



Varför är svenskarna så sjuka?

Red. Birgitta Swedenborg

*Eva Nilsson
Bågenholm
Bo Hallqvist
Per Johansson
Agneta Kruse
Mårten Palme
Edward Palmer
Mats Persson
Assar Lindbeck
Eskil Wadensjö*

SNS FÖRLAG

VARFÖR ÄR SVENSKARNA SÅ SJUKA?

VARFÖR ÄR SVENSKARNA SÅ SJUKA?

Red. BIRGITTA SWEDENBORG

Bo Hallqvist
Per Johansson
Agneta Kruse
Assar Lindbeck
Eva Nilsson Bågenholm
Mårten Palme
Edward Palmer
Mats Persson
Eskil Wadensjö

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
Telefax: 08-507 025 25
E-post: order@sns.se
Hemsida: www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är ett fristående nätverk av ledande beslutsfattare i privat och offentlig sektor med engagemang i svensk samhällsutveckling. Syftet är att skapa underlag för rationella beslut i viktiga samhällsfrågor genom forskning och debatt.

SNS bedriver samhällsforskning med forskare från universitet och högskolor i Sverige och utlandet, ger ut böcker på eget förlag samt arrangerar konferenser, kurser och lokala medlemsmöten. SNS är en allmännyttig ideell förening som finansieras genom medlemsavgifter, forskningsanslag, bokförsäljning och konferensavgifter samt genom årsavgifter från företag, myndigheter och organisationer.



KOPIERINGSFÖRBUD

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen!
Kopiering, utöver lärares rätt att kopiera för undervisningsbruk enligt Bonusavtal, är förbjuden.

Varför är svenskarna så sjuka?
Birgitta Swedenborg (red.)
Första upplagan
Första tryckningen

© 2003 Författarna och SNS Förlag
Omslag: Patrik Sundström
Sättning: Melanders Fotosätteri
Tryck: Kristianstads Boktryckeri AB, Kristianstad 2003

ISBN 91-7150-907-0

INNEHÅLL

- 7 *Förord*
- 9 *Att lösa sjukskrivningsproblemet – inledning, sammanfattning och slutsatser*
Birgitta Swedenborg
- 21 *Svensk sjukskrivning i ett internationellt perspektiv*
Edward Palmer
- 30 *Sjukskrivningarna och ersättningsnivån*
Mats Persson
- 42 *Påverkar ekonomiska incitament sjukskrivningsbeteendet och deltagandet i arbetskraften?*
Per Johansson och Mårten Palme
- 54 *Varför är svensken mest sjukskriven i världen – är det en attitydfråga?*
Bo Hallqvist
- 59 *Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen*
Eva Nilsson Bågenholm
- 67 *Arbetslöshetsförsäkring, sjukförsäkring, förtidspension – kommunicerande kär!*
Eskil Wadensjö

- 78 *Välfärdsstat och sociala normer*
Assar Lindbeck
- 88 *En optimal sjukpenningförsäkring och ett
utvidgat arbetsgivaransvar*
Agneta Kruse
- 102 *Författarna*

FÖRORD

De kraftigt ökade sjukskrivningarna har seglat upp som ett av de allvarigaste ekonomiska problemen som Sverige står inför just nu. Kostnaderna hotar att spränga de statliga utgiftstaken och den omfattande frånvaron hämmar den ekonomiska tillväxten. Samtidigt råder det stor oenighet om hur man ska råda bot på problemet.

Denna bok är tänkt att ge vägledning. Den redovisar på ett koncist och överskådligt sätt vad vi vet om orsakerna till de höga sjukskrivningarna i Sverige från den ekonomiska forskningen och från medicinsk erfarenhet. Den diskuterar även vilken typ av åtgärder som skulle krävas för att komma till rätta med problemen. Kapitlen är skrivna av ledande forskare och experter och baseras på anföranden som författarna gjorde vid en SNS-konferens om sjukskrivningarna i januari 2003. De insikter de förmedlar kan knappast ignoreras om målet är att minska sjukskrivningarna i Sverige.

Vi vill tacka Riksförsäkringsverket, Alecta och Vårdförbundet för finansiellt stöd i genomförandet av konferens- och bokprojektet.

Stockholm i mars 2003

BIRGITTA SWEDENBORG

BIRGITTA SWEDENBORG

Att lösa sjukskrivningsproblemet – inledning, sammanfattning och slutsatser

Sjukskrivningarna i Sverige har ökat lavinartat under senare år. Det rör sig om en fördubbling sedan 1997, dvs. på bara fem år. Sverige tycks nu ha de högsta sjukskrivningstalen i Europa. Frågan är varför? Har svenskarna blivit så mycket sjukare – eller vad ligger bakom denna utveckling? Om sjukfrånvaron inte beror på ökad sjuklighet – och det finns knappast objektiva indikatorer som tyder på det – vad är det då som håller på att hända i det svenska samhället?

Frågan har diskuterats intensivt under en längre tid – i media, i utredningar, i de s.k. trepartssamtalen mellan staten och arbetsmarknadens parter. Regeringen har gjort det till en huvudfråga under mandatperioden och satt som mål att halvera sjukskrivningarna fram till 2008. I dagsläget går det dock inte att skönja någon tydlig politisk strategi som skulle kunna leda till minskade sjukskrivningar. Allt tyder i stället på att problemet kommer att vara med oss länge än. Orsaken är att det trots all fokusering fortfarande råder oenighet om vad som förklarar utvecklingen – och ännu större oenighet om vad vi bör göra åt den.

Syftet med denna bok är att skapa större klarhet kring dessa frågor. Utgångspunkten är att det är nödvändigt att göra en saklig analys av orsakerna till de ökade sjukskrivningarna innan man kan föra en meningsfull diskussion om vilka åtgärder som krävs för att komma till rätta med dem. Den fråga som sätts i fokus är i vilken utsträckning den ökade sjukfrånvaron speglar ökad sjuklighet respektive ett överutnyttjande – kanske till och med missbruk – av sjukförsäkringen, som beror på att reglerna är för generösa eller på avsaknaden av kontroll i systemet. Analysen är huvudsakligen ekonomisk men kompletteras med ett värdefullt medicinskt perspektiv.

Nedan ges en kort översikt över de frågeställningar som behandlas i de olika bidragen och vilka slutsatser som kan dras. Men först några ord om varför de ökade sjukskrivningarna är ett problem och varför det är angeläget att, som regeringen vill, minska dem.

Varför är sjukskrivningarna ett problem?

De flesta är överens om att den omfattande sjukfrånvaron är ett allvarligt problem. Skälet är inte att man tror att den speglar en oroande hög sjuklighet i Sverige. Det främsta skälet är i stället att den dramatiska ökningen av sjukfrånvaron under senare år har gjort att kostnaderna för sjukskrivningar och förtidspensioner i offentliga budgetar har rusat i höjden. I år beräknas de uppgå till 120 miljarder kronor eller 5,5 procent av BNP. Det är en tung utgift som naturligtvis tränger ut andra angelägna utgiftsbehov eller tvingar fram skattehöjningar. Just nu höjs till exempel landstingsskatten kraftigt i nästan hela landet för att klara finansieringen av sjukvården. En halvering av sjukskrivningarna skulle ge ett ansevärt tillskott till finansieringen av exempelvis sjukvården, som idag kostar totalt 8 procent av BNP.

Men sjukskrivningarna är inte bara ett statsfinansiellt problem. De betyder också att färre människor arbetar. Idag är det nära 900 000 människor i arbetsför ålder – motsvarande ca 20 procent av arbetskraften – som inte arbetar på grund av att de är arbetslösa, faktiskt eller latent, eller att de är sjukskrivna eller förtidspensionerade. Sjukskrivna och förtidspensionerade utgör drygt hälften (Konjunkturinstitutet, 2002). Om fler av dessa människor kunde komma i arbete skulle vårt samlade välbefinnande förbättras högst väsentligt. I stället för att försörjas av andra skulle de försörja sig själva. Hushållens inkomster skulle därmed vara högre, skatteintäkterna likaså.

I själva verket kan den omfattande frånvaron, i kombination med en åldrande befolkning, bli ett allvarligt hot mot den svenska välfärdsstaten. Allt färre ska försörja och vårda allt fler. Kommunförbundet har i sin långtidsbedömning pekat på att ekvationen inte går ihop om inte det totala antalet arbetade timmar ökar (Svenska Kommunförbundet,

2002). Samtidigt har de senaste årens sysselsättningsökning i ökad grad bara kompenaserat för den ökade frånvaron.

Sjukskrivningarna är således en tung belastning på samhällsekonomin. Men minst lika viktigt är att långvarig sjukskrivning inte är bra för de sjukskrivna själva. Den gör att de ofta mår sämre och blir än mer oförmögna att återgå i arbete.

Av alla dessa skäl är det angeläget att minska sjukfrånvaron.

Orsaker till ökade sjukskrivningar

Vad vet vi då om orsakerna till de ökade sjukskrivningarna? Edward Palmer, professor i nationalekonomi, redovisar inledningsvis resultatet av en internationellt jämförande studie, som visar att Sverige har den högsta sjukfrånvaron av åtta jämförda europeiska länder. Sverige ligger i en grupp för sig tillsammans med Norge och Nederländerna. Gemensamt för dessa länder är att de har de mest generösa ersättningssystemen. Ersättningsnivån är alltså en tänkbar förklaring till sjukfrånvaron. I Sverige finns ett klart samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet, som saknas i flera andra länder – med undantag av Norge och Nederländerna. När arbetslösheten ökar, minskar sjukfrånvaron i Sverige. En vanlig tolkning av ett sådant samband är att högre arbetslöshet gör att människor inte vågar vara sjukfrånvarande av rädsla för att förlora jobbet. Men varför det bara skulle gälla i vissa länder är oklart. En hypotes är att arbetslöshet har en mer disciplinerande effekt när det sker ett överutnyttjande av sjukförsäkring, vilket kan vara fallet i länder som, liksom Sverige, har generösa ersättningsystem.

I flera länder tycks en stramare kontroll och administration ha en återhållande effekt. Att lägga ett utökat ansvar på arbetsgivaren genom att låta denne ta över kostnaderna för sjukfrånvaron, en lösning som diskuteras mycket i Sverige, verkar dock inte vara särskilt effektiv i sig. I Sverige finns förslag om att förlänga dagens arbetsgivarperiod på fjorton dagar. I Nederländerna är den ett helt år, men detta har inte haft någon märkbar effekt på sjukfrånvaron.

Ekonomiska incitament, inte minst generositeten i ersättningsystemen, tycks således vara en möjlig förklaring till skillnader i sjukfrånvaro

mellan länder. Mats Persson, professor i nationalekonomi, följer upp frågan i sitt kapitel med en analys av hur förändringar i ersättningsregler i Sverige över tiden har påverkat förändringen i den totala sjukfrånvaron. Regelförändringarna i den svenska sjukförsäkringen har varit frekventa och i den studie han redovisar analyseras ett datamaterial som sträcker sig från 1955 till 1999. Resultaten är slående. De visar ett mycket starkt samband mellan ersättningsnivån och sjukfrånvaro. När generositeten ökar, så ökar även frånvaron. Ökad arbetslöshet och stramare kontroll har motsatt effekt. Den ökade generositeten till följd av 1998 års reform ökade till exempel sjukfrånvaron med 4–6 dagar i genomsnitt, vilket förklarar en stor del av uppgången påföljande år. Vidare framgår att långsiktseffekten av förändrade regler är större än den omedelbara effekten, vilket sannolikt speglar att det tar tid innan människor fullt ut anpassar sig till nya regler.

Hur ska resultaten tolkas? Leder generösa ersättningsnivåer till överutnyttjande av försäkringen eller innebär det bara att man har råd att »känna efter« mer? Svaret beror antagligen på vad man menar med »sjukdom«. Fusk är däremot något annat och kräver en annan slags undersökning. Vi vet ganska lite om hur utbrett det är. Dock kunde Riksförsäkringsverket i en kontroll konstatera att uppemot 20 procent av dem som utnyttjade föräldraförsäkringen för tillfällig vård av sjukt barn i Stockholm var antingen på jobbet eller hade barnen på dagis eller bådadera. Andelen var lägre i andra delar av landet (Riksförsäkringsverket, 2002a).

Mårten Palme och Per Johansson, båda professorer i nationalekonomi, ger i sitt kapitel ytterligare belägg för betydelsen av ekonomiska incitament. De redovisar resultat från två olika studier. I den första analyseras förändringen i förtidspensioneringarna i flera olika länder över perioden 1960–95. I samtliga länder har arbetskraftsdeltagandet sjunkit dramatiskt i åldersgrupperna över 45 år, men mest för dem över 60 år. Förklaringen till utvecklingen är att de socialförsäkringssystem som byggts upp under perioden innebär att fortsatt arbete missgynnas ekonomiskt. Sverige har klarat sig relativt bättre än de andra länderna. Orsaken är att vi trots ett generöst pensionssystem lyckats upprätthålla goda incitament att stanna kvar i arbetskraften.

Den andra studien analyserar hur sjukskrivningsbeteendet hos olika

individer påverkas av skillnader i ekonomiska incitament. Kostnaderna för att sjukskriva sig varierar mellan individer, beroende bland annat på taken i ersättningsnivåerna, och detta visar sig vara en viktig förklaring till skillnader i sjukfrånvaro mellan individer. Författarna konstaterar att ekonomiska incitament har betydelse för sjukfrånvaron, att effekterna är ganska stora och att Sverige sannolikt skulle kunna få en bättre fungerande sjukförsäkring om man – på samma sätt som i pensionsförsäkringen – såg till att det fanns incitament att arbeta. Det skulle dock förutsätta en tydligare självrisk i försäkringen och en förbättrad kontroll.

Den ekonomiska analysen ger övertygande belegg för att ersättningsnivån – ekonomiska incitament för individen – förklarar variationer i sjukfrånvaro, såväl mellan länder, som över tiden och mellan individer. Men det finns också ett medicinskt perspektiv. Läkaren spelar en viktig roll i sjukskrivningsprocessen. Som Bo Hallqvist, distrikts- och försäkringsläkare i Norrbotten, påpekar finns det en sjukskrivande läkare bakom varje krona i sjukersättning (efter de första sju dagarna). Många av dem som är sjukskrivna – kanske så många som hälften – är inte sjuka i medicinsk mening. Det är inte det att det fuskas utan mer att systemet »nyttjas«. Det är intressant att jämföra med Finland. Det sjukdomsvirus som sprider sig över Sverige – och särskilt i Norrbotten – stoppar vid finska gränsen. Men de många finnar som bor på den svenska sidan är lika sjuka som svenskarna. Ersättningsreglerna är inte lika generösa i Finland.

Bo Hallqvist menar att läkarna måste ta sin del av ansvaret. På hans egen vårdcentral i Haparanda tillåts inte sjukskrivning vara ett allmänt försörjningssätt. Reglerna säger att sjukskrivning kräver en »medicinskt bekräftad funktionsnedsättning«. Genom att hålla på dessa regler har man i Övertorneå, där han själv är försäkringsläkare, nedbringat sjukskrivningarna till de lägsta i landet. Men det är jobbigt för den enskilde läkaren – särskilt när denne inte backas upp av andra berörda myndigheter.

Eva Nilsson Bågenholm, internmedicinare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, bekräftar bilden av de diffusa sjukskrivningsorsakerna. De höga sjukskrivningstalen i Sverige motsvaras inte av kända sjukdomar i samhället. Allt oftare sjukskrivs människor utan en objektiv medicinsk diagnos. De får en »symtomdiagnos«, som helt baseras på pati-

entens upplevda symtom. En sådan kan inte behandlas medicinskt. Regelverkens (och läkarnas) definition av sjukdom stämmer inte längre med allmänhetens. Läkarna påverkas också av denna normförskjutning, om inte för annat därför att de inte har tid eller ork att ta konflikten med den patient som vill bli sjukskriven. Läkarna anser att det största problemet idag är bristen på samarbete mellan läkarna och andra berörda aktörer, främst försäkringskassan och arbetsgivaren.¹

Sjukskrivningarna påverkas inte bara av sjukförsäkringssystemets utformning utan även av andra försäkrings- och bidragssystem. Eskil Wadensjö, professor i nationalekonomi, beskriver hur de olika systemen fungerar som kommunicerande kärl. Om det är lätt att flytta sig mellan olika försäkringsformer, till exempel mellan a-kassa och sjukförsäkring, är det frestande att välja det system som erbjuder de mest förmånliga ersättningsreglerna. Det råkar vara sjukförsäkringen. Det finns också belegg för att sjukskrivningarna ökar bland arbetslösa när en a-kasseperiod närmar sig sitt slut. Sjukskrivning blir då ett sätt att förlänga ersättningsperioden. Detta kan förklara varför arbetslösa är kraftigt överrepresenterade bland de sjukskrivna: 21 procent av de långvarigt sjukskrivna männen är arbetslösa (Riksförsäkringsverket, 2002b).

De mål som ställs upp av statsmakterna när det gäller arbetslöshet, antalet sjukskrivna och förtidspensionerade är inte heller oberoende av varandra. En stramare tillämpning av reglerna för förtidspensionering kan leda till en ökning av antalet långtidssjukskrivna i stället. En stramare tillämpning av reglerna för sjukskrivning kan i stället spilla över i en ökning av den öppna arbetslösheten. Det finns två problem här. Det ena är att ersättningsregler och andra villkor inte bör vara utformade så att det lönar sig att flytta mellan system. Det andra är att om målet är att så många som möjligt ska försörja sig själva då måste reglerna utformas så att det lönar sig att arbeta.

Mycket tyder på att det har skett en attitydförändring i samhället som gör att människor är beredda, och anser sig ha rätt, att utnyttja sjukför-

1. Enligt RFV står svårdiagnostiserade sjukdomar såsom ryggvärk, depressioner, stress, m.m., för en ökande andel av långtidssjukdomarna. Enbart psykiska diagnoser utgör en fjärdedel (RFV 2002b). En studie av sjukskrivningarna i Dalarna 1996–2001 visar att i 92 procent av alla sjukskrivningsfall skulle läkaren inte ha rekommenderat sjukskrivning, utan patienten blev sjukskriven på egen begäran (Englund 2001).

säkringen i större utsträckning och på ett annat sätt än tidigare. Varför har det skett en sådan förändring i sociala attityder? Det är en svår fråga och knappast en fråga som ekonomer har gett sig i kast med tidigare. Professor Assar Lindbeck är ett undantag. Han ställer frågan om en del-förklaring till de ökade sjukskrivningarna är att sociala normer till förmån för arbete, och emot bidragsberoende, har försvagats över tiden. Med sociala normer menar han då hur omgivningen betraktar ett visst beteende (med gillande eller ogillande). Våra tidigare normer har »ärvt« av tidigare generationer när eget arbete var en förutsättning för överlevnad. Med välfärdsstaten förändrades detta. Trygghetssystemen innebar minskade krav på eget arbete. Till en början blev effekterna på arbetsviljan ganska små, men vartefter utnyttjandet ökade, och accepterades av omgivningen, försvagades den tidigare normen. Med en svagare norm kom de ekonomiska incitamenten att få ökad betydelse.

Även om det saknas empirisk forskning om detta går det att finna exempel på »subkulturer« i samhället där det är accepterat att långvarigt leva på bidrag från det övriga samhället. Särskilda »arbetslöshetskulturer« växer fram i områden med hög arbetslöshet. Att söka förtidspension har blivit ett normalt beteende i vissa länder. Det finns flera tecken som tyder på att en liknande förskjutning har skett på sjukförsäkringens område i Sverige.

Några viktiga – men än så länge hypotetiska – slutsatser följer av detta. En är att ju längre processen fortgår, desto bredare och djupare blir de nya normerna förankrade och desto svårare blir det att förändra dem. En annan slutsats är att det krävs väsentligt större förändringar i incitamenten till förmån för arbete för att åstadkomma ett minskat bidragsberoende än det tidigare krävdes i motsatt riktning för att skapa samma bidragsberoende. Om något generösare ersättningsregler har lett till en fördubbling av sjukskrivningarna kanske det krävs en drastiskt minskad generositet för att åstadkomma en halvering.

Vad kan man göra?

De tidigare kapitlen visar att det skulle behövas en kombination av åtgärder för att minska sjukskrivningarna. (De sammanfattas på ett över-
skådligt sätt i Assar Lindbecks kapitel.) En annan fråga är hur en opti-

mal sjukförsäkring behöver vara utformad och hur man ska se på de förslag om förlängda arbetsgivarperioder som regeringen fört fram. Agneta Kruse, universitetslektor i nationalekonomi, diskuterar båda dessa frågor. Det är framför allt två problem som en sjukförsäkring måste hantera. Det ena är problemet med ”snedrekrytering” mellan låg- och högriskgrupper (*adverse selection*). Detta kan man lösa genom en obligatorisk och icke-riskdifferentierad försäkring som dessutom är offentligt tillhandahållen. Så har vi gjort i Sverige. Det andra problemet är att den försäkrade individen kan påverka försäkringsutfallet genom att ändra sitt beteende (*moral hazard*). Detta kan bara hanteras med självrisker och kontroll. Högre självrisk förhindrar överutnyttjande men ger ett sämre skydd för den som verkligen är sjuk. Alternativet är kontroll.

När det gäller effekterna av en förlängd arbetsgivarperiod kan man först notera att det inte finns några studier av effekterna av den nuvarande sjuklöneperioden på fjorton dagar, som nu funnits i tio år. Det förefaller märkligt att gå vidare utan att först ha gjort en utvärdering av hur det hittills har fungerat. Innebörden av en arbetsgivarperiod är att man privatiserar den delen av sjukförsäkringen. Det ger starka incitament för arbetsgivaren att undvika att anställa högriskpersoner. Men det ger också incitament till att förbättra arbetsmiljön på ett sätt som minskar sjukskrivningarna.

Förslaget motiveras dock inte med att det nödvändigtvis är fel på arbetsmiljön utan med att det är till arbetet individen kan rehabiliteras. Ja, det är frågan. Agneta Kruse konstaterar att arbetsmarknadsrehabilitering – till skillnad från medicinsk sådan – inte har kunnat visa några positiva resultat. Det enda säkra som i så fall uppnås med det lagda förslaget är att arbetssökande med höga sjukrisiker får svårt att få jobb samt att arbetsgivaren, i de fall arbetsmiljön är orsaken, får starka motiv att förbättra arbetsmiljön. Men få menar att det är arbetsmiljön som är det huvudsakliga problemet, utom möjligen i den offentliga sektorn där de senaste årens nedskärningar tycks ha lett till problem i den psykosociala miljön.²

2. Man kan dock ifrågasätta om en arbetsgivarperiod verkligen skulle få önskad effekt i den offentliga sektorn. Den offentliga sektorn är visserligen kraftigt överrepresenterad bland långtidssjukskrivningarna med 50 procent av de långtidssjukskrivna mot 35 procent av total sysselsättning (RFV

Slutsatsen är således att en förlängd arbetsgivarperiod innebär en försämrad sjukförsäkring för personer med höga sjukrisiker. Förslaget bryter därmed mot grundtanken i den svenska sjukförsäkringen, som är att ge sjuka människor ett gott försäkringsskydd på samma villkor som friska genom att undvika »snedrekrytering«. Det åstadkommer detta utan att lösa problemen med den omfattande sjukfrånvaron. Det senare skulle däremot kunna uppnås genom ökade självrisker och ökad kontroll, dvs. genom åtgärder mot *moral hazard*.

Slutsatser

Orsakerna till de ökade sjukskrivningarna är komplexa. De står sannolikt att finna i en kombination av många faktorer, där ökad stress på arbetsplatserna är en faktor, organisations- och ledningsproblem i den offentliga sektorn är en annan, ökade krav på dubbelarbetande kvinnor är ännu en och en inflexibel arbetsmarknad som gör det svårt att välja sänkta prestationskrav i utbyte mot lägre lön ytterligare en faktor. Det finns säkert fler, men det viktiga är att var och en av dessa faktorer kräver sin särskilda lösning.

Här har vi fokuserat på själva försäkringssystemets utformning. Den har visat sig nog så viktig. Vi har funnit att det finns tydliga belägg för att generositeten i ersättningsnivåerna innebär en alltför låg självrisk och utgör en viktig förklaring till ökade sjukskrivningar. Vidare fungerar olika försäkrings- och bidragssystem som kommunicerande kärl och måste beaktas tillsammans och i sin helhet. Risken är annars att målet om minskade sjukskrivningar uppnås till priset av ökade förtidspensioneringar eller ökad arbetslöshet. Vi har även konstaterat att den medicinska och administrativa kontrollen av sjukskrivningarna, som skulle kunna vara ett alternativ till självrisk, inte fungerar. Läkarna kan inte

2002b). Offentliganställda är mer sjukskrivna för psykiska besvär även när man kontrollerar för ålder, yrke och kön, dvs. lärare och sjukvårdspersonal utanför den offentliga sektorn har inte motsvarande sjuktal (RFV 2002c). Men den fråga man måste ställa sig är om ökade kostnader i en så budgetstyrd verksamhet löser problemen. Leder de till ytterligare personalnedskärningar, mer stress och sänkt kvalitet i verksamheten, som hittills? Eller leder de till ändrade verksamhetsformer och bättre personalvård? Inte heller detta har analyserats.

ensamma stå emot patienternas krav på sjukskrivning – i synnerhet när de inte har stöd från politiker eller berörda myndigheter. De ansvariga vill inte uttala att det idag sker ett överutnyttjande av sjukförsäkringen och att läkarna behöver ett tydligt myndighetsstöd för att stävja det. I stället skjuter de över problemen på arbetsgivarna i förhoppning om att de ska kunna lösa det – utan att det gjorts klart på vilket sätt det skulle kunna ske.

Alla tycks vara offer för den normförändring som Assar Lindbeck har analyserat. Problemet är dock, om hans analys är riktig, att sjukskrivningarna kommer att fortsätta att öka och ju längre tiden går, desto svårare kommer det att bli att vrida utvecklingen tillbaka. Möjligen kan detta motverkas, åtminstone tillfälligt, av att en politisk och medial fokusering på problemen också har en direkt normpåverkan – om inte direkt på de sjukskrivna själva, eller på de redan ansatta läkarna, så i varje fall på berörda myndigheter.

För att det ska vara rimligt att ha som mål att sjukskrivningarna ska halveras inom en femårsperiod måste man antingen utgå ifrån att människor faktiskt är sjuka och att de åtgärder man anvisar kommer att göra dem friskare. De åtgärder som hittills diskuterats av de politiskt ansvariga, främst en förlängd arbetsgivarperiod, kan knappast förväntas ha den effekten. Alternativt menar man att det idag sker ett överutnyttjande – kanske till och med missbruk – som man med anvisade åtgärder kan stävja. Några åtgärder som kan stävja ett överutnyttjande har dock inte anvisats. Hittills har regeringen tillbakavisat alla förslag om minskad generositet i sjukförsäkringen, vilket är den åtgärd som enligt författarna till denna bok skulle ge eftersträvad effekt. Ett förslag (proposition i mars 2003) om en väsentligt stramare administration av sjukförsäkringen kan däremot ha en återhållande effekt.³ Det återstår att se. Slutsatsen är ändå att regeringen ännu inte på allvar förmått ta itu med problemet.

Skälet till att statsmakterna driver just en förlängd arbetsgivarperiod med en sådan målmedvetenhet är knappast att det skulle vara en effek-

3. Förutsättningen för att uppstramningen ska fungera är att tillräckliga resurser avsätts så att läkare, försäkringskassa m.fl. kan hantera de ökade insatser som krävs för förbättrad uppföljning och kontroll.

tiv metod att uppnå minskade sjukskrivningar. Snarare kan man misstänka att det är ett sätt att hålla de statliga utgiftstaken genom att stjälpå översåväl intäkter som utgifter på arbetsgivarna. Ett annat skäl kan vara att det är politiskt lättare att lägga ansvaret på arbetsgivarna. Det är knappast populärt att minska förmånerna i sjukförsäkringen eller skärpa kontrollen av sjukskrivningarna hos en väljarkår som alltmer har kommit att se förmånerna som en självklar rättighet.

Effekterna av denna »lösning« är dock att människor med höga sjukrisker (kroniskt sjuka, äldre, särskilt äldre kvinnor) får svårt att få jobb, eller byta jobb, och i stället hamnar i arbetslöshet. De kanske blir arbetslösa och sjukskrivna. Vissa arbetsgivare med höga kostnader för sjukskrivningar, som de inte själva kan påverka, kommer att få svårt att klara sig, medan andra arbetsgivare gynnas. Slutresultatet är att sjukförsäkringen blir mindre rättfärdig, arbetslösheten ökar och vissa arbetsgivare slås ut. En eventuell minskning av sjukskrivningarna motsvaras av ökad arbetslöshet eller förtidspensionering. Om regeringen dessutom gör allvar av sitt vallöfte att höja taket i sjukersättningen, vilket tycks vara ett motiv för att skapa utrymme under det statliga utgiftstaket, kommer sjukskrivningarna i stället att öka. Förslaget om en förlängd arbetsgivarperiod, som nu tycks ha stöd av de fackliga organisationerna, ter sig mot denna bakgrund cynisk: den strider inte bara mot den uttalade ambitionen att minska sjukskrivningarna utan också mot vedertagna normer om fördelningspolitisk rättvisa.

Sjukskrivningarna utgör en belastning på samhällsekonomin oavsett om det är staten eller arbetsgivarna som betalar kostnaderna. I kombination med en relativt hög arbetslöshet och förtidspensionering innebär det att alltför få människor i landet arbetar. Detta måste förändras om vårt välstånd ska bevaras och förbättras. Det, i sin tur, förutsätter att man är beredd att vidta ett batteri av åtgärder och att rätt åtgärd väljs för rätt problem. Det förutsätter att man förutsättningslöst analyserar problemen och också att man inte skyggar för det som kortsiktigt kan upplevas som politiskt inopportunt. På lång sikt tjänar alla på ett system som gör att det lönar sig att arbeta.

REFERENSER

- Englund, Lars (2001), *Förändringar i distriktsläkarens sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt perspektiv*. Centrum för Klinisk Forskning Dalarna, Falun.
- Konjunkturinstitutet (2002), *Konjunkturläget augusti 2002*.
- Proposition 2002/03:89 »Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet«.
- Riksförsäkringsverket (2002a), *Tillfällig föräldrapenning – Kontroll av lämnade uppgifter i ärenden utbetalade under juni månad 2002*. RFV Delrapport 2002-10-18.
- Riksförsäkringsverket (2002b), *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete*. RFV Redovisar 2002:3.
- Riksförsäkringsverket (2002c), *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* RFV Analyserar 2002:4.
- Svenska Kommunförbundet (2002), *Kommunala framtider*.

Svensk sjukskrivning i ett internationellt perspektiv

Sjukfrånvaron i Sverige har ökat i snabb takt sedan 1998. Antalet ersatta dagar från socialförsäkringen ökade med drygt 75 procent fram till slutet av 2002. Statens kostnader för sjukpenning ökade från ca 20 miljarder kronor år 1998 till ca 50 miljarder kronor för år 2002. Frågan är om utvecklingen under 1990-talet i Sverige är unik, sett i ett internationellt perspektiv?

Denna frågeställning har nyligen studerats i en rapport som getts ut av ESO, *Den svenska sjukan – sjukfrånvaro i åtta länder*,¹ och mitt kapitel baseras huvudsakligen på denna studie. Studien täcker tidsperioden 1983–2001 och omfattar åtta stycken länder: Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Sverige och Tyskland. Studien baseras på data från EUROSTAT som ursprungligen kommer från arbetskraftsundersökningar (AKU) i dessa länder. I arbetskraftsundersökningarna finns ett mått som mäter sjukfrånvaron som frånvarande från arbetet fem arbetsdagar eller längre på grund av sjukdom. I *Den svenska sjukan – sjukfrånvaro i åtta länder* studeras andelen anställda i åldern 20–64 år som varit frånvarande från arbete minst fem dagar på grund av sjukdom.

Denna definition skiljer sig från den som används för Sveriges officiella statistik kring sjukskrivning på två väsentliga sätt. För det första omfattar den officiella statistiken enbart sjukskrivningsdagar för dagar som är ersatta av socialförsäkringen, dvs. dagar som inte täcks av en

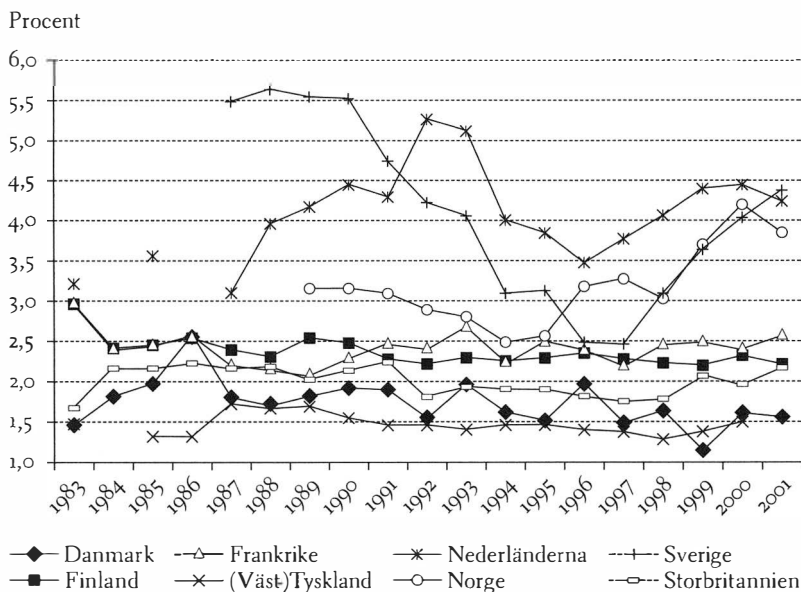
1. Nyman, Bergendorff och Palmer (2002). Den empiriska studien som utgör en bilaga till denna rapport, *Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv* (S. Bergendorff, S. Berggren, M. Cohen Birman, K. Nyberg, E. Palmer, P. Skogman Thoursie och J. Söderberg) har också publicerats som RFF Analyserar, 2002:11.

sjuklöneperiod. Före 1992 fanns ingen sjuklöneperiod. Sjuklöneperioden har varit 14 dagar i Sverige sedan 1992, utom från januari 1997 till och med slutet av mars 1998, då den var tillfälligtvis 28 dagar. Sålunda ger inte antal ersatta dagar en bild av sjukfrånvaron över en längre period som baseras på samma definition övertid, vilket är möjligt med AKU. För det andra har den som är arbetslös och blir sjuk rätt till sjukpenningersättning i Sverige. På grund av det innehåller den svenska officiella statistiken frånvarodagar för en större krets än AKU som enbart omfattar dem som är frånvarande från arbete, samtidigt som det omöjliggör jämförelse med andra länder som inte gör så. Slutligen kan det påpekas att den svenska sjukpenningförsäkringen också täcker egenföretagare som definitionsmässigt *inte* ingår bland de anställda. Detta gör att sjukfrånvaron mätt med hjälp av AKU inte är helt jämförbar med de mått, exempelvis antalet dagar per person 16–64, som tas fram av Riksförsäkringsverket och som omfattar samtliga ersatta dagar från och med dag femton. Generellt sett ger båda mått likartade bilder av utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige sedan början på 1980-talet.

Sammanfattningsvis används samma definition i samtliga länders arbetskraftsundersökningar, vilket gör att samma måtenhet har använts för olika länder oavsett landets regelsystem. Det finns inget annat sätt att få jämförbara data om sjukfrånvaro för en grupp av länder. Detta fortfarande undviker i möjligaste mån problem som uppstår på grund av att olika länders regelsystem påverkar den officiella statistiken kring sjukskrivningen. Emellertid uppstod problem med att få en fullständig databas för Finland och Norge och därför uteslöts dessa länder från den statistiska delen av analysen.

Sammanfattning av resultat från studien

Det mest slående resultatet är att sjukfrånvaron bland anställda i åldern 20–64 år är högst i Sverige, vilket framgår av Figur 1. Tillsammans med Nederländerna bildar Sverige en grupp med en sjukfrånvaro som betydligt överstiger sjukfrånvaron i de övriga länderna. Norge ligger som nummer tre på toppen. I de länder som varit medlemmar i EU sedan början av studiens undersökningsperiod 1983 (EU12) är den genomsnittliga frånvaron bland de anställda 1,7 procent åren 1983–2001. I Sve-



FIGUR 1. Sjukfrånvaro bland anställda i åldern 20–64 år under perioden 1983–2001.

Källa: Den svenska sjukan Ds 2002:49 och RFV 2002.

rige var i genomsnitt 4,2 procent av de anställda frånvarande från sitt arbete på grund av sjukdom (Tabell 1).

Tabell 1 visar på olika sätt att variationen över tid mellan den högsta och lägsta andelen av anställda som är frånvarande på grund av sjukdom är störst i Sverige och Nederländerna. Även Norge och Danmark visar en större variation över tid än övriga länder, men betydligt mindre än Sverige.

Den statistiska analysen i ESO-studien visar att denna variation är negativt kopplad till utvecklingen av arbetslöshet bland personer 60–64 år i Sverige och Nederländerna. Detta resultat är känt för Sverige sedan tidigare, och tillskrivs två olika processer. Den ena är en möjlig tendens för arbetskraft med en svagare förankring på arbetsmarknaden och med eventuellt högre sjukdomsrisker att få anställning under en konjunkturuppgång och att lämna arbetskraften under en nedgång. Sålunda blir sjukfrånvaron högre under högkonjunktur och lägre under låg-

konjunktur. En alternativ förklaring är att arbetslösheten har en disciplinerande effekt: När efterfrågan på arbetskraften är hög och det är gott om arbetstillfällen anser folk att de har »råd« med att vara borta från arbetet, men under kärva tider är folk försiktiga med att vara borta från arbetet. Troligen bidrar båda effekterna till konjunkturmönstret i sjukfrånvaron i Sverige. Vad som man ändå måste fråga sig är varför det inte finns en signifikant konjunkteffekt av detta slag i de övriga EU-länderna – med undantag av Nederländerna och Norge? Kanske är det så att i länder där sjukskrivningarna är mer disciplinerade/kontrollerade behövs inte arbetslösheten som disciplinerande mekanism. Det finns inte samma »slack« i systemet i andra länder som i Nederländerna, Norge och Sverige.

Vad som är intressant är att analysen tyder på att kopplingen mellan konjunktur och sjukfrånvaro är starkast bland den äldre arbetskraften i Sverige. Detta förklaras av en tendens för äldre arbetare att i högre utsträckning lämna arbetskraften genom avtals- och förtidspension vid en konjunkturedgång. Som resultat bidrar denna åldersgrupp mindre till sjukfrånvaron under lågkonjunkturer än efter det att en uppgång har kommit igång, då de utgör en större andel av de anställda. Den äldre arbetskraften, med högre sjukrisk, arbetar sålunda kvar i högkonjunktur som »marginalarbetskraft«, vilket är en sorts »selektionseffekt«.

TABELL 1. Andelen anställda 20–64 åren 1983–2001 som inte arbetar på grund av sjukdom som varat 5 dagar eller mer.

	Genomsnitt	Högst	Lägst	Skilnad mellan högst och lägst
Sverige (från 1987)	4,2	5,7	2,5	3,2
Nederländerna	4,1	5,3	3,1	2,2
Norge (från 1989)	3,2	4,2	2,6	1,6
Frankrike	2,4	3,0	2,1	0,9
Finland	2,3	2,6	2,2	0,4
Storbritannien	2,0	2,3	1,7	0,6
Danmark	1,7	1,2	2,6	1,4
Tyskland (väst)	1,4	1,7	1,3	0,4

Källa: *Den svenska sjukan*. Ds 2002:49 och RFV 2002 (op. cit.) och S. Bergendorff och P. Thoursie Skogman, *Sjukskrivning – försäkring eller försörjning?* Rapport från forskarseminariet i Umeå 2003. Fakta & Debatt Nr. 1 2003. Försäkringsförbundet.

Studien visar också att sjukfrånvaron är högre bland kvinnor än bland män i alla länder utom i Tyskland, och att denna skillnad även kvarstår när hänsyn tagits till andra potentiella orsaker till skillnader mellan länder. Fler kvinnor arbetar i Sverige än i de flesta andra länderna. År 2000 bestod 50,5 procent av arbetskraften av kvinnor i Sverige – men andelen kvinnor låg också nära 50 procent i Finland vilket innebär att andelen kvinnor i arbetskraften inte i sig förklarar skillnaden mellan Sverige och Finland. Men den förklarar en del av skillnaden mellan Sverige och Tyskland, med en andel på 45 procent, samt mellan Sverige och Frankrike och Storbritannien som ligger kring ca 46,8 procent. Sjukfrånvaron bland kvinnor är också högst i Nederländerna, Norge och Sverige och oavsett om vi tittar på offentligt eller privat anställda (Tabell 2). Emellertid kan en del av denna effekt hänföras till en »ålderseffekt«. Svenska arbetande kvinnor är i genomsnitt mycket äldre. Ca 30 procent är 50 år eller äldre jämfört med ca 15 procent där det kvinnliga deltagandet i arbetskraften är lägst – i Nederländerna – eller mindre än 20 procent i Tyskland och Frankrike. Men ca 26 procent av de anställda finländska kvinnorna är 50 år eller äldre utan att deras sjukfrånvaro närmar sig den svenska nivån enligt Tabell 2.

TABELL 2. Sjukfrånvaro och andel anställda i åldern 20–64 fördelade på kön och sektor, genomsnitt 1996–2000.

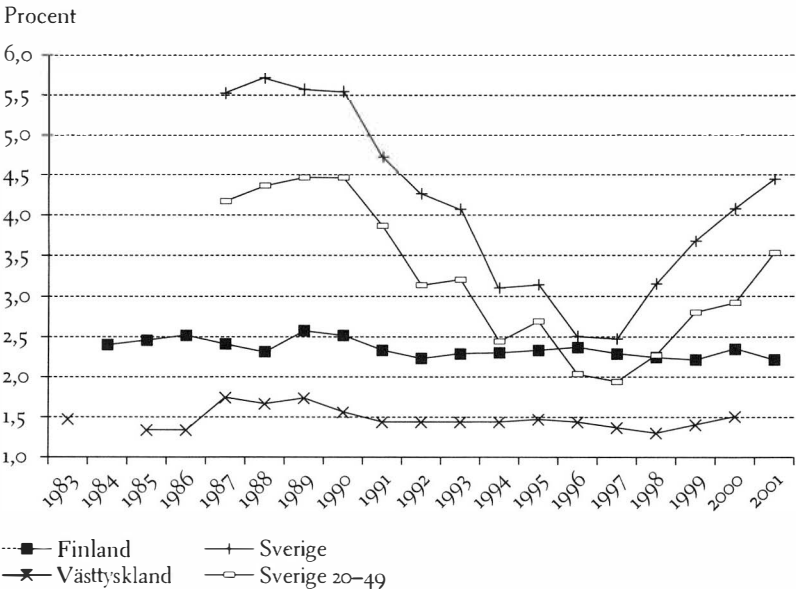
Land	Andel		Sjukfrånvaro			
	Kvinnor offentlig sektor %	Kvinnor privat sektor %	Kvinnor offentlig sektor %	Kvinnor privat sektor %	Män offentlig sektor %	Män privat sektor %
Frankrike	65,0	35,7	2,6	2,6	2,1	2,2
Tyskland	60,2	37,3	1,4	1,2	1,3	1,5
Danmark	69,0	34,0	1,9	1,6	1,2	1,5
Finland	73,2	37,6	2,5	2,7	2,1	2,0
Nederländerna	60,1	33,3	5,3	4,3	3,7	3,5
Norge	70,0	34,3	4,4	4,0	2,4	3,0
Sverige	73,8	34,3	4,3	3,5	2,2	2,4
Storbritannien	66,9	37,5	2,5	2,1	1,8	1,5

Källa: Den svenska sjukan. Ds 2002:49.

Arbetskraften är äldre i Sverige i två bemärkelser: För det första är det vanligare för personer i åldern 55–64 att arbeta jämfört med alla andra länder förutom Norge. För det andra var åldern bland de anställda i Sverige högre under 1990-talet, och inte minst på grund av att det var färre personer i åldern 29 år och yngre bland de anställda. Trots att arbetskraften är äldre i Sverige räcker skillnaden i ålderssammansättningen av de anställda inte alls till för att förklara den stora skillnaden mellan den genomsnittliga sjukfrånvaron i Sverige och sjukfrånvaron i de flesta övriga EU-länderna. Detta illustreras med hjälp av Figur 2 som visar att om de anställda i åldern 50 år och äldre tas bort från kalkylen för Sverige, återstår en påtaglig skillnad mellan å ena sidan Sverige och å andra sidan Finland och Tyskland.

Vad beror skillnaden i sjukfrånvaron mellan Sverige och övriga EU på?

Sammanfattningsvis kan bara en mindre del av skillnaden i sjuk-



FIGUR 2. Sjukfrånvaro bland anställda 20–64 år i Finland, Sverige och Tyskland samt endast bland anställda 20–49 år i Sverige.

Källa: Ds 2002:49 och RFV 2002 (op.cit.) och S. Bergendorff och P. Thoursie Skogman 2003 (op.cit.)

frånvaron mellan Sverige och de flesta övriga EU-länderna förklaras med hjälp av demografiska och arbetsmarknadsvariabler. Med denna utgångspunkt kan man bara spekulera i varför sjukfrånvaron är högre i Sverige – och även i Nederländerna och Norge. Här följer några reflektioner.

Det är inte troligt att folkhälsan är mycket sämre i Sverige än i övriga Europa. I själva verket tyder de flesta måtten på folkhälsa på det motsatta. Den fysiska arbetsmiljön i Sverige tycks också klara sig bra i jämförelse med andra EU-länder. Exempelvis visar en studie av Juhani Ilmarinen² att Sverige ligger bra till enligt många mått på arbetsmiljön för äldre arbetskraft. Samtidigt visar mätningar om hur anställda upplever sin arbetssituation, dvs. den psykosociala arbetsmiljön, att det finns ett stigande missnöje i Sverige under 1990-talet. Detta skulle kunna vara ett uttryck för en allmänt dålig organisations- eller ledningskultur i Sverige jämfört med övriga Europa. Samtidigt brukar man i andra sammanhang lovordas svensk ledningskultur. Den höga frånvaron i Sverige kan också vara ett uttryck för att det är många som skulle behöva byta arbetsgivare men som av någon anledning inte gör det – och att sjukskrivningen är ett alternativt sätt att för tillfället lösa detta problem. Detta tyder på en inlåsnings av arbetskraft i för många dåliga arbetssituationer, med andra ord en trögrörlig arbetsmarknad. Om förklaringen ligger här borde lösningen också ligga inom detta område.

I ESO-studien diskuteras två andra tänkbara faktorer: en slapp administration av sjukpenningförsäkringen samt generösa ersättningsregler. I Sverige betalar Försäkringskassan ut pengar under den tid som står på läkarintyget, som i sin tur i hög grad styrs av patientens önskan. I länder som Frankrike och Tyskland finns ett större inslag av försäkringsmässighet, dvs. en medveten användning av information om processen kring individen, läkaren och arbetsgivaren för att se till att försäkringens intressen uppfylls. Men det kan också vara så att individens egentliga intressen också uppfylls om ett slapt system i längden leder till onödigt långa sjukskrivningar och en ökad risk för utslagning på grund av det. I Tyskland finns ett nära samarbete mellan försäkringsadministrationen,

2. *Ageing Workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs, Health and Labour. 1999.

arbetsgivare och sjukskrivande läkare i syfte att identifiera och hålla tillbaka onödig sjukskrivning. Sjuklöneperioden i sig tycks dock inte göra någon skillnad, vilket utfallet för Nederländerna – med en sjuklöneperiod på ett år – tydligt visar.

Ersättningen för sjukfrånvaron är högst i Sverige³, Nederländerna⁴ och Norge⁵. Den är mycket lägre i exempelvis Frankrike (ca 50 procent) och Storbritannien där alla får ett grundbelopp (motsvarande 3 200 kronor per månad under 28 veckor med ett tillägg för anställda med barn). I Tyskland får man en hög ersättning under de första åtta veckorna, men sedan sänks ersättningen betydligt. Det finns ett stort antal studier som visar att människors beteende är känsligt för ekonomiska ersättningsregler inom många olika system. Vill vi i Sverige behålla en hög ersättning är det sålunda viktigt att arbeta med en stram administration av försäkringen, dvs. en väl fungerande grindvakt är A och O. Sverige har relativt sett generösa ersättningsregler tillsammans med en »slapp« eller i det närmaste obefintlig grindvaktsprocess.

Slutligen måste det betonas att attityder spelar en stor roll. Det spelar en stor roll vad vi – läkare, försäkringskassa, arbetsgivare och inte minst alla oss individer – uppfattar som normalt och hur vi agerar. Det är ofta individen själv som avgör om han eller hon vill vara sjukskriven eller på arbetsplatsen. Läkarintyget är ofta ett uttryck för vad individen vill, men inte nödvändigtvis vad som medicinskt är motiverat, i varje fall enligt en relativt färsk undersökning av Lars Englund.⁶ För närvarande sätter samhällsdebatten kring den ökande sjukskrivningen fokus på den psykosociala arbetsmiljön i Sverige, och mätningarna visar en klar försämring under 1990-talet. Det är naturligtvis en varningssignal som bör tas på allvar eftersom det är ett mått på hur människor upplever sin situation. Samtidigt är det svårt att tro att arbetsmiljön har försämrats så pass mycket på så kort tid så att denna faktor kan vara en huvudorsak till ökningen i sjukskrivningen sedan 1998. Om den historiskt höga sjukskrivningen i Sverige ska anses bero på svenska arbetsgivare och arbets-

3. 80 procent från socialförsäkringen plus 10 procent från avtalsförsäkringar under tre månader.

4. 70 procent från socialförsäkringen plus 30 procent från avtalsförsäkringen under 52 veckor.

5. 100 procent under 52 veckor.

6. Förändringar i distriktsläkarnas sjukskrivningspraxis mellan 1996 och 2001 i ett svenskt landskap. Falun: Centrum för klinisk forskning, 2001.

platser måste orsaken vara ett mer allmänt eller strukturellt fel inom det svenska arbetslivet. Emellertid kan det också vara så att orsaken bör sökas i alla parterers uppfattning om hur sjukskrivningen kan eller ska användas, samt en oförmåga att diskutera detta som ett problem i sig.

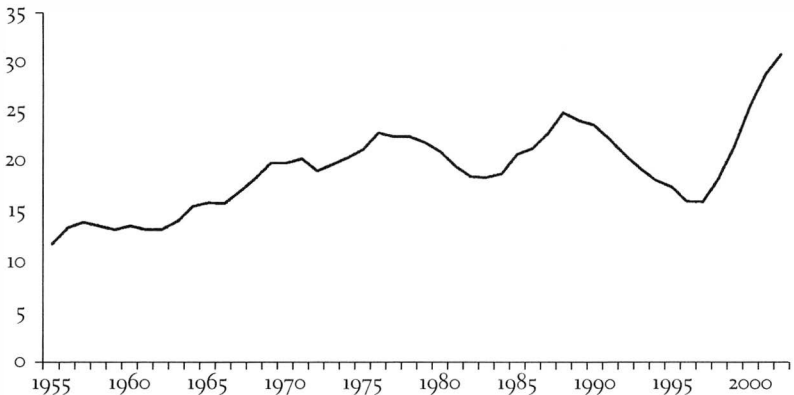
REFERENSER

- Bergendorff, S. m.fl. (2002) »Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv«, *RFV Analyserar*, nr 11.
- Förändringar i distriktsläkarnas sjukskrivningspraxis mellan 1996 och 2001 i ett svenskt landsting* (2001) Falun: Centrum för klinisk forskning.
- Ilmanen, Juhani (1999), *Ageing Workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs, Health and Labour.
- Nyman, Kjell, Sisko Bergendorff och Edward Palmer (2002). *Den svenska sjukan – sjukfrånvaro i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm, Ds 2002:49.

Sjukskrivningarna och ersättningsnivån

Sjukfrånvaron svänger kraftigt över åren. Det s.k. sjukalet, dvs. det genomsnittliga antalet sjukdagar per person i arbetskraften, låg mellan 10 och 15 per år under 1950-talet (se Figur 1). Sedan ökade det kraftigt och nådde toppar på 20–25 dagar vid slutet av 1970-talet och vid slutet av 1980-talet. Idag har antalet sjukdagar per person stigit till ungefär 30.

Det finns flera orsaker till dessa svängningar. Konjunkturläget tycks spela en stor roll; vi vet sedan länge att sjukskrivningarna tenderar att öka under högkonjunkturer och minska under lågkonjunkturer. Ar-



FIGUR 1: Det genomsnittliga antalet sjukdagar per person och år i Sverige 1955–2002.

Anm. Fr.o.m. 1992 är Riksförsäkringsverkets uppgifter om sjukfrånvaron under de två första veckorna ofullständiga, eftersom arbetsgivarna då betalar sjuklön. Uppgifterna i diagrammet är korrigerade för detta genom en skattning av den korta sjukfrånvaron (se Henrekson och Persson, 2004).

betskraftens sammansättning, både vad gäller kön och ålder, är också betydelsefull. Traditionellt är sjukfrånvaron högre bland kvinnor än bland män, och högre bland äldre än bland yngre. En tredje faktor, nämligen utformningen av sjukpenningförsäkringen, tycks vara mer kontroversiell. Den officiella synen – åtminstone bland politikerna – är att man sjukskriver sig när man är sjuk, och därmed punkt. Att antyda att sjukskrivningsbeteendet skulle kunna påverkas av ekonomiska incitament – nej, det vore inte politiskt korrekt.

Det är också ganska svårt att empiriskt undersöka betydelsen av denna kontroversiella faktor. Man måste då nämligen kontrollera för alla andra faktorer, som konjunkturläget och arbetskraftens sammansättning, för att kunna renodla effekterna av ersättningsnivåns höjd. Tillsammans med Magnus Henrekson vid Handelshögskolan i Stockholm har jag gjort ett försök att åstadkomma en sådan renodlad analys.¹ Vi har använt data för Sverige från perioden 1955–1999, och studien är egentligen en uppdatering, med bättre data och mer sofistikerade statistiska metoder, av en tidigare studie i en bok som vi publicerade för drygt tio år sedan.²

Under årens lopp har Sverige haft många olika system för sjukersättning. De viktigaste förändringarna i dessa system sammanfattas i Tabell 1. Normalt är att man får en viss procent av lönen vid sjukfall, och i tabellen anges, för de olika systemen, denna procentsats – som dessutom varierar beroende på sjukfallets längd.

Före 1987 var systemet alltför komplicerat för att kunna sammanfattas med några enkla siffror, som i tabellen. Fram till 1974 var t.ex. sjukpenningen skattefri, vilket försvårar jämförelsen med senare perioder. Ersättningen kunde också variera med veckodagen, med huruvida den försäkrade var gift och hade barn osv. De viktigaste förändringarna av systemet före 1987 är följande.

Under större delen av sjukförsäkringens historia har den kännetecknats av *karensdagar*. Mellan 1955 och 1966 var det två karensdagar, och 1967 minskades antalet till en. 1987 avskaffades även den karensdagen.³

1. Henrekson och Persson (2004).

2. Henrekson, Lantto och Persson: (1992).

3. Mellan 1974 och 1987 kunde man undvika karensdagen genom att sjukanmäla sig före midnatt föregående dag (även om denna dag var en söndag).

Vidare höjdes den allmänna kompensationsgraden kraftigt vid tre tillfällen: 1963, 1967 och 1974. I december 1987 gjordes kompensationsgraden mer enhetlig och höjdes till 90 procent för alla.

Utöver det statliga systemet har också olika system med tilläggsförsäkringar tillkommit som resultat av förhandlingar mellan arbetsmarknadens parter. Dessa system infördes successivt och kom från 1970-talet att omfatta så gott som alla anställda. I Tabell 1 anges även den extra kompensation som ges genom dessa system.⁴ För perioden 1988 till 1991 (som var den mest generösa perioden i den svenska sjukförsäkringens historia) ser vi t.ex. att av den totala ersättningsnivån på 100 procent betalades 90 procent av det statliga systemet och 10 procent av avtalsförsäkringen.

En viktig förändring fick vi 1992, då det s.k. arbetsgivarinträdet infördes. Det innebär att staten inte betalar någonting alls under de första 14 dagarna, medan arbetsgivaren står för hela sjukpenningen (bortsett från en karensdag, som infördes 1993). För sjukfall som är längre än 14 dagar träder dock staten in. Denna princip har vi haft kvar sedan dess, även om systemets detaljer ändrats en del; således har ersättningsnivån varierat mellan 75 och 90 procent, och mellan 1997 och 1998 gjordes ett försök med fyra veckors arbetsgivarperiod.

Dessa ständiga förändringar av systemet kan tyckas förvirrande, men i kombination med data över sjukfrånvaron över en lång tidsperiod

TABELL 1: Kompensationsnivån i sjukpenningförsäkringen 1955–2002 (%).

Sjukdag	1987.12– 1991.02	1991.03– 1991.12	1992.01– 1993.03	1993.04– 1993.06	1993.06– 1995.12	1996.01– 1996.12	1997.01– 1997.12	1998.01– 1998.03	1998.04–
1	90+10	65+10	0+75	0	0	0	0	0	0
2–3	90+10	65+10	0+75	0+75	0+75	0+75	0+75	0+80	0+80
4–14	90+10	80+10	0+90	0+90	0+90	0+75	0+75	0+80	0+80
15–28	90+10	80+10	80+10	80+10	80+10	75+10	0+75	0+80	80+10
29–90	90+10	80+10	80+10	80+10	80+10	75+10	75+10	80+10	80+10
91–365	90+5	90	90	80	80	75	75	80	80
365–	90+5	90	90	80	70	75	75	80	80

4. Även efter 1987 har ibland systemen skiljt sig åt i vissa detaljer för olika avtalsområden. Siffrorna i tabellen avser kollektivanställda i privat sektor.

möjliggör de statistiska studier av hur sjukskrivningsbeteendet påverkas av sjukförsäkringen. Jag ska inte här gå in på de tekniska detaljerna i vår undersökning – härvid hänvisas läsaren till själva originalrapporten – men jag vill peka på en del intressanta faktorer i resultaten.

En första ansats

Resultaten av en enkel regressionsstudie på den långa dataserien, från 1955 till 1999, visas i Tabell 2. Tabellen visar hur sjuktalet påverkats av ett antal reformer. Vi har här inte tagit med effekterna av *alla* förändringar i systemet som gjorts under åren. Ofta, och i synnerhet under 1990-talet, har reformerna legat alltför tätt inpå varandra för att man ska kunna statistiskt särskilja deras effekter. Vi har därför nöjt oss med ett urval reformer som är speciellt tydliga. En eller flera stjärnor efter siffran visar hur tydlig effekten är – eller med en statistisk term, om effekten är signifikant. En eller två stjärnor betyder att effekten finns där, men den är inte särskilt tydlig, medan tre stjärnor betyder att effekten är helt säkerställd.

Vi ser att resultaten bekräftar vad ekonomerna brukat säga: ekonomiska incitament *har* betydelse för sjukskrivningsbeteendet. De reformer som gjorde sjukförsäkringen mer generös (1963, 1967, 1974, 1987 och 1998) tycks ha lett till att antalet sjukdagar ökade. Och de reformer som gjorde sjukförsäkringen mer restriktiv (1991 och 1995) ledde till att antalet sjukdagar minskade.

1963 års reform drev till exempel upp sjuktalet med 1,18 dagar per

TABELL 2: Effekterna på sjuktalet av några reformer.

Reform	Effekt på sjuktalet, antal dagar
1963	1,18**
1967	2,62***
1974	1,39***
1987	0,98*
1991	-0,03
1995	-1,72**
1998	2,43***

person och år, medan 1995 års reform drev ner det med 1,72 dagar. Man ska inte uppfatta dessa siffror som helt exakta; vi prövade flera olika formuleringar av den statistiska modellen, och även om resultaten stämde överens i stora drag skilde de sig åt i detaljer. En märklig siffra är den för 1991 års reform. Denna reform innebar ju, tillsammans med 1992 års införande av en två-veckors arbetsgivarperiod, den första skärpningen av sjukförsäkringen efter många decenniers reformer som alla inneburit ett mer och mer generöst system. Skärpningen väckte ett mycket stort uppseende i massmedia, och man kan nog tryggt säga att 1991 års reform är en av de mest omskrivna och kritiserade i den svenska sjukförsäkringens historia. Man skulle då rimligen vänta sig att den ledde till en minskning av sjukfrånvaron, och siffran i tabellen är mycket riktigt negativ – men den är helt insignifikant (inga stjärnor). Vi ska återkomma till denna fråga senare.

Det är i stället 1995 års reform som tycks ha lett till en minskning av frånvaron. Den reformen finns inte med bland de olika systemen i Tabell 1 ovan, eftersom den inte medförde någon ändring i ersättningsnivåerna. I stället gjordes tillämpningen av systemet (enligt personer verksamma ute på fältet) striktare det året, med noggrannare kontroller av de sjukskrivna m.m. Det faktum att denna reform tycks ha fått signifikanta effekter illustrerar vikten av att man som forskare inte bara tittar på ersättningsnivåernas höjd, utan också på mer subtila och svårämbare egenskaper hos systemet.

Ett intressant resultat av studien är också att effekterna inte tycks slå igenom omedelbart, utan först med en viss tidsfördröjning. De siffror som redovisas i Tabell 2 är de kortsiktiga effekterna, dvs. hur sjuktalet ändras året omedelbart efter respektive reform. Man kan dock även beräkna vad effekterna blir på lång sikt (visas inte i tabellen); de visar sig då bli ungefär dubbelt så stora. 1974 års reform ledde således till att sjuktalet 1975 omedelbart steg med 1,39 dagar, men på längre sikt, när folk lärt sig och anpassat sig till de nya reglerna, ledde den till en ökning av sjuktalet med nästan tre dagar. Och samma mönster gäller för de övriga reformerna; 1995 års reform ledde omedelbart till en minskning av sjuktalet med 1,72 dagar, men på lång sikt drog den ner sjuktalet med mellan tre och fyra dagar.

1998 års reform är av speciellt intresse för oss idag, när vi betraktar de

allra senaste årens höga sjukfrånvaro. Enligt tabellen ledde den reformen till en omedelbar ökning av sjukskrivningarna med 2,43 dagar – och siffran är starkt signifikant. På lång sikt visar det sig dock att ökningen blev hela 4,12 dagar. Det betyder att en inte obetydlig del av dagens höga sjukfrånvaro kan hänföras till 1998 års reform. Man bör dock hålla i minnet att 1998 års reform trots allt var ganska måttlig (en höjning av ersättningsnivån från 75 till 80 procent, och för sjukfall mellan 29 och 90 dagar från 85 till 90 procent), och att sjukskrivningarna faktiskt har fördubblats från 15 dagar i mitten av 1990-talet till 30 dagar under 2002. Visserligen är 4,12 dagar inte någon obetydlig effekt, men det är uppenbart att här även finns andra krafter i rörelse.

Ett märkligt resultat av denna studie var, att när vi ville kontrollera för arbetskraftens sammansättning (vad gäller kön och ålder) visade sig denna sakna signifikant betydelse. Detta betyder inte att dessa faktorer verkligen är betydelselösa, utan snarare att vårt datamaterial och våra skattningsmetoder inte är tillräckligt känsliga för att dessa effekter ska slå igenom på ett tydligt vis. Detta kräver en mer detaljerad studie.

En mer detaljerad studie

Vi gick vidare med en analys av perioden 1964–1999, för vilken data av högre kvalitet finns tillgängliga. Därigenom kunde vi t.ex. särskilja reformernas effekter för män och kvinnor. Resultatet av denna analys visas i Tabell 3.

Här ser vi flera intressanta saker. För *det första* tycks människens sjukskrivningsbeteende vara tämligen okänsligt för sjukpenningförsäkringens utformning; bortsett från 1998 års reform är alla effekter insignifikanta (inga stjärnor). Kvinnorna, däremot, tycks reagera starkt på de flesta av reformerna. Orsakerna till denna skillnad kan diskuteras och är förmodligen värda en egen studie. Min gissning är att de har att göra med de traditionella könsrollerna, där kvinnorna i större utsträckning än männen är »marginalförsörjare«. Oavsett vad som egentligen ligger bakom vårt resultat, så stämmer det väl överens med flera studier av arbetsutbudet; kvinnor förefaller helt enkelt mer känsliga än män för ekonomiska incitament.

TABELL 3: Effekterna på sjuktalet av några reformer; separata skattningar för män och kvinnor.

<i>Reform</i>	<i>Effekt på männens sjuktal</i>	<i>Effekt på kvinnornas sjuktal</i>
1974	0,52	0,95
1987	-0,52	2,00 ^{**}
1991	-0,32	0,06
1995	-0,71	-4,89 ^{***}
1998	1,78 ^{**}	2,78 ^{***}

För det andra verkar såväl männen som kvinnorna opåverkade av 1974 års reform.⁵ Detta är märkligt eftersom den reformen hade en starkt signifikant effekt enligt de siffror som redovisades i Tabell 2 ovan. Orsakerna till att de två tabellerna ger motstridiga resultat för 1974 är svårbedömda; de beror förmodligen på att skattningarna är känsliga för hur man kontrollerar för svängningar i arbetslösheten (visas ej i tabellerna), och att denna kontroll ser olika ut för män och kvinnor. I alla händelser visar detta att man ska vara försiktig med att tolka resultaten av empiriska studier. Förmodligen vågar man bara lita på sådana resultat som visar sig robusta vid flera olika studier, med olika datamaterial och olika statistisk metodologi.⁶

Även i denna studie får vi, precis som i den studie som redovisades i Tabell 1 ovan, stora skillnader mellan kortsiktiga och långsiktiga effekter (visas ej i tabellen). De långsiktiga effekterna är åter ungefär dubbelt så stora som de kortsiktiga. Olika systemförändringar slår inte igenom fullt ut förrän efter flera år, och det är därför lätt att underskatta förändringarnas betydelse.

Slutligen finner vi inte heller i denna studie några signifikanta effekter för 1991 års reform. Det finns en rad statistiska skäl till detta, och de talar för en ännu noggrannare analys av just de reformer som ägde rum åren kring 1990. Lyckligtvis finns för åren 1984–1999 en mycket detaljerad databas som medger en rad olika kontroller. Vi har därför använt den databasen för att göra en specialstudie av 1987 och 1991 års re-

5. Med en annan formulering av den statistiska modellen tycks dock kvinnornas sjukskrivningar öka signifikant till följd av 1974 års reform.

6. Således får t.ex. Mårten Palme m.fl., som har studerat sjukskrivningarna med hjälp av helt andra data och andra metoder, resultat som liknar våra. Se Johansson och Palme (2003).

former. Det visar sig i denna studie att 1991 års reform faktiskt ledde till en signifikant minskning av sjukskrivningarna. Minskningen var dock inte särskilt stor (omkring en dag, beroende på valet av statistisk modell), men den var mycket signifikant.

Hur ska man tolka resultaten?

Det visar sig alltså att ekonomiska incitament har betydelse för sjukskrivningsbeteendet. Detta är egentligen inte särskilt förvånande. Rent intuitivt verkar det rimligt att man, om man känner sig lite halvdlig på morgonen, är mer benägen att släpa sig till jobbet om det är dyrt att sjukskriva sig (dvs. om sjukpenningen är låg) än om det är billigt (dvs. sjukpenningen är hög). Därav kan man dock inte automatiskt dra slutsatsen att ersättningsnivån bör sänkas. Sjukförsäkringen ska inte nödvändigtvis utformas så att folk i släpar sig till jobbet även när de känner sig dåliga. Om det till exempel är fråga om en influensa, eller någon annan smittosam sjukdom som håller på att bryta ut, är ett sådant beteende inte samhällsekonomiskt lönsamt.

Våra resultat kan inte heller tolkas som att det förekommer fusk i sjukförsäkringen. Känslighet för ekonomiska incitament är någonting helt naturligt (och i regel också samhällsekonomiskt önskvärt) även bland hederliga människor. Om man vill studera förekomsten av fusk är det helt andra typer av studier som måste göras. Möjligen skulle den signifikanta effekten av 1995 års reform (som ju inte berörde ersättningsnivån utan bara innebar en skärpning i tillämpningen av de redan existerande reglerna) kunna tolkas som att systemet tidigare släppte igenom en del tveksamma fall – men inte ens den slutsatsen är helt självklar. Ett resultat som dock på ett mer tydligt sätt visar på förekomsten av fusk har presenterats av Peter Skogman Thoursie vid Stockholms universitet.⁷ Han har undersökt sjukskrivningarna i samband med stora

7. Skogman Thoursie (2002). Ett annat mönster, som eventuellt skulle kunna tyda på fusk, eller åtminstone på ett medvetet planerande av sjukamnelningar, är den s.k. »veckodageffekten«. Den går i sin enklaste form ut på att folk oftast blir sjuka på måndagar. En mer sofistikerad form består i att folk anmäler sig sjuka den veckodag som det är mest förmånligt att göra detta; exakt vilken dag som det är, beror på regelverket (vilket ju ändrats över tiden). Se vidare Henrekson, Lantto och Persson (1992, kapitel 4).

sportevenemang; det visar sig att när sådana evenemang sänds på tv ökar sjukskrivningarna (i synnerhet bland män) markant.

Av våra resultat framgår att förändringar i försäkringssystemet slår igenom först med en betydande tidseftersläpning. Detta gör det svårt för både forskaren och beslutsfattaren att veta exakt vad effekterna blir av en viss regelförändring; vanligen måste man vänta flera år innan man kan urskilja de fulla effekterna. Och om flera reformer ligger nära varandra i tiden är det svårt att veta om en viss utveckling av sjukfrånvaron beror på en specifik reform, eller om den är en eftersläpningseffekt av en tidigare reform. Speciellt på 1990-talet, när systemet förändrades vart och vartannat år, är detta ett påtagligt problem. Det finns flera möjliga orsaker till tidseftersläpningen. Den enklaste förklaringen är att det faktiskt tar tid för medborgarna att lära sig de nya reglerna, och denna inläring blir naturligtvis svårare när systemet ändras ofta. En annan förklaring, som ofta framhållits av Assar Lindbeck, pekar på uppkomsten av sociala normer och attityder; det kan ta många år innan ett tidigare uppbyggt normsystem har eroderats.⁸ Oavsett vilken av förklaringarna man tror på (förmodligen innehåller verkligheten inslag av bägge) blir slutsatsen ganska dystert. Om man anser att det nuvarande systemet är alltför generöst och/eller innebär alltför dålig kontroll av sjukskrivningarna, och om man således stramar upp systemet redan idag, kommer det att ta ganska lång tid innan uppstramningen får full effekt.

Slutligen bör man observera att vår studie endast bygger på data från perioden 1955–1999 och således inte omfattar den kraftiga uppgången i sjukfrånvaron under åren 2000–2002. I och för sig indikerar våra resultat att 1998 års höjning av ersättningsnivån ledde till en uppgång av sjukskrivningarna med ett par dagar på kort sikt, och med 4–5 dagar på lång sikt. Det är troligt att det är en del av den långsiktseffekten som vi nu observerar. Men den totala uppgången i sjukskrivningarna, från 15 dagar i mitten av 1990-talet till 30 dagar idag, är mycket större än vad vi rimligen kan hänföra till 1998 års reform. En del av uppgången kan förmodligen förklaras med det förbättrade konjunkturläget; sjukskrivningarna ökar när ar-

8. Se Lindbeck (2003).

betslösheten går ner, och vice versa. Men ersättningsreglerna och konjunkturen förklarar inte allt. Det är möjligt – och till och med troligt – att en del av uppgången under senare år speglar förändrade normer och attityder till sjukskrivning. Men det skulle krävas en hel del ytterligare forskningsarbete, med data som ännu inte finns tillgängliga, för att för att man ska kunna få en klar bild av vad som egentligen har hänt under dessa år.

Några slutsatser

Striktheten i sjukförsäkringen har två dimensioner: kontroller och ersättningsnivåer. Kontroller är betydelsefulla – det såg vi av våra resultat rörande 1995 års reform. Som ekonom har jag dock inte så mycket att säga om hur kontrollerna bör utformas, utöver det enkla konstaterandet att det här gäller att väga kostnaderna för ytterligare kontroller mot vinsterna av att avslöja eventuella fuskare.

Vad gäller ersättningsnivåerna har vi inom sjukförsäkringen samma principer som inom alla andra försäkringar. Så snart det föreligger risk för fusk eller för s.k. *moral hazard* (som betyder att försäkringstagaren själv kan påverka risken för skada, genom sitt eget beteende) ska en försäkring ha en självrisk. I sjukförsäkringen uppträder självrisken i tre former: 1) karensdagar; 2) en ersättningsnivå som ligger under 100 procent och 3) konstruktioner med »tak« över vilka ingen ersättning ges. Vi ser av Tabell 1 att självrisken varierat högst betydligt under de senaste decennierna. Under perioden 1987–1991 var självrisken noll,⁹ vilket knappast var förenligt med en bra försäkring.

Frågan är då om den nuvarande självrisken är den optimala. Denna fråga är svår att besvara och svårigheten är inte bara begränsad till sjukförsäkringen. Även vad gäller privata försäkringar, som inbrotts- och fordonsförsäkringar, är det lätt för försäkringsbolagen att observera att höjda självrisker minskar antalet anmälda skador – men denna enkla observation säger inget om hur stort fusket är, eller vilken nivå på själv-

9. Bortsett från höginkomsttagare, som hamnade över taket (anges inte i tabellen) och mycket långvariga sjukfall.

riskerna som är den optimala. Och i praktiken bestäms självriskerna och premierna på sådana försäkringar genom konkurrensen mellan bolagen. Om något bolag erbjuder försäkringar med alltför låg självrisk går det i konkurs – och om det i stället försöker ta ut alltför hög självrisk blir det utkonkurrerat av andra bolag.

När det gäller den statliga sjukförsäkringen finns inget konkurrenstryck av det slag som existerar på privata försäkringsmarknader. Därför får man pröva sig fram och försöka känna av vilka försäkringsvillkor som verkar fungera bäst. Om vi idag skulle höja självriskerna ytterligare skulle det bli mindre lönsamt att fuska, och även hederliga försäkringstagare skulle få starkare incitament att bete sig så att risken för sjukdomsfall minskar. Samtidigt innebär naturligtvis en hög självrisk ett sämre skydd för dem som verkligen drabbas av sjukdom. I litteraturen brukar man tala om att varje försäkring måste innebära en rimlig avvägning mellan *fel av typ I* (dvs. man gynnar fuskare och personer som slarvar) och *fel av typ II* (dvs. man är alltför restriktiv mot dem som verkligen råkat ut för en skada). Genom bättre kontroller kan vi till viss del minska risken för bägge felen samtidigt, men till slut har vi nått en punkt där vi tvingas välja: antingen en lägre risk för fel av typ I till priset av en högre risk för fel av typ II, eller vice versa. Eftersom sjukförsäkringen är en statlig angelägenhet har den avvägningen fått starka politiska inslag. Men avvägningen är inte enbart en politisk, utan i lika hög grad en försäkrings-teknisk, fråga.

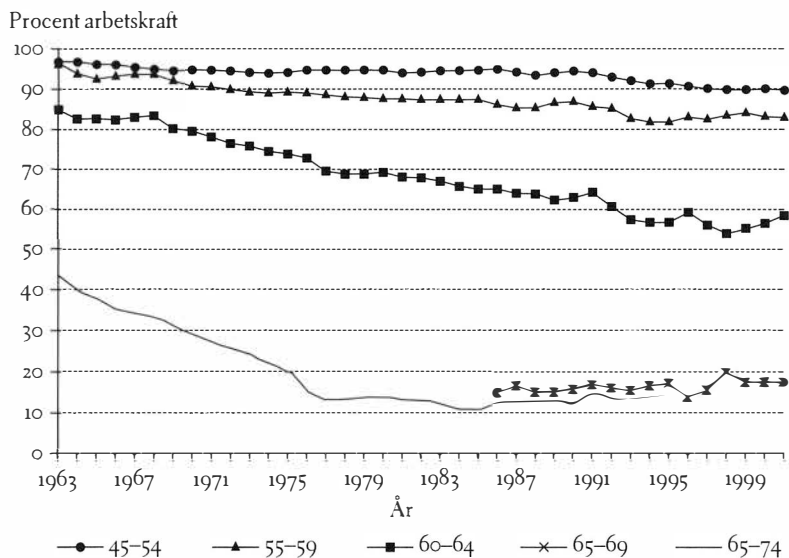
För att kunna fatta ett bra beslut härvidlag krävs att vi har god information om vilka valmöjligheter som står till buds. Jag vill därför avsluta min artikel med att peka på behovet av mera forskning. Trots – eller kanske på grund av – att sjukförsäkringen inrymmer starka politiska inslag har det inte forskats så mycket om den. Vi vet förmodligen idag mindre om hur den möjliga avvägningen mellan fel av typ I och typ II ser ut inom sjukförsäkringen än vad de privata bolagen vet om avvägningen mellan dessa två fel inom inbrottsförsäkringen eller fordonsförsäkringen.

REFERENSER

- Henrekson, Magnus och Mats Persson (2004), »The Effect on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System«, under publicering i *Journal of Labor Economics*.
- Henrekson, Magnus, Kari Lantto och Mats Persson (1992), *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen*. SNS Förlag, Stockholm.
- Johansson, Per och Mårten Palme (2003), »Påverkar ekonomiska incitament sjukskrivningsbeteendet och deltagandet i arbetskraften?», i denna volym.
- Lindbeck, Assar (2003), »Välfärdsstat och sociala normer», i denna volym.
- Skogman Thoursie, Peter (2002), »Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious?«, Nationalekonomiska institutionen vid Stockholms universitet, Seminar Paper 2002:4.

Påverkar ekonomiska incitament sjukskrivningsbeteendet och deltagandet i arbetskraften?

På senare tid har frågan om huruvida ersättningsnivån i sjukförsäkringen påverkar hur mycket försäkringen utnyttjas diskuterats i den allmänna debatten. I detta kapitel ska vi sammanfatta, och diskutera relevansen av, en tidigare studie som vi genomfört (Johansson och Palme, 2003) om ekonomiska incitament och sjukskrivning. Låt oss innan vi gör det titta på några resultat som gäller ett relaterat problem: hur de ekonomiska incitament som skapas av inkomstförsäkringar påverkar deltagandet i arbetskraften bland äldre arbetare.



FIGUR 1: Historisk utveckling av arbetskraftsdeltagandet för män i olika åldersgrupper.

Deltagande i arbetskraften bland äldre och ekonomiska incitament

Figur 1 visar andelen män som deltar i arbetskraften, det vill säga arbetar åtminstone deltid eller är arbetssökande, i fyra olika åldersgrupper: 45–54, 55–59, 60–64 samt 65–74 under perioden 1963–1999. Figuren visar ett tydligt mönster: arbetskraftsdeltagandet har sjunkit markant i alla grupper, tydligast är dock förändringen i gruppen 60–64 år. I denna grupp har arbetskraftsdeltagandet sjunkit från cirka 85 procent i början på 60-talet till runt 60 procent idag. Men även i gruppen 55–59 har deltagandet sjunkit med nästan tio procentenheter.

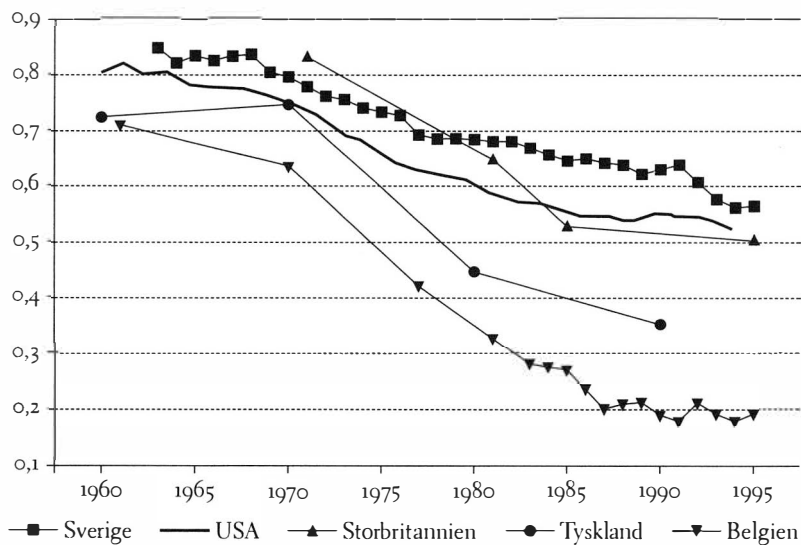
Figur 2 visar motsvarande utveckling i en rad olika industriländer för gruppen 60–64 år under perioden 1960–1995. Resultaten visar att utvecklingen i Sverige inte är unik. Snarare har det varit så att Sverige klarat sig exceptionellt väl jämfört med andra länder och lyckats hålla arbetskraftsdeltagandet uppe på en relativt hög nivå. I vissa länder, t.ex. Nederländerna, Belgien eller Italien, är arbetskraftsdeltagandet så lågt som 20 procent av åldersgruppen.

Vad är då förklaringen till denna dramatiska nedgång i arbetskraftsdeltagandet i industriländerna? Det är inte troligt att förklaringen skulle kunna sökas i försämrad hälsa: under den tid som studerats har den förväntade livslängden, en naturlig hälsoindikator, ökat i alla länder. Det är heller inte troligt att hälsan skulle variera så mycket mellan olika länder att det skulle kunna förklara att nivån i arbetskraftsdeltagande är så olika.

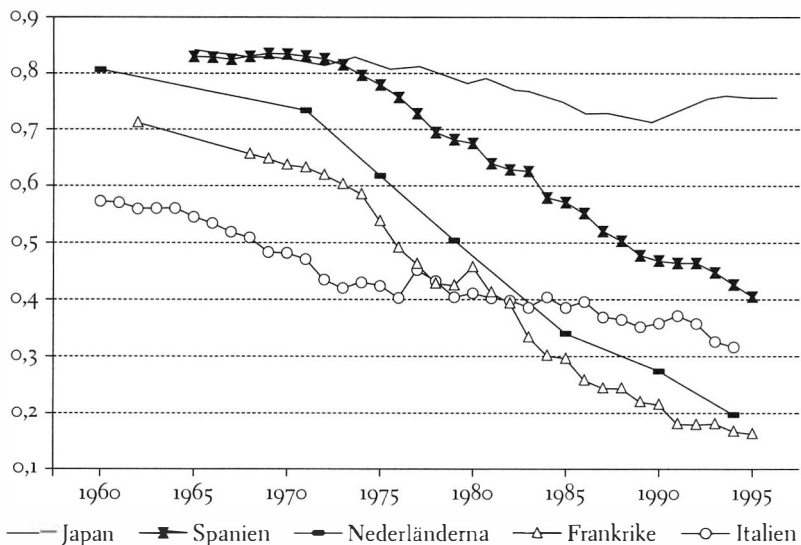
En ekonomisk förklaring till det minskade arbetskraftsdeltagandet skulle kunna vara att de ökade inkomstnivåerna inneburit ökad efterfrågan på fritid. Det är rimligt att en del av denna ökade efterfrågan tas ut i form av tidigare pensionering. Denna mekanism skulle kunna förklara en del av förändringen över tiden men, återigen, inte skillnaden mellan olika länder.

En annan viktig förändring som skett under den 35-årsperiod som kan studeras i Figur 2 är uppbyggnaden av socialförsäkringssystem i alla de länder som finns med i figuren. Socialförsäkringarna har i många fall erbjudit möjligheter till ett tidigare utträde ur arbetskraften. Systemen har emellertid utformats mycket olika i olika länder vad gäller

Andel i arbetskraften



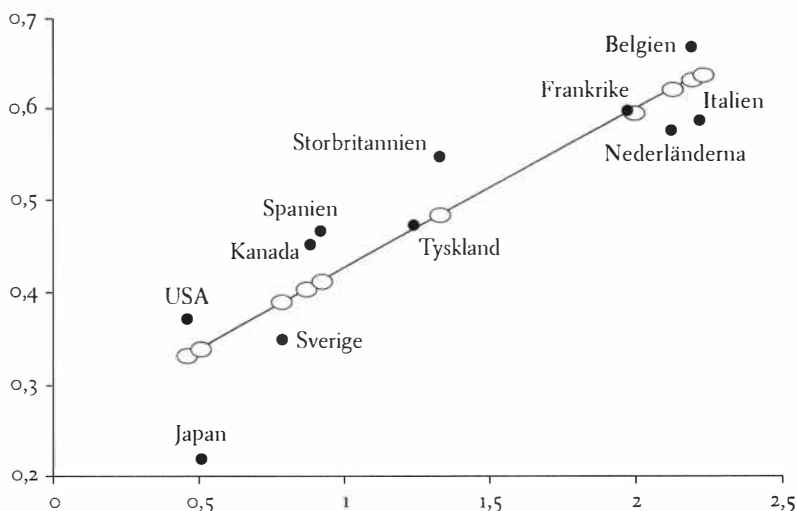
Andel i arbetskraften



FIGUR 2: Trender i arbetskraftsdeltagandet för män mellan 60 och 64 år.
Källa: Gruber och Wise (1999).

vilka ekonomiska incitament som finns att stanna kvar i arbetskraften.

Figur 3 visar relationen mellan den genomsnittliga »skatten« på att arbeta vidare i åldern 55 till 65 för en representativ arbetare och andelen som deltar i arbetskraften. Det vi kallar skatten på att arbeta vidare beräknas i två steg. I det första steget beräknas nettoförändringen i socialförsäkringsförmögenheten, där även inkomstskatter och bidrag beaktats, av att arbeta vidare ett år minus det som arbetaren förväntas betala in i form av arbetsgivaravgifter (»försäkringspremier«) om han eller hon arbetar vidare. Om detta belopp är positivt betraktas det som en subvention för att arbeta vidare, eftersom en aktuarisk försäkring skulle betyda att nuvärdet av premier och förmåner skulle ta ut varandra. I de flesta länder är den emellertid negativ vid nästan alla åldrar och fungerar därför som en skatt. Skatte- och bidragssystemet är således utformat så att nuvärdet av premier överstiger nuvärdet av framtida förmåner för den som arbetar vidare efter 55 års ålder. För att få en uppfattning om hur stor denna skatt är beräknas skatten i det andra steget, som en andel av arbetsinkomsten under arbetarens sista år i arbetskraf-



FIGUR 3: Outnyttjad arbetskraft mellan 55 och 65 år som funktion av skattebelastningen på fortsatt arbete till och med 69 års ålder.

Källa: Gruber och Wise (1999).

ten. Figuren visar ett slående samband: de länder där det finns små incitament för att arbeta vidare har också ett lågt arbetskraftsdeltagande bland äldre, och vice versa.

Lägg märke till Sveriges placering i diagrammet. Tolkningen av denna placering är att deltagandet bland äldre i arbetskraften har hållits uppe på grund av att pensionssystemen ger tämligen goda ekonomiska incitament för att stanna kvar i arbetskraften. Jämfört med många andra länder som inkluderats i studien har Sverige ett generöst pensionssystem, med höga ersättningsnivåer och ett tämligen stort inslag av allmänna pensioner och inkomstförsäkringar. *Incitamenten* för att stanna kvar i arbetskraften som dessa medför är dock bättre än i många andra länder.

Edward Palmers internationella jämförelse av sjukskrivningarna (se Palmers kapitel i denna bok) visar att Sverige i jämförelse med andra länder har hög sjukfrånvaro. Man kan fråga sig om skillnader i ekonomiska incitament kan förklara detta faktum, men den frågan ligger utanför ambitionen för detta kapitel. Inte heller har vi ambitionen att undersöka om förändringen i dessa incitament kan förklara den ökade sjukskrivningen. Detta undersöks ju historiskt i Mats Perssons kapitel. Istället ska vi referera en studie som fokuserar på att undersöka om ekonomiska incitament påverkar sjukskrivningsbeteendet på individnivå. I denna studie (Johansson och Palme, 2002) studerar vi hur ett urval industriarbetare agerar då incitamenten för att vara sjukskriven ändras främst till följd av inkomstskattereformen 1991 och den förändring av ersättningsnivån i sjukförsäkringssystemet som genomfördes den 1 mars 1991. Vår ansats skiljer sig från den som används i den studie som Mats Persson beskriver på så sätt att vi bara tittar på hur beteendet förändras hos ett urval individer. Vi ser inte på hur arbetskraftens sammansättning kan påverka sjukskrivningarna.

Ekonomiska incitament, beteende och missbruk

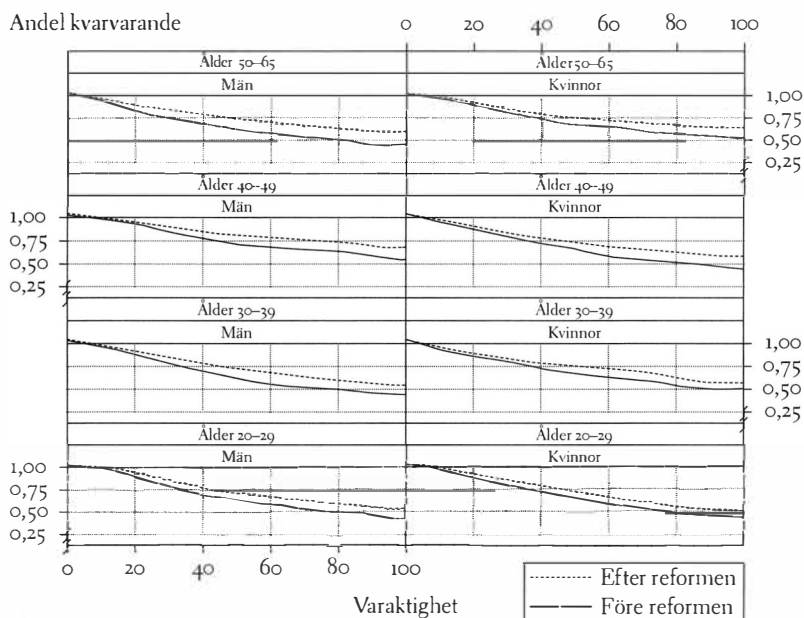
Om det skulle förhålla sig så att ekonomiska incitament påverkar sjukskrivningsbeteendet, innebär det då att det förekommer ett utbrett fusk eller missbruk av försäkringen? Nej, det är inte nödvändigt att det för-

håller sig så. Den lag som reglerar sjukförsäkringen föreskriver att den försäkrade har rätt till ersättning om tillfälliga hälsoproblem gör att han eller hon inte kan fullgöra sina normala arbetsuppgifter. Detta är i allra högsta grad ett subjektivt tillstånd. Det finns ingen möjlighet för försäkringsgivaren att på något exakt sätt kontrollera hur det förhåller sig i varje enskilt fall. Bedömningen av hälsotillståndet de sju första dagarna i ett sjukdomsfall överläts ju också att bedömas av den försäkrade själv.

Varje dag den försäkrade kliver upp från sängen konfronteras han eller hon med ett pris, eller en kostnad, för att stanna hemma. Det är rimligt att tro att denna kostnad består av en lång rad olika komponenter. En av dessa är den del av arbetsinkomsten som inte ersätts av sjukförsäkringen, dvs. den »självrisk« som myndigheterna kan påverka genom sjukförsäkringssystemet. Vid ett givet hälsotillstånd är det rimligt att tro att den försäkrade kommer att bete sig på olika sätt beroende på vilket pris han eller hon måste betala för att stanna hemma om han eller hon befinner sig i den gråzon där det inte finns något självklart beslut om att gå eller inte gå till jobbet. Det är väl känt att vissa personer »går till jobbet trots att de är sjuka«. Dessa personer har tydligen uppfattat kostnaden för att vara hemma från arbetet på ett annat sätt än omgivningen. Försäkringstagaren kan tydligen ändra sitt beteende på ett sätt som ligger utanför försäkringsgivarens kontroll. Inom nationalekonomin brukar detta kallas för ett »moral hazard«-problem.

En empirisk studie av sambandet mellan ekonomiska incitament och sjukskrivning

Hur ska man då gå till väga för att skatta sambandet mellan ekonomiska incitament och sjukskrivning? Ett sätt är att jämföra sjukskrivningsbeteendet mellan dem som har höga respektive låga kostnader för att utnyttja försäkringen. De som har höga kostnader för att vara sjukskrivna är i regel de som har relativt hög lön. Detta innebär ett problem när man ska skatta effekten av ekonomiska incitament: det är tänkbart att karaktäristik som inte fullt ut går att »kontrollera« för, såsom god hälsa och allmänna preferenser för att arbeta, är korrelerad med både arbetsinkomstens storlek och sjukskrivningsbeteendet.



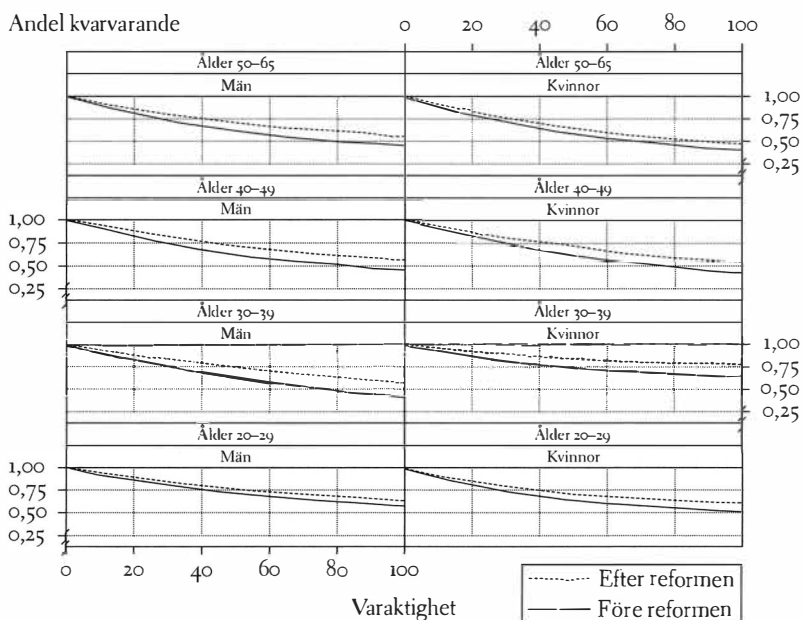
FIGUR 4. Skattade varaktigheter för perioderna mellan sjukfrånvaroperioderna före och efter reformen av sjukförsäkringen 1 mars 1991.

För att kunna hantera detta problem har vi valt att studera hur samma individer agerar under perioder med olika ekonomiska incitament. Förändringarna av de ekonomiska incitamenten var resultatet av den stora inkomstskattereformen 1991 i kombination med reformeringen av sjukförsäkringen den 1 mars 1991. I den senare reformen sänktes ersättningsnivån från 90 procent av den försäkrade inkomsten till 65 procent de första tre dagarna av en frånvaroperiod, 80 procent för dag fyra till och med dag 89, medan den 90-procentiga ersättningsnivån behölls från dag 90 och framåt. Skattereformen medförde som bekant att marginalskatterna sänktes, vilket i sin tur innebar att de försäkrade fick behålla en större andel av den extra inkomst de fick av att arbeta istället för att vara sjukskrivna. Priset för att vara sjukskriven ökade således även på grund av skattereformen.

Det datamaterial vi har använt kommer från Levnadsnivåundersökningen (LNU) 1991 som inhämtats och förvaltas av Institutet för social forskning vid Stockholms universitet. För ett urval individer, 738 män och 658 kvinnor, kan vi observera sjukfrånvarobeteendet för varje dag under åren 1990 och 1991 genom att LNU-urvalet matchats mot Riksförsäkringsverkets sjukfallsregister. Vi har begränsat urvalet till industriarbetare eftersom andra grupper ofta har olika sjuklöneavtal, vilket försvårar möjligheterna att mäta kostnaderna för att utnyttja sjukförsäkringen.

Figur 4 illustrerar varaktigheten i arbetsperioderna mellan sjukskrivningarna genom att visa hur stor andel som är kvar i arbete ett visst antal dagar efter det att arbetsperioden inletts vid period noll. Figuren visar detta separat för kvinnor och män och fyra olika åldersgrupper. I diagrammen jämförs beteendet innan reformen, dvs. mellan 1 januari 1990 och 28 februari 1991, med den efter reformen, dvs. mellan 1 mars och 31 december 1991. Vi ser en tydlig effekt av reformen på arbetsperioderna: dessa perioder pågår i genomsnitt längre tid efter reformerna än de gjorde innan. Av motsvarande information för varaktigheten av sjukfrånvaroperioderna (visas inte här) går det däremot inte att utläsa att längden på sjukfrånvaroperioderna påverkas märkbart.

För att analysera effekterna närmare skattade vi även en ekonometrisk modell. En sådan ansats möjliggör att man konstanthåller andra faktorer som kan påverka sjukskrivningen och som förändras över tiden. Modellen liknar de arbetsutbudsmodeller som i en lång rad studier använts för att skatta effekterna av marginalskatter på antalet arbetade timmar. Kostnaden för att vara sjukskriven jämfört med att arbeta, dvs. den del av arbetsinkomsten som inte ersätts av sjukförsäkringen, samt inkomst inkluderades i modellen för att mäta effekten av de ekonomiska incitamentens betydelse. Vi kontrollerar för den heterogenitet mellan individer som vi beskrev ovan genom att inkludera en dummy-variabel för varje individ. Det betyder att vi när vi skattar kostnads- och inkomstelasticiteter endast använder oss av (den exogena) variationen i kostnad och inkomst som inkomstskattereformen och reformen i sjukförsäkringen orsakade. Eftersom sjukskrivningarna också kan förväntas påverkas av arbetsmarknadsläget (se Mats Perssons kapitel) kontrollerar vi också för säsongsvariationer och för förändringen i konjunkturen som



FIGUR 5: Predikterade varaktigheter för perioderna mellan sjukfrånvaroperioderna före och efter reformen av sjukförsäkringen 1 mars 1991.

skedde under 1991. Vi gör det genom att inkludera månadsvis arbetslöshet på länsnivå.¹

Resultaten visar genomgående att kostnaden för att vara sjukskriven påverkar sjukskrivningsbeteendet så att sannolikheten för att vara borta minskar då kostnaden ökar. För dem som befinner sig i en sjukperiod ökar sannolikheten för att återgå till jobbet. För dem som befinner sig i en arbetsperiod ökar sannolikheten för att stanna kvar i arbete. Inkomsten tycks ha mindre betydelse än kostnaderna, och skattningarna är oftast inte statistiskt signifikanta. Figur 5 visar resultaten då den skattade

1. Den dynamiska specifikationen medger att sannolikheten påverkas av om den försäkrade är sjukskriven eller arbetar dagen innan, samt hur länge han eller hon befunnit sig i detta tillstånd, s.k. durationsberoende. Specifikationen medger också att olika effekter av de ekonomiska incitamenten skattas beroende på om individen befinner sig i en arbets- eller frånvaroperiod.

modellen använts för att prediktera förändringen av varaktigheten av arbetsperioderna till följd av de kostnadsökningar som reformen av den 1 mars 1991 medförde. Figur 5 visar således de predikterade motsvarigheterna till Figur 4. Resultaten visar att hela den observerade effekten i arbetsperioderna kan hänföras till de ökade kostnaderna för att vara sjukskriven.²

Slutsatser

Vi kan dra åtminstone tre slutsatser från de studier som vi sammanfattat ovan. De är spekulativa i stigande ordning, så att den första slutsatsen är mycket säker medan den tredje kan uppfattas som vag. Den första slutsatsen är att ekonomiska incitament spelar roll för sjukskrivningsbeteendet och för deltagandet i arbetskraften när det gäller förtids- och ålderspensionssystem. På den punkten är resultaten från Johansson och Palme (2002) entydiga. Vad det gäller socialförsäkringarnas effekter på arbetskraftsdeltagandet stöds slutsatsen inte bara av den internationella jämförelse som redovisades ovan (Gruber och Wise, 1999). En lång rad andra studier ger även stöd för detta (Krueger och Meyer, 1999, ger en översikt).

Den andra slutsatsen gäller effektens storlek. En sådan skattning blir med nödvändighet mera osäker. Den uppskattade effekten härrör från ett förhållandevis litet intervall av kostnadsförändringar. Metoden medger bara under relativt strikta antaganden att man drar slutsatser utanför detta intervall. Om man utgår ifrån, vilket skattningarna ger stöd för, att all beteendeförändring efter reformen kan hänföras till kostnadsförändringen, ger en enkel överslagsberäkning en elasticitet med avseende på ersättningsnivån i sjukförsäkringen på ca 0,5 för män. Det betyder att en minskning av ersättningsnivån med 10 procent medför en minskning av sjukfrånvaron på 5 procent. Elasticiteten för kvinnor är

2. Motsvarande prediktioner för varaktigheten av frånvaroperioderna, som inte visas här, avslöjar att det också finns en effekt i frånvaroperioderna som inte gick att urskilja i data för det verkliga beteendet. Det beror sannolikt på att den ekonometriska modellen kan särskilja effekten av att frånvaroperioderna blir kortare från att frekvensen av frånvaroperioder förändras efter reformen, dvs. vissa kortare frånvaroperioder uppstår inte efter reformen.

något högre. Denna skillnad mellan könen bekräftar de resultat som Mats Persson tidigare beskrivit.

Skattningar av marginalsatternas effekt på arbetsutbudet för svenska män brukar visa en elasticitet kring 0,1, dvs. en sänkning av marginalsatterna med 10 procent leder till en ökning av arbetsutbudet med 1 procent. Elasticiteten för ersättningsnivån i sjukförsäkringen skulle således vara högre. Detta resultat stämmer väl överens med Krueger och Meyers översikt av arbetsutbudselasticiteter för socialförsäkringar: dessa är för det mesta högre än motsvarande elasticiteter för inkomstskatter.

När det gäller att upprätthålla ett högt arbetskraftsdeltagande bland den äldre arbetskraften har Sverige visat sig framgångsrikt jämfört med flera andra länder. Detta har åstadkommit trots relativt generösa allmänna försäkringar. Systemen har utformats så att man inte tagit bort incitamenten till fortsatt arbete genom att göra förtidspensionen tillgänglig utan hälsoprövning eller aktuariska justeringar av ersättningsnivåerna, till skillnad från t.ex. Nederländerna och Belgien. På så sätt har »haverier« i form av massflykt av äldre från arbetskraften undvikits.

Det är troligt att man skulle kunna uppnå samma goda resultat på sjukförsäkringsområdet. Det är den tredje slutsatsen. Idag har Sverige mer omfattande sjukskrivningar än en rad jämförbara länder. Men med en tydligare självrisk och en förbättrad försäkringsuppföljning finns det inget i våra resultat som motsäger att det också skulle gå att upprätthålla en välfungerande allmän sjukförsäkring.

REFERENSER

- Gruber, Jonathan och David Wise (red.), (1999), »Social Security and Retirement Around the World«, Chicago University Press, Chicago.
- Johansson, Per och Mårten Palme (2002), »Assessing the Effect of a Compulsory Sickness Insurance on Worker Absenteeism«, *Journal of Human Resources*, 37, s. 381–409.
- Krueger, Alan B. och Bruce D. Meyer (2002), »Labor Supply Effects of Social Insurance«. I Alan Auerbach och Martin Feldstein (red.) *Handbook of Public Economics* volym 4. North-Holland, Amsterdam.
- Palme, Mårten och Ingemar Svensson (1999), »Social Security, Occupational Pensions and Retirement in Sweden«. I Jonathan Gruber och David Wise (red.), *Social Security and Retirement Around the World*, Chicago University Press, Chicago.

Påverkar ekonomiska incitament sjukskrivningsbeteendet?

Palme, Märten och Ingemar Svensson (2002), »Pensionering och incitament«. I Per Molander och Torben M. Andersen (red.) *Alternativ i välfärdspolitiken*, SNS Förlag, Stockholm.

Palmer, Ed (2003), »Svensk sjukskrivning i ett internationellt perspektiv« i denna volym.

Persson, Mats (2003), »Sjukskrivningarna och ersättningsnivån« i denna volym.

Varför är svensken mest sjukskriven i världen – är det en attitydfråga?

Med all respekt för de sjuka som behöver vår förträffliga sjukförsäkring och med samma respekt för de kolleger som försöker göra ett så gott arbete som möjligt har jag ändå en del funderingar kring vilka attityder som ligger bakom den bedrövliga statistik som vi idag kan beskåda. Jag accepterar nämligen inte att vi svenskar har blivit dubbelt så sjuka de senaste fyra–fem åren, om det nu inte är så att sjukskrivning alltid betyder att vi också är sjuka i ordets riktiga bemärkelse. Vi har ju en utveckling av den registrerade ohälsan som är grotesk, kurvorna stiger uppåt nästan exponentiellt.

Enligt min mening ligger det en attitydförskjutning bakom en stor del av dessa siffror. Alldeles nyligen startade en av de större kvällstidningarna en artikelserie om ohälsan och basunerar ut på första sidan att Sverige är sjukast i Europa, under rubriken »tidningen granskar varför nära en miljon svenskar är sjuka, utslitna och utbrända«. Självfallet är det inte på detta sätt, men vissa journalister och en del andra samhällsdebattörer tycks se verkligheten på detta sätt. Vi som har jobbat många år inom vården, jag har själv snart 27 år bakom mig som läkare och de senaste fyra–fem åren som försäkringsläkare, vet att attitydförskjutningen är ett faktum.

Ett konkret exempel är den aktion som de anställda på Assi Kraftliner gjorde i slutet av 1990-talet i Piteå. De sjukskrev sig kollektivt för att försöka förflytta en chef. En riksdagsman fanns med i kampen och han berömde aktionen istället för att kritisera den för det fusk – försäkringsbedrägeri – som det egentligen var. Samma sak har vi sett vid upprepade tillfällen från poliskåren i detta land. De har hotat med sjukskrivningsaktioner om de inte får sin vilja igenom vad gäller lönediskussio-

ner, omorganisationer osv. Det har alltså blivit ett accepterat och etablerat sätt att föra kampen mot sin arbetsgivare utan att lagstiftarna, dvs. riksdagen, har gått ut och fördömt aktionerna och talat om att vår fantastiskt fina försäkring är till för de sjuka och inte utgör ett fackligt vapen! Denna diskussion har man alltså undvikit och jag tror att man nu får skörda frukterna av vad man har sått.

Intet är nytt under solen, kan man säga, eftersom vi hade ungefär samma utveckling av sjukskrivningskostnaderna i slutet av 1980-talet. Det noterades redan då att det fanns en allmän attitydförändring i samhället när det gäller vår inställning till sjukskrivningen. Den enskildes integritet fick inte ifrågasättas, trots att det var allmänt känt redan då att kopplingen mellan sjukdom och arbetsförmåga var svag. Mer om detta står att läsa i statens offentliga utredningar 1994:72 (Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension). Redan då insåg man attitydernas betydelse och detta utan att man hade någon större fuskdebatt då, vilket man även idag vill undvika. Själv föredrar jag att inte diskutera rent fusk som ett stort bekymmer. Jag menar att själva inställningen till vår försäkring är viktigare att debattera. Man fuskar således inte, man nyttjar försäkringen. Man nyttjar den när relationerna sviktar, när man är less på gubben/gumman där hemma, på chefen, arbetskamraterna och alla andra personliga tillkortakommanden som hör livet till. Men var försäkringen tänkt till detta?

Självfallet är läkarkåren involverad. Det finns en sjukskrivande läkares autograf bakom varje krona i sjukersättning efter första veckans sjukskrivning. Här kan man verkligen tala om »the golden pen«! Vi läkare är också utsatta för denna attitydförskjutning, om inte annat kan detta utläsas ur den mängd dåligt sjukskrivningsunderlag som kommer till kassans kännedom. En stor undersökning av ett flertal landsting visar att 75 procent av intygen i princip kan underkännas vid första anblicken. Läkarkåren är också medveten om detta men har svårt att ändra sig. Alltför många läkare har också missuppfattat sin roll. Man agerar socialarbetare, advokat, präst, kurator, och ikläder sig en mängd andra roller än läkarrollen i sin ambition att hjälpa patienten. Att man i väldigt många fall stjälpes patienten har man svårt att förstå i sin vilja att bli bekräftad som duktig doktor. Detta är en fråga som måste tas upp och diskuteras inom kåren i mycket större utsträckning än vad som nu sker.

Transfereringssystemens olika ersättningsnivåer är av stor betydelse. Det sjukdomsvirus som sprider sig över Sverige – och särskilt i Norrbotten – gör halt vid gränsälven mot Finland, trots utmärkta broar och större delen av året bra isvägar, helt enkelt beroende på olika ersättningsnivåer vid långvarig sjukfrånvaro. Det är heller ingen tillfällighet att det är fyra gånger fler arbetslösa bland de sjukskrivna än bland friska. Andelen arbetslösa i den sjukskrivna gruppen ökar fortfarande och skälet är att man får ofta mer i handen som sjukskriven än som arbetslös. Jag tror inte att man har haft konsekvenserna riktigt klart för sig när ersättningssystemen byggdes upp, men resultatet ser vi idag. Det är näst intill hopplöst att rehabilitera en sjukskriven arbetslös tillbaka till arbetsmarknaden så länge han eller hon gör en ekonomisk förlust på detta. Man kan dra olika slutsatser utifrån denna kunskap. Om man inte vågar röra ersättningsnivåerna i sjukförsäkringen kanske man måste diskutera hur det ser ut inom arbetslöshetsförsäkringen? Att i dessa tider föreslå ytterligare höjningar i sjukersättningen, som gjordes av regeringspartiet i valrörelsen, kommer däremot att göra att fler personer med högre lön får chans till högre ersättning som sjukskrivna och kommer att finnas i skaran arbetslösa sjukskrivna inom någottill några år.

Vad kan man då göra åt detta? Viktigast är självfallet att påverka våra attityder. Men det kräver att vi renodlar sjukdomsbegreppet och återför det till det som tidigare avsågs med sjukdom, nämligen ett tillstånd som gick att fastställa enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket skiljer sig från det som numera i vanligt språkbruk betecknas som sjukdom. Det skulle då inte vara möjligt att gå till doktorn och bli sjukskriven för olika mystiska åkommor utan vetenskaplig grund. Därmed inte sagt att dessa människor med ett personligt lidande lämnas vind för våg. Dessa personer får samma bemötande i sjukvården som alla andra. Men man ska inte bekräfta en total funktionsnedsättning med mystiska diagnoser som grund. När doktorn med sin namnteckning intygar funktionsnedsättningen på medicinsk grund ska hon eller han bortse från sociala, ekonomiska, arbetsmarknadsmässiga eller liknande förhållanden. Texten finns på intygen och kan inte missförstås, men många kolleger orkar inte med att under tidspress ta den konfrontation som ofta blir nödvändig för att klargöra detta för patienten.

Ett av de mer positiva och absolut billigaste förslagen som framförts är att deltidssjukskrivning ska bli norm. Det bör då beaktas att möjligheten att deltidssjukskriva har vi haft i många år. Denna enkla metod används dock alltför sällan. Det är en mycket bra och effektiv metod att motivera människor att återgå till sina arbeten då de fört märker, att är man där på deltid så klarar man möjligen även att arbeta i större utsträckning. Däremot, om man sjukskriver helt från deltagande i arbetslivet, så är processen till återgång mycket jobbig. Statistiken talar sitt tydliga språk.

Läkarkåren måste få bättre utbildning i försäkringsmedicin redan från kandidatstadiet. Det är mycket lättare att undervisa yngre läkare, kandidater, AT-läkare och ST-läkare, än att få trötta doktorer över 50 år att ändra inställning. I varje handledningssituation som jag har haft de senaste åren märker jag att yngre kolleger är hungriga på information om detta och de ser tidigt hur sjukskrivningsinstrumentet används felaktigt.

I Övertorneå kommun i östra Norrbotten har vi ett samverkansorgan som faktiskt startade 1969 och som fortfarande har god styrfart. Där träffas cheferna för arbetsförmedling, vårdcentral, socialförvaltning och försäkringskassa i regelbundna möten tillsammans med ansvariga läkare och helst sjukskrivande doktor i våra s.k. gemensamma krångelfall. Det handlar om personer som är föremål för våra olika åtgärder. De fall som prioriteras är sjukskrivna arbetslösa. Dessa samrådsmöten kan vara en av faktorerna bakom våra relativt sett gynnsamma siffror i Övertorneå. Men lika viktigt är att vi ser till att det faktiska regelverket tillämpas och att sjukskrivning inte tillåts vara ett allmänt försörjningssätt. Vi hade för ett par år sedan minst antal långa sjukfall i hela landet. Just idag tror jag att Östra Norrbotten, dvs. Pajala, Övertorneå, Haparanda och Kalix, har en tendens som är unik i landet – sjukskrivningarna minskar och framför allt de långa sjukfallen minskar drastiskt.

Det finns självfallet faktorer på andra nivåer i vårt samhälle som skulle kunna påverka ohälsotalen i en mer gynnsam riktning. Exempelvis skulle en ökad rörlighet på arbetsmarknaden för 55+-generationen underlätta mycket. Det är dubbelt svårt att rehabilitera en sjukskriven 55-åring ibland till arbetslöshet, ibland till arbete som han eller hon bevisligen inte mäktar med. Om det finns samhälleliga möjlig-

heter att stimulera till ökad rörlighet, så skulle nog statistiken för just denna grupp se betydligt mer gynnsam ut. Däremot känns det bedrövligt att inse att det egna ansvaret, det personliga ansvaret för den egna situationen, får mindre betydelse. Vi uppfostras idag till att någon instans, något institut eller någon kassa ansvarar för vår försörjning.

Denna utveckling är kontraproduktiv. Om framför allt våra yngre lär sig tidigare att ta eget ansvar, tar de också ansvar för sin situation när de upplever en arbetssituation som ohållbar. De undviker på så sätt att falla in i sjukrollen. Detta är extra viktigt just dessa dagar när gruppen sjukskrivna från 16 till 29 år ökar mest av alla.

Läkarens roll i sjukskrivningsprocessen

I stället för att fråga oss varför svenskarna är så sjuka borde vi kanske fråga oss *om* svenskarna verkligen är så sjuka jämfört med andra europeer? Vi vet ju att svenskarna har bland de högsta medellivslängderna, vi har en väl utbyggd sjukvård, god hygienisk standard, få rökare, hög utbildningsnivå m.m. Och vad vi känner till har vi inte heller någon epidemi eller annan sjukdom som kan förklara dagens bild. Det är något som inte stämmer. Och om de höga sjukskrivningstalen i Sverige idag inte motsvaras av kända sjukdomar i samhället, varför är då så många sjukskrivna och varför under så lång tid?

Det finns många olika förklaringar och ingen av dessa ger ensamt hela svaret. En möjlighet kan vara att detta är baksidan av den svenska jämställdheten. Svenska kvinnor har den högsta förvärvsfrekvensen i Europa samtidigt som vi har relativt många barn. Men trots väl utbyggd barnomsorg är kvinnor i hög grad dubbelarbetande och livspusslet går helt enkelt inte ihop för många yrkesarbetande kvinnor. I statistiken över långtidssjukskrivna finns många kvinnor i den offentliga sektorn, de har tunga arbeten men är dåligt betalda.

Läkaren spelar en viktig roll i sjukskrivningssammanhang. Efter åtta dagars sjukskrivning finns minst en läkare med i varje sjukskrivning. Allmänläkarna står för drygt hälften av långtidssjukskrivningarna, och i övrigt är det främst ortopedier och psykiatriker som långtidssjukskriver. Läkaren intygar att individen har en funktionsnedsättning till följd av sjukdom vilken leder till att arbetsförmågan är nedsatt. Har läkaren ändrat sitt sätt att bedöma? Nej, orsakerna till den kraftigt ökade sjukfrånvaron är långt mer komplexa än att de kan förklaras enbart med ett ändrat sjukskrivningsmönster från läkarnas sida.

Vad gör läkaren?

När en individ söker läkare är det oftast på grund av sjukdom och läka-rens uppgift är att *utreda, diagnostisera och föreslå behandling*. Vissa sjukdomstillstånd är distinkta medan andra är otydligare. Inte ovanligt är att patienter presenterar symtom som det är svårt för läkaren att objektivet diagnostisera. När ingen säker diagnos finns är det svårt att föreslå behandling. Patienter som beskriver att de har värk, är uttröttade, eller har gått in i väggen är svåra för läkaren att bedöma. Läkaren måste då istället beskriva symtombilden. Regelverkens definition av sjukdom stämmer idag inte överens med allmänhetens (och kanske inte heller med läkarnas) uppfattning. Här har skett en klar normförskjutning.

När diagnosen är ställd kommer nästa steg, att *bedöma om sjukdomen medför någon funktionsnedsättning*. Vissa sjukdomar är enklare att bedöma, till exempel benbrott och infektioner, men då ingen säker diagnos finns, patienten har fått en s.k. symtomdiagnos, är det svårt att objektivet bedöma eventuell funktionsnedsättning. Vissa sjukdomar medför ingen funktionsnedsättning alls medan andra (kanske enklare) sjukdomar medför mycket omfattande funktionsnedsättning.

Därefter måste läkaren *bedöma om funktionsnedsättningen innebär nedsatt arbetsförmåga* vilket inte alltid är fallet. Arbetsförmågan kan variera avsevärt beroende på arbetets art och individens förutsättningar. Till exempel kan en person med stillasittande arbete arbeta fullt trots brutet ben, medan en individ med rörligt arbete inte skulle kunna arbeta. Läkaren måste värdera om patienten har en funktionsnedsättning som gör att arbetsförmågan är nedsatt i det enskilda fallet. För individer som fått en s.k. symtomdiagnos blir bedömningen ibland mycket svår. Ju tydligare diagnos, desto lättare att bedöma funktionsnedsättning och arbetsförmåga, ju otydligare diagnos, desto svårare blir den totala bedömningen. Det betyder att trots att läkaren inte funnit någon säker diagnos kommer patienten att kunna bli sjukskriven.

När arbetsförmågan är bedömd ska den ställas i relation till aktuellt arbete och vid eventuell arbetslöshet i relation till hela arbetsmarknaden. Många läkare saknar kunskap om patientens arbetsförhållande och vilka möjligheter arbetsgivaren har att anpassa arbetet, vilket gör det svårt att göra denna bedömning. På små orter med ett fåtal arbets-

givare har läkaren ofta bra kunskap om arbetsplatserna, men på större orter är detta mycket svårt. I de fall patienten har företagshälsovård kan behandlande läkare få hjälp med bedömningen.

Först när dessa steg är klara kommer *beslutet om att sjukskriva eller ej*. Sjukskrivning kan vara en del av den medicinska behandlingen eller vara nödvändig för den medicinska rehabiliteringen. Men det är inte självklart att en person med svår funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga behöver vara sjukskriven, hel- eller deltid. För de patienter som presenterar besvär/symtom som läkaren har svårt att diagnostisera blir alla dessa steg svåra. Läkaren påverkas dessutom av patientens egna önskemål samt också av sina egna arbetsförhållanden. Om läkarens mottagning är fullbokad och väntrummet är fullt, blir det oftast lättare för läkaren att sjukskriva än att ta en diskussion om andra alternativ. Än mindre finns tid för kontakter med arbetsgivare, företagshälsovård och försäkringskassa.

Sjukskrivning

Frågan om sjukskrivning är inte helt enkel och det saknas idag riktlinjer för läkarna att följa. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, bedriver ett projekt som ska sammanställa forskning om sjukfrånvaro vilken beräknas vara färdig under 2003. Förhoppningen är att deras rapport ska kunna vara en hjälp och vägledning för läkarkåren vad avser konsekvenser av sjukskrivning.

När läkaren har gjort bedömningen att sjukskrivning är nödvändig måste han/hon fundera över graden av sjukskrivning och hur lång den ska vara. Sjukskrivning kan vara på heltid eller deltid, men den borde också kunna gälla en viss arbetsuppgift eller kanske från en viss arbetsgivare.

I vissa fall behövs hel sjukskrivning under tiden medicinsk behandling och rehabilitering pågår, både under vårdtiden på sjukhus och efter utskrivning från sjukhus. Men läkarna bör i ökad utsträckning fundera över hur länge individen bör vara heltidssjukskriven.

När den medicinska behandlingen går mot sitt slut är det viktigt med en successiv återgång till arbete. Att gå från hundra procent sjukskriv-

ning till hundra procent arbete är ofta inte lyckat. Sjukskrivning på deltid kan idag börja med 25 procent arbete för att så småningom komma upp i 100 procent arbete som förut. Men systemet är stelbent, det borde vara en successiv skala, kanske är det bara en timme som individen till en början orkar arbeta.

Det kan också vara nödvändigt att sjukskriva från en viss arbetsuppgift, vilket inte är möjligt idag. För vissa skulle ändrade arbetsuppgifter kunna innebära full arbetsförmåga. Det är lätt att bedöma vid ett brutet ben där det kan bli nödvändigt med stillasittande arbete under en tid men det blir svårare när individen upplever att han/hon inte klarar av en viss uppgift på grund av stress eller på grund av personkonflikt. Det kan för vissa individer vara möjligt att arbeta med reducerad hastighet istället för reducerad tid. Det är arbetsgivarens skyldighet att hitta arbetsuppgifter för de anställda om arbetsförmåga finns. Här brister det dock idag, det är ofta lättare för arbetsgivarna att anställa en helt frisk vikarie än att förändra arbetsuppgifterna.

Ibland är det nog så att vissa individer inte mår bra av sin arbetsplats men skulle kunna fungera bra på en annan arbetsplats eller med en annan arbetsgivare. Men kan man sjukskriva från en viss arbetsgivare? Det är viktigt att det skapas möjligheter för sjukskrivna att kunna pröva ett annat arbete.

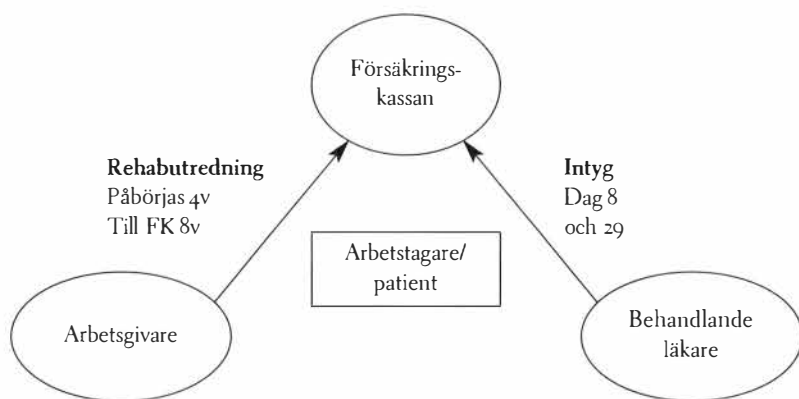
Vad behöver läkaren?

Det är alldeles uppenbart att läkare måste besitta gedigna medicinska kunskaper som uppdateras kontinuerligt. Detta är en självklarhet för de flesta läkare. Dock finns idag för lite kunskap om sjukskrivningens effekter för patienten. Hur stor är risken för passivisering vid långtids-sjukskrivning? Här hoppas vi på hjälp från SBU-rapporten.

Lika självklart är att läkaren behöver försäkringsmedicinska kunskaper men här finns tyvärr brister hos många läkare. Utbildning i försäkringsmedicin finns på alla medicinska fakulteter men omfattningen varierar mellan någon dag till en vecka. Studenterna får t.ex. träna in-tygsskrivning, diskutera olika fall och lära sig hur man handlägger ett rehabiliteringsärende. Detta är dock inte tillräckligt och kunskaperna

måste dessutom ständigt uppdateras då regelverket ändras relativt ofta. För läkare under vidareutbildning, allmäntjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST) är utbildningen målstyrd men i nuläget innehåller målbeskrivningarna endast indirekt kunskaper i försäkringsmedicin. Dessa mål bör preciseras. För färdiga specialister saknas fortbildningskurser i försäkringsmedicin. Företagsläkare har idag försäkringsmedicin som en del i sin utbildning och även allmänläkare tillägnar sig kunskaperna i större utsträckning än sjukhusspecialisterna.

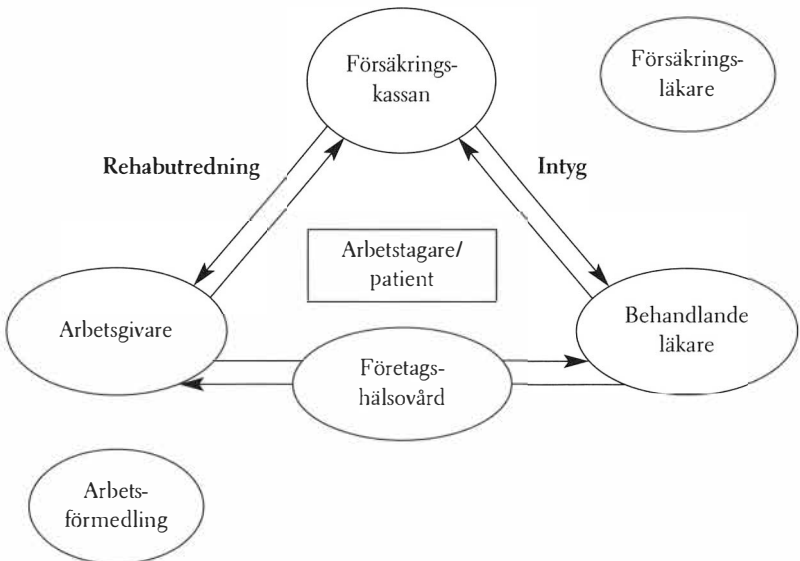
Det största problemet idag rör samarbetet med övriga berörda aktörer. Det många läkare anser vara ett av huvudproblemen är svårigheten att kunna få till stånd en konkret samverkan kring patienten. Möjligheten att samla alla inblandade aktörer är något som saknas i dag. Läkarna upplever att det är oerhört svårt att få kontakt med försäkringskassan och samtidigt säger försäkringskassan att det är omöjligt att få kontakt med läkaren. Arbetsgivaren är skyldig att göra en rehabiliteringsutredning men tar inte kontakt med läkaren som är ovetande om vad arbetsgivaren planerar. Ofta utför arbetsgivarna inga utredningar trots skyldighet. För de flesta läkare är tidsbrist något som gör att man avstår från att kontakta patientens företagshälsovård eller arbetsgivare trots att det skulle kunna innebära något positivt för patienten. För att råda bot på denna brist på samarbete och samordning måste det regleras.



FIGUR 1: Gällande regler.

Idag arbetar läkaren, försäkringskassan och arbetsgivaren oberoende av varandra och patienten riskerar att falla mellan stolarna. I många fall saknas företagshälsovård. Efter dag åtta ska individen lämna sjukintyg till försäkringskassan och fortgår sjukskrivningen mer än 4 veckor ska ett nytt läkarintyg lämnas efter 28 dagar. Efter senast fyra veckor ska arbetsgivaren påbörja en rehabiliteringsutredning som ska lämnas till försäkringskassan inom åtta veckor. Alltför många långtidssjukskrivna kan idag vittna om att inga kontakter tagits mellan de olika aktörerna.

För att bättre kunna bedöma patientens förutsättningar behövs en avstämningsstation där behandlande läkare ges möjlighet att samråda med personer med specifika kompetenser. Ett möte där läkaren tillsammans med andra aktörer ges möjlighet att göra en samlad bedömning av patientens arbetsförmåga relaterad till funktionsnedsättning och aktuellt arbete. Detta möte ska tillföra kunskap bland annat om hur hinder för arbetslivsinriktad rehabilitering kan undanröjas, och även vara en inledning på den arbetsinriktade rehabiliteringen. De aktörer som måste medverka är behandlande läkare, individen själv, arbetsgivaren och försäkringskassan. Andra möjliga aktörer kan till exempel



FIGUR 2: Obligatorisk avstämningsstation.

vara sjukgymnast, psykolog, arbetsterapeut, arbetsförmedling, försäkringsläkare. Vilka som ska medverka beror naturligtvis på vad de kan bidra med i det enskilda fallet. En mycket väsentlig samrådspart vid avstämningen är företagshälsovården. Företagshälsovården har en unik kunskap om arbetsplatsen och är länken till arbetsgivaren och organisationen, men tyvärr har alltför få arbetsplatser idag en fungerande företagshälsovård. En mycket viktig förutsättning för att återfå patienten i arbete är att arbetsgivaren är positiv till att rehabilitera den anställde.

Redan idag finns möjlighet att ha dessa möten men bland annat på grund av tidsbrist kommer de inte till stånd. Därför krävs det att dessa möten är obligatoriska, och en lämplig tidpunkt är senast inom åtta veckor från första sjukskrivningsdagen. Ju längre individen är sjukskriven, desto svårare är det att återgå i arbete! Det bör vara försäkringskassans skyldighet att kalla till avstämningsmöten men möjlighet för läkaren och arbetsgivaren att kalla till dessa möten bör också finnas.

En förutsättning för att sjukvården ska kunna medverka i denna typ av avstämningsmöten är att det tillförs mer resurser till hälso- och sjukvården. Med bättre förutsättningar i hälso- och sjukvården – mer resurser och tid för patientmötet – och ett förbättrat samarbete mellan aktörerna, skulle det vara möjligt att komma igång med rätt rehabiliteringsåtgärder från början och därmed snabbare återfå patienten i arbetslivet.

Varför är så många svenskar sjukskrivna?

Det finns många olika förklaringar till de höga sjukskrivningstalen i Sverige idag. Alla måste naturligtvis göra sin del för att få ner talen. Det absolut viktigaste skälet är risken för den enskilda individen att bli utslagen från arbetsmarknaden. Vi måste arbeta för möjlighet till ett sundare arbetsliv där alla individer har möjlighet att kunna påverka sin arbetssituation och för att arbetsvillkoren anpassas till varje individs förutsättningar. Vi måste också fortsätta att arbeta för en jämställd arbetsmarknad, jämställda löner och jämställda hemförhållanden, där delad föräldrapenning kan vara ett steg på vägen.

Det har skett en normförskjutning i samhället avseende synen på

sjukskrivning och allmänhetens syn stämmer inte överens med regelverkens. Det beror alltså inte på fusk utan på att det har blivit accepterat på ett annat sätt idag att vara sjukskriven. Om läkarna försöker tillämpa dagens regelverk som förutsätter en medicinsk definition av sjukdom hamnar de i konflikt med patienterna, som har en annan uppfattning. För att regelverken ska fungera måste våra riksdagspolitiker säga vad som ska gälla. Läkarna kan inte själva ändra bedömningen av vad som är sjukdom eller ej. Här finns en flytande gräns som måste definieras bättre.

För att läkarna bättre ska kunna bidra i arbetet med att förkorta längden på sjukskrivningarna och minska antalet sjukskrivningar krävs en del förutsättningar. Bättre utbildning, regelverk som bättre stämmer överens med allmänhetens uppfattning, och ett fungerande samarbete med de berörda parterna.

Läkarförbundets förslag om obligatoriska avstämningsmöten kommer att medföra en ökad arbetsbörda för läkarna initialt och för att läkarkåren ska uppfatta detta som meningsfullt måste försäkringskassa och arbetsgivare också ställa upp bakom tanken att dessa möten är till för att återfå individen i arbete så fort som det är möjligt. Dessa möten kan införas direkt, alla förutsättningar finns om bara viljan finns. Det är ett gemensamt ansvar för att så många människor som möjligt ska kunna ha ett meningsfullt arbete att gå till.

Arbetslöshetsförsäkring, sjukförsäkring, förtidspension – kommunicerande kär!*

Tre frågor

Debatten om ersättning vid inkomstbortfall är i regel mycket partiell. Ersättning från en försäkring vid en form av inkomstbortfall diskuteras utan att andra försäkringar och andra typer av kompensation vid inkomstbortfall beaktas. Den alltför partiella debatten och analysen kan bl.a. leda till att åtgärder vidtas som främst innebär att individer lämnar ett ersättningsystem för ett annat. Jag ska här ta upp tre frågor i anslutning till det alltför partiella synsättet.

- 1) Sjukpenningersättning från det av riksdagen beslutade systemet är endast en del av det totala ersättningsystemet vid sjukdom. Det finns kompletterande ersättningar vid sjukdom – avtalsförsäkringarna.
- 2) Det finns andra ersättningsformer vid inkomstbortfall som till viss del är substitut till sjukpenning. Förändringar i dessa andra system kan påverka hur många som söker och erhåller sjukpenning.
- 3) Sjukpenningförsäkringen utgör i viss utsträckning en del av en väg ut ur arbetslivet före ordinarie pensionsålder. Det betyder att förändringar av andra vägar ut ur arbetslivet kan ha betydelse för omfattningen av sjukskrivningarna.

* Jag vill tacka Per Gunnar Edebalk och Ann-Charlotte Ståhlberg för värdefulla synpunkter på en tidigare version.

Social- och avtalsförsäkringar

Det svenska socialförsäkringssystemet täcker många olika former av inkomstbortfall. Det gäller bl.a. vid ohälsa i form av sjukpenning, förtidspension/sjukbidrag (från januari 2003 sjukersättning eller aktivitetserättning)¹ eller arbetsskadeersättning, vid arbetslöshet i form av arbetslöshetsersättning och vid ålderdom i form av ålderspension. På samtliga dessa områden finns kompletterande avtalsförsäkringar. Det stora flertalet som får ersättning från en socialförsäkring får också ersättning från en avtalsförsäkring. Det viktigaste undantaget är ersättning vid arbetslöshet där avgångsbidrag (AGB) eller avgångsersättning (AGE) endast utgår till en mindre del av dem som har a-kasseersättning.

På andra områden är avtalsersättningarna mer heltäckande. De flesta täcks genom försäkringar på fyra stora områden: statligt anställda, anställda i kommuner och landsting, tjänstemän inom privat sektor och kollektivanställda inom privat sektor. Vissa andra grupper, t.ex. anställda inom dagstidningar och kooperativa företag, är täckta av separata avtal. Reglerna i dessa motsvarar närmast dem för tjänstemän i den privata sektorn. Tillsammans innebär de olika avtalsförsäkringarna att nästan alla anställda är täckta av försäkringar som kompletterar socialförsäkringarna. Undantagen utgörs främst av vissa visstids- och korttidsanställda.² Även om nästan alla är täckta av avtalsförsäkringar innebär det inte att ersättningarna är utformade på samma sätt. Skillnaderna kan vara betydande och de varierar över tiden. Förändringar i de olika systemen har genomförts vid olika tidpunkter. För att få en heltäckande bild av ersättningssystemet vid inkomstbortfall i Sverige måste man ha information för samtliga rutor i Tabell 1 och om motsvarande socialförsäkringssystem.³ Ur forskningssynpunkt är det komplicerade systemet en fördel då det ger en variation i ersättningsnivå mellan grupper och över tiden.

1. Benämningen har från den 1 januari 2003 ändrats från förtidspension och sjukbidrag till sjukersättning och aktivitetserättning. Förändringen av benämningar innebär också förändringar i olika avseenden, bl.a. av grunderna för beräkning av ersättning och att ersättningen nu inte längre är en del av pensionssystemet utan av sjukförsäkringssystemet. För enkelhetens skull har jag dock använt benämningen förtidspension även när jag berör förhållanden som avser år 2003.

2. EU-regler har inneburit att den grupp som inte är täckt av avtalsförsäkringar har minskat.

3. Jämförelser som görs mellan ersättningssystemen i olika länder blir därför ofta ofullständiga. För en jämförelse som täcker många länder, se Osterkamp (2002).

TABELL 1: Socialförsäkringar och avtalsförsäkringar.

	Staten	Kommun/ landsting	Privat sektor tjänstemän	Privat sektor kollektiv- anställda
Sjukpenning				
Arbetskadeersättning				
Förtidspension (sjukersättning)				
Ålderspension				
Ersättning vid arbetslöshet				

För detta kapitelns frågeställning är det av störst intresse hur ersättningen är utformad vid sjukdom. Här har det sedan länge funnits kompletterande ersättningar på tre av de stora avtalsområdena: statligt anställda, kommunal- och landstingsanställda och tjänstemän inom den privata sektorn. De var konstruerade som bruttosamordnade system där nivån (sjuklönen) sattes av avtalen/avtalsförsäkringarna. De som länge inte hade någon sådan ersättning var arbetare inom privat sektor. De fick det genom AGS (avtalsgruppsjukförsäkringen) som trädde i kraft 1972.⁴ Den innebär i praktiken en fullständig kompensation mot inkomstförlust vid sjukdom under de första 90 dagarna (bortsett från karensdagen), och en lägre kompensation därefter.⁵

I samband med krisen i början av 1990-talet sänktes ersättningen inom sjukpenningförsäkringen. För de system som var bruttosamordnade skulle ersättningen inte ha förändrats vid bibehållna regler, däremot skulle arbetsgivaren ha fått betala en större del av ersättningen. För arbetare inom privat sektor där ersättningen från avtalsförsäkringen utgick som ett tillägg skulle den sänkta nivån inom socialförsäkringen ha fått fullt genomslag. Det uppfattades som orättvist och den avsedda incitamentseffekten skulle inte komma till stånd. Det iagstiftades då om ett tak för tillägget till sjukförsäkringen från avtalsförsäkringen, så att det alltid skulle finnas en självrisk. Det innebär att avtalsförsäkrings-

4. Se Edebalk och Wadensjö (1989).

5. Henrekson och Persson (2001) anger felaktigt i sin studie att avtalsmässig ersättning vid sjukdom infördes 1987. Det innebär också att den dummyvariabel som representerar förändringarna införda 1987 borde ha ersatts med en dummyvariabel representerande införandet av AGS år 1972.

systemen från denna tid blev betydligt mer lika varandra. Det finns dock skillnader. Ett exempel: för lönedelar över taket i socialförsäkringen utgår för statligt anställda totalt 90 procent för dagarna 15–90 och 80 procent fr.o.m. dag 91.⁶ Enligt AGS-KL (kommun, landsting) utgår ersättning med 10 procent av lönen från arbetsgivaren under dagarna 15–90 och med 10 procent av lönen upp till 7,5 basbelopp från försäkringen AGS-KL under dagarna 91–365. Den variation som finns över tiden och mellan olika kategorier kan utnyttjas för att undersöka vilken effekt olikheterna i ersättning har.

För de förtidspensionerade finns på samma sätt olika kompletterande ersättningar från avtalsförsäkringarna. På detta område finns det ingen statlig reglering om hur hög den totala kompensationsgraden får vara. Skillnaderna är också större på detta område. Det finns skillnader i ersättningsnivåer mellan den totala sjukpenningersättningen och den totala förtidspensionen. Skillnaderna är olika stora på olika avtalsområden och i olika inkomstlägen, vilket kan vara en faktor bakom skillnader i fördelningen på ersättningssystem mellan olika grupper.

Gränsdragning mellan ersättningssystemen

Det finns något förenklat en typ av ersättning för varje orsak till inkomstbortfall och denna ersättning kommer från en eller i regel flera källor (social-, avtals- och privata försäkringar). Många fall är emellertid inte renodlade. En person kan vara både arbetslös och sjuk. Från vilken försäkring ska ersättningen då komma? En person kan ha en långvarig nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom eller skada. Ska personen vara långtidssjukskriven eller ha sin ersättning i form av förtidspension? Vi ska nedan kort diskutera dessa båda frågor som exempel på ett allmänt gränsdragningsproblem.

Tabell 2 återger som en fyrfältstabell de olika kombinationerna av sjuk/inte sjuk och arbetslös/inte arbetslös. Det är klart att ersättningen till den som är arbetslös men inte sjuk ska komma från arbetslöshetsförsäkringen, att ersättningen till den som är sjuk men inte arbetslös ska

6. För de första 14 dagarna utgår lagstadgad sjuklön om 80 procent med en karensdag.

TABELL 2: Vilken form av ersättning ska utgå vid arbetslöshet och sjukdom?

	<i>Ej sjuk</i>	<i>Sjuk</i>
<i>Ej arbetslös</i>		sjukpenning
<i>Arbetslös</i>	arbetslöshetsersättning	???

komma från sjukpenningförsäkringen och att den som varken är sjuk eller arbetslös inte ska erhålla ersättning från något av de båda systemen.

Men vilken typ av ersättning ska den person ha som är både sjuk och arbetslös? Svaret på frågan som anges i Tabell 3 är att lagen säger att personen ska erhålla ersättning i form av sjukpenning. Den arbetslöse som blir sjuk ska kontakta försäkringskassan och anmäla sjukdom. Det låter som en enkel regel men det finns vissa komplikationer. Ersättningen vid sjukdom är för merparten högre än vid arbetslöshet. Det talar för att arbetslösa som blir sjuka anmäler när de blir sjuka. Det är dock inte troligt att alla gör det. Den ekonomiska vinsten är för en del liten och det är förbundet med en del besvär att göra anmälan och efter en viss tids sjukskrivning måste personen ha ett läkarintyg. Det finns troligen en tendens till underrapportering av sjukfall bland en del av de arbetslösa. Å andra sidan finns det för en del arbetslösa starka skäl att sjukskriva sig. Det gäller för dem med inkomster över taket i arbetslöshetsförsäkringen och inte minst för dem som närmar sig utförsäkringsgränsen inom arbetslöshetsförsäkringen (vilket i och för sig endast är en mindre del av de som blir arbetslösa).⁷ Kanske än viktigare är att de arbetslösa som är sjukskrivna inte har några ekonomiska incitament att friskskriva sig. För de flesta, speciellt de med inkomst över taket i arbetslöshetsförsäkringen, innebär friskskrivningen en lägre kompensation.⁸

Nästa exempel på ett fall där det inte är helt klart i vilken ersättningsform en person ska hamna är när någon till följd av sjukdom eller skada får en bestående nedsättning av arbetsförmågan. Det typiska fal-

7. Laura Larsson (2002) behandlar denna fråga och erhåller empiriskt stöd för att dessa ekonomiska incitament har betydelse.

8. En höjning av taket i sjukpenningförsäkringen utan en samtidig höjning av taket i arbetslöshetsförsäkringen skulle göra att den grupp som har ekonomiska incitament för att uppbära sjukpenning istället för arbetslöshetsersättning växer.

TABELL 3: Ersättning vid samtidig arbetslöshet och sjukdom.

	<i>Ej sjuk</i>	<i>Sjuk</i>
<i>Ej arbetslös</i>		sjukpenning
<i>Arbetslös</i>	arbetslöshetsersättning	sjukpenning

let inleds med en sjukskrivning som blir långvarig och så småningom resulterar i att personen blir förtidspensionerad. Frågan är när övergången till förtidspension sker. Det beror på när personen gör en ansökan eller när försäkringskassan tar ett eget initiativ och på hur långa handläggningstiderna är. Benägenheten att söka kan i sin tur bero på olika saker. Vilket ger högst ersättning, sjukpenning eller förtidspension? Vilka villkor är i övrigt förbundna med de olika ersättningsformerna? Vad är kraven för att en person ska kunna få förtidspension? Under 1990-talet skärptes villkoren för att en förtidspension skulle kunna beviljas. Det ledde till att antalet nybeviljade förtidspensioner minskade.⁹ Detta ledde i sin tur till att fler blev kvar som sjukskrivna och framför allt till att antalet långa sjukskrivningar ökade.

Omfattningen av långa sjukskrivningar är beroende av ersättningsvillkoren i de båda systemen, av villkoren för att en person ska kunna beviljas en förtidspension och av handläggningstiden för förtidspensionsansökningar. Det pekar på att de båda systemen bör granskas samtidigt och kanske också på att ersättningsnivåerna inte bör avvika markant från varandra.

Vägar ut ur arbetslivet¹⁰

I de flesta länder har andelen av befolkningen som arbetar fram till 65 års ålder minskat markant under de senaste decennierna. Den faktiska pensionsåldern har sjunkit och tendenserna till ett ökat tidigt utträde

9. Den omedelbara konsekvensen av en skärpning är att fler beviljas ersättning då många som annars skulle sökt senare påskyndar sin ansökan för att få sin ansökan behandlad enligt de tidigare reglerna. Se Wadensjö och Sjöberg (2000). På något längre sikt blir resultatet dock i regel en nedgång.

10. Detta avsnitt bygger i stor omfattning på Wadensjö och Sjögren (2000). Se också Wadensjö (2002).

från arbetslivet har varit tydliga. Dessa tendenser har varit mycket tydliga också i Sverige även om utvecklingen i denna riktning varit mindre snabb än i merparten av övriga industrialiserade länder.

Tidigt utträde har haft och har många olika former i Sverige, och sjukskrivning och sjukpenning har varit ett element i en av dessa. Jag ska här för det första redovisa vägarna ut ur arbetslivet kring år 1990, för det andra redovisa de åtgärder som vidtogs under 1990-talet för att minska tidigt utträde ur arbetslivet och för det tredje redovisa vilka vägar ut ur arbetslivet som nu är vanligt förekommande.

VÄGAR UT UR ARBETSKRAFTEN FÖRE 65 ÅRS ÅLDER ÅR 1990
Kring 1990 fanns det många möjligheter till tidigt utträde med vilket här avses utträde ur arbetslivet före 65 års ålder. En del var utformade just för att underlätta tidigt utträde, andra vägar var inte planerade som sådana från de politiska organens sida.

1. Lägre pensionsålder via lag eller avtal.

Den avtalsmässiga pensionsåldern har traditionellt varierat mellan olika områden på arbetsmarknaden och inom samma område har pensionsåldern ofta varit olika för män och kvinnor. Arbetsgivaren har svarat för pensionen fram till ordinarie pensionsålder i sådana fall. Avtalen ändrades efterhand i riktning mot en gemensam pensionsålder för alla på 65 år, men fortfarande hade många i början av 1990-talet en pensionsålder lägre än 65 år.

2. Tidig pensionering med reducerad ålderspension.

I ålderspensionssystemet har det sedan ATP infördes funnits en möjlighet att ta ut en tidig ålderspension med lägre pension (också efter ordinarie pensionsålder). Få har emellertid utnyttjat denna möjlighet. Andra möjligheter till tidigt utträde har ekonomiskt sett varit gynnsammare.

3. Förtidspension beviljad av arbetsmarknadsskäl.

År 1972 infördes en möjlighet för äldre att förtidspensioneras av enbart arbetsmarknadsskäl. Konkret innebar det att personer som blivit utför-säkrade från arbetslöshetskassan och som fyllt 60 kunde få förtidspen-

sion fram till 65. Då den maximala ersättningsperioden från a-kassan för äldre är ett år och nio månader fanns det en möjlighet att i praktiken lämna arbetsmarknaden vid 58 år och 3 månaders ålder och få ersättning fram till 65 års ålder, först ersättning från a-kassan och därefter förtidspension.

4. Förtidspension av kombinerat medicinska och arbetsmarknadsskäl. År 1970 infördes möjligheten för äldre att få förtidspension av kombinerat medicinska och arbetsmarknadsskäl. I Riksförsäkringsverkets statistiska redovisning är det dock inte möjligt att skilja dessa fall från de förtidspensioneringar som sker på rent medicinska grunder.

5. Sjukskrivning/förtidspension av medicinska skäl. Den traditionella formen av förtidspension beviljas på medicinska grunder. I merparten fall föregås förtidspensioneringen av en längre periods sjukskrivning.

6. Livränta och förtidspension på grund av arbetsskada. Ersättningen vid arbetsskada är högre än den vid sjukdom. År 1990 var lagstiftningen sådan att bevisbördan låg på arbetsgivaren.

7. Delpensionering i olika former. Jämfört med andra länder var det vanligare i Sverige att gradvis lämna arbetskraften via pensionering på deltid. Dels var det möjligt att få delpension inom ålderspensionssystemet (från 60 års ålder) eller förtidspensionssystemet, dels fanns det ett speciellt delpensionssystem med mycket gynnsamma villkor.

FÖRÄNDRINGAR AV VILLKOREN FÖR TIDIGT UTTRÄDE UR ARBETSKRAFTEN UNDER 1990-TALET

Under 1990-talet genomfördes ett stort antal åtgärder för att minska det tidiga utträdet. Den ekonomiska krisen är troligen den viktigaste orsaken till omläggningen av politiken, men redan före krisen hade planeringen av vissa av åtgärderna påbörjats. Nedan återges de viktigaste åtgärningarna.

1. På många avtalsområden med tidigare lägre pensionsålder än 65 har den höjts till 65 år.
2. Den nedre åldersgränsen för tidigt utträde med reducerad ålderspension höjdes till 61 år från att tidigare ha varit 60 år.
3. Möjligheterna till tidigt utträde med förtidspension av arbetsmarknadsskäl upphörde år 1991.
4. Möjligheterna till tidigt utträde med förtidspension av kombinerade medicinska och arbetsmarknadsskäl upphörde år 1997.
5. Kraven för att erhålla förtidspension av medicinska skäl skärptes.
6. Kraven för att erhålla ersättning från arbetskadeförsäkringen skärptes betydligt år 1993. Bevisbördan flyttades över på den sökande.
7. Villkoren försämrades inom det särskilda delpensionssystemet år 1994 och systemet utvecklades därefter gradvis som en del av uppgörelsen angående det nya ålderspensionssystemet.

VÄGAR UT UR ARBETSKRAFTEN ÅR 2003

Med de många åtstramningarna i olika system under 1990-talet skulle man kunna vänta sig att det tidiga utträdet skulle minska. Det har det inte gjort även om ökningen av utträdesfrekvensen inte varit lika framträdande som under 1970- och 1980-talen. Att utträdet inte minskat kan kanske delvis förklaras av det försämrade konjunkturläget, delvis av att även om vissa vägar ut ur arbetslivet stängdes fanns andra kvar eller tillkom. Vilka vägar är det då som kvarstår och som nu fler använder?

1. Sjukskrivning/förtidspension av medicinska skäl.
Den första av dessa vägar ut ur arbetslivet är den traditionella med först sjukskrivning och sedan förtidspensionering. Med en åtstramning av prövningen inom förtidspensioneringen så har sjukskrivningsperioderna tenderat att öka. Vi kan se detta på att långtidssjukskrivningarna har ökat markant samtidigt som förtidspensioneringarna minskat.¹¹ Under den senaste tiden verkar utvecklingen ha svängt. Förtidspensioneringen ökar på nytt och antalet långtidssjukskrivna minskar.

11. Se Jans (2003) för en översikt av utvecklingen under det senaste decenniet.

2. Avtalslösningar.

Under 1990-talet blev det vanligt med olika avtalslösningar. I samband med omstruktureringar köpte arbetsgivaren ut äldre arbetskraft. Ofta skedde det i form av att arbetsgivaren erbjöd alla över en viss ålder som var villiga att lämna företaget en pension. Denna typ av lösningar förekom under 1990-talet inte minst för statligt anställda. På det statliga området har reglerna skärpts och denna typ av lösningar har troligen därmed blivit mindre vanliga. Även på övriga områden kan omfattningen ha minskat.

3. Arbetslöshetsförsäkring före pensionen.

Det blev också vanligt under 1990-talet att äldre personer lämnade arbetslivet genom att acceptera uppsägning och sedan uppbära arbetslöshetsersättning fram till pensionen, ofta i kombination med annan ersättning. Lokala överenskommelser utgör i regel grunden för denna typ av lösningar.

4. Rundgång.

Det utvecklades på 1990-talet flera olika typer av »rundgång« mellan arbetslöshet, åtgärder och tillfälliga anställningar som i praktiken innebar att äldre personer lämnade arbetskraften i förtid. Ett exempel är överenskommelser med den tidigare arbetsgivaren i samband med uppsägning om periodvis återanställning för upparbetning av rätten till ersättning från arbetslöshetskassan. Ett annat exempel är kommunala sexmånadersanställningar av långtidsarbetslösa med samma syfte. Rundgången mellan arbetslöshet och arbetsmarknadspolitiska åtgärder har motverkats genom regelförändringar, vilket troligen minskat omfattningen under de senaste åren.

Av dessa fyra olika vägar ut ur arbetslivet är vägen via sjukskrivning och förtidspensionering den viktigaste. Inom den vägen har sjukskrivningsperioden fått en större vikt. Den ökade sjukskrivningen kan delvis ses som ett resultat av att andra vägar ut ur arbetslivet har blivit svårare att använda.

Några slutsatser

Sjukpenningersättningen inom socialförsäkringen är bara en del av det totala ersättningsystemet till personer som inte är i arbete. Det är viktigt att beakta vid förslag till reformer. För det första bör man ta hänsyn till att den som blir sjukskriven i regel också får ersättning från en avtalsförsäkring. För det andra bör man beakta att det i vissa fall inte är självklart från vilket system en person ska erhålla ersättning. Det gör att förändringar av regler och ersättningsnivåer i ett system kan leda till överströmningar mellan olika system. För det tredje bör man beakta att långtidssjukskrivning följt av förtidspension är en av flera vägar ut ur arbetslivet före normal pensionsålder och att förändringar i möjligheterna att lämna via andra vägar påverkar omfattningen av långtidssjukskrivningarna. Det omvända förhållandet gäller också. Skärps reglerna för sjukskrivning/förtidspensionering kommer det att öka trycket på andra vägar ut ur arbetslivet. Sambanden visar att systemen fungerar som kommunicerande kär! och pekar på vikten av en samlad översyn av ersättningsystemen vid inkomstbortfall.

REFERENSER

- Edebalk, Per Gunnar och Eskil Wadensjö (1989), *Arbetsmarknadsförsäkringar*, Rapport till ESO, Ds 1989:68.
- Henrekson, Magnus och Mats Persson (2001), »The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system«, IIES Seminar Paper No. 697.
- Jans, Ann-Christine (2003), »Förtidspensioner och långtidssjukskrivningar under 1990-talet: Regler och konjunkturer styr«, *Välfärd*, nr 1, s. 20–21.
- Larsson, Laura (2002), *Evaluating Social Programs: Active Labor Market Policies and Social Insurance*, Economic Studies 64, Uppsala University, Department of Economics.
- Osterkamp, Rigmar (2002), »DICE Reports. Work Lost Due to Illness – An International Comparison«, CES ifo Forum Winter, s. 36–40.
- Wadensjö, Eskil (2002), »Active strategies for older workers in Sweden« i Maria Jepsen, David Foden och Martin Hutebaut (red.), *Active strategies for older workers*, Brussels: ETUI.
- Wadensjö, Eskil och Gabriella Sjögren (2000), *Arbetslinjen för äldre i praktiken*. En studie för Riksdagens revisorer, Institutet för social forskning, Stockholms universitet.

Välfärdsstat och sociala normer

Min uppgift här är att belysa vissa generella mekanismer när det gäller hur socialförsäkringarna fungerar, med särskild tonvikt på sjukpenningförsäkringen. Jag kommer däremot inte att gå in på de skäl som ligger bakom uppbyggnaden av socialförsäkringssystemen, dvs. obligatoriska arrangemang för inkomstförsäkringen – i stället för att lita till frivilliga försäkringskontrakt. Skälen är välkända, och de har analyserats rigoröst i nationalekonomisk litteratur. I stort sett alla kvalificerade observatörer är också överens om att socialförsäkringarna framgångsrikt bidragit både till att skapa inkomsttrygghet för medborgare i allmänhet och till att begränsa fattigdomen i samhället.

Socialförsäkringarnas problem

Men alla socialförsäkringar är också förknippade med gemensamma problem, med vissa variationer mellan olika försäkringsområden. Jag kommer att ta upp tre typer av problem: (i) de implicita skattekilarna i socialförsäkringssystemen, (ii) överutnyttjande («moral hazard») och (iii) bidragsfusk.

Det är ofrånkomligt att en analys av dessa problem samtidigt blir en uppvisning i bristande »politisk korrekthet«. Det stör mig betydligt mindre än många andra.

(i) Jag börjar med *de implicita skattekilarna*. Det är numera väl känt att inkomstskatter och andra skatter resulterar i skattekilor, dvs. avvikelser mellan samhällsekonomisk och privatekonomisk avkastning av arbete och sparande. Vi vet också att sådana avvikelser skadar samhälls-

ekonomin. Situationen är i viss mån densamma för socialförsäkringarna. Om jag under ett antal år betalar in avgifter med ett kapitalvärde av 100 000 kronor till en viss socialförsäkring, men förväntar mig att senare få ut 50 000 kronor, då uppkommer det en skattekil på ungefär 50 procent. Det är detta som avses när man säger att socialförsäkringsystemen inte är aktuariska. Den politiska bakgrunden är naturligtvis att socialförsäkringar är viktiga inslag i statens försök att påverka inkomstfördelningen i samhället, både mellan och inom generationer. Men ett välkänt problem med sådana ambitioner är att implicita skattekil ar snedvrider ekonomiska beslut på i princip samma sätt som vanliga skatter. Empiriska studier tyder till och med på att snedvridningar som uppstår till följd av socialförsäkringar och bidragssystem är större än vid explicita skattekil ar.

(ii) Överutnyttjande kan vara ett ännu allvarigare problem. Den analytiska termen är *moral hazard*. Med det uttrycket menas att en del individer anpassar sitt beteende så att de själva genererar ett försäkringsutfall. En idealisk försäkring vore mot skador i samband med me-teornedslag! Då är det nämligen omöjligt för den försäkrade att påverka försäkringsutfallet genom beteendeanpassningar. Situationen är uppenbarligen en annan när det gäller flertalet försäkringstyper, inklusive socialförsäkringar.

Låt mig ge ett par exempel. Det finns goda skäl att erbjuda medborgarna en generös arbetslöshetsförsäkring. Men ju generösare förmånerna är, desto längre tid tar en del arbetslösa på sig innan de accepterar ett nytt jobb. Systematiska empiriska studier tyder på att regelsystem som tillåter arbetslöshetsunderstöd under mycket långa perioder, kanske flera år, förlänger arbetslöshetsperioderna. Därmed håller försäkringen uppe den samlade arbetslösheten. Det finns också goda skäl att vara generös i samband med förtidspensionering av hälsoskäl för att hjälpa dem som förlorat arbetsförmåga före den reguljära pensionsåldern. Men ju generösare villkoren är, desto fler tar förtidspension. Också på detta område finns det systematisk empiri. Länder med speciellt generösa regler för förtidspension har betydligt lägre sysselsättningsgrad bland personer i åldersgruppen 55–64 år än andra länder.

Nu frågar sig kanske någon om dessa effekter av arbetslöshetsförsäkring och förtidspension inte är så självklara att man knappast behöver

undersöka saken empiriskt. Men sådana studier är viktiga. Ett skäl är att en del debattörer förnekar att individens beslut beträffande arbetslöshet, förtidspensionering (och många andra vardagliga frågor) påverkas av ekonomiska incitament. Ett mer grundläggande skäl att göra empiriska studier på dessa områden är att många »självklarheter« vid närmare påseende visar sig vara osanna.

(iii) Hur ska man då se på *bidragsfusk*? Det är viktigt att skilja mellan fusk och moral hazard. Om jag stannar hemma från jobbet på måndag på grund av trötthet efter en sen söndagsnatt, då är det fråga om moral hazard. Men om jag far på semester till Köpenhamn på ett par dar, och finansierar resan genom att sjukskriva mig, då är det bidragsfusk. Samma distinktion gäller i fråga om andra socialförsäkringar. Vi har i princip samma distinktion på skatteområdet. Medan skattefusk är en parallell till bidragsfusk så kan skatteplanering ses som en motsvarighet till moral hazard. Det råder stor enighet om att bekämpa skattefusk. När det gäller bidragsfusk finns det många som inte ens erkänner att det finns ett problem. Men varför skulle människor vara beredda att fuska i det ena systemet och inte i det andra?

Förekomsten av implicita skatteklar, moral hazard och bidragsfusk är naturligtvis inte något skäl att avstå från att konstruera socialförsäkringar. Vi har ju skatter trots explicita skatteklar, skatteplanering och skattefusk i stor skala. I båda fallen är slutsatsen i stället att det är viktigt att se över regelsystemen och att vidta andra åtgärder för att minska de problem som uppkommit.

Varför ökar sjukfrånvaron i Sverige?

Hur ska man då se på sjukfrånvaro i det här perspektivet? Mera precist: hur kan vi förklara den ökade sjukfrånvaron i Sverige under senare år? Det är praktiskt att skilja mellan tre typer av förklaringar.

(i) En uppenbar förklaring är *förändrad demografi* bland de förvärvsarbetande. En åldrande arbetskraft och ett ökat antal kvinnor på arbetsmarknaden leder »automatiskt« till ökad total sjukskrivning – vid oförändrad sjukskrivning bland enskilda individer inom varje ålders- och könsgroup. Men som Edward Palmer påpekar i sitt kapitel, förkla-

rar sådana faktorer (»sammansättningseffekter«) bara en mindre del av den ökade sjukfrånvaron i Sverige.

(ii) Man kan också vänta sig att *mer generösa regler* – höjda ersättningsnivåer, färre karensdagar och minskad kontroll – leder till ökad sjukledighet. Regelförändringar av detta slag tycks också i verkligheten vara en viktig faktor bakom variationer i sjukledigheten under senare decennier. Jag kan exempelvis hänvisa till Mårten Palmes och Mats Perssons kapitel. Men mer generösa regler i Sverige i slutet av 90-talet kan bara förklara en viss del av den ökade sjukledigheten under de senaste fem åren. Vi måste därför titta på kompletterande förklaringar.

(iii) *Försämrad arbetsmiljö* utpekas i dag ofta som en annan viktig förklaring till den ökade sjukledigheten. Hypotesen låter överraskande när man jämför dagens relativt rena och hygieniska arbetsplatser med motsvarande förhållanden för några decennier sedan inom industri, skogsbruk, gruvbrytning och på kontor. Den goda och stigande folkhälsan i Sverige, enligt traditionella mått, talar också mot hypotesen att den ökade sjukledigheten skulle bero på försämrad arbetsmiljö. Men företrädarna för denna hypotes menar, som vi vet, i regel att förändrad arbetsorganisation har ökat den psykologiska pressen på den enskilde, och därmed skapat minskad trivsel och ökad stress, och som ett resultat psykisk ohälsa.

Det är svårt att veta hur mycket det ligger i den förklaringen. Det finns faktiskt opinionsstudier för olika länder som tyder på att individerna själva anser att stressen i arbetet har ökat under senare år. Men det är ovisst hur allvarligt man ska ta denna självbedömning, som kan ha påverkats av den allmänna samhällsdebatten. På sätt och vis är hypotesen paradoxal med hänsyn till att den omorganisation som kommit till stånd i företag och andra organisationer under det senaste decenniet, med decentralisering och större ansvar för den enskilde, delvis motiverats med att den skulle leda till ökad tillfredsställelse i arbetet. Kan det möjligen vara så att effekten visserligen blivit just så för de flesta, men att effekten blivit den motsatta för en minoritet anställda som inte kunnat leva upp till de krav som ställs i samband med ökat ansvar? Eller finns det grupper av arbetstagare som i själva verket fått *mindre* att säga till om än tidigare på sina arbetsplatser, även om andra fått mer att säga till om? Och om svaret är »ja« på någon av dessa båda

frågor återstår mysteriet varför sådana effekter skulle ha uppstått just i Sverige, Norge och Nederländerna, men inte i andra länder där liknande omorganisationer kommit till stånd på arbetsplatserna.

(iv) En annan tänkbar förklaring är *ökad stress i tillvaron i allmänhet*, särskilt för dubbelarbetande kvinnor, i samband med ökat kvinnligt förvärvsarbete. Om den förklaringen vore riktig skulle man kunna säga att många kvinnor i Sverige har tvingats betala ett högt pris för kvinnoemancipationen på arbetsmarknaden. Tack vare Marianne Frankenhausers forskning har vi empirisk information om stressymptom bland förvärvsarbetande kvinnor med barn – till och med hur stressens frekvens utvecklas under dagens lopp. Ett resultat av dessa studier är att stressen når sitt maximum *efter* arbetsdagens slut. Kan det möjligen tolkas så att problemet är allmän tidsbrist snarare än problem på arbetsplatsen? En sådan förklaring är förenlig med observationen att sjukfrånvaron ökat speciellt kraftigt bland kvinnor i Sverige, som fortfarande tycks ha ett huvudansvar för hem och barn.

Tidspressen har accentuerats av att det är svårt (dyrt) för familjer att köpa hushållstjänster på marknaden, som ett substitut för hushållets egen tjänsteproduktion. »Baumols lag« är en faktor bakom denna utveckling: relativpriserna för arbetsintensiva tjänster ökar ständigt i förhållande till priserna för industrivaror allteftersom produktiviteten stiger i industrin. Breda skatteklivar för enskilda individer verkar i samma riktning. Om min marginalskatt är 50 procent, och den som skulle kunna leverera en tjänst till mig har samma marginalskatt, då måste jag tjäna fyra gånger så mycket före skatt som denne får efter skatt.

Kanske har kombinationen av ökad kvinnlig förvärvsverksamhet och stora svårigheter att köpa hushållstjänster bidragit till att öka stressen bland småbarnsföräldrar. Vad som talar mot den hypotesen är dock att tillgången på dagistjänster är relativt stor i Sverige och att svenska kvinnor ofta arbetar deltid.

Förändrade sociala normer

Slutligen är det möjligt att *sociala normer* till förmån för arbete, och emot bidragsberoende, har försvagats över tiden, och att detta är en an-

nan delförklaring till den ökade sjukskrivningen. Med sociala normer syftar jag då på att andra har förväntningar om hur jag bör bete mig i olika avseenden. Om jag följer en existerande social norm får jag uppskattning (gott anseende); om jag bryter mot en social norm bemöts jag av nedlåtenhet (dåligt anseende). Sådana processer kan i princip analyseras i rigorösa teoretiska modeller. Ett sätt att göra detta är att anta att den enskilda individens nytta beror inte bara på vederbörandes konsumtion och fritid, utan också på den uppskattning respektive nedlåtenhet som han erfar från omgivningen (Lindbeck, Nyberg och Weibull, 1999). Anledningen till att jag i detta sammanhang talar om »sociala normer« snarare än om »attityder« är att jag vill betona betydelsen av hur den enskilda individen bedöms av andra.

En intressant fråga i det här sammanhanget är naturligtvis hur sociala normer uppkommer och upprätthålls. Det beror i stor utsträckning på vilken typ av social norm som vi syftar på. Vid en diskussion av konsekvenserna av socialförsäkringar, exempelvis sjukpenningförsäkring, är det viktigt att titta på normen att en arbetsför person bör försörja sig själv, och alltså inte leva på bidrag från andra. Det är rimligt att anta att sådana normer »ärvt« från tidigare perioder. Innan den moderna välfärdsstaten byggdes upp var det i stort sett omöjligt att försörja sig om man inte arbetade. Det var naturligt att det i ett sådant samhälle växte fram en social norm om att man bör försörja sig genom eget arbete. Imitation av beteendet hos personer som lyckats väl med att försörja sig själva kan ha varit en mekanism genom vilken en sådan norm växt fram och upprätthållits. Normen, så att säga, selekterades fram. En annan mekanism är att sociala normer kan skapas och upprätthållas av särskilda »normsändare«. Det mest uppenbara exemplet är kanske att föräldrar har ett intresse av att barnen följer normer som hjälper dem att försörja sig själva i framtiden – och att de kanske också kan hjälpa föräldrarna när de blir gamla. Skola och kyrka är andra normsändare. De har under långa perioder försökt inpränta vikten av skötsamhet och arbetsamhet.

Så kom välfärdsstaten, som gjorde det betydligt lättare för individen att försörja sig utan att arbeta, åtminstone under vissa perioder. Trots att incitamenten att arbeta därmed minskade blev effekterna på arbetsviljan till att börja med små. En förklaring kan vara att »nedärvda« sociala

normer till förmån för arbete, och emot att leva på bidrag från andra, begränsade effekterna av de minskade incitamenten att arbeta. Men efter någon tid kan en del »företagsamma« individer ha börjat överutnyttja socialförsäkringarna via beteendeförändringar, trots att de därmed brutit mot gällande sociala normer. Men ju fler som bryter mot existerande normer, desto mindre blir obehaget för andra att också göra det. Normerna blir därmed svagare över tiden. Då slår de ovan diskuterade beteendeeffekterna av implicita skatteklar, »moral hazard« och fusk lättare igenom. Det betyder att effekterna på förvärsarbete och sjukledighet kan väntas bli större på lång än på kort sikt – ett resultat som står i överensstämmelse med Mats Perssons empiriska redovisning i hans kapitel i denna bok, som tyder på att effekten av förändrade regler är större på lång sikt än på kort. Dessa tendenser kan accentueras vid makrochocker som »kastar ut« individer i olika skyddsnät. Även detta kan väntas leda till att den enskilda individen inte förlorar lika mycket anseende som tidigare av att leva på bidrag.

Hittills ligger teori och spekulaton på det här området »före« den empiriska forskningen. Men det är inte svårt att ge exempel på situationer då det är rimligt att tala om försvagade sociala normer att försörja sig genom eget arbete och att undvika att leva på bidrag från andra. Det är exempelvis en vanlig föreställning att den kraftigt ökade arbetslösheten i vissa regioner, städer och stadsdelar har bidragit till att skapa särskilda »arbetslöshetskulturer«, där ett liv baserat på bidrag från offentliga system, eller anhöriga, blivit mer accepterat än tidigare – särskilt inom den grupp där man umgås. Något liknande kan ha inträffat när det gäller förtidspension, som blivit ett normalt beteende för personer över 55 år i vissa länder, såsom Belgien och Italien. Den faktiska pensionsåldern i Italien i dag är cirka 53 år. Invalidpensionen i Holland är ett annat exempel; under 1980-talet kom inte mindre än 12 procent av arbetskraften att uppbära invalidpension. Just i Holland tyder en sociologisk studie på att en stor del av dem som lever på bidrag av olika slag anser sig ha rätt att på skattebetalarnas bekostnad syssla med annat än lönearbete (Engbersen m.fl., 1993).

Har liknande förändringar i sociala normer inträffat i Sverige när det gäller sjukpenningförsäkringen? En indikator på att det kan förhålla sig på det viset är att det knappast finns något som tyder på att hälsotill-

ståndet försämrats i Sverige, vare sig jämfört med situationen för några decennier sedan eller med situationen i andra länder. En annan indikator är den stora skillnaden mellan olika regioner i Sverige. En tredje indikator är att sjukfrånvaron i Sverige regelmässigt ökar med fallande arbetslöshet, dvs. när risken att förlora jobbet avtar. Det finns också indikatorer på att arbetslösa utnyttjar sjukförsäkringen för att »spara på« möjligheten att använda sjukkassan, alternativt få ut högre ersättning än den som a-kassan erbjuder. (Jfr Wadensjö i denna bok.) En opinionsundersökning om attityder till sjukledighet tyder dessutom på att många svenskar (41–48 procent av de tillfrågade) anser sig ha rätt att sjukskriva sig utan att vara sjuka – om det är stressigt på jobbet, om arbetsmiljön är dålig, eller om man har problem i familjen. Ungefär 20 procent anser sig också ha rätt att sjukskriva sig om de vantrivs med jobbet eller har en dålig chef (Modig och Boberg, 2002). Det är också viktigt att notera att en försvagning av sociala normer troligen inte bara gäller de som sjukskriver sig utan också läkare och administratörer inom sjukpenningssystemet. Även de tycks i ökad utsträckning ha accepterat sjukskrivning som en lösning på andra problem än traditionell sjukdom. Också detta kan ha bidragit till den kraftigt ökade sjukledigheten.

När styrkan hos en social norm påverkas av antalet personer som bryter mot normen kan resultatet bli s.k. multipla jämvikter i samhället (Lindbeck, Nyberg och Weibull, 1999). En jämvikt karaktäriseras av starka normer, få bidragstagare och låga skattesatser. En annan jämvikt karaktäriseras av svaga normer, många bidragstagare och höga skattesatser. Ett samhälle kan råka ut för en dynamisk process (»vicious circles«) som gör att den förra jämvikten ersätts av den senare. Är det något liknande som Sverige, och kanske också vissa andra länder i Europa, råkat ut för under senare år? Det finns en risk att det tar tid att återställa tidigare existerande normer, om dessa har försvagats. Om denna hypotes är korrekt, är det angeläget att en process av svagare normer på detta område bryts så snart som möjligt.

Vad göra?

Mot bakgrund av allt detta: vad kan man göra för att i dag minska sjukfrånvaron, och därmed också risken för en fortsatt försvagning av so-

ciala normer på detta område? När man diskuterar den frågan bör man naturligtvis komma ihåg att sjukpenningförsäkringens utformning inte bara är en fråga om att ge ersättning för inkomstbortfall i samband med sjukdom utan också att hjälpa till med att *rehabilitera* dem som fått nedsatt arbetsförmåga. Något schematiskt skulle jag vilja sammanfatta mina preliminära förslag i åtta punkter.

1. Debattörer och politiker bör försöka övervinna dogmatik och politisk korrekthet, som begränsar synfältet och den politiska handlingskraften.
2. Det är viktigt att analysera sjukfrånvaron som en del av det sociala skyddsnetet som helhet – sjukpenning, arbetsskadeförsäkring, arbetslöshetsförsäkring, förtidspension, osv.¹ Vid regelsystemens utformning är det också viktigt att staten inte genom olika ersättningsnivåer ger incitament för individen att flytta mellan olika system för att maximera ersättningen.
3. Följ flera reformvägar samtidigt. Ett skäl är att det är ovisst vilka enskilda åtgärder som är mest framgångsrika. Ett annat skäl är att vissa åtgärder kan vara komplementära, dvs. stödja varandra.
4. Det finns stöd i teori och empiri för att starkare incitament för arbete, jämfört med att leva på bidrag (inklusive sjukpenning), leder till att färre väljer det senare. Det finns många alternativa sätt att åstadkomma detta: lägre marginalsatser, fler karensdagar och lägre ersättningsnivå antingen under hela sjukperioden eller endast efter viss tid (som i Tyskland).
5. Överväg skärpt kontroll, exempelvis genom hembesök (som i Frankrike), och skärpta krav på läkarintyg. Det finns en »trade-off« mellan ekonomiska incitament och kontroll, dvs. ju starkare incitamenten är, desto mildare kan kontrollerna vara. Men man kan lika gärna betrakta dessa båda metoder som komplementära.
6. Ge arbetsgivare starkare incitament att förbättra arbetssituationen och att bidra till omplacering och rehabilitering. För en ekonom är det naturligt att förespråka differentierade avgifter, så att avgifterna för enskilda företag står i direkt proportion till sjukfrånvaron inom varje före-

1. För män i åldern 55–64 har exempelvis förtidspensionering fallit så mycket att *summan* av sjukfrånvaro och förtidspensionering minskat under senare år.

tag – för olika åldersgrupper och eventuellt också andra grupper. Anledningen till att det är viktigt att variera avgifterna inte bara mellan olika arbetsgivare utan också mellan olika grupper av arbetstagare är naturligtvis att man kan vilja motverka tendenser bland arbetsgivare till att sålla bort grupper med större hälsorisker än andra.

7. Förändra organisationen för omplacering och rehabilitering. Som ofta påpekas är det troligt att detta skulle underlättas genom bättre samarbete mellan olika aktörer, såsom försäkringskassa, arbetsförmedling och arbetsgivare.

8. Även om reformer av detta slag kan ha indirekta effekter på attityder och sociala normer när det gäller sjukskrivning kan det finnas anledning att också mera *direkt* försöka påverka dessa. Medlen skulle i så fall vara information, övertalning och förändrad organisation. Sådana direkta effekter av information och förändrad organisation på attityder och sociala normer, är troligen enklast att åstadkomma bland administratörer och läkare.

REFERENSER

- Engbersen, G., Schuyt, J. Timmer, och F. Van Waarden, (1993), *Cultures of Unemployment: A Comparative Look at Long-term Unemployment and Urban Poverty*, Boulder, CO: Westview Press.
- Lindbeck, A., S. Nyberg och J.W. Weibull (1999), »Social Norms and Economic Incentives in the Welfare State«, *Quarterly Journal of Economics*, 114(1).
- Modig A. och H. Boberg (2002), »Är det OK att sjukskriva sig fast man inte är sjuk?«, TEMO, T22785, april.

En optimal sjukpenningförsäkring och ett utvidgat arbetsgivaransvar

De kraftigt stigande sjuktalen de senaste fem åren är ett viktigt skäl till att fundera över den sjukpenningförsäkring vi har idag. Det är få som vill hävda att de ökade sjukskrivningarna beror på ökad ohälsa i medicinsk mening. Det finns ingen entydig eller enkel förklaring till dem men vi vet att ekonomiska drivkrafter biter. De reformer som genomfördes under tidigt 1990-tal har analyserats grundligt (se t.ex. Edgerton, Kruse och Wells, 1996, Henrekson och Persson, 2000, och Palme respektive Persson i tidigare kapitel i denna bok).

I detta kapitel diskuterar jag hur en optimal sjukpenningförsäkring kan tänkas se ut – eller snarare vilka krav man bör ställa på en optimal försäkring. Ett förslag till åtgärd som framförs i snart sagt samtliga utredningar på området de senaste åren är ett utvidgat arbetsgivaransvar. Detta gäller t.ex. den Rydhska utredningen (SOU 2002:5) och nu senast i en promemoria från regeringskansliet (Ds 2002:63). Det är viktigt att relatera ett utvidgat arbetsgivaransvar – liksom varje förslag till lösning – till en diskussion om en optimal försäkring och vilken typ av drivkrafter vi kan förutse att en förändring av försäkringen kommer att skapa.

En optimal försäkring

Individer har riskaversion. Det betyder att de är villiga att betala för att minska risker. Detta är grunden för försäkring. Det finns flera sätt att gardera sig mot risker. Det kan t.ex. ske genom eget sparande. Individen har då en buffert som kan användas till försörjning under de perioder då möjligheter eller förmåga till arbete fallerar. Nackdelen med

eget sparande är emellertid att just på grund av att individen har riskaversion kommer hon att riskgardera genom en så stor buffert att den täcker »värsta utfall«. Om den händelse man vill skydda sig mot – inbrott, bilstöld, arbetslöshet, sjukdom – inte drabbar alla samtidigt, är en försäkring en god lösning. Allas besparingar (premier) läggs samman i en gemensam pott. Vinsten för individen är att den nödvändiga bufferten kan hållas lägre eftersom man nu kan nöja sig med en inbetalning i förhållande till genomsnittlig risk; »de stora talens lag« kan utnyttjas. En optimal försäkring, som maximerar individens nytta, är sådan att individen garanteras i det närmaste samma konsumtionsmöjligheter antingen »händelsen« inträffar eller inte, dvs. antingen hon är frisk eller sjuk, har ett arbete eller är arbetslös, osv. En så heltäckande försäkring är dock i regel inte möjlig på grund av de drivkrafter till oförsiktigt beteende (s.k. *moral hazard*, se nedan) som då uppstår eller att prevention i ett sådant fall inte lönar sig. I en optimal försäkring får vi därför en avvägning mellan täckningsgrad och självrisk.

På en marknad för försäkringar bjuder försäkringsgivaren ut en försäkring:

$$\pi_i = p_i E + A$$

där π_i är den premie försäkringen bjuds ut till, p_i är sannolikheten/risken för att individen ska råka ut för denna händelse/olycka, E är den ersättning som utgår om händelsen inträffar och A är administrationskostnader.

Individen köper försäkringen om $\pi_i \leq$ individens värdering av riskreduktionen. Index i står för att olika individer eller grupper av individer kan ha olika sannolikheter för att drabbas. Enligt prisekvationen ovan får de då också betala olika premier. För att denna marknad ska fungera och ge en effektiv (optimal) lösning måste ett antal villkor vara uppfyllda. Några av dessa är att sannolikheterna (p_i) måste vara kända och att de är oberoende av varandra. Vidare ska individen inte kunna påverka sannolikheten eller ska det vara kostsamt för individen att göra det.

Marknadsmislyckanden anförs ibland som ett skäl för socialförsäkringar. Ett problem som kan orsaka marknadsmislyckanden, tidigt

analyserat av Nobelpristagarna Akerlof (1970) och Arrow (1974), är s.k. asymmetrisk information. Vid asymmetrisk information besitter försäkringsgivaren och försäkringstagaren olika information om risker och beteende. Två former av asymmetrisk information kan ställa till med problem på försäkringsmarknaden. Dessa är dold information, som leder till s.k. snedrekrytering, och dolt beteende, s.k. moral hazard. Båda dessa problem kan leda till att en effektiv marknadslösning på försäkringsmarknaden kanske inte existerar.

Dold information och snedrekrytering

En försäkringsgivare som känner riskfördelningen i befolkningen men inte vilken individ som hör till vilken grupp, lågrisk- eller högriskgruppen, kan försöka prissätta försäkringen efter genomsnittlig risk. Lågriskindividerna kommer då att uppfatta försäkringen som för dyr och avstår därför från att köpa. Därmed stiger den genomsnittliga risken, premien måste höjas och fler individer finner försäkringen för dyr. Försäkringen har råkat ut för snedrekrytering och »de stora talens lag« kan inte utnyttjas. Marknaden bryter samman (se t.ex. Barr 1998). En lösning på problemet är att göra försäkringen obligatorisk. Med ett obligatorium kan försäkringen vara enhetlig utan att den bryter samman, eftersom lågriskfallen inte kan välja att stå utanför försäkringen. Alla betalar samma premie oavsett risk och premien svarar mot den genomsnittliga risken i hela gruppen. Barr (1998) visar att detta kan vara en nyttohöjande lösning även för dem som hör till lågriskgruppen, eftersom alternativet kan vara ingen försäkring alls. Denna form av asymmetrisk information innebär således inte att en socialförsäkring löser problemet med snedrekrytering, men ofta tänker man sig att obligatorium och ett offentligt tillhandahållande går hand i hand.

Väljer man en obligatorisk, enhetlig försäkring med privata försäkringsgivare får man räkna med *cream skimming*. Detta innebär att försäkringsgivarna aktivt arbetar för att mota bort högriskindividerna och endast få de goda riskerna försäkrade hos sig. Försök att förbjuda cream skimming brukar inte lyckas. Det finns många mer eller mindre subtila sätt att få bort de dåliga riskerna.

Dolt beteende och moral hazard

Med moral hazard menas att sedan individen väl tecknat en försäkring ändras hennes beteende på ett sådant sätt att risken för en händelse/olycka påverkas. Det är enkelt att ge exempel på moral hazard: Med en arbetslöshetsförsäkring kan man vara mera selektiv i att acceptera ett arbete och förlänger därmed sökperioden, dvs. arbetslöshetsperioden. Med en sjukpenningförsäkring kan man känna efter en gång till om man verkligen är arbetsför idag. Å ena sidan kan man visa att en optimal försäkring som ger individen maximal nytta är sådan att individen i det närmaste har samma konsumtionsmöjligheter antingen hon är frisk och arbetsför eller sjuk och arbetsoförmögen, dvs. en heltäckande försäkring. Å andra sidan kan man visa att om det krävs en viss ansträngning av individen för att undvika »skada«, t.ex. en ansträngning för att behålla eller få ett arbete, en omläggning av kost- och motionsvanor för att minska risken för ohälsa, kommer detta inte att löna sig för individen vid en heltäckande försäkring. Försäkringsgivaren kan inte iaktta detta beteende och genom det ändrade beteendet stiger riskerna. Premierna måste då höjas. Inte heller här löser en socialförsäkring problemet. Offentliga försäkringsgivare med ett obligatorium möter samma problem med moral hazard som privata försäkringsgivare med frivilliga försäkringar. Moral hazard måste hanteras med hjälp av självrisiker och kontroll.

Dold information och dolt beteende i sjukpenningförsäkringen

Den risk en sjukpenningförsäkring garderar mot är risken för inkomstbortfall vid arbetsoförmåga orsakad av sjukdom.

Dold information med åtföljande snedrekrytering skulle knappast vara något större problem inom sjukpenningförsäkringen även om den var frivillig. Olika grupperns risker är väl kända. Så vet vi t.ex. att sjukskrivningarna ökar med ålder, att kvinnor är mer sjukskrivna än män, att det finns stora regionala skillnader och att sjukskrivningarna generellt ökar ju längre norrut i Sverige vi kommer även om det finns un-

dantag. Vidare vet vi att sjukskrivningsfrekvensen är högre i offentlig än i privat sektor, framför allt i kommuner och landsting (mycket mer information finns på RFV:s hemsida www.rfv.se). Denna form av asymmetrisk information ställer därför knappast till några problem vad gäller sjukpenningförsäkringens effektivitet och det är fullt möjligt att differentiera försäkringen efter risk. En annan sak är om det också är lämpligt, och den diskussionen förs i nästa avsnitt.

Däremot utgör moral hazard ett genuint problem i sjukpenningförsäkringen. Två nyckelfaktorer ska värderas för att avgöra om rätt till försäkringsutfall föreligger: sjukdom och arbetsförmåga. I många fall är det naturligtvis lätt för försäkringsgivaren att avgöra om arbetsförmåga p.g.a. sjukdom föreligger. Men ofta är det inte så, utan det handlar om en glidande skala. Först ska man fastställa om sjukdom föreligger. Många sjukdomar är sådana att diagnosen fastställs efter symptomen, dvs. efter individens upplevda tillstånd. Nästa steg är att bedöma hur arbetsförmågan har påverkats. Det finns inget absolut mått på arbetsförmåga, den låter sig inte mätas på något enkelt eller entydigt sätt. Rätt till sjukpenning beror således både på sjukdomens art och på arbetets art och på kombinationen typ av sjukdom/typ av arbete. Det betyder också att sådant som lust och olust eller ekonomiskt utfall av alternativen m.m. kan spela roll. Att individen själv kan »bestämma« om ett försäkringsfall föreligger eller genom sitt beteende kan påverka sannolikheten för utfall betyder att det är olämpligt att erbjuda 100-procentigt försäkringsskydd utan kontroll. I stället måste försäkringen göras något mindre attraktiv för att skapa drivkrafter för individen att undvika riskerna. Informationsproblemet är detsamma för privata som för offentliga försäkringsgivare; en obligatorisk socialförsäkring löser inte detta problem. I den allmänna sjukpenningförsäkringen har man försökt minska problemet med moral hazard genom en karensdag, med en ersättningsnivå som understiger 100 procent samt krav på ett läkarintyg efter den sjunde dagen.

Med tanke på de kraftigt ökande sjuktalen ställs ganska naturligt frågan om dessa självrisker är tillräckliga. Skulle sjuktalen sjunka om självrisken ökades ytterligare? Här finns två problem. Det ena är att detta vet vi inte. Vi vet att effekten var stor när självriskerna infördes i början av 1990-talet. Vi vet också att sjuktalen har stigit sedan självrisken minskade.

des genom en höjning av ersättningsnivån 1998. De sjunkande sjukta-
len under första delen av 1990-talet förklaras inte enbart av ökade själv-
risker. Annat som också sänkte sjuktalet inträffade samtidigt.¹ Vi vet så-
ledes inte om de ökande sjuktalet under den senaste femårsperioden
är en process som kan vändas med hjälp av höjda självrisker. Det andra
problemet är att vi efterfrågar ett gott skydd eftersom vi har riskaversion.
Ju högre självrisk, desto sämre skydd och därmed sämre nytta. Här har
vi ett klassiskt avvägningsproblem: vi vill ha en god försäkring som ger
ett gott skydd åt dem som är sjuka samtidigt som vi vill ha ett sämre
skydd för att uppmuntra till prevention och förhindra ett överutnytt-
jande. Forskningsresultat på hur en perfekt avvägning ser ut finns inte.
Fullskaleexperiment är inte heller möjliga eller åtminstone klart
olämpliga med tanke på försäkringens omfattning i ekonomin och be-
tydelse för individens välfärd.

Enhetlig kontra differentierad sjukpenning- försäkring

Även om inte asymmetrisk information tvingar fram en enhetlig – och
därmed obligatorisk socialförsäkring – så är sjukpenningförsäkringen
utformad så med några undantag. En enhetlig försäkring är inte diffe-
rentierad efter risk; alla oavsett risk betalar samma premie som en pro-
cent av lönen och erhåller en sjukpeng också som en procent av lönen.
Undantagen är karensdagen och att ersättningen inte är 100 procent
utan 80 procent av inkomstbortfallet upp till det tak som finns i social-
försäkringen (7,5 prisbasbelopp eller 289 500 kronor i 2003 års pen-
ningvärde). Dessa utgör en individualiserad del av socialförsäkringen
och ökar försäkringsmässigheten i försäkringen. Ytterligare ett undan-
tag från en enhetlig försäkring är den 14 dagars sjuklöneperiod som in-
fördes 1992.

Det finns fördelar med en differentiering av premierna. En fördel är

1. Så steg t.ex. arbetslösheten kraftigt under denna period. I Sverige (och i Norge) finns en nega-
tiv samvariation mellan sjuktal och arbetslöshet. Ju högre arbetslöshet, desto lägre sjuktal och vice
versa. Se ESO Ds 2002:49.

att korrekta priser signaleras. Med nuvarande relativt enhetliga premier, med de undantag som nämndes ovan, fås priser som inte speglar de faktiska arbetskraftskostnaderna inklusive sjukfrånvaron i olika verksamheter. Verksamheterna bär inte sina verkliga kostnader och det som produceras i verksamheter med hög sjukfrånvaro framstår som alltför billigt. Så verkar t.ex. produkter från skogsindustrin samt vård, skola och omsorg billigare än de faktiskt är medan varor och tjänster från områden med låga sjuktal verkar dyrare än de faktiskt är. Enhetliga premier ger således felaktig information.

En annan fördel är att med en differentierad försäkring kan försäkringen anpassas till olika individers preferenser. I Rikner (2002) visas att olika individer önskar olika kombinationer av karensdagar och ersättningsnivå. En anpassning av försäkringen till individuella preferenser skulle vara välfärdshöjande.

Vidare kan differentierade premier ge drivkrafter till preventiva åtgärder så att sjuktalen eventuellt minskar. En förutsättning för att differentierade premier ska ge önskade effekter på sjuktalen är att individen och/eller arbetsgivaren verkligen har möjlighet att påverka sjuktalen. Sjukdomar inträffar i regel ganska slumpartat. Ibland är de orsakade av individens beteende (utförsäkning i svart pist, för mycket alkohol, för lite motion, fel kost ...) ibland av virus eller genetik, ibland av arbetsituationen, ibland av livssituationen. För att en differentiering ska ge positiva effekter måste man differentiera där det finns en tydlig koppling mellan orsak/upphov till skadan och skadan. En given kandidat är arbetsskadeförsäkringen, där en sådan lätt iakttagbar koppling finns. I Söderström m.fl. (2001) visas att riskdifferentierade premier inom arbetsskadeförsäkringen skulle variera mellan 270 kronor per person för anställda i bank- och försäkringsverksamhet och 8 900 kronor per person för män sysselsatta i brand- och räddningsverksamhet. »I företag med hög riskexponering måste arbetsgivaren fråga sig om det inte finns något sätt att minska riskerna och därmed försäkringspremierna« (cit. s. 106).

Möjligheterna till riskdifferentiering av arbetsskadeförsäkringen gäller dock endast den del som avser olycksfall. Vad gäller arbetssjukdomar är det alldeles för svårt att fastställa ett samband mellan skada och upphov till skadan, bl.a. på grund av att många arbetssjukdomar tar

många år att utveckla.² Det är också svårt att se att en ytterligare differentiering/individualisering av sjukpenningförsäkringen skulle leda till riskreducerande beteende eller till prevention med tanke på att ålder och kön är de två enskilt viktigaste faktorerna som förklarar sjukskrivningar.

Det finns emellertid fördelar även med en enhetlig försäkring. Den är för det första billig i drift. Vidare poolas risker över betydligt större grupper än vad som skulle bli fallet med en differentiering efter t.ex. arbetsgivare. Med en enhetlig försäkring kan »de stora talens lag« utnyttjas. Ett syfte med en enhetlig socialförsäkring är att jämna ut den tur och otur olika individer har. En del föds friska och med begåvningar som är gångbara på arbetsmarknaden, en del föds med – eller förvärvar genom olyckor eller dylikt – helt andra egenskaper. Även med en enhetlig försäkring är de svaga, i detta sammanhang högriskfallen, mindre attraktiva på arbetsmarknaden än lågriskfallen. Men med en enhetlig försäkring bärs åtminstone stora delar av kostnaden av hela försäkringskollektivet och inte av den enskilda arbetsplatsen/arbetsgivaren och i slutändan av den enskilda individen.

Om den händelse/olycka som försäkringen garderar mot drabbar slumpmässigt, dvs. alla har ungefär samma risk att råka ut för olyckan, innebär en enhetlig försäkring ingen omfördelning. Men om det finns (tydliga) riskskillnader mellan grupper ger en enhetlig försäkring en omfördelning från lågriskgrupper till högriskgrupper. Frågan är då naturligtvis hur denna omfördelning stämmer överens med fördelningspolitiska ambitioner och rättvisepuffattningar. Dagens sjukpenningförsäkring omfördelar från män till kvinnor, från unga till äldre, från folk som bor i stora delar av södra Sverige till dem som bor i norra Sverige, och från dem som arbetar t.ex. inom bank och försäkring till dem som arbetar med vård, skola och omsorg.

Vinsten av differentierade premier måste vägas mot de kostnader som en differentiering kan medföra. Risken är att man differentierar försäkringen till ingen nytta och endast får de negativa effekterna för de svaga på arbetsmarknaden.

2. Jämför de finska och norska försäkringarna för arbetssjukdomar. Försäkringsbolagen har en kraftigfondering för att gardera mot framtida krav.

Konsekvenser av ett utvidgat arbetsgivaransvar

Ett utvidgat arbetsgivaransvar innebär en differentiering på företagsnivå. Sjuklöneperioden på 14 dagar, som infördes 1992, är en sådan differentiering. Under en kort period utökades sjuklöneperioden till 28 dagar, men sänktes sedan åter till 14 dagar. Inledningsvis nämnde jag en del av den forskning som bedrivits kring effekterna av den differentiering/individualisering som införandet av en karensdag och sänkta ersättningsnivåer innebär. Det är intressant att notera att det inte finns någon motsvarande forskning kring arbetsgivarperioden trots att den nu funnits i mer än 10 år. Detta är särskilt anmärkningsvärt med tanke på att det trots denna avsaknad av kunskap förs fram förslag på utvidgat arbetsgivaransvar, nu senast från regeringskansliet (Ds 2002:63). Även de stora fackliga organisationerna tycks gå på denna linje. Till avsaknaden av forskning på området kan läggas att de få empiriska iakttagelser som finns snarast avskräcker: i Nederländerna infördes 1996 en arbetsgivarperiod på ett år; sedan dess har sjukskrivningarna ökat på ungefär samma sätt som i Sverige. Det finns också tecken på att arbetsgivarna där faktiskt ägnar sig åt det vi kallar *cream skimming*; arbetsgivaransvaret omfattar endast fast anställd personal. Sedan arbetsgivarperioden infördes har antalet tillfälligt anställda ökat betydligt (se Høgelund och Veerman, 2000).

Regeringen aviserade i budgetpropositionen 2002 att man avsåg att ge arbetsgivarna starkare ekonomiska drivkrafter för att få ner sjukfrånvaron. I Ds 2002:63 ges ett förslag till ett utvidgat arbetsgivaransvar.³ Arbetsgruppen föreslår att arbetsgivaren ska stå för mellan 15 och 50 procent av sjukersättningen utan någon bortre gräns. Man föreslår vidare att detta utvidgade arbetsgivaransvar till att börja med endast ska gälla offentliga arbetsgivare med undantag för offentliga bolag. Premien för sjukpenningförsäkringen (arbetsgivaravgiften) föreslås sänkas med motsvarande genomsnittliga kostnad.

Varje förslag till lösning måste dock sättas i relation till orsakerna till sjukskrivningarna. Annars finns ingen garanti för att det bidrar till att

3. Nationalekonomiska institutionen har lämnat remissvar på denna promemoria. Framställningen här bygger delvis på detta remissvar.

lösa det problem man vill lösa. Det finns ingen enskild eller enkel förklaring till de starkt stigande sjuktalen. Förklaringen ligger inte i utvecklingen av ohälsa. Hälsa, mätt både som förväntad livslängd och självupplevd hälsa, har snarare förbättrats. Den fysiska arbetsmiljön tycks också ha förbättrats, även om tunga lyft och obekväma arbetsställningar finns kvar bland annat i vård och omsorg. Däremot tycks den psykosociala arbetsmiljön ha försämrats något enligt mätningar via intervjuundersökningar. Olika förklaringar till de snabbt stigande sjuktalen prövas av forskare och i debatten. Dessa innefattar sådant som normförskjutningar hos de försäkrade («vantrivsel» på arbetet som en legitim sjukskrivningsorsak) och/eller hos sjukskrivande läkare, högkonjunktur, m.fl. (se t.ex. Hallqvist och Lindbeck i tidigare kapitel i denna bok). En annan grupp av förklaringar är själva försäkringens utformning samt administrationens tillkortakommanden, att sjukpenningförsäkring ger högre ersättning än arbetslöshetsersättningen, m.m. (se t.ex. Persson och Palme i tidigare kapitel).

Arbetsgruppen väljer emellertid att inte försöka relatera sitt förslag till någon förklaring av utvecklingen. Den påpekar också att det inte behöver vara arbetsgivarens eller arbetsplatsens *fel* att någon blir långtidssjukskriven. För att arbetsgruppen ändå ska kunna motivera sitt förslag till utvidgat arbetsgivaransvar lyfter man fram att 50 procent av de långtidssjukskrivna i intervjuundersökningar anger arbetet som orsak till sjukskrivningen. Försiktighet vid tolkning av sådana undersökningar är påkallad; som man ropar får man svar och det är för närvarande betydligt mer *comme il faut* att ange arbetet som sjukdomsorsak än t.ex. privatlivet eller ärftliga faktorer. Vidare menar man att oavsett orsak till sjukskrivningen är det ändå till arbetet som individen kan rehabiliteras.

Här uppstår en logisk kullerbytta: om arbetet är orsaken till sjukskrivningen kanske det sämsta för individen är att bli »rehabiliterad« tillbaka till samma arbete. Arbetsgruppen borde kanske i stället ha funderat över hur man kan få en så flexibel arbetsmarknad att folk inte känner sig instängda på en plats där de känner vantrivsel. Med nuvarande stela arbetsmarknad väljer knappast den som känner vantrivsel att säga upp sig för att börja ett nytt jobb. I stället blir sjukskrivning en utväg. Svenskt näringslivs förslag om rätt till tjänstledighet för att pröva ett nytt arbete är betydligt intressantare än arbetsgruppens förslag.

Rehabilitering – arbetsmarknadsdito, inte medicinsk – är dessutom en sorglig historia. Diskussionerna kring rehabilitering tycks leva på fromma förhoppningar, men det finns inga vederhäftiga utvärderingar som visar på positiva samhällsekonomiska resultat. Däremot finns forskning som visar på motsatsen, även i de fall den långtidssjukskrivne har selekterats ut och bedömts som ett särskilt hoppfullt fall (se Gerner, 2002).

Arbetsgruppen föreslår också att det utvidgade arbetsgivaransvaret till att börja med endast införs i offentlig sektor med undantag av offentliga bolag. Detta är ett i hög grad ogenomtänkt förslag. För det första: att införa en så drastisk förändring av sjukpenningförsäkringen på endast en del av arbetsmarknaden kommer att leda till anpassningar som inte är samhällsekonomiskt motiverade. För det andra: arbetsgruppen bygger sitt förslag på antagandet att de offentliga arbetsgivarna är tillräckligt stora för att kunna bära en reform av detta slag. En kommun eller ett landsting som arbetsgivare är förmodligen tillräckligt stor. Den offentliga sektorns decentraliserade organisation medför emellertid att de enskilda arbetsplatserna/enheterna är alldeles för små. Den enskilda barnstugan, kliniken, skolan eller universitetsinstitutionen är för liten för att klara kostnaden av en eller ett par långtidssjukskrivna. De är dessutom alldeles för små – och har förmodligen alldeles för ensidigt sammansatt personal – för att tillhandhålla den riskspridning som är nödvändig för att en försäkring ska fungera. Vidare innebär den decentraliserade organisationen att arbetsmiljöarbete knappast bedrivs inom respektive centralförvaltning. Inte heller här lyckas således arbetsgruppen visa att förslaget kan ha någon realistisk chans att ge annat än negativa effekter. Risken är dessutom att ett utvidgat arbetsgivaransvar inom offentlig sektor med ytterligare insnävade ramar för sådana områden som vård, skola, omsorg snarare kommer att leda till personalminskningar och en försämrad arbetsmiljö i stället för att ett arbetsmiljöarbete att prioriteras.

Eventuella positiva effekter av ett utvidgat arbetsgivaransvar enligt arbetsgruppens förslag är således ytterst tveksamma. Den starkaste invändningen mot en differentiering enligt förslaget är emellertid att den utan tvekan kommer att ge upphov till cream skimming, dvs. att dåliga risker stöts bort. Med arbetsgruppens förslag införs starka drivkrafter till

att undvika att få »dåliga risker« på avlöningslistan. Vem anställer någon med en historia av reumatism, depression, diabetes eller alkoholism i bagaget? Vem anställer en 55+ kvinna med tanke på de välkända riskfaktorerna ålder och kön?

Alternativ?

Det finns mycket i utvecklingen av sjukskrivningarna som oroar. Att skapa drivkrafter för både arbetsgivare, försäkringsgivare och försäkringstagare så att prevention blir lönsamt är angeläget. Det finns förslag på en reformering som innehåller sådana drivkrafter utan att situationen för de svaga på arbetsmarknaden försvåras ytterligare. Reforminstitutets förslag i »En frisk peng för en sjuk försäkring« kan vara värd att arbeta vidare med. I korthet kan förslaget beskrivas på följande sätt. I utgångsläget betalar alla in premier precis som idag. Därefter erhåller företaget ett belopp från Riksförsäkringsverket motsvarande den genomsnittliga risken för den personalstyrka företaget har. Företaget är skyldigt att sjukpenningförsäkra sina anställda. De kan då välja mellan en av de allmänna försäkringskassorna eller något privat försäkringsbolag. Den premie försäkringsgivaren sätter bestäms naturligtvis av företagets historiska risk, som kan vara högre eller lägre än det genomsnitt ersättningen från RFV bygger på. Arbetsgivaren, försäkringsgivaren och de anställda kommer att tjäna på en prevention som minskar sjukfrånvaron. Arbetsgivaren därför att premien i nästa avtals- eller försäkringsperiod då kan bli lägre, försäkringsgivaren genom att behålla företaget som kund och de anställda genom att löneutrymmet ökar. Däremot uppstår ingen vinst av att välja en ung man framför en äldre kvinna eftersom ersättningen från RFV tar hänsyn till sådana skillnader.

Förslaget är helt visst inte fulländat. Det finns säkert aspekter som behöver begrundas ytterligare. En sådan aspekt är efter vilka kriterier ersättningen från RFV ska bestämmas. Men förslaget undviker åtminstone de uppenbara fallgropar som förslagen om utvidgat arbetsgivaransvar från offentliga utredningar har.

För att komma till rätta med dagens problem behövs emellertid ett flertal omedelbara åtgärder. Eftersom de ökande sjukskrivningstalen beror på ett antal olika faktorer måste förmodligen ett antal åtgärder sät-

tas in samtidigt. En sådan är att se till att det inte lönar sig att flytta mellan olika försäkringssystem. I dag är det mera förmånligt att vara sjukskriven än att erhålla arbetslöshetsersättning. Detta beror på att ersättningen i de flesta fall är högre i sjukpenningförsäkringen. Vidare finns ingen bortre parentes i denna, något som finns i arbetslöshetsförsäkringen. En första åtgärd bör därför vara att se till att dessa försäkringar fungerar likartat så att drivkrafterna att flytta mellan dem försvinner. Ett färskt förslag från Svenskt näringsliv att en arbetslös som sjukskriver sig inte ska få högre ersättning som sjukskriven än som arbetslös är ett steg på vägen.

Vi har också konstaterat att sjukpenningförsäkringen i högsta grad är utsatt för moral hazard. Det betyder att självrisk och kontroll är nödvändiga för att försäkringen ska fungera bra och ge sådana drivkrafter att prevention gynnas och att försäkringen inte överutnyttjas. Kanske ska avtalsförsäkringen inte tillåtas toppa upp ersättningen utöver de 80 procent som den allmänna försäkringen ger? Vidare fungerar den kontroll som utövas av intygsutfärdande läkare och av kassapersonal omvitnat dåligt och bör förbättras. I DN den 24 februari 2003 presenterades ett förslag till förbättrade incitament för läkare vid sjukskrivning (Grewin och Nilsson Bågenholm, 2003). De föreslår att landstingen får bära en del av kostnaden för sjukpenningförsäkringen. »För sjukvårdens vidkommande kommer därmed en noggrannare avvägning mellan sjukskrivning och andra behandlingsåtgärder att stimuleras.« Detta är helt klart ett intressant förslag som kan ge rätt drivkrafter och är väl värt att fundera vidare på. Vidare kan det i samband med en förbättring av kontrollen vara klokt att precisera sjukdomsbegreppet och vilka krav som ska ställas för att en diagnos ska vara sjukpenninggrundande.

Sjukpenningförsäkringen är utan tvekan en mycket viktig försäkring för individernas välbefinnande och trygghet. För att undvika att kortsiktiga budgethänsyn tar överhanden vid överväganden kring en reformering av denna försäkring bör den utformas som en självständig försäkring utanför statsbudgeten. Det nuvarande förslaget om ett ökat arbetsgivaransvar ger, förutom alla de negativa konsekvenser som jag pekat på ovan, en obehaglig känsla av att förslaget huvudsakligen handlar om att rädda budgettaket. I klarspråk kallas detta för kreativ bokföring och det är inget som en så viktig försäkring bör utsättas för.

REFERENSER

- Akerlof, George (1970), »The Market for Lemons: Quality and the Market Mechanism«, *Quarterly Journal of Economics*, 89.
- Arrow, Kenneth Joseph (1974), *Essays in the theory of risk-bearing*. North Holland/American Elsevier.
- Barr, Nicholas A. (1998), *The Economics of the Welfare State*. Stanford.
- Ds 2002:63. »Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron.«
- Edgerton, D., A. Kruse och C. Wells (1996), »Besparingsåtgärder på socialförsäkringsområdet. En utvärdering av förändringar i sjukpenningförsäkringen.« Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet.
- ESO, Ds 2002:49. »Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.«
- Gerner, Ulla (2002), »Åter till arbete – hinder och möjligheter. En studie av motivationens betydelse i rehabiliteringsprocessen för långvarigt sjukskrivna.« Rapport 105. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Grewin, B. och E. Nilsson Bågenholm (2003), »Låt landstingen betala sjukpenning«. DN Debatt, 24/2 2003.
- Henrekson, Magnus och Mats Persson (2000), »The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System.« SSE/EFI Working papers, No 444, Stockholm School of Economics.
- Høgelund, J. och T. Veerman (2000), Reintegration: Public or Private Responsibility. The Dutch and Danish Reintegration Policy towards Work Incapacitated Persons.« Uppsats presenterad vid ISSA, Helsingfors, september 2000.
- Rikner, Klas (2002), »Sickness Insurance: Design and Behavior.« Lund Economic Studies.
- sou 2002:5. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.
- Söderström, Lars, Fredrik Andersson, Per Gunnar Edebalk och Agneta Kruse (2001), *Privatiseringens gränser. Perspektiv på välfärdspolitiken* Valfärdspolitiska rådets rapport 2000. SNS Förlag, Stockholm.

Författarna

EVA NILSSON BÅGENHOLM är andre vice ordförande i Sveriges läkarförbund, och specialist i internmedicin vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

BO HALLQVIST är distrikts- och försäkringsläkare, verksam i Östra Norrbotten sedan 1976 och specialist i allmänmedicin.

PER JOHANSSON är professor i ekonometri, särskilt mikroekonomi och utvärderingsforskning vid Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU), Uppsala universitet.

AGNETA KRUSE är universitetslektor i nationalekonomi vid Lunds universitet. Hon ägnar sig i sin forskning åt offentlig ekonomi och särskilt åt socialförsäkringsteori. Hon var ledamot av Välfärdspolitiska rådet 1999 och 2000.

MÅRTEN PALME är professor i nationalekonomi vid Växjö universitet samt docent vid Stockholms universitet. Han var ledamot av Välfärdspolitiska rådet 2001.

EDWARD PALMER är chef för Forsknings- och utvecklingsenheten på Riksförsäkringsverket och adjungerad professor i socialförsäkringsekonomi vid Uppsala universitet.

Författarna

MATS PERSSON är professor i nationalekonomi vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet. Han har i sin forskning främst sysslat med problem rörande den offentliga sektorns ekonomi.

ASSAR LINDBECK är professor i nationalekonomi vid Institutet för internationell ekonomi. Han har under senare år främst forskat om de europeiska välfärdsstaternas problem.

BIRGITTA SWEDENBORG är fil dr i nationalekonomi och forskningsledare vid SNS. Hon har forskat kring internationella investeringar, internationella prisskillnader, regelringarnas effekter och politisk ekonomi.

ESKIL WADENSJÖ är professor i arbetsmarknadspolitik vid Institutet för social forskning (SOFI) vid Stockholms universitet. Han har i sin forskning bl.a. behandlat invandringen, de äldres ställning på arbetsmarknaden samt social- och avtalsförsäkringarna.

Sjukskrivningarna i Sverige har fördubblats under de senaste fem åren och svenskarna är nu mest sjuk-skrivna i Europa. De skenande sjukskrivningskostnaderna tränger ut andra angelägna offentliga utgifter och hotar det allmänna välståndet. Vad ligger bakom denna utveckling? Har vi blivit så mycket sjukare? Eller speglar det ett överutnyttjande – kanske till och med missbruk – av sjukförsäkringen? Vad kan och bör vi göra åt detta problem?

I denna bok tar sig ledande nationalekonomiska forskare och erfarna läkare an dessa frågor. Deras analys och slutsatser ger viktig vägledning om hur regeringens mål att halvera sjukskrivningarna ska kunna nås.

Författarna är:

EVA NILSSON BÅGENHOLM, andre vice ordförande,

Sveriges läkarförbund,

BO HALLQVIST, distrikts- och försäkringsläkare i Norrbotten,

professor PER JOHANSSON, Uppsala universitet,

fil. dr AGNETA KRUSE, Lunds universitet,

professor MÅRTEN PALME, Växjö universitet,

professor EDWARD PALMER, Uppsala universitet och

Riksförsäkringsverket,

professor MATS PERSSON, Stockholms universitet,

professor ASSAR LINDBECK, Stockholms universitet,

fil. dr BIRGITTA SWEDENBORG, forskningsledare, SNS

samt

professor ESKIL WADENSJÖ, Stockholms universitet.

ISBN 91-7150-907-0



SNS
FÖRLAG