen af sygefravær.

⁽⁵⁾ Siden slutningen af 2000 har Kommissionen benyttet en ekstern virksomhed til hjemmebesøgene.

36. En ansat kan være et stykke tid om at indsende en lægeattest, og det tager også tid at få sendt oplysningerne fra den ene afdeling til den anden. Alt i alt går der som regel mindst to uger fra den første fraværsgang, før der kan foretages kontrol. Kontrollen foretages således på et sent tidspunkt, undertiden endog efter, at den ansatte har genoptaget arbejdet, hvilket er normal praksis i Rådet. Kontrollen bliver dermed mindre effektiv i de tilfælde, hvor fravær mistænkes for ikke at være ægte sygefravær, for så er

⁽⁶⁾ Selv om det ganske vist ikke har nogen betydning for invaliditetsspørgsmålet, skal det endvidere bemærkes, at korte fraværperioder, herunder de fravær på under tre dage, for hvilke der ikke fremlægges lægeattest, stort set aldrig kontrolleres. Dette indebærer en risiko for misbrug af en frist, der af nogle kan fortolkes som en ret til 12 dages ekstra ferie om året.

⁽⁷⁾ I disse interne regler er fastsat følgende frister:
— Kommissionen: ingen præcis frist (»så hurtigt som muligt«)
— Parlamentet: senest den fjerde kalenderdag
— Rådet: senest den sjette arbejdsdag
— Domstolen: ingen skriftlige regler; normalt senest efter en uge
— Revisionsretten: ingen præcis frist, normalt senest ved genoptagelsen af arbejdet.

det ikke længere muligt at drage fraværets lovlighed i tvivl, end ikke i de mest tvivlsomme tilfælde. Retten i Første Instans har nemlig fastslået ⁽¹⁾, at gyldigheden af en lægeattest, som dækker perioden før kontrollen, ikke kan drages i tvivl.

Institutionens ret til at kræve lægeundersøgelse

37. I personalevedtægten (artikel 59, stk. 1) hedder det dels, at en ansat, der er fraværende på grund af sygdom, kan underkastes en lægeundersøgelse foranstaltet af institutionen, dels (artikel 60), at med forbehold af eventuelle disciplinærretlige bestemmelser fradrages enhver ubeføjet udeblivelse, der behørigt er konstateret, i den pågældendes årlige ferie, og at der skal ske et fradrag i lønnen, hvis den årlige ferie er opbrugt. Personalevedtægten siger intet om, hvilke foranstaltninger der skal træffes, når en ansat lægger hindringer i vejen for eller bevidst unddrager sig en lægeundersøgelse.

38. Det forekommer ikke urimeligt at antage, at en institutions manglende mulighed for at udøve kontrol som følge af bevidst unddragelse fra den ansattes side i sig selv kan begrunde, at et fravær kendes ubeføjet fra og med den dato, der er fastsat til lægeundersøgelsen. Generalsekretariatet for Rådet har indført klare interne bestemmelser i denne retning. Ifølge Parlamentets interne bestemmelser fastslås det blot, at den ansatte i så fald tilsidesætter sine forpligtelser og kan underkastes disciplinære foranstaltninger, men i praksis har Parlamentet fulgt samme fremgangsmåde som Rådet. Begge institutioner måtte imidlertid opgive denne praksis efter en afgørelse truffet af Retten i Første Instans ⁽²⁾, som fastslog, at der ikke var nogen hjemmel for den fulgte praksis. Ifølge Retten i Første Instans skaber fremlæggelsen af en lægeattest en formodning om lovligt fravær. For at man kan fradrage et fravær i den årlige ferie, forudsættes det, at det er behørigt godtgjort, at fraværet er ubeføjet. Den ansatte er forpligtet til at underkaste sig en undersøgelse, men en tilsidesættelse af denne forpligtelse giver ikke i sig selv institutionen ret til at ændre lovlighedsformodningen til en formodning om, at det sygefravær, for hvilket der behørigt er fremlagt lægeattest, er ubeføjet. På den anden side kan tilsidesættelsen af forpligtelsen eventuelt gøres til genstand for en disciplinær sag. I virkeligheden står institutionerne således praktisk taget magtesløse i sådanne, heldigvis sjældne, situationer, hvor der er grund til at betvivle fraværets lovlighed, eftersom dette spørgsmål, uanset hvilken sag der er tale om, ikke kan afgøres ved nogen disciplinær procedure.

I Frankrig er det i medfør af reglerne for statsansatte ⁽³⁾ sådan, at hvis den ansatte ikke kan begrunde, hvorfor han har nægtet at underkaste sig lægeundersøgelsen, kan centralforvaltningen tilbageholde hans løn, erklære fraværet ubeføjet og indlede en »udeblivelsesprocedure«, der kan føre til, at han fjernes fra sin post.

39. Den kontrollerende læges konklusioner med hensyn til, om den ansatte er i stand til at genoptage arbejdet, kan anfægtes, hvilket der ikke er noget unormalt ved. Men klage- og voldgiftsmekanismen er yderst besværlig og uhensigtsmæssig. Hvis den ansatte fremlægger en ny lægeattest, og hvis uenigheden mellem den behandlende og den kontrollerende læge fortsat består efter en ny undersøgelse, skal sagen ifølge den praksis, der er etableret af Retten i Første Instans ⁽⁴⁾, indbringes for invaliditetsudvalget. Denne procedure er på grund af den lange tid, den tager, ganske uegnet til håndtering af tvister af denne type, fordi det er vanskeligt at forestille sig, at invaliditetsudvalget kan afgøre, om den ansatte flere måneder tidligere var i stand til at genoptage arbejdet ⁽⁵⁾.

I Frankrig skal den berørte ansatte i medfør af reglerne for statsansatte ⁽³⁾ genoptage arbejdet, så snart han modtager forvaltningens beslutning herom. Han kan indbringe den kontrollerende læges konklusioner for et lægekollegium bestående af læger, som centralforvaltningen udpeger for tre år ad gangen (og som mødes mindst to gange om måneden). Drejer tvisten sig om forlængelse af et fravær, der allerede har varet i over seks successive måneder, kan han indbringe lægekollegiets udtalelse for et højere lægekollegium (der udpeges for tre år ad gangen af Sundhedsministeriet).

40. Alle disse faktorer indvirker på effektiviteten af den lægelige kontrol, især i tilfælde, hvor der består stærk tvivl om fraværets berettigelse.

INVALIDEPENSIONER

Kvantificering og overvågning af omkostningerne forbundet med ordningen

41. Institutionerne har ikke de instrumenter, der skal til, for at de kan beregne og kontrollere omkostningerne forbundet med invalidepensionsordningen. Denne mangel bevirker bl.a., at de ansatte, der også bidrager til finansieringen af ordningen, ikke er

⁽¹⁾ Især i sag T-36/96, Gaspari mod Parlamentet — dom af 10. juli 1997.

⁽²⁾ Forenede sager T-110/99 og T-260/99, F mod Parlamentet — dom af 13. december 2000.

⁽³⁾ Fonctionnaires et stagiaires de l'Etat, Protection sociale contre les risques maladie et accidents de service (cirkulære af 30. januar 1989).

⁽⁴⁾ Sag T-171/98, Biasutto mod Rådet — dom af 22. februar 2000.

⁽⁵⁾ Eksempelvis kan nævnes, at denne voldgiftsprocedure tog 11 måneder i en sag, der var indbragt for Domstolen.

klar over deres ansvar og ikke er i stand til at kontrollere, hvordan ordningen fungerer. At det er sådan, hænger utvivlsomt sammen med, at omkostningerne forbundet med invalidepensionsordningen finansieres over budgettet fra år til år, og at man derfor ikke har anset det for nødvendigt at indføre overvågnings- og kontrolmekanismer svarende til dem, der anvendes for at sikre ligevægten i en pensionsfond. Bortset fra Kommissionen opfører institutionerne ikke budgetudgifterne til de pensioner, der tilkendes de ansatte, i deres regnskab; hvis de gjorde det, ville de måske være mere interesserede i at få indført sådanne mekanismer.

42. De budgetudgifter, der er opført under Kommissionens konto A-1 9 0 1, giver af flere årsager ingen oplysninger om omkostningerne forbundet med ordningen. For det første afspejler budgetudgifterne alene omkostningerne ved de pensioner, der er udbetalt i regnskabsåret. De specifikke fremtidige udgifter til invalidepensioner kendes ikke og er medtaget i den post på balancen, der vedrører de samlede fremtidige pensionsforpligtelser. For det andet er Fællesskabets ordning i modsætning til andre ordninger, hvor udbetalingen af invalidepension ophører, når modtageren når pensionsalderen og begynder at modtage alderspension, således indrettet, at en invalidepension udbetales indtil modtagerens død. Retten anslår, at af de 123,7 millioner euro i budgetudgifter, der var opført under konto A-1 9 0 1 for regnskabsåret 2000, blev ca. 40 % eller 50 millioner euro udbetalt til modtagere over 65 år. Der var således snarere tale om alderspensioner ⁽¹⁾. De vedtægtsændringer, der er under overvejelse, tager bl.a. sigte på, at der foretages en sådan sondring i fremtiden.

43. Retten anslår, at nettoomkostningerne forbundet med hver invalidepensionering er på ca. 370 000 euro ⁽²⁾. Tager man udgangspunkt i de nuværende tal for invalidepensioneringer, dvs. ca. 200 ansatte om året, svarer de invalidepensioner, der tilkendes hvert år, således til nettoomkostninger på i alt ca. 74 millioner euro. Disse nettoomkostninger er ikke det invalidepensionsbeløb, der betales til den tidligere ansatte, jf. fodnoten til dette punkt.

⁽¹⁾ Skønnet er baseret på oplysninger fra Kommissionens database Sysper, som indeholder personlige data om aktive og pensionerede ansatte.

⁽²⁾ I denne beretning forstås ved nettoomkostninger forbundet med invalidepension de aktuariemæssige nettofølger (udgifter – indtægter) for EF-budgettet af en tilkendt invalidepension. Følgerne svarer til den aktuariemæssige forskel mellem nettobudgetomkostningerne forbundet med invalidepensionering (dvs. omkostningerne forbundet med en invalidepension plus lønnen til den person, der ansættes i stedet for invalidepensionsmodtageren), og de nettobudgetomkostninger, der ville påløbe, hvis den pågældende ansatte fortsatte i et normalt karriereløb (dvs. lønnen til den ansatte indtil normal pensionsalder plus alderspension plus lønnen til hans afløser efter denne dato).

Bedømmelse af invaliditet

44. Ifølge personalevedtægtens artikel 78 er den tjenestemand eller midlertidigt ansatte, »der er ramt af vedvarende invaliditet, som anses for fuldstændig, og medfører, at den pågældende er ude af stand til at gøre tjeneste i en stilling i hans stillingsgruppe, berettiget til invalidepension«.

45. Hvis »vedvarende invaliditet, som anses for fuldstændig« skal forstås som en tilstand, der indebærer fuldstændigt tab af førlighed og/eller psykisk integritet, ville næsten ingen af de invalidepensionsmodtagere, der indgår i den stikprøve, Rettens lægesagkyndige har gennemgået, blive klassificeret som fuldstændig invalide. I praksis er det i overensstemmelse med ånden i personalevedtægten et spørgsmål om at afgøre, om den pågældende invaliditet medfører uarbejdsdygtighed, dvs. om den ansatte er ude af stand til at gøre tjeneste i en stilling i sin stillingsgruppe. Invaliditet dækker således mange faktorer og bedømmes dels ud fra strengt lægelige faktorer, der kan identificeres og måles ved hjælp af kliniske undersøgelser og test, dels ud fra ikke-lægelige faktorer, som bestemmes efter subjektive og ikke efter kvantificerbare kriterier. Personalevedtægten kræver ikke, at der overvejes andre mulige løsninger på problemet som f.eks. deltidsarbejde eller arbejde i en mindre krævende stilling i organisationen.

De fleste af de nationale forvaltninger og internationale organisationer, Retten har besøgt, anvender et lignende koncept. Men i Frankrig fastsættes invaliditetsgraden i medfør af reglerne for statsansatte ⁽³⁾ på grundlag af en officiel invaliditetsskala. I Sverige kan invaliditeten være 100 % eller delvis; ved delvis invaliditet (f.eks. 75 %) skal den ansatte arbejde deltids (f.eks. 25 %) ⁽⁴⁾.

46. Skal man kunne vurdere, om en ansat er ude af stand til at gøre tjeneste i en stilling i sin stillingsgruppe, skal man have en solid viden om den arbejdsmæssige baggrund, og der skal være god lægelig og administrativ synergi, især i tilfælde af psykiske lidelser ⁽⁵⁾. Det er navnlig vigtigt, at man er fortrolig med den ansattes specifikke arbejdsmæssige baggrund, og at mulige alternativer til en invalidepensionering undersøges omhyggeligt i god tid. På dette punkt er der væsentlige svagheder ved de systemer, de europæiske institutioner anvender.

47. I institutionerne vurderes invaliditet i dag alene ud fra en lægelig synsvinkel, hvilket de rådgivende læger i institutionerne er

⁽³⁾ Fonctionnaires et stagiaires de l'Etat, Protection sociale contre les risques maladie et accidents de service (cirkulære af 30. januar 1989).

⁽⁴⁾ Data indsamlet under besøget hos det svenske kontor for arbejdsgivere i den offentlige sektor.

⁽⁵⁾ Psykiske lidelser tegner sig for næsten halvdelen af invaliditetstilfældene i de europæiske institutioner.

de første til at beklage. Personaleafdelingerne og ansættelseskontorerne tager sig næsten udelukkende af de rent administrative aspekter af proceduren. Invaliditetsudvalget står derfor tilbage med ansvaret for at bedømme ikke alene de rent lægelige aspekter af problemet, men også de ikke-lægelige aspekter ⁽¹⁾. Meget ofte har invaliditetsudvalget ikke tilstrækkeligt præcise oplysninger om, hvilke opgaver patienten varetager, og hvilke opgaver han med rimelighed kunne varetage. Invaliditeten bedømmes herefter i forhold til en teoretisk referenceramme, hvor det antages, at alle stillingerne i den pågældende kategori er ensartede, mens sandheden er, at der er stor forskel på stillingerne. Nogle af de største forskelle vedrører arbejdsmiljøet og særlig forholdet til kollegaer. Systemet lægger således op til en bred fortolkning af invaliditetsbegrebet.

Overvågning, årsagsanalyse og korrigerende foranstaltninger

48. Institutionerne har ikke indført et overvågningssystem, der giver dem mulighed for vedvarende eller regelmæssigt at registrere især hyppigheden af invalidepensioneringer og at få oplysninger om hele sygdomsforløbet op til pensioneringen, at foretage tendensanalyser ud fra en række relevante parametre (alder, køn, kategori, anciennitet osv.), at identificere de mest udsatte personalegrupper, at analysere årsagerne til, at nogle af grupperne har en højere invaliditetsfrekvens end andre, eller at udforme og gennemføre eventuelle foranstaltninger vedrørende forebyggelse, tidlig opsporing og forskning i alternative løsninger. Dette er udtryk for en vis mangel på interesse hos institutionerne, både hvad angår den økonomiske forvaltning af ordningen, og hvad angår de arbejdsmiljø- og personaleledelsesaspekter, der kan tænkes at indvirke på problemet.

49. Der blev udarbejdet en del statistikker på tidspunktet for offentliggørelsen af Rettens bemærkninger i årsberetningen for 1987 eller umiddelbart derefter. I sin besvarelse af to forespørgsler fra Europa-Parlamentet i henholdsvis oktober 1991 og juni 1993 brugte Kommissionen hovedsagelig disse statistikker samt oplysninger fra en rapport, som Kommissionen havde fremlagt efter anmodning fra Rådet i december 1993 i forbindelse med gennemgangen af det foreløbige budgetforslag for 1994. Analysen er imidlertid meget overfladisk. Retten fandt intet, der tydede på, at der efter disse datoer blev gjort forsøg på at analysere, hvordan ordningen fungerede, eller på at opstille konkrete tal for den.

50. I nogle tilfælde foreligger der ufuldstændige eller meget specifikke oplysninger om f.eks. sygdomsforløbet op til en invalidepensionering, men det kan tilskrives individuelle initiativer taget af de enkelte rådgivende læger og ikke en opfordring fra

institutionerne. Endvidere beholder lægetjenesterne enten oplysningerne til eget brug, eller der bliver ikke fulgt op på oplysningerne, hvis disse videresendes til administrationen ⁽²⁾. Der blev ikke bevilget de nødvendige midler til en epidemiologisk undersøgelse, som et tværinstitutionelt lægeråd havde foreslået, og det for nylig fremsatte forslag om at lade Fællesordningen for Syge- og Ulykkesforsikring foretage en undersøgelse af personalets almen sundhedstilstand stødte på modstand hos repræsentanter for personalet og visse administrationer med den begrundelse, at der ikke var tilstrækkelig sikkerhed for, hvorledes oplysningerne ville blive anvendt.

51. Hvad angår analyser af invaliditetsårsager er et initiativ taget af Parlamentets rådgivende læge i Luxembourg værd at bemærke. Parlamentets rådgivende læge har udarbejdet femårige rapporter for perioden 1983-1998, der kunne være et eksempel til efterfølgelse for alle institutionerne. De indeholder mange oplysninger, herunder oplysninger om, hvor hyppigt der tilkendes invalidepension og om sygdomsforløbet før tilkendelsen af pensionen. Endvidere indeholder rapporterne en række hypoteser om invaliditetsårsagerne og anbefaler eventuelle foranstaltninger, der går på tilrettelæggelsen af arbejdet og arbejdsmiljøet samt visse personaleledelsesaspekter.

52. Ifølge disse rapporter er arbejdets tilrettelæggelse og det psykiske og sociale miljø væsentlige faktorer i forbindelse med stress og tab af motivation. De påvirker de ansattes sundhedstilstand og er muligvis medvirkende til, at psykiske lidelser udgør så stor en andel (ca. 50 %) af de lidelser, der medfører tilkendelse af invalidepension. Blandt årsagerne til dårlig trivsel på arbejdspladsen nævnes, at de ansatte mener, at arbejdet er uretfærdigt fordelt, og at de føler sig udelukket fra beslutningsprocessen, samt ledelsesmæssige mangler. Hvis en ansat rammes af en fysisk og/eller psykisk lidelse, kan disse forhold få afgørende betydning i den proces, der fører frem til invalidepensioneringen. Disse problemer kan især konstateres hos ansatte i de lavere stillingsgrupper, der har den opfattelse, at deres arbejde undervurderes og ikke møder tilstrækkelig anerkendelse. Dette synspunkt deles i vidt omfang af de rådgivende læger i de øvrige institutioner og af personaleafdelingerne. Svarene på Rettens spørgeskema til et udsnit af tidligere ansatte, der havde fået tilkendt invalidepension (jf. punkt 2), synes også at bekræfte denne konklusion. I ca. en tredjedel af tilfældene udtalte de tidligere ansatte nemlig, at de havde været utilfredse med arten af deres opgaver og/eller de vilkår, hvorunder arbejdet skulle udføres, og i to tredjedele af disse tilfælde erklærede de pågældende, at dette forhold havde påvirket deres beslutning om at ansøge om eller indvillige i en invalidepension. Ofte blev skylden lagt på den for tunge arbejdsbyrde, tidspres, mangel på menneskelige og materielle ressourcer og ikke mindst ledelsens rolle i forhold til disse problemer.

⁽²⁾ En kommissionslæge i Bruxelles har siden 1997 ført og ajourført statistikker om de medicinske årsager til invaliditet, men disse statistikker gives ikke videre til andre tjenestegrene. Siden 1999 har Rådets rådgivende læge forelagt administrationen tilsvarende årlige statistikker, og forskellige foranstaltninger er under overvejelse.

⁽¹⁾ De ikke-lægelige aspekter kan f.eks. være trivsel på arbejdspladsen, forholdet til kollegaer, evne til at arbejde med ny teknologi osv.

Tidlig opsporing, lægelig og administrativ synergi samt alternative foranstaltninger

53. Som følge af ovennævnte svagheder ved kontrollen af sygefravær er institutionerne ikke i stand til systematisk og på et tidligt tidspunkt at finde frem til udsatte personer med svigtende helbred og/eller svigtende arbejdsindsats. Institutionerne kan derfor ikke i god tid træffe hensigtsmæssige foranstaltninger (f.eks. mobilitet, tilrettelæggelse af arbejdet osv.), dvs. i så god tid, at det endnu er muligt for lægejetenesten og administrationen ved en fælles indsats at forhindre en kæde af begivenheder, der uvægerligt fører til, at sådanne udsatte personer ikke kan arbejde og ender med at få en invalidepension.

54. Svarene på Rettens spørgeskema til et udsnit af tidligere ansatte viste, at i ca. halvdelen af tilfældene havde hverken administrationen eller de overordnede forhørt sig hos de pågældende om deres sundhedstilstand eller om mulighederne for at genoptage arbejdet i sygefraværperioderne i det sidste år før indledningen af invaliditetsproceduren. Dette fortolkede de som almindelig lige gyldighed over for dem netop i en periode, hvor de havde problemer og havde brug for støtte og opmærksomhed fra institutionen i almindelighed og deres overordnede i særdeleshed.

55. Undersøgelsen gennemført af Rettens lægesagkyndige viste, at de gennemgåede dossierer med meget få undtagelser ikke indeholdt den mindste indikation af, at der før tilkendelsen af invalidepensionen var gjort en alvorlig indsats for at finde en alternativ løsning, ligesom der stort set aldrig blev fulgt op på den rådgivende læges forslag om bl.a. stillingsskift. Der blev sjældent tilbudt et alternativ til en invalidepensionering, eller tilbuddet fremkom for sent. En fjerdedel af stikprøven af tidligere ansatte, som var på invalidepension, kunne uden tvivl have fortsat med at arbejde, hvis institutionen havde afdækket og behandlet problemerne på et tidligere stadium. Denne opfattelse bekræftes af svarene på spørgeskemaet. 20 % af de tidligere ansatte mente nemlig, at de kunne have fortsat med at arbejde, hvis de havde fået tilbudt en alternativ løsning. På dette grundlag anslår Retten, at man ved at følge en politik, hvor gentagne eller langvarige sygefravær opdages og behandles på et tidligt tidspunkt, i princippet hvert år ville kunne spare ca. 10 millioner euro i nettoomkostningerne ved de invalidepensioner, der tilkendes i løbet af året.

Indledning af invaliditetsproceduren

56. Ifølge personalevedtægtens artikel 59, stk. 1, kan institutionen alene henvise en sag til invaliditetsudvalget, hvis den pågældende ansattes sygeorlov overstiger 12 måneder inden for en periode af tre år. Dette rejser det vanskelige spørgsmål, om det er

relevant, hvor længe en ansat har været midlertidigt uarbejdsdygtig, før proceduren indledes. Som enhver læge med erfaringer fra de sociale tjenester og enhver specialist i menneskelige ressourcer ved, er det en kendsgerning, at en person, der i længere tid har været borte fra sit arbejde, sjældent kan genoptage dette fuldt ud som følge af en kombination af medicinske, psykologiske, teknologiske eller sociologiske faktorer. Dette bekræftes af, at procedurene i disse tilfælde næsten altid afsluttes med tilkendelsen af en invalidepension. En undersøgelse af den stikprøve af sager, der blev forelagt Rettens lægesagkyndige til gennemgang, tyder på, at en grænse på seks måneder ville være mere hensigtsmæssig, både for at fange de sager, hvor en koordineret indsats stadig er nyttig og mulig, og for ikke at lade personer, som i realiteten aldrig vil komme til at genoptage arbejdet på permanent basis, forblive i en situation, hvor de opnår uberettigede økonomiske fordele⁽¹⁾. Af de tilgængelige oplysninger fremgår det tillige, at når invaliditetsproceduren indledes på initiativ af en ansat, sker det efter et gennemsnitligt fravær på fem måneder i en treårig periode.

De nationale forvaltningers og internationale organisationers invaliditetsordninger varierer mærkbart med hensyn til, hvor længe uarbejdsdygtigheden skal have varet, før proceduren kan indledes på deres initiativ. I forhold til EF-ordningen er perioden kortere i Tyskland (tre måneder inden for en seks måneders periode) og i EBRD (seks måneder). I ILO (18 måneder inden for en fireårig periode) er vilkårene mere lig vilkårene i Fællesskabet⁽²⁾.

57. De mindste institutioner (Domstolen og Revisionsretten) henviser sagerne til invaliditetsudvalget, så snart grænsen på 12 måneders fravær er nået, men det gælder ikke for de større institutioner, som ofte trækker tiden ud. Ud fra stikprøven kan det konstateres, at i 20 % af sagerne i Kommissionen og i 38 % af sagerne i Parlamentet blev invaliditetsproceduren indledt efter mere end 14 måneders fravær, og at den samlede fraværperiode lå på gennemsnitlig ca. 17 måneder⁽³⁾.

Invaliditetsudvalget

Sammensætning

58. Et kendetegn ved EF-systemet, som gør det forholdsvis tungt sammenlignet med andre invaliditetsordninger (se nedenfor), er, at to af de tre læger, der tilsammen udgør invaliditetsudvalget, ikke udpeges af den organisation, som finansierer

⁽¹⁾ Fuld løn.

⁽²⁾ Data indsamlet under besøgene.

⁽³⁾ Det har ikke været muligt at foretage tilsvarende beregninger for Rådet, som ikke har fremlagt de nødvendige data.

pensionen. Disse to læger er den læge, der repræsenterer den ansatte, og den læge (den tredje læge), som udnævnes efter aftale med den læge, der repræsenterer institutionen.

De besøgte medlemsstater har følgende ordninger for deres statsansatte:

I Østrig rekvirerer »Bundespensionsamt« (forbundspensionskontoret) to lægeundersøgelser, som foretages af to forskellige læger. I Tyskland afgives lægeudtalelsen af centralforvaltningens rådgivende læge. I Det Forenede Kongerige er det Medical Services Advice Board (lægetjenesternes rådgivende instans), der afgiver udtalelsen, mens det i Sverige er pensionsordningens læge og i EBRD forsikringsselskabets læge. I FN afgiver personalets pensionsudvalg, som er sammensat af repræsentanter for personalet, administrationen og medlemsstaterne, en indstilling på grundlag af en lægerapport fra den fælles lægetjeneste. I Frankrig er den rådgivende instans det berørte ministeriums »Commission de réforme« (invaliditetsudvalg), som er sammensat af afdelingschefen, finansinspektøren, to personalerepræsentanter og de tre læger fra lægeudvalget. Den berørte afdelings rådgivende læge kan få adgang til sagens akter, udtale sig og deltage som rådgiver i udvalgets møder. Udvalget kan også vælge at lade de læger, som den ansatte og administrationen har valgt, udtale sig ⁽¹⁾.

59. Samarbejdsviljen hos den ansatte, som skal udpege et af medlemmerne af invaliditetsudvalget, havde tilsyneladende ladet noget tilbage at ønske i de sager, hvor proceduren var blevet indledt på institutionens initiativ. Det viste sig nemlig ud fra stikprøven, at mens det i sager, hvor ansøgningen var kommet fra den ansatte, i gennemsnit tog 50 dage, før invaliditetsudvalget kunne træde sammen, tog det dobbelt så lang tid i sager, hvor det var institutionen, der havde taget initiativet ⁽²⁾. I 20 % af sagerne lå gennemsnittet på over seks måneder.

60. Dette fænomen kan til en hvis grad forklares ved, at de gennemgåede sager hovedsagelig vedrører psykiske lidelser, at der i nogle tilfælde kan være et konfliktfyldt forhold til institutionen, og at den tidligere ansatte modtager fuld løn, mens han har sygeorlov.

61. Grunden til, at der går så lang tid, kan også være problemer med at opnå enighed mellem institutionens rådgivende læge og den af den ansatte udpegede læge om valget af den tredje læge. De rådgivende læger har nævnt, at de forholdsvis ofte har været nødt til at modsætte sig forslag, hvor der blev peget på læger, som man vidste var tilbøjelige til at foreslå invalidepensionering som løsning. Endelig kan forsinkelserne også skyldes, at det ofte er vanskeligt at finde tidspunkter, hvor alle tre læger kan mødes.

⁽¹⁾ Data indsamlet under besøgene.

⁽²⁾ Denne forskel er dog til dels uundgåelig, for når proceduren indledes på den ansattes initiativ, oplyser han normalt navnet på den læge, der repræsenterer ham, når han indgiver ansøgningen.

62. Rettens lægesagkyndige når på grundlag af sin gennemgang af sagerne imidlertid frem til den konklusion, at valget af det tredje medlem af invaliditetsudvalget i alle de gennemgåede sager var meget passende, hvad angår lægens faglige kunnen og omdømme, uvildighed, fortrolighed med rådgivende arbejde og viden om de speciallægeområder, som arbejdet vedrørte.

Grundlag for udtalelserne

63. Som nævnt i punkt 1 var et af revisionsmålene at undersøge, om der kun tilkendes invalidepension, når invaliditeten er behørigt anerkendt. I alle 63 sager fra stikprøven, som blev gennemgået af Rettens lægesagkyndige, konkluderede denne, at udtalelserne var velfunderede, og at der var en klar og (for en læge) forståelig sammenhæng mellem invaliditetsudvalgets konstateringer og konklusioner. Udtalelserne var i alle tilfælde underbygget af oplysninger om diagnosticeringen og udviklingen af tilstanden, af prognosen for bedring eller helbredelse eller for det modsatte, når det var sandsynligt eller sikkert, at årsagerne til uarbejdsdygtigheden var blivende. Udtalelserne tog hensyn til de lægelige aspekter samt til spørgsmål vedrørende den ansattes integrering i arbejdsmiljøet, dog skal de grænser, der er sat for invaliditetsudvalgets arbejde, jf. punkt 47 ovenfor, tages i betragtning. Ved gennemgangen blev der ikke fundet nogen sager, hvor tilkendelsen af invalidepension var klart uberettiget. Dog var der to tilfælde, hvor der syntes at være tvivl om, hvor alvorlig og invaliderende tilstanden var, hvilket ikke er unormalt i betragtning af det spillerum, der nødvendigvis må være i vurderinger af denne art.

64. Ved andre sygdomme end psykiske lidelser var tilstanden blevet vurderet ved hjælp af egnede test, som gav et solidt grundlag for en nøjagtig og præcis diagnose. Til støtte for udtalelserne havde man fulgt almindelig praksis og anmodet en sagkyndig om at udtale sig; denne procedure var gennemført korrekt og mundt ud i pålidelige og reproducerbare udtalelser, som var yderst velskrevne. De psykiske diagnoser var også understøttet af dokumenter i sagsakterne, som gjorde det muligt at vurdere tilstandens relative alvor.

Afgørelse om invaliditet

65. Når invaliditetsudvalget konstaterer, at der er tale om invaliditet, afskediges den ansatte automatisk med pension den sidste dag i den måned, i hvilken ansættelsesmyndigheden anerkender, at han er varigt invalid og ude af stand til at varetage sine opgaver; retten til invalidepensionen opstår den første dag i den kalendermåned, der følger efter den måned, hvor afgørelsen blev truffet. I næsten 25 % af sagerne i stikprøven konstaterede Retten, at ansættelsesmyndigheden havde været længe om at træffe afgørelse, hvilket havde forsinket den ansattes afskedigelse med invalidepension unødigt med en måned.

Lægeundersøgelser efter invalidepensionering

66. Ifølge personalevedtægten (artikel 15 i bilag VIII) kan institutionen lade en tidligere tjenestemand, der modtager invalidepension og ikke er fyldt 60 år, undersøge med bestemte mellemrum for at sikre sig, at han stadig opfylder betingelserne for at oppebære denne pension.

67. Hyppigheden af sådanne kontrolundersøgelser varierede væsentligt fra institution til institution. Domstolen og Revisionsretten lader systematisk tidligere ansatte undersøge hvert andet år, medmindre invaliditetsudvalget finder sådanne undersøgelser unødvendige, fordi sygdommen er uhelbredelig. I Kommissionen bestemmer invaliditetsudvalget, hvor hyppigt undersøgelserne skal foretages, normalt sker det hvert eller hvert andet år. I Rådet foretages kun én undersøgelse, som finder sted halvandet til tre år efter afskedigelsen med invalidepension, og denne undersøgelse finder kun sted i et fåtal af sager (ca. 17 % ifølge den rådgivende læge). Lægeundersøgelser af denne type er sjældne i Parlamentet.

68. I den stikprøve, Rettens lægesagkyndige gennemgik, havde invaliditetsudvalget ikke krævet en lægeundersøgelse i 60 % af tilfældene ⁽¹⁾. I alle sagerne var invaliditetsudvalgets beslutning begrundet i den invalidepensioneres tilstand og prognosen. I de sager, hvor en undersøgelse var foreskrevet, var den gennemført forskriftsmæssigt, og konklusionerne af undersøgelsen var velfunderede.

69. Den lægeundersøgelse, som personalevedtægten giver hjemmel til, åbner i praksis ikke mulighed for, at invalidepensioneringen bringes til ophør. Det forekommer meget sjældent, at afbrydelse af invaliditet fører til vellykket genindtræden i tjenesten. Af de årsager, der er nævnt i punkt 56 er de tidligere ansatte i de meget sjældne tilfælde, hvor de er vendt tilbage til arbejdet, næsten altid blevet afskediget med invalidepension efter forholdsvis kort tid.

Reformen af ordningen

70. I forbindelse med den foreslåede reform af personalevedtægten har Kommissionen fremsat en række forslag, der skal gøre invalidepensionerne økonomisk mindre attraktive. Forslagene er stort set identiske med de forslag, der i 1989 blev fremsat i »Caston-rapporten« (jf. punkt 16 og 17):

- a) Invalidepensionen erstattes af en invaliditetsydelse, der igen erstattes af en alderspension, når pensionsalderen er nået (mellem 60 og 65 år, hvor den højeste sats nås).
- b) Invaliditetsydelsen beregnes som 70 % af grundlønnen og baseres ikke på den alderspension, den tidligere ansatte ville være berettiget til som 65-årig, hvis han fortsatte med at arbejde indtil da.
- c) Systemet med avancement i løntrin under hele invaliditetsperioden afskaffes.
- d) Mindsteydelsen efter eksistensminimumsbestemmelsen nedsættes fra 120 % til 100 % af grundlønnen for en tjenestemand på første løntrin i den laveste lønklasse.
- e) Der indføres en ikke-kumulationsregel, hvorefter der i invaliditetsydelsen fradrages den del af indtægterne fra lønnen erhverv, der overstiger det samlede beløb for den sidste løn, den ansatte modtog i aktiv tjeneste.
- f) Invaliditetsydelsen gøres betinget af, at der er betalt pensionsbidrag.
- g) Alderspensionen beregnes på grundlag af den seneste grundløn, der blev oppebåret under ansættelsen.

71. Efter Rettens opfattelse vil disse foranstaltninger medføre et fald på ca. 25 % i de samlede nettoomkostninger vedrørende de invalidepensioner, der tilkendes hvert år. Ud fra de nuværende tal for invalidepensionering vil disse omkostninger falde fra ca. 74 millioner euro (jf. punkt 43) til ca. 55 millioner euro. Endvidere anslår Retten, at foranstaltningerne vil føre til en gennemsnitlig nedsættelse med ca. 10 % af det invalidepensionsbeløb, der betales til tidligere ansatte. Nedsættelsen vil blive endnu større for ansatte i kategori C og D, der modtager eksistensminimummet, for dem vil den blive på ca. 14 %.

72. Ændringen af reglen om eksistensminimum kan forventes at give besparelser på ca. 2 millioner euro i nettoomkostningerne vedrørende de invalidepensioner, der tilkendes hvert år. For de pågældende modtagere af invalidepensionen vil ændringen reducere den samlede pension, der oppebæres, med ca. 6 %. Formålet med denne foranstaltning er dels at sikre, at ansatte, der fortsætter med at arbejde indtil normal pensionsalder, ikke stilles ringere, dels at tilskynde til at fortsætte med at arbejde ved at gøre arbejde økonomisk mere fordelagtigt end invaliditet. I visse tilfælde vil minimumsinvalidepensionen dog fortsat være højere end en alderspension.

⁽¹⁾ 38 sager ud af 63.

73. Kommissionen har ikke drøftet spørgsmålet med institutionernes rådgivende læger, som dog er hovedaktørerne i ordningen, og den har heller ikke taget hensyn til andre parametre end de økonomiske, selv om disse andre parametre, som påvist af Retten i denne beretning, vejer tungt. Invaliditetsproblemet er både et menneskeligt og et økonomisk problem. Den foreslåede reform tager ikke hensyn til behovet for en forebyggende indsats (arbejdsvilkår, informationskampagner, overvågning af fravær, mobilitet mv.), og heller ikke til behovet for efterfølgende foranstaltninger i form af revalidering eller ændring af arbejdsvilkårene (deltidsarbejde, tilpassede arbejdstider osv.), der kan tilskynde ansatte med et dårligt helbred til at fortsætte med at arbejde under rimelige vilkår uden nødvendigvis at måtte ansøge om invalidepension.

KONKLUSION

74. Hovedkonklusionen af revisionen er følgende:

- a) De invalidepensioner, der tilkendes hvert år, svarer til nettoomkostninger på i alt ca. 74 millioner euro; de gennemsnitlige nettoomkostninger forbundet med hver invalidepensionering er på ca. 370 000 (punkt 43).
- b) I alle de gennemgåede invalidepensionssager er invaliditeten blevet behørigt anerkendt (punkt 63).
- c) Institutionerne har som følge af manglende engagement hos den øverste ledelse ikke vedtaget en overordnet fraværs- og invaliditetspolitik (punkt 21 og 41).
- d) Styresystemerne er mangelfulde på visse punkter, og fraværs- og invaliditetsstyringen foregår alene ud fra en lægelig synsvinkel (punkt 20-40 og 44-54).
- e) Der kan opnås besparelser, hvis der træffes passende administrative foranstaltninger til fremme af forebyggelse, tidlig diagnosticering og behandling (punkt 55).

75. Rettens revision viste et sammensat billede. På den ene side har den procentvise andel af invalidepensionsmodtagere været stabil igennem de seneste 15 år, og stigningen i antallet af invalidepensioneringer kan forklares ved, at antallet af ansatte i institutionerne og personalets gennemsnitsalder er steget. Ifølge Rettens rådgivende læge er invalidepensionerne tilkendt på et korrekt grundlag, og invaliditetsudvalgene fungerer tilfredsstillende og

kan på grundlag af deres arbejde vurdere, om der virkelig er tale om sygdom, hvor alvorlig denne er og graden af den heraf følgende uarbejdsdygtighed. På den anden side er invalidepensionering i nogle lønklasser mere udbredt end almindelig pensionering. Rapporter fra institutionernes rådgivende læger og undersøgelser af invalidepensionsmodtagere viser, at dårlig trivsel på arbejdet ofte virker meget demotiverende på ansatte, som senere bliver pensioneret af helbredsårsager. En betydelig del af invalidepensioneringerne kunne endvidere undgås, hvis der i rette tid blev truffet egnede administrative foranstaltninger med henblik på forebyggelse og tidlig behandling af helbredsproblemer og de hermed forbundne arbejdsproblemer.

76. Der blev fundet mangler i den overordnede sygefraværspolitik og -styring, som generelt var kendetegnet ved manglende klarhed og manglende koordinering mellem de forskellige involverede afdelinger. Der er ressourcemangel, it-ledelsesværktøjerne er uegnede, og vedtægtsbestemmelserne skaber hindringer. Lægetjenesterne og administrationerne følger ikke en fælles strategi for håndtering af fravær som følge af langvarig og/eller gentagen sygdom, og der gøres meget lidt for at finde alternative løsninger i tide. Disse forhold fører til, at der forholdsvis let sættes en proces i gang, som uvægerligt ender med, at de berørte personer ikke kan arbejde og ender med at blive afskediget med invalidepension. I mange tilfælde anskues invaliditetsproblemet alene ud fra en lægelig synsvinkel. Personaleforvaltningerne og de afdelinger, hvor de pågældende er ansat, blander sig ikke i processen. De tager sig i det store og hele kun af den administrative side.

77. Ofte trækker det i langdrag med at få indledt en invaliditetsprocedure, og hyppigt forsinkes også selve gennemførelsen af væsentlige dele af denne procedure. Det belaster budgettet mærkbart og medfører ineffektiv udnyttelse af personaleressourcer. Problemerne med at få oprettet og indkaldt et invaliditetsudvalg, hvoraf to af de tre medlemmer udnævnes enten af den ansatte eller med dennes samtykke, er den væsentligste grund til forsinkelserne. Hyppigt var der også gået meget lang tid, før en administrativ beslutning om at afskedige en ansat med invalidepension forelå.

78. Personalevedtægtens bestemmelser om lægeundersøgelser efter invalidepensionering er i teorien gode nok, men i praksis har de ingen mærkbare virkninger, for det forekommer yderst sjældent, at genindtræden i tjenesten gennemføres med held, dvs. med varig genoptagelse af arbejdet. En person med et svigtende helbred, og som er borte fra arbejdet i længere tid, kan, især hvis der er psykiske problemer involveret, sjældent med succes genoptage arbejdet, og med meget få undtagelser er invaliditet altid definitiv.

79. I forbindelse med den foreslåede reform af personalevedtægten har Kommissionen fremsat forslag, som begrænser sig til de økonomiske aspekter af invalidepensionsordningen, og som stort set er en omarbejdelse af de forslag, der blev fremsat i 1989 og derefter opgivet. Inden forelæggelsen af reformforslagene foretog Kommissionen ikke en evaluering af den samlede ordning for at finde frem til alle de faktorer, der spiller ind ved invalidepensioneringer, og den inddrog ikke institutionernes rådgivende læger i sine indledende undersøgelser, selv om de rådgivende læger i dag er de vigtigste aktører i hele processen og kunne have ydet et nyttigt bidrag ved at udvide undersøgelsesfeltet.

ANBEFALINGER

80. Institutionerne bør fastlægge en overordnet sygefraværs- og invaliditetspolitik med resultatindikatorer. Den skal bygge på stærk støtte fra den øverste ledelse, en klar rolle- og ansvarsfordeling og stærk lægelig og administrativ synergi og være ressourcintensiv og lægge mere vægt på behovene hos de ansatte, der har brug for støtte. Det bør være et mål for denne politik, at der gøres en indsats på et tidligt tidspunkt i form af forebyggende foranstaltninger, der tager sigte på arbejdets tilrettelæggelse og arbejdsvilkårene. Denne politik bør også lægge vægt på den senere indsats for at fremme revalidering og tilskynde ansatte med et dårligt helbred til at fortsætte med at arbejde under rimelige vilkår.

81. En sådan politik er frem for alt ledelsens ansvar, selv om den naturligvis også har lægelige aspekter. Lederne skal derfor gøres opmærksomme på deres rolle og ansvar, og de skal have den nødvendige vejledning og uddannelse. Der bør indføres et egnet informations- og overvågningssystem til brug for ledelsen, så det sikres, at ledelsen i tide bliver opmærksom på bestemte fraværs mønstre og sager, hvor der er risiko for invalidepensionering, så den kan træffe de nødvendige forholdsregler. Institutionerne bør udarbejde årlige rapporter som et led i kontrollen af, hvordan systemet fungerer.

82. Det kan blive nødvendigt at overveje vedtægtsændringer, der giver mulighed for bedre håndtering af situationer, hvor en ansat lægger hindringer i vejen for eller bevidst unddrager sig en lægeundersøgelse. Man kunne også overveje at indføre en lettere og hurtigere klage- og voldgiftsmekanisme, der tages i brug, når den kontrollerende læges konklusioner anfægtes. Hvad angår invaliditetsbestemmelserne, kunne det være hensigtsmæssigt at overveje endnu engang, hvor længe en ansat skal have været på sygeorlov, før institutionen kan indlede invaliditetsproceduren. Man kunne også overveje, om lægeundersøgelser efter invalidepensioneringen er nødvendige samt betingelserne for foretagelsen af sådanne undersøgelser. Det bør også undersøges, om det ville være hensigtsmæssigt at ændre sammensætningen af invaliditetsudvalget og at skabe en mere permanent og tværinstitutionel struktur.

Vedtaget af Revisionsretten i Luxembourg på mødet den 27. februar 2003.

På Revisionsrettens vegne

Juan Manuel FABRA VALLÉS

Formand

INSTITUTIONERNES SVAR**RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNIONS SVAR**

Revisionsrettens særberetning om de europæiske institutioners invalidepensionsordning giver ikke anledning til bemærkninger fra Rådets side.

EUROPA-PARLAMENTETS SVAR**1.-2. Revisionsmål og -metode**

Parlamentet noterer sig med tilfredshed, at der er foretaget en detaljeret gennemgang af 127 af de mere vanskelige sager (invalidepension tilkendt af psykiske årsager), at en af Revisionsretten udpeget lægesagkyndig har gennemgået 63 af disse sager, og at der på dette grundlag ifølge revisionsrapporten ikke foreligger beviser for, at der er tilkendt invalidepension med urette eller som en erstatning for andre foranstaltninger. Desuden bifalder Parlamentet, at der i rapporten lægges vægt på forbedret overvågning og forebyggende foranstaltninger som den bedste indfaldsvinkel til dette vanskelige problem.

10.-14. Statistikker og analyser

I rapporten fastslås det, at der både relativt og absolut findes en højere procentsats af invalidepensionsmodtagere i kategorierne C og D, og at en betydelig andel af disse invalidepensionsmodtagere nyder godt af bestemmelserne om eksistensminimum. Det fremgår ikke tydeligt, om der henvises til disse tal for at antyde, at der kan konstateres en incitamentvirkning som omhandlet i punkt 1-2. Hvis det er tilfældet, må Parlamentet atter understrege, at selve revisionsrapporten tilsyneladende viser, at invalidepensionerne for samtlige personalekategorier er tildelt på et korrekt grundlag, og at spørgsmålet om incitamenter derfor ikke har relevans. Listen over de hyppigste invaliditetsårsager (se punkt 14) viser, at EU-institutionerne langt fra råder over alle de virkemidler, der kunne have en reel indvirkning på disse årsager (f.eks. hvad angår de ikke-erhvervsmæssige aspekter).

21.-23. Generel fraværspolitik og koordinering

Parlamentet accepterer uforbeholdent rapportens bemærkninger (i punkt 22) om behovet for at definere hensigtsmæssige proce-

durer samt rollefordelingen mellem de aktører og tjenestegrene, der står for procedurerne. Det er netop disse principper, der sideløbende med en målrettet inddragelse af ansættelseskontorerne danner grundlag for de ændringer, som Parlamentet foreslår til sit eget styringssystem for fravær (se svar vedrørende punkt 30-34 nedenfor). Det er dog ikke helt korrekt at antyde (jf. punkt 23), at der mangler en klar ansvarsfordeling, hvad angår afgørelsen om at foretage lægeundersøgelse i tilfælde af sygefravær. I Parlamentet tilkommer det chefen for Personaleafdelingen at tage stilling til dette spørgsmål enten på eget initiativ, efter henstilling fra den rådgivende læge eller efter anmodning fra den generaldirektør, der er ansvarlig for det berørte ansættelseskontor. Der er intet, der tyder på, at der ikke hersker fuld forståelse for disse procedurer hos samtlige involverede parter.

28. Edb-systemer

Generaldirektoratet for Personale er i øjeblikket stærkt engageret i at forberede indførelsen af en omfattende softwarepakke til forvaltning af menneskelige ressourcer — en softwarepakke, som er udformet i overensstemmelse med den bedste tilgængelige praksis med integreret information på tværs af alle afdelinger. Installationen af denne softwarepakke forventes at forebygge de problemer, der hentydes til i rapporten, herunder den manglende evne til at holde regnskab med sygeorlov undtagen i arbejdsdage.

30.-34. Lægekontrol

Som anført i rapporten foretages der lægekontrol af læger, der er kontraktansat til formålet, både i Luxembourg og i Bruxelles, hvor der i 2001 blev gennemført henholdsvis 60 og 21 lægekontroller (der blev ligeledes gennemført kontroller i de foregående år, men der foreligger ingen statistikker for disse år).

Disse kontrollerende læger arbejder imidlertid i øjeblikket under ledelse af de interne rådgivende læger, og rapporten påpeger med rette (punkt 32), at institutionens rådgivende læger på dette punkt er tillagt indbyrdes uforenelige roller, og at den nuværende ordning er i modstrid med internationale standarder og normer. På denne baggrund er Parlamentets Generaldirektorat for Personale i færd med at udarbejde en række reformer, der langt hen ad vejen kan imødekomme denne kritik samt andre kritikpunkter i rapporten. Disse reformer kommer til at omfatte:

- overførsel af alle opgaver vedrørende lægekontrol, herunder ansvaret for de kontrollerende læger, fra Lægetjenesten til Personaleafdelingen
- forbedret håndtering af lægeattester, muligvis i Personaleafdelingen og ikke (som i øjeblikket) i Lægetjenesten
- nøje overvågning fra Feriekontorets side af sygeorlov med henblik på tidlig sporing af uregelmæssigheder og iværksættelse af passende opfølgingsforanstaltninger
- grundig og tidlig inddragelse af Afdelingen for Velfærdstjeneste, når der konstateres problemer, således at Afdelingen for Velfærdstjeneste får ansvaret for sammen med den rådgivende læge og om nødvendigt andre støttetjenester at sikre, at der gennemføres passende opfølgingsforanstaltninger, eventuelt i form af henstillinger til ansættelsesmyndigheden om den pågældende medarbejders administrative situation.

Det forventes, at det skitserede system skal fungere inden for rammerne af et nært samarbejde mellem Generaldirektoratet for Personale og ansættelseskontorerne. Formålet er ikke blot at løse det ovennævnte problem med indbyrdes uforenelige roller, men at skabe en ordning, hvor alle de deltagende parter har klart definerede roller, og hvor man fremmer en nøje overvågning og tidlig sporing af problemer, hvilket revisorerne med rette lægger stor vægt på. Det er hensigten, at et system efter de ovennævnte retningslinjer skal være indført ved begyndelsen af 2003 og resultere i, at der sker en hurtigere indkaldelse af invaliditetsudvalg om nødvendigt og en hurtigere gennemførelse af disse udvalgs henstillinger.

35.-36. Frister for fremlæggelse af lægeattester

Ifølge Parlamentets regler skal der fremlægges en lægeattest på den fjerde fraværsdag. Det er en relativt kort frist, og i praksis vil der almindeligvis gå noget længere tid, inden der træffes foranstaltninger til at undersøge den pågældende persons status og til om nødvendigt at forsøge at sikre, at situationen bringes i overensstemmelse med reglerne. I sådanne tilfælde består disse foranstaltninger almindeligvis i, at Feriekontoret først tager kontakt til den rådgivende læge for at undersøge, om der er en lægeattest på vej, og bagefter til ansættelseskontoret for at undersøge, om der fore-

ligger oplysninger, som kan forklare eller begrunde den foreliggende uregelmæssighed. I de tilfælde, hvor der ikke fremkommer en rimelig forklaring eller en lægeattest, består den endelige »sanktion« i — efter at sagen har været forelagt for chefen for Personaleafdelingen — at fratække det relevante antal dage i den pågældendes årlige ferie (eller i lønnen) og at underrette den pågældende om denne afgørelse skriftligt, selv om man i praksis normalt vil annullere afgørelsen, hvis der på et senere tidspunkt fremlægges en lægeattest og gives en rimelig forklaring på, hvorfor attesten er indgivet for sent.

Revisorerne påpeger, at denne ordning uundgåeligt svækker institutionens muligheder for at iværksætte lægekontrol på et tilstrækkelig tidligt tidspunkt (i de — formentlig meget få — tilfælde, hvor en sådan procedure ellers ville være passende). På den anden side vil eventuelle forsøg på en meget streng håndhævelse af fjerdedagsreglen være af tvivlsom værdi, og sådanne forsøg er under alle omstændigheder formentlig også blevet definitivt undergravet ved de afgørelser, der er truffet af Retten i Første Instans i sag T-110/99 og sag T-260/99 (formodning for lovligt fravær ved efterfølgende fremlæggelse af lægeattest). Derfor vil de mulige løsningsmodeller for dette problem blive behandlet sammen med de andre aspekter af den pågældende dom (se nedenfor).

37.-40. Håndhævelse af retten til kontrol

Revisionsrapporten konstaterer helt korrekt, at Retten i Første Instans — ved at fastslå en formodning for lovligt fravær i den ovennævnte dom — tilsidesætter institutionernes utvivlsomme (men nu formentlig stort set teoretiske) ret til at insistere på lægekontrol, ligesom retten til at håndhæve reglerne om omgående forelæggelse af lægeattester ligeledes undergraves, hvis ræsonnementet i det foregående afsnit er korrekt.

Hvordan kommer man ud af dette dødvande, der — som revisorerne fastslår — kan gøre det særdeles vanskeligt at forholde sig til det lille mindretal, som er fast besluttet på at udnytte systemets svagheder? Det er vigtigt at holde fast i, at det, der reelt er udelukket, er et system, hvor fravær erklæres for ubeføjet i tilfælde, hvor den pågældende unddrager sig kravet om at underkaste sig lægekontrol. Dette krav undergraves ikke i sig selv — ligesom det fortsat er muligt at tage andre former for disciplinære sanktioner i brug for at håndhæve kravet. Problemet er selvfølgelig, at alternativet, nemlig anvendelse af formelle disciplinære procedurer, er et temmelig tungt og u håndterligt redskab, der næppe kan tages i anvendelse i flæng. Selv i de tilfælde, hvor kravet om lægekontrol håndhæves med held, bliver kravet som nævnt i rapporten (punkt 39) yderligere undergravet af de omstændelige mekanismer til behandling af uenigheder mellem den kontrollerende læge og den behandlende læge.

På denne baggrund er det indlysende, at institutionerne må lægge mindre vægt på standardiserede mekanismer som f.eks. de ovennævnte erklæringer om ubeføjet fravær og mere vægt på styresystemer i stil med de ovennævnte systemer, som Parlamentet har foreslået, og som gør det muligt at indkredse, udvælge og forfølge de åbenlyst problematiske sager — uanset hvor langstrakte og omstændelige procedurerne er — med den form for målbevidsthed, man realistisk set kun kan udvise i et lille antal sager. Det vil helt sikkert ikke være en let strategi at gennemføre, og det er usandsynligt, at der kan præsteres hurtige resultater. Hvis der gøres en målrettet indsats, kan denne strategi imidlertid have stor pædagogisk betydning i forhold til personalet som helhed.

47. Den metodologiske indfaldsvinkel til invaliditet

Revisorerne påpeger, at spørgsmålet om invaliditet i øjeblikket først og fremmest vurderes ud fra en lægelig synsvinkel. De foranstaltninger, der er opregnet i svaret på punkt 30-34, har bl.a. til formål at modvirke denne tendens. Navnlig er der tiltænkt Afdelingen for Velfærdstjeneste en rolle, der skulle kunne sikre, at de afgørelser, der træffes i de enkelte sager, indplaceres i en bredere evalueringssammenhæng, således at man undgår problemet med den teoretiske referenceramme, som der henvises til i rapporten.

48.-55. Overvågning, årsagsanalyse og korrigerende foranstaltninger

Institutionens egne rådgivende læger har gjort en nyttig indsats ved at overvåge invaliditet og invaliditetsårsager som fænomen. De forslag, der fremsættes som svar på punkt 30-34 ovenfor, og som har til formål gradvis at fremme forbedret overvågning, tidlig opsporing og hjælpeforanstaltninger som efterlyst i punkt 53-55, er i sig selv en reaktion på de rådgivende lægers betænkeligheder. Der er desuden gennemført en række andre foranstaltninger, herunder:

- ansættelse af to psykologer til at arbejde i Lægetjenesten i Bruxelles — med tilsvarende ansættelsesplaner i Luxembourg
- oprettelse — inden for Afdelingen for Velfærdstjeneste — af en enhed, der får til opgave at analysere årsagerne til gentagne eller langvarige fravær og at kontakte de pågældende tjenestemænd med henblik på at finde løsninger på deres problemer
- oprettelse — inden for den samme afdeling — af en enhed, der får til opgave at behandle alkohol- og stofmisbrugsproblemer i nært samarbejde med Lægetjenesten og institutionens socialrådgivere.

Disse særforanstaltninger skal også ses i sammenhæng med institutionens personalepolitik i bredere forstand, navnlig hvad angår fokuseringen på en forbedret forvaltning af menneskelige ressourcer ved hjælp af ledertræning, forbedret karriereplanlægning og

-vejledning, bedre afpasning af færdigheder og jobprofiler via ROME-PE-projektet, initiativer til bekæmpelse af chikane og mobning på arbejdspladsen og foranstaltninger til fremme af deltidsarbejde.

Der følges op på forslag fra de rådgivende læger om ændret beskæftigelse. Institutionerne har imidlertid en ufleksibel stillingsstruktur, og derfor er sådanne løsningsmodeller ikke altid mulige. De tilfælde, hvor de faktisk føres ud i livet med held, figurerer naturligvis ikke i det eksempelmateriale, som revisorerne har haft til rådighed.

56.-57. Indledning af invaliditetsproceduren

Rapporten foreslår, at tærsklen for indledning af invaliditetsproceduren måske kunne sænkes fra tolv måneder til seks måneder, idet det fastslås, at en person, der i længere tid har været borte fra sit arbejde (i dette tilfælde altså formentlig i seks måneder eller længere) sjældent kan genoptage arbejdet fuldt ud. Fra virkelighedens verden er der imidlertid set eksempler på langtidssygemeldinger (seks måneder eller længere), som ikke har resulteret i invaliditetsprocedurer, hvilket tyder på, at rapportens konklusion her er for pessimistisk. Parlamentet mener derfor ikke, at der er grund til at ændre tolv månederstærsklen undtagen måske på et meget begrænset og skønsmæssigt grundlag.

Revisorerne henviser til, at der indtræder forsinkelser med indledning af proceduren selv efter tolv månedersperiodens udløb, men disse forsinkelser er ikke nødvendigvis et udtryk for bureaukratisk træghed. Invaliditetspension betragtes ikke i almindelighed som et eftertragtelsesværdigt mål, og i situationer, hvor mennesker kæmper med kroniske og måske endog dødelige sygdomme, kan det i psykologisk henseende have drastiske skadevirkninger, hvis institutionen træffer afgørelse om at iværksætte invaliditetsproceduren. I sådanne tilfælde må institutionernes økonomiske interesser afvejes mod deres forpligtelse til at varetage personalets velfærd. Desuden påpeger rapporten selv, at afgørelser om tilkendelse af invalidepension næsten uvægerligt er definitive, og at ordningen i sig selv repræsenterer en betydelig byrde for EU-budgettet; derfor er det ikke selvindlysende, at en hurtigere iværksættelse af invaliditetsproceduren (f.eks. via en sænkning af tærsklen som foreslået i rapportens konklusioner (jf. punkt 82)) nødvendigvis altid vil være den gunstigste løsning for institutionerne ud fra en økonomisk synsvinkel.

65. Afgørelse om invaliditet

Som nævnt tidligere (se svaret på punkt 30-34 ovenfor) håber Parlamentet, at de påtænkte administrative reformer vil resultere i en hurtigere gennemførelse af invaliditetsudvalgenes afgørelser.

66.-69. *Lægeundersøgelser efter invalidepensionering*

I revisionsrapportens punkt 56 fremsættes der følgende bemærkning: »Som enhver læge med erfaringer fra de sociale tjenester og enhver specialist i menneskelige ressourcer ved, er det en kendsgerning, at en person, der i længere tid har været borte fra sit

arbejde, sjældent kan genoptage dette fuldt ud som følge af en kombination af medicinske, psykologiske, teknologiske eller sociologiske faktorer.« Under disse omstændigheder agter Parlamentet — således som det fremgår af de ovenstående svar — at fokusere sin indsats på tidlig sporing og forebyggelse af invaliditet.

KOMMISSIONENS SVAR

RESUMÉ

I.-VII. Kommissionen har med interesse læst Rettens bemærkninger om invaliditetsordningen. De svarer i al væsentlighed til Kommissionens egen analyse.

Den har bemærket, at der ved revisionen ikke er blevet påvist alvorlige operationelle anomalier, f.eks. uberettigede invalidepensioneringer.

Den er enig i, at situationen kunne forbedres gennem målrettet støtte til tjenestemænd med dårligt helbred, bedre forebyggende foranstaltninger, tættere administrativ opfølgning af sagerne og endda oprettelse inden for institutionen af en stående multidisciplinær gruppe til opfølgning af de problematiske tilfælde. Kommissionen har til hensigt at undersøge, om det er muligt at gennemføre ovenstående foranstaltninger med det personale, som den har til sin rådighed.

Virkingen af disse foranstaltninger ville dog ikke kunne måles umiddelbart, men først efter et stykke tid.

Det er Kommissionens opfattelse, at de foranstaltninger, der for øjeblikket er under forberedelse, med henblik på bekæmpelse af mobning på arbejdspladsen, at de igangværende forsøgsordninger vedrørende familierådgivning, men at også de reformer, som forhåbentlig snart vedtages af Rådet, vedrørende arbejdsbetingelserne, herunder f.eks. det nye karrieresystem og selv den nye personalebedømmelsesordning, vil bidrage til at øge personalets motivation og herigennem mindske de invaliderende faktorer, således som det understreges af Retten.

REVISIONSRETTENS TIDLIGERE ARBEJDE OG OPFØLGNING HERAF

19. Det er rigtigt, at de tidligere administrative foranstaltninger i forbindelse med fravær på grund af dårligt helbred og invaliditet ikke var tilstrækkelige (især hvad angår planlægningen). Det

er baggrunden for de ændringsforslag til personalevedtægten, som Kommissionen har fremlagt i reformpakken, som Retten gennemgår i punkt 71.

BEMÆRKNINGER OM MANGELEN PÅ STYRING AF SYGEFRAVÆR

21. Kommissionen er enig i, at en overordnet politik, inkl. bedre forebyggende foranstaltninger, målrettet støtte til tjenestemænd med dårligt helbred og bedre administrativ opfølgning af enkeltsager kunne føre til en bedring af situationen. En række aspekter af den administrative reform, f.eks. foranstaltningerne til bekæmpelse af mobning, psykologisk bistand, forbedring af arbejdsforholdene, det nye karriereudviklingssystem og interne forflytninger, forventes at øge personalets motivation.

Med hensyn til individuel lægelig bistand i tilfælde af dårligt helbred er man for øjeblikket ved at træffe de nødvendige foranstaltninger i lægetjenesten. Ansvaret vil blive overdraget til en psykiater, som vil blive bistået af socialarbejdere; kontoret vil arbejde tæt sammen med personaleafdelingen.

Decentraliseringen betyder ikke, at det er uklart, hvilken rolle lægetjenesten og generaldirektoraternes personaleafdelinger og deres personale, som administrerer fravær og ferie, skal spille.

Centralt indtager lægetjenesten en nøglerolle, eftersom den med støtte fra en kontrolenhed med en kompleks administrativ struktur tager sig af de problematiske tilfælde, hvor der er brug for et individuelt lægetilsyn foretaget af en læge, som ikke samtidig er kontrollør. Det skal desuden bemærkes, at kontrolenhederne sammen med personaleafdelingerne har ret til at foretage kontroller ved hjælp af it-programmer i de mest oplagte tilfælde.

23. De metoder, der anvendes i Domstolen og Rådet, lader sig kun vanskeligt anvende i Kommissionen, som sandsynligvis gennemfører 10 gange så mange kontroller. Herudover foretages der et stadig stigende antal kontroller på foranledning af generaldirektoraternes kontorchefer. Dette er resultatet af en kampagne, som har haft til formål at bevidstgøre personalet. Kampagnen fortsættes.

24. De decentraliseringsforanstaltninger, der i 1998/1999 blev gennemført som led i »MAP 2000«-reformen, har som påpeget af Retten haft en række negative virkninger. Bl.a. er målsætningen om, at ansvaret skulle overdrages til generaldirektoraterne, ikke blevet fuldt gennemført i alle generaldirektorater. Situationen bliver dog hele tiden bedre, bl.a. takket være de foranstaltninger, der omhandles i punkt 21-22.

25. Se bemærkningerne til punkt 24.

26. og 27. SIC Congés-programmet fungerer nu tilfredsstillende, efter at der er blevet gjort en større indsats for at forbedre det.

Sermed-databasen er et arbejdsredskab, som udelukkende bruges af lægetjenestens kontrollører. Oplysningerne er selvfølgelig omfattet af lægernes tavshedspligt. Det er SIC Congés-programmet, der anvendes til at administrere personalets fravær.

Det er nødvendigt med to programmer, eftersom lægetjenesten ikke har ansvaret for personalets fravær. Det er imidlertid klart, at det bør gå stærkere med at få sendt de oplysninger, der er brug for i forvaltningssammenhæng, fra lægetjenestens kontrolenhed til SIC-programmet.

33. Kommissionen understreger, at de kontrollerende læger ikke har andre interne ansvarsområder. Desuden mener den, at kontrollens kvalitet og relevans for øjeblikket er tilfredsstillende, og at begge disse kriterier er vigtigere end antallet af kontroller (kontrollen afvises undertiden med henvisning til, at der er tale om »mobning«).

Herudover benytter lægetjenesten sig også af et firma, der foretager lægelig kontrol (et eksternt firma, der er indgået kontrakt med). Dette firma foretager efter anmodning undersøgelser på patientens bopæl næsten med det samme.

34. Ifølge Kommissionens opfattelse er en relevant kontrol mere værdifuld end en hyppig kontrol.

I denne forbindelse har den i slutningen af 2001 udviklet et system, som skal gøre det lettere at målrette den kontrol, som gennemføres på initiativ af kontrolenheden. Den er desuden overbevist om, at de afdelinger, hvor personalet gør tjeneste, ofte har de bedste muligheder for at gøre opmærksom på de mest interessante tilfælde. En række afdelinger har på det seneste fremsat flere anmodninger om kontrol, hvilket har været et positivt aspekt for kontrollens relevans.

35.-36. og 38. Det er ikke Kommissionens opfattelse, at reglerne om fremlæggelse af lægeattester anvendes for fleksibelt. Den har tværtimod det indtryk, at reglerne anvendes så strengt, at det har ført til en stigning i antallet af klager i henhold til artikel 90 i personalevedtægten.

Med hensyn til fristerne for fremlæggelse af lægeattester forpligter Kommissionen sig til at sætte nogle tal på udtrykket »så hurtigt som muligt«.

Den frygter, at en strengere håndhævelse vil medføre klager og endda appeller til Førsteinstansretten, som for det meste desværre ikke har givet den medhold på dette område.

37. Selv om der ikke findes nogen specifikke regler herom i personalevedtægten, anbefaler lægetjenesten i disse tilfælde, at ansættelsesmyndigheden erklærer, at den pågældende tjenestemand har været fraværende uden begrundelse. I sådanne tilfælde gælder artikel 60, stk. 1, i personalevedtægten, hvori det bestemmes, at udeblivelse kan fradrages den årlige ferie eller trækkes i lønnen, uden at det har betydning for andre disciplinærretlige bestemmelser (i visse tilfælde overdrages sagen til undersøgelses- og disciplinærkontoret).

39. Kommissionen er enig i, at den nuværende procedure for tvister vedrørende fravær på grund af dårligt helbred er uegnet. Der er ingen tvivl om, at der bør foretages en generel revision.

INVALIDEPENSIONER

41. Kommissionen har ikke offentliggjort noget om, hvor store udgifterne er til invaliditet på lang sigt; udgifterne opføres dog under en særlig budgetpost. Oplysningerne er således offentlige og dermed tilgængelige for personalet.

I denne sammenhæng skal det bemærkes, at personalet gennem visse fagforeninger har givet udtryk for deres modstand mod de forslag, som Kommissionen har fremlagt som led i reformen.

Kommissionen tvivler på, at kendskab til omkostningerne ved invaliditet og de deraf følgende udgifter vil mindske antallet af pensioneringer på grund af dårligt helbred. Beslutningerne herom er baseret på en lægelig vurdering og træffes fra sag til sag.

42. En samlet oversigt over omkostningerne ved invalidepensionsordningen i form af langsigtede udgifter vil kunne udarbejdes, eftersom Kommissionen hvert år foretager en opgørelse over forpligtelserne til pensionsordningen. Hvis der blev foretaget en evaluering af ordningens enkelte dele, herunder især invalidedelen, kunne der udarbejdes en oversigt i forbindelse med den næste aktuarmæssige undersøgelse af ordningen.

Det er rigtigt, at pensionsmodtageren burde modtage en alderspension, når han/hun når en bestemt alder. Det vil sige, at nogle af de udgifter, der for øjeblikket opføres til invalidepension, burde opføres til alderspension. Problemet vil blive løst med Kommissionens reformforslag, hvor der skelnes klart mellem den nuværende invaliditetsgodtgørelse og alderspension.

43. Kommissionen vil gerne understrege, at det som i medlemsstaterne er absolut nødvendigt at have en invalidepensionsordning. Hvis der ikke fandtes en sådan ordning, ville en invalid medarbejders produktivitet være betydeligt lavere end en sund medarbejders. Den model, som Retten bruger til at beregne nettoudgifterne til en invalidepensionering er baseret på den antagelse, at den pågældende skulle have fortsat sin karriere indtil den normale alder for alderspensionering.

45. Det er rigtigt, at den nuværende ordning kun opererer med fuldstændig invaliditet. Ud fra et menneskeligt synspunkt erkender Kommissionen værdien af en »delvis invaliditet«, som ville gøre det muligt for den pågældende at blive på arbejdspladsen. Imidlertid er det sådan i den nuværende ordning, at stillingsoversigten kun indeholder »hele« stillinger, som så ville være besat af medarbejdere på deltid, hvilket i princippet ikke ville være i afdelingens interesse, da den så ikke ville have et fuldt personale til sin rådighed.

Kommissionen har imidlertid som led i reformen af personalevedtægten foreslået, at der indføres en særlig bestemmelse, som gør det muligt for tjenestemænd over 55 år at forberede sig til pensionen ved at arbejde på nedsat tid.

47. Kommissionen tilslutter sig den opfattelse, at invaliditet for øjeblikket ikke ud fra et lægeligt synspunkt er at betragte som fuldstændig manglende evne til at udføre de opgaver, der forventes af en tjenestemand.

Der bør naturligvis søges en løsning på dette problem, inden sagen forelægges invaliditetsudvalget. Der er allerede blevet truffet foranstaltninger med henblik herpå, da den interne ombudsmand har fået sine ansvarsområder omdefinert, og der er blevet oprettet en specialenhed i GD ADMIN, som bl.a. har ansvar for karrierevejledning (den centrale afdeling for erhvervsvejledning og karriereudvikling (SCOP)); der gøres ofte forsøg på at finde en bedre egnet stilling til de pågældende tjenestemænd. SCOP vil selvfølgelig deltage i den struktur, der er nævnt i svarene til resuméet (afsnit 3).

48. Kommissionen bestræber sig på at indføre et enkelt statistisk analysesystem.

52. Det er Kommissionens opfattelse, at de foranstaltninger, der for øjeblikket er under forberedelse, med henblik på bekæmpelse af mobning på arbejdspladsen, at de igangværende forsøgsordninger vedrørende familierådgivning, men at også de reformer, som forhåbentlig snart vedtages af Rådet, vedrørende arbejdsbetingelserne, herunder f.eks. det nye karrieresystem og selv den nye personalebedømmelsesordning, vil bidrage til at øge personalets motivation og herigennem mindske de invaliderende faktorer, således som det understreges af Retten.

53. Kommissionen er fuldstændig enig i denne analyse. Den mener, at udover de foranstaltninger, der nævnes i punkt 21, bør der også udvikles nogle administrative redskaber (f.eks. burde der indføres nogle »overgangs«-stillinger, som skulle godkendes af budgetmyndigheden, for at gøre det lettere for tjenestemændene at vende tilbage til deres stillinger).

Herudover er den i færd med at indføre en mulighed for lægelig opfølgning (se kommentarerne til resuméet).

55. De nuværende bestemmelser, især artikel 78, stk. 1, i personalevedtægten, hvori det fastsættes, at »den tjenestemand, der er ramt af vedvarende invaliditet, som anses for fuldstændig, og medfører, at den pågældende er ude af stand til at gøre tjeneste i en stilling i hans stillingsgruppe, er berettiget til invalidepension«, gør, at alternativerne er begrænsede. Kommissionen betvivler ikke rigtigheden af de givne eksempler, men den har dog svært ved at acceptere konklusioner, som drages på grundlag af indtryk fra personer, der efterfølgende er af den opfattelse, at deres invalidepensionering kunne have været undgået, hvis de havde fået forelagt alternative løsningsforslag. Kommissionen mener således ikke, at der kan opnås besparelser i den størrelsesorden, som Retten anslår. Samtidig ønsker Kommissionen dog at understrege, at de foranstaltninger, der vil blive vedtaget i forbindelse med reformen, sandsynligvis vil gøre det muligt at opnå besparelser i fremtiden sammenlignet med den nuværende situation.

56. Kommissionen er enig i denne udlægning, men den har sine tvivl m.h.t., om det på kort sigt er muligt at gennemføre forslag, som efter dens mening kræver en ændring af personalevedtægten.

57. Det er Kommissionens opfattelse, at der siden Revisionsretten foretog sin stikprøve er sket store fremskridt, for så vidt angår de omtalte perioder.

Som det ser ud for øjeblikket, underkastes tjenestemænd med dårligt helbred systematisk en helbredsundersøgelse, når den samlede fraværperiode over de sidste 36 måneder overstiger 350 dage.

65. Forsinkelserne er på det seneste blevet nedskåret med ca. 50 %.

70. Kommissionen understreger, at dens forslag om at ændre invaliditetsordningen først og fremmest har til formål at indføre en mere sammenhængende ordning og at rette op på visse urimeligheder, som f.eks. at invalidepensionen i visse tilfælde er større end alderspensionen.

73. Lægetjenesten har deltaget i den indledende fase af reformen. Herudover drejer de fremsatte bemærkninger sig mere om adfærd og administrative strukturer end om reformen af personalevedtægten. Kommissionens bestræbelser går i den retning (se kommentarerne til resuméet).

KONKLUSION

76. Kommissionen tager kommentarerne til sig, men mener dog, at det er vigtigt, at invaliditetsbegrebet også fremover først og fremmest er et lægeligt anliggende. Som foreslået i anden sammenhæng bør det overvejes, hvordan andre parter kan inddrages, inden proceduren indledes.

77. Der er allerede og der vil fortsat blive gjort fremskridt med hensyn til forsinkelserne (se kommentarerne til punkt 65).

ANBEFALINGER

80. Som anført ovenfor (punkt 21) vil Kommissionen som led i en overordnet politik fremme bestræbelserne på at informere

og øge bevidstgørelsen i generaldirektoraterne. Der indføres en rådgivnings- og støtteordning. Når den multidisciplinære gruppe, som har ansvaret for tilsynet med de enkelte sager (som nævnt i svarene til resuméet), har fungeret i en vis periode, beslutter Kommissionen, om det vil være formålstjenligt at gennemføre en bredere og mere ambitiøs handlingsplan, dog med det forbehold at bredt anlagte foranstaltninger kræver ressourcer, som Kommissionen ikke har for øjeblikket.

81. I uddannelsesprogrammet for kontorchefer indgår der allerede et kursus i personaleforvaltning (og det dækker således fraværsproblematikken).

Der vil inden længe blive indført et system til at overvåge årsagerne til invaliditet.

82. Se kommentarerne til punkt 73. Kommissionen er ikke overbevist om, at en ændring af invaliditetsudvalgets sammensætning ville få nogen større betydning.

DOMSTOLENS SVAR

Domstolen konstaterer, at rapporten ikke indeholder kritik, der specifikt retter sig mod måden, hvorpå den administrerer invaliditetsordningen eller de til ordningen knyttede administrative og lægelige områder.

Domstolen skal dog bemærke med hensyn til kontrollen med sygefravær, at administrationen lægger særlig vægt på administrativ opfølgning og lægetilsyn vedrørende tjenestemænd og andre ansatte med sygefravær af lang varighed. Fraværet kan dække over arbejdsmæssige og private problemer, og kan endda i visse tilfælde føre til en fremtidig invaliditet.

Med dette for øje mødes en uformelt nedsat gruppe (den rådgivende læge, sygeplejersken, socialrådgiveren, personale- og økonomidirektøren, chefen for personaleafdelingen, sagsbehandleren for sociale og lægelige anliggender) i princippet én gang om ugen for at diskutere fraværet og særligt, hvorvidt lægetilsyn i det enkelte tilfælde er nødvendigt eller ej.

Endelig skal det bemærkes, at Domstolens administration er ved at tage de sidste skridt til ansættelse af en ekstern læge til gennemførelse af disse lægetilsyn.

REVISIONSRETTENS SVAR

Revisionsretten har læst bemærkningerne i denne beretning med stor interesse, og den har allerede truffet foranstaltninger, der navnlig skal forbedre tilsynet med sygefravær. På grund af sin

størrelse og sine begrænsede ressourcer samarbejder Retten, hver gang det er muligt, med Kommissionens kompetente tjenester.

ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALGS SVAR

Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg deler Revisionsrettens opfattelse på en lang række af de punkter, der er behandlet i Rettens foreløbige bemærkninger, bl. a. bemærkningerne om:

- kontrol af årsagerne til invaliditet og eventuel fornyet behandling
- forenkling og lempelse af den ordning, som ifølge reformforslaget skal gælde i tilfælde af, at en ansat anfægter sygefraværskontrollen.

I begyndelsen af 2002 forelagde Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg en række ændringsforslag, der vedrørte disse punkter, for det interinstitutionelle vedtægtsudvalg, og disse ændringsforslag blev derefter sendt til ordførerne for de forskellige udvalg

i Europa-Parlamentet, som skal afgive udtalelse om vedtægtsreformen.

I tråd hermed ville EØSU finde det meget positivt, hvis der blev indført supplerende foranstaltninger som dem, Revisionsretten forslår i sine bemærkninger, bl.a. følgende:

- Der bør indføres en overordnet politik, der går ud på at styrke sygefraværskontrollen (i de sidste to år er sygefraværskontrollen blevet styrket ganske betydeligt i vores institution).
- Der bør indføres klare foranstaltninger, der anvendes automatisk, hver gang en ansat nægter at lade sig underkaste sygefraværskontrol.
- Hovedårsagerne til invaliditet bør analyseres, og analysen bør helst foretages på interinstitutionelt plan; tilsynet bør øges.

REGIONSUDVALGETS SVAR

Regionsudvalget deler Revisionsrettens opfattelse på dette område og har ikke yderligere bemærkninger.
