

Sjukskrivningarnas anatomi

– en ESO-rapport om drivkrafterna
i sjukförsäkringssystemet

Pathric Hägglund
Per Johansson

Rapport till
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
2016:2



REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

Rapportserien kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.

Beställningsadress:

Wolters Kluwers kundservice

106 47 Stockholm

Orderfax: 08-598 191 91

Ordertel: 08-598 191 90

E-post: kundservice@wolterskluwer.se

Internet: www.wolterskluwer.se/offentligapublikationer.se

Tryckt av Elanders Sverige AB

Stockholm 2015

ISBN 978-91-38-24409-8

Förord

Den svenska sjukfrånvaron har varit hög och varierat mycket över tid. Efter en period med fallande sjukfrånvaro har den åter ökat under de senaste åren och stigande kostnader för sjukpenningen förutspås. Det är svårt att utifrån förändringar av det allmänna hälsotillståndet eller arbetsmiljön förklara utvecklingen.

I det här sammanhanget kan sjukförsäkringens utformning ha en stor betydelse för sjukfrånvaron. Brister i sjukförsäkrings-systemet kan därför leda till betydande kostnader för såväl den enskilda individen som för samhället i stort. Detta är anledningen till att Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi intresserar sig för frågan.

För att öka förståelsen för sjukfrånvarons utveckling gav ESO fil. dr Pathric Hägglund och professor Per Johansson i uppdrag att med utgångspunkt i såväl medicinsk som nationalekonomisk forskning analysera sjukfrånvaron och dess drivkrafter.

I rapporten diskuterar författarna vad forskningen säger om begrepp som sjukdom, hälsa och arbetsförmåga, samt incitamenten i dagens sjukförsäkring. Vidare pekar författarna på förändringar i sjukförsäkringssystemet som kan ge mindre svängningar i sjukfrånvaron över tid.

Fokus i Hägglunds och Johanssons förslag ligger på att stärka drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen med målet att samhället bättre ska ta tillvara individers arbetsförmåga. Bland annat menar författarna att en borte tidsgräns i sjukförsäkringen är central för att uppnå en långsiktigt stabil sjukfrånvaro. Vidare föreslås högre krav på vårdgivare som skriver ut sjukintyg, samt större kostnadsansvar för arbetsgivare i samband med sjukfrånvaro. Författarna argumenterar också för en tydligare målstyrning av sjukförsäkringens förvaltning, där riksdagen fattar beslut om

ersättningsnivåer och slår fast vad som är en acceptabel nivå för sjukfrånvaron.

Arbetet med denna rapport har följts av en referensgrupp med mycket god insikt i dessa frågor. Referensgruppens arbete har letts av Annika Sundén, ledamot i ESO:s styrelse. Som alltid i ESO-sammanhang ansvarar dock författarna själva för rapportens innehåll, slutsatser och förslag. Det är min förhoppning att rapporten ska utgöra ett bra underlag till diskussionen om sjukförsäkringens framtida utformning.

Stockholm i februari 2016

Hans Lindblad
Ordförande i ESO

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	15
1 Introduktion	23
2 Hälsa och sjukfrånvaro	25
2.1 Sjukdom, hälsa och arbetsförmåga.....	25
2.2 Självs kattad hälsa och mortalitet.....	27
2.3 Mått på hälsa och sjukfrånvaro	31
2.4 Bedömning av arbetsförmåga	32
2.5 Sammanfattning	34
3 Hälsa och sjukfrånvarons utveckling	37
3.1 Sjukfrånvaro och hälsa.....	37
3.2 Sjukfrånvaro och konjunktur	46
3.3 Sammanfattning	49
4 Sjukförsäkringen, aktörerna i sjukskrivningsprocessen och deras drivkrafter	51
4.1 Asymmetrisk information och beteenderisker	55
4.2 Den försäkrade individen	56
4.3 Arbetsgivaren	65

4.4	Handläggarna i sjukskrivningsprocessen	71
4.5	Läkaren.....	75
4.6	Sammanfattning.....	78
5	Avslutande diskussion och rekommendationer	81
	Referenser.....	93

Sammanfattning

En obligatorisk, allmän och enhetlig sjukförsäkring lik den svenska har både för- och nackdelar. En fördel är att alla oavsett risk och behov ges inkomstskydd vid arbetsförmåga till följd av sjukdom. En nackdel är att den är sårbar för hur drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen är utformade. Den svenska sjukfrånvaron har historiskt och i internationell jämförelse präglats av höga nivåer och kraftiga svängningar. Sedan en tydlig nedgång mellan 2003 och 2010 är sjukfrånvaron åter på uppgång. Regeringen förutser att utgifterna för sjukpenningen kommer att uppgå till cirka 50 miljarder 2018, vilket skulle motsvara en ökning med 150 procent jämfört med 2010.

En viktig fråga för beslutsfattare är om upp- och nedgångarna av sjukfrånvaron är motiverade utifrån grundläggande behov eller om de i stället har andra förklaringar. I den här rapporten diskuteras vad forskningen säger om begrepp som *sjukdom*, *hälsa* och *arbetsförmåga*, och hur dagens sjukförsäkring är utformad vad gäller drivkrafterna för inblandade aktörer att hålla sjukfrånvaron på en låg nivå. Syftet är att med utgångspunkt i såväl medicinsk som nationalekonomisk forskning öka förståelsen kring varför sjukfrånvaron kan variera över tid och mellan olika grupper, samt ge förslag på förändringar som skulle leda till en över tid stabilare och mer jämlik sjukfrånvaro. En utgångspunkt har varit att sjukförsäkringen i dess nuvarande form är väl värd att vårda. Men för att betalningsviljan ska vara fortsatt hög fordras att träffsäkerheten i försäkringen är hög, det vill säga kommer dem som inte kan arbeta till godo.

Hälsa och arbetsförmåga

I rapportens första del konstateras att begrepp som *hälsa* och *arbetsförmåga* är subjektiva upplevelser svåra att mäta. Hur en person upplever sin hälsa bestäms av bland annat preferenser, tillgängligheten till vård, information och ekonomiska restriktioner. Forskning har visat att högutbildade, höginkomsttagare och kvinnor i genomsnitt har sämre självupplevd hälsa vid en given nivå av mer objektiva hälsomått än vad lågutbildade, låginkomsttagare och män har. På samma sätt är en persons *arbetsförmåga* svår att fastställa och kan förväntas vara starkt kopplad till den självupplevda hälsan. Det gäller inte minst vid kortare tids sjukfrånvaro då något sjukintyg inte krävs. En slutsats är således att skillnader i sjukfrånvaron mellan grupper inte ska tolkas som skillnader i den faktiska hälsan. Inte heller ska förändringar av sjukfrånvaron i samhället över tid per automatik tolkas att det skett förändringar av den faktiska hälsan.

I rapporten genomförs analyser som tydligt visar att skillnader i sjukfrånvaron över tid och mellan grupper inte enbart kan förklaras av förändringar och skillnader i hälsa och arbetsförmåga. Bland annat konstateras att kopplingen mellan sjukfrånvaro och andra hälsomått är svagare i tider av hög sjukfrånvaro än i tider av låg sjukfrånvaro. På motsvarande sätt har kopplingen mellan sjukfrånvaro och andra hälsomått över tid varit svagare i landets norra delar där sjukfrånvaron i typfallet legat högre än i de södra delarna. Det konstateras också att kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns oavsett bransch. Detta även efter att ett flertal faktorer kopplade till arbetsuppgifter och position på arbetsplatsen beaktats i analysen. Att kvinnors högre sjukfrånvaro skulle bero på en generellt sett sämre psykosocial arbetsmiljö, som ibland har hävdats, finner alltså inget stöd i våra analyser. En central insikt från analyserna är således att sjukfrånvaron delvis styrs av preferenser och att detta måste beaktas vid utformning av de inblandade aktörernas incitament att agera i enlighet med försäkringens syfte.

Aktörerna i sjukskrivningsprocessen

I rapportens andra del beskrivs hur incitamenten för huvudaktörerna i sjukskrivningsprocessen är utformade och vad vi vet om deras agerande utifrån empirisk forskning. Som huvudaktörer definieras, i) den försäkrade, ii) läkaren, och iii) Försäkringskassans handläggare. Den försäkrade utgörs av antingen individen eller arbetsgivaren beroende på vilket perspektiv som anläggs.

En genomgång av den empiriska litteraturen inom sjukförsäkringen och angränsande socialförsäkringar som förtidspensions-systemet, arbetsskadeförsäkringen och arbetslöshetssystemet, visar att det finns ett tydligt stöd för att individen reagerar på ekonomiska incitament: när ersättningsnivån höjs ökar användningen av försäkringen och tvärtom. På motsvarande sätt reagerar arbetsgivaren på ett ökat kostnadsansvar genom att öka ansträngningarna att förhindra sjukfrånvaro bland sina anställda.

Omfattande forskning visar också att tidsgränser och kontroller har en dämpande inverkan på användningen av försäkringen. Detta både via kontrollen eller tidsgränsen i sig och drivkrafterna att inte bli kontrollerad eller nå en tidsgräns.

Forskningen kring normer och sociala interaktioner visar att ersättningsmottagande kan ha en smittande effekt. Studier på svenska förhållanden har visat att om ersättningsmottagandet av olika anledningar ökar i individens omgivning, ökar också det egna ersättningsmottagandet. Forskningen kring betydelsen av läkarens och handläggarens agerande är ännu ganska färsk. En ny studie på den svenska sjukförsäkringen visar emellertid att handläggarna och deras inställning till regelverket och till rehabiliterings- och samverkansinitiativ kan ha en betydande inverkan på sjukfrånvaron.

Fem förslag för en bättre sjukförsäkring

Ingenting tyder på att de kraftiga svängningar som präglat den svenska sjukfrånvaron över tid skulle vara kopplade till förändringar av hälsotillståndet eller till arbetsmiljön. I stället finns ett starkt stöd i forskningen för att orsakerna går att finna i brister i utformningen av huvudaktörernas drivkrafter att agera i enlighet med försäkringens syfte. Dessa brister gör sjukfrånvaron känslig för förändringar av regler och regeltillämpning, och till individers

vilja att söka sig till sjukförsäkringen. Även små förändringar i dessa avseenden kan få stora effekter via förändrade normer kring sjukfrånvaron i samhället.

Fokus i våra fem förslag för en förbättrad sjukförsäkring är att förbättra drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen att agera i det allmännas intresse. Detta bör ske med fokus på att åstadkomma en låg och över tid stabil sjukfrånvaro och för att bättre tillvarata individers arbetsförmåga. Förslagen riktar sig till samtliga huvudaktörer i sjukskrivningsprocessen och varierar med avseende på hur stora avsteg de utgör i förhållande till dagens sjukförsäkring.

1. En bortre tidsgräns behövs

För en långsiktigt stabil sjukfrånvaro är en bortre tidsgräns en central komponent. Genom den skickas en signal om att en sjukskrivning inte kan pågå för evigt vilket skapar drivkrafter för alla inblandade aktörer att agera för att hitta en lösning innan den bortre tidsgränsen nås. Forskningen är också tydlig såtillvida att tidsgränser, och kontroll i vidare mening, har en dämpande inverkan på användningen av försäkringen. Den 1 februari i år togs den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen bort. Vi anser att man i stället för att ta bort den borde ha övervägt att lägga tidsgränsen tidigare eftersom det sannolikt skulle ha skapat bättre möjligheter för eventuellt efterföljande insatser att vara verkningsfulla.

2. Begränsa förekomsten av tidiga insatser

Medan tidsgränser och kontroll av rätten till ersättning har ett tydligt stöd i forskningen är stödet för tidiga insatser svagt. Tvärtom visar de utvärderingar som gjorts att ett tidigt agerande snarare leder till längre sjukskrivningar och sämre möjligheter att återgå i arbete. För att en strategi med tidiga insatser ska vara verkningsfull fordras att rätt individ får rätt insats. I dagsläget är stödet för att olika typer av rehabiliterings- och samverkansinsatser skulle hjälpa individen tillbaka i arbete svagt. Mycket tyder också på att handläggarnas arbete med att bedöma vilka som är i behov av insatser är komplicerat. I stället för att förbehållslöst intensifiera arbetet med att åstadkomma tidiga insatser ger befintlig kunskap snarare stöd för ett återhållsamt agerande vad gäller insatser tidigt i sjukfallen.

3. Villkora läkarens rätt att utfärda sjukintyg

Läkarens uppgift i sjukförsäkringen är komplex. Dels för att många sjukdomar saknar distinkta diagnoskriterier, dels för att arbetsförmåga kräver kunskap om den specifika arbetsuppgiften. Forskningen kring hur arbetsförmågan påverkas av olika diagnoser, inte minst de psykiatriska, behöver stimuleras för att ge läkarna ett bättre stöd i arbetet. På motsvarande sätt behöver läkarna höja sina kunskaper om kraven i olika delar av arbetslivet.

Forskning har visat att försök att ge landstingen ekonomiska incitament att sjukskriva mindre är omgärdat med svåra avvägningar. Vi föreslår i stället att Försäkringskassan ska kunna sätta upp kvalitetskrav för vårdgivare som skriver ut sjukintyg. Kraven kan exempelvis bestå i att läkarna ska ha vissa kunskaper om reglerna i sjukförsäkringen och hur man bedömer arbetsförmågan. Vidare kan Försäkringskassan ges i uppdrag att löpande granska sjukskrivningsmönstret hos olika vårdgivare. Osakliga skillnader och avvikelser från det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan snabbt upptäckas och utredas. Vid upprepade anmärkningar liksom vid rent fusk ska vårdgivare kunna förlora rätten till utfärdande av sjukintyg. I likhet med öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården skulle statistik på vårdgivarnivå också kunna offentliggöras. Detta skulle sannolikt ha en disciplinerande inverkan vid utfärdandet av sjukintyg.

4. Öka arbetsgivarnas kostnadsansvar vid sjukfrånvaro

Arbetsgivarna har ett informationsövertag gentemot försäkringsgivaren beträffande vilka åtgärder man kan vidta för att undvika sjukfrånvaro bland sina anställda. De svenska arbetsgivarnas kostnadsansvar för sjukfrånvaro är förhållandevis begränsat i en internationell jämförelse. Med undantag för en karensdag betalar de sjuklön under de första 14 dagarna av sjukskrivningen. Eftersom arbetsgivare är försäkrade från direkta kostnader för långtidssjukfrånvaro är drivkrafterna små att agera för att hålla nere sjukfrånvaron via exempelvis förebyggande insatser och insatser i syfte att möjliggöra en återgång för redan sjukskrivna. Vi anser att det finns goda argument för att stärka arbetsgivarnas ekonomiska incitament att agera för att hålla nere sjukfrånvaron. Dessutom behöver kontrollen av att

arbetsgivare och arbetstagare gemensamt gör sitt yttersta för att undvika sjukfrånvaro öka.

I en skisserad modell får arbetsgivaren betala sjuklönen under hela den anställdes sjukskrivning. Kostnadsansvaret ökar dessutom ju längre sjukskrivningen pågår. Arbetsgivaren ska också kunna redovisa en plan över vilka åtgärder som ska vidtas under sjukfallet för att möjliggöra arbetsåtergång. Denna plan ska granskas och godkännas av Försäkringskassan. Såväl arbetsgivare som arbetstagare ska ges ekonomiska drivkrafter att fullfölja sina respektive åtaganden i planen. För att undvika risken för att ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna ytterligare försvårar situationen på arbetsmarknaden för redan utsatta grupper, bör undantag från kostnadsansvaret göras för valda grupper.

5. Minska politikens inflytande över sjukförsäkringen och sjukfrånvaron

Incitamenten för restriktivitet i en offentligt tillhandahållen försäkring är lägre än i en privat administrerad försäkring. Detta eftersom staten, åtminstone kortsiktigt, har mjuka budgetrestriktioner. Det politiska priset för ett preventivt och långsiktigt agerande bedöms ofta vara för högt i förhållande till kortsiktig passivitet. Mycket talar därför för att åtskillnad mellan politisk styrning och styrning av sjukförsäkringen skulle gynna målet om en låg och långsiktigt stabil sjukfrånvaro.

Vi förespråkar en tydligare målstyrning av förvaltningen av sjukförsäkringen. I en tänkt modell fattar riksdagen beslut om ersättningsnivån och vad som är en rimlig nivå för sjukfrånvaron (inklusive sjuk- och aktivitetsersättning), ungefär på samma sätt som riksdagen i dag formulerar ett mål för inflationen. Försäkringskassan åläggs sedan att administrera det uppsatta målet.

Hur Försäkringskassan hanterat sin roll som kontrollinstans i sjukförsäkringen har sannolikt haft stor betydelse för sjukfrånvaroutvecklingen, inte minst under de senaste åren. Under förutsättning att drivkrafterna för att hålla nere sjukfrånvaron bland läkare och arbetsgivare stärktes, och Försäkringskassan gavs större möjligheter att utöva kontroll över dessa aktörer, är vår bedömning att en låg och stabil sjukfrånvaro skulle kunna

nås på denna väg. I och med bildandet av Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF) skulle Försäkringskassans arbete löpande kunna utvärderas och granskas. Denna aspekt är central i utkrävandet av ansvar om Försäkringskassan inte når det av riksdagen beslutade målet med bibehållen rättssäkerhet.

Summary

An obligatory, general and uniform sickness insurance system like that in Sweden has both advantages and disadvantages. One advantage is that everyone, regardless of risk and need, is given income protection in case of incapacity to work due to illness. One disadvantage is that the system is vulnerable in terms of the incentives for actors involved in the sick-leave process. Historically, and by international standards, sick leave in Sweden has been characterised by high levels and extreme fluctuations. Following a clear decline between 2003 and 2010, sick leave is now once again on the increase. The Government anticipates that expenditure on sickness benefits will total approximately SEK 50 billion in 2018, which represents an increase of 150 per cent since 2010.

One important question for decision-makers is whether the increases and decreases in sick-leave rate are justified based on fundamental needs, or whether they are explained by other factors. This report looks at what research has to say about terms such as *sickness*, *health* and *capacity to work*, and the design of the current sickness insurance system with respect to the incentives for the actors involved to keep sick-leave rate at low levels. The aim is to increase understanding, based on medical and economic research, of why sick-leave rate can vary over time and between different groups, and propose changes that would lead to more stable and equal sick-leave rate over time. One of the starting points was that sickness insurance in its current form is well worth preserving. However, if willingness to pay is to remain strong, the insurance must reliably target the right people, i.e. benefit those who cannot work.

Health and capacity to work

The first part of the report discusses the meaning of *health* and *capacity to work*. A person's perception of his or her own health is determined by factors such as preferences, access to care, information and financial restrictions. Research has shown that given a certain level of more objective health indicators, highly educated people, high-income earners and women on average perceive their state of health as worse than people with low levels of education, low-income earners and men. Likewise, a person's *capacity to work* is difficult to establish and can be expected to be strongly linked to his or her own perceived state of health. This particularly applies to short periods of sick leave for which no medical certificate is required. One conclusion that can be drawn is thus that differences in sick-leave rate between groups should not be interpreted as real differences in their actual state of health. Nor should changes in sick-leave rate in society over time automatically be interpreted as meaning that there have been actual health changes.

This report clearly shows that differences in sick-leave rate over time and between groups cannot be explained solely by changes and differences in state of health and capacity to work. It is noted that the correlation between sick leave and other health indicators is weaker in times of high sick-leave rate than in times of low sick-leave rate. Correspondingly, the correlation between sick leave and other health indicators over time has been weaker in the northern parts of the country, where sick-leave rate has typically been higher than in the southern parts of the country. The report also notes that the sick-leave rate is higher among women than among men, regardless of sector. This remains the case even when a number of factors associated with work duties and position in the workplace are taken into consideration. Therefore, our analysis does not support the claim that has sometimes been made that the higher level of sick-leave rate among women is due to generally worse psychosocial working environments. One key insight gained from these analyses is thus that sick leave is partly determined by preferences, and that this must be taken into account when forming incentives for the actors involved to act in accordance with the aim of the insurance.

Actors in the sick leave process

The second part of the report describes the incentives for the main actors in the sick leave process and what we know of their actions from empirical research. The main actors are defined as being i) the insured party, ii) the doctor and iii) the caseworker at the Swedish Social Insurance Agency (Försäkringskassan). The insured party is either the individual or the employer, depending on the perspective taken.

A review of the empirical literature in the area of sickness insurance and related social insurance systems such as disability pensions, work injury insurance and the unemployment benefit system shows that there is clear support for the theory that individuals react to financial incentives: when the benefit level increases so does use of the insurance, and vice versa. Correspondingly, employers react to increased cost responsibility by increasing efforts to prevent sick leave among employees.

Extensive research also shows that time limits and screening and control have a dampening effect on use of the insurance. This applies both via the control or time limit itself as well as the incentives not to be controlled or reach a time limit.

Research into norms and social interactions shows that reception of benefits may be infectious. Empirical studies using data from the Swedish social insurance system have shown that if for some reason reception of benefits increases in an individual's surroundings, their own reception of benefits also increases. Research regarding the importance of the actions of doctors and case officers is still relatively new. Nonetheless, one recent study of the Swedish sickness insurance system shows that caseworkers and their attitude to the regulatory framework and to rehabilitation and cooperation initiatives may have a significant impact on sick leave.

Five proposals for better sickness insurance

There is nothing to suggest that the extreme fluctuations characteristic of sick-leave rate in Sweden over time are linked to health changes or to the working environment. Rather, research strongly suggests that the causes can be attributed to shortcomings in the incentives for the main actors to act in accordance with the

aim of the insurance. These shortcomings make sick leave sensitive to changes in regulations and their application, and to individuals' willingness to apply for sickness benefits. Even small changes in these respects can have major effects, via changing norms in society concerning sick leave.

The focus of our five proposals to improve the design of the sickness insurance system is to create better and more correct incentives for actors in the sick leave process. This is primarily to achieve a low and, over time, stable level of sick-leave rate and to better utilise individuals' capacity to work. The proposals target all of the main actors in the sick leave process and vary in terms of how far they differ from the current sickness insurance system.

1. A maximum time limit is necessary

A maximum time limit is a key component in achieving a level of sick-leave rate that is stable in the long term. It sends a signal that sick leave cannot continue indefinitely, thus creating incentives for all actors involved to find another solution before the upper time limit is reached. The research is also clear that time limits, and controls in a wider sense, have a dampening effect on sick leave. The Swedish government has announced that the current maximum time limit of 2.5 years of sick leave will be abolished on 1 February 2016. We argue that instead, quite the reverse should be considered; reducing the maximum time limit. This would probably create better prospects for any follow-up measures to be effective.

2. Avoid early measures

While time limits and controls of entitlement to benefits are clearly supported by research, the support for early measures is weak. On the contrary, the assessments that have been undertaken show that early action instead leads to longer sick leave and worse prospects of returning to work. For a strategy involving early measures to be effective, the right individual must receive the right measures. At present, there is only weak support for the notion that various kinds of rehabilitation and cooperation initiatives help the individual back to work. There is also much to indicate that caseworkers' work in assessing who needs measures and who does not is complicated. Rather than

unconditionally stepping up efforts to implement early measures, current findings instead support restraint when it comes to early action in cases of sick leave.

3. Place conditions on doctors' right to issue medical certificates

The role of doctors in the sickness insurance system is complex. This is partly because many illnesses lack distinct diagnostic criteria, and partly because declaring incapacity to work requires knowledge of the specific work duties concerned. There is a need to stimulate research into how capacity to work is affected by different diagnoses – particularly psychiatric diagnoses – to provide better support to doctors in their work. Correspondingly, doctors need to increase their knowledge of the requirements in different type of work.

Research has shown that attempts to provide county councils with incentives to grant less sick leave are swathed in difficult considerations. We propose instead that the Swedish Social Insurance Agency should be able to set quality requirements for care providers who issue medical certificates. These could for example consist in doctors being required to have certain knowledge of the sickness insurance system and how to assess capacity to work. Furthermore, the Swedish Social Insurance Agency could be tasked with scrutinising patterns in the granting of sick leave among care providers on an ongoing basis. This would allow non-objective differences and deviations from the bases for insurance-medical decisions to be rapidly discovered and investigated. In cases of repeat criticism or of outright fraud, it should be possible to withdraw care providers' right to issue medical certificates. As with public performance reports in the health and medical care system, the statistics at care provider level could also be published. This would probably have a disciplinary effect on the issuing of medical certificates.

4. Increase employers' cost responsibility for sick leave

Employers have an information advantage over the insurance provider with respect to the measures they can take to avoid sick leave among their employees. Swedish employers' cost responsibility for sick leave is relatively limited by international comparison. They pay sick pay for the first 14 days of sick leave,

with the exception of one initial qualifying day. Because employers are insured against direct costs for long-term sick leave, there is little incentive to act to keep sick leave down via preventive measures and measures to enable those on sick leave to return to work, for example. We believe that there are strong arguments in favour of strengthening employers' financial incentives to act to keep sick-leave rate down. Moreover, controls to ensure that employers and employees are doing their utmost to avoid sick leave need to be increased.

In one model outlined, the employer has to pay sick pay throughout the entire period that an employee is on sick leave. The cost responsibility rises the longer the sick leave continues. Additionally, the employer must be able to present a plan for the measures to be taken to facilitate a return to work in cases of sickness. The plan must be scrutinised and approved by the Swedish Social Insurance Agency. Both employers and employees should be offered financial incentives to meet their commitments under the plan. To avoid the risk of increased cost responsibility for employers further complicating the labour market situation of groups that are already vulnerable, exceptions to the cost responsibility should be made for selected groups.

5. Reduce political influence on sickness insurance and sick leave

The incentives for restrictiveness in insurance provided by central government are less than in the case of privately administered insurance. This is because central government, at least in the short term, has soft budgetary restrictions. The political price of preventive and long-term action is often deemed too high relative to short-term passivity. There is therefore much to indicate that separating political governance and governance of sickness insurance would benefit the aim of low and stable of sick-leave rate in the long term.

We advocate clearer management by objectives of sickness insurance. In one possible model, the Swedish parliament would determine the level of benefits and what constitutes a reasonable sick-leave rate (including take-up rate of disability insurance) in much the same way as the Swedish parliament currently sets

targets for the inflation. The Swedish Social Insurance Agency would then be tasked with administering the target set.

How the Swedish Social Insurance Agency has handled its role as supervisory authority in the sickness insurance system has probably had a significant impact on sick-leave rate trends, particularly in recent years. Provided that the incentives for doctors and employers to keep sick-leave rate down are strengthened, and the Swedish Social Insurance Agency is given greater opportunities to exercise control over those actors, we argue that it should be possible to achieve low and stable levels of sick-leave rate via this route. With the creation of the Swedish Social Insurance Inspectorate, ongoing assessment and scrutiny of the Swedish Social Insurance Agency's work will be possible. This aspect is crucial to accountability if the Swedish Social Insurance Agency fails to achieve the target set by the parliament while maintaining legal certainty.

1 Introduktion¹

Sjukförsäkringen i Sverige är en del av det generella trygghets-systemet. Den är obligatorisk och allmän och kompenserar för inkomstbortfall orsakat av arbetsförmåga på grund av sjukdom för i stort sett alla. I jämförelse med andra trygghetssystem har den emellertid ett särdrag: den är behovsprövande. Medan rätten till ålderspension, föräldrapenning och barnbidrag utgår enligt objektiva och mätbara principer, är detta i regel inte möjligt i sjukförsäkringen. Begrepp som hälsa och arbetsförmåga har olika innebörd för olika människor och är dessutom svåra att mäta. Om ersättning skulle utgå till alla som själva tyckte sig uppfylla kriterierna är det troligt att försäkringen skulle missbrukas och bli dyr. Detta skulle sannolikt skada legitimiteten för en enhetlig och gemensamt finansierad sjukförsäkring (se t.ex. Svallfors, 2013; Rothstein m.fl., 2011).² Man kan säga att sjukförsäkringen på så vis delar samma problem som luften vi andas och vattnet vi dricker: den kan missbrukas om det inte finns motverkande drivkrafter, regler och kontroller som styr användningen.

Från statsmaktens sida bör en långsiktigt stabil nivå för sjukfrånvaron vara eftersträvanvärt, liksom att minimera förekomsten av osakliga skillnader mellan grupper och regioner. Den svenska sjukfrånvaron har i internationell jämförelse präglats av höga nivåer och kraftiga svängningar.³ Sjukfrånvaron har också efter en kraftig nedgång mellan 2003 och 2010 åter börjat stiga. Är dessa

¹ Författarna vill rikta ett tack till ESO:s referensgrupp bestående av Erik Grönqvist, Anna Hedborg, Patrik Hesselius, Karl-Oskar Lindgren, Petter Odmark, Patrik Rapp och Eva Vingård, samt Cecilia Enström-Öst och Annika Sundén vid ESO, för synpunkter på rapporten under arbetets gång. Vi vill också tacka Jenny Lindblad för synpunkter.

² Med enhetlig menas här att den inbetalda premien inte är kopplad till individens risk att använda försäkringen.

³ Se t.ex. Försäkringskassan (2014) för en beskrivning av den svenska sjukfrånvarons utveckling över tid.

svängningar motiverade utifrån förändringar i grundläggande behov eller beror de på andra faktorer? Syftet med denna rapport är att öka förståelsen kring varför sjukfrånvaron kan variera över tid och mellan olika grupper, samt ge förslag på förändringar som skulle kunna leda till en stabilare sjukfrånvaro över tid med mindre osakliga skillnader mellan grupper. En utgångspunkt i rapporten är att sjukförsäkringen i dess nuvarande form är väl värd att vårda. Men för att betalningsviljan ska vara fortsatt hög fordras att träffsäkerheten i försäkringen är hög, det vill säga kommer dem som inte kan arbeta till godo. För att åstadkomma detta måste man förstå vilka drivkrafter aktörerna i sjukskrivningsprocessen har för att agera i enlighet med försäkringens syfte. Det är detta som är fokus i denna rapport kring sjukskrivningens anatomi.

I kapitel 2 diskuteras innebörden av hälsa och vad som påverkar vår syn på den och dess koppling till sjukfrånvaro. I kapitel 3 genomförs analyser av kopplingen mellan sjukfrånvaro och andra mått på hälsa: mortalitet, vårdbesök och läkemedelskonsumtion. Därutöver analyseras det pro-cykliska mönster som sjukfrånvaron har uppvisat genom åren, i så måtto att sjukfrånvaron har varit hög i goda tider och låg i sämre tider.

I kapitel 4 beskrivs sjukförsäkringens ramverk och de mest centrala aktörerna i sjukskrivningsprocessen: den sjukskrivne, arbetsgivaren, läkaren och försäkringskassehandläggarna. Utifrån nationalekonomisk teori diskuteras deras drivkrafter att agera i enlighet med försäkringens syfte. I avsnittet presenteras genomförda studier av effekter av aktörernas beteenden i olika avseenden.

Rapporten avslutas med fem förslag på hur sjukförsäkringen skulle kunna förändras i syfte att öka dess effektivitet och jämlikhet.

2 Hälsa och sjukfrånvaro

Nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är det grundläggande ersättningskriteriet i sjukförsäkringen. Frågan är vad hälsa och sjukdom egentligen är. I kapitlet diskuteras vad forskningen säger om dessa begrepp och hur de relaterar till sjukfrånvaro. Därutöver diskuteras processen kring arbetsförmågebedömning och möjligheten att mäta arbetsförmåga. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

2.1 Sjukdom, hälsa och arbetsförmåga

Sjukdomar definieras ofta utifrån ett medicinskt perspektiv, där diagnoser ställs baserat på patologiskt anatomiska förändringar som går att mäta eller beskriva.⁴ Ett välfungerande sjukdomsklassifikationssystem utgör en förutsättning för all medicinsk informationsbehandling och statistik. Ett sådant system som kopplats till ett nationellt sjukdomsregister möjliggör klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som föranlett kontakter med hälso- och sjukvården eller orsakat människors död. Genom att synliggöra hälsotillståndet i befolkningen, liksom förändringar i sjukdomspanoramata skapas förutsättningar för att kunna planera hälso- och sjukvårdens inriktning, resursfördelning och organisation.

Sveriges officiella system för sjukdomsklassifikation är ICD-systemet (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Sedan 1948 ansvarar Världshälsoorganisationen (WHO) för underhållet av ICD och den nu gällande versionen, ICD-10, publicerades år 1992. DSM-systemet

⁴ Karolinska institutet (2004).

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) är den amerikanska psykiatriska föreningens system för klassificering av psykiska störningar, som tillämpas i stora delar av världen inklusive Sverige. Den första versionen av DSM publicerades 1952. 1980 kom DSM-III för att förbättra kommunikerbarheten av de psykiatriska diagnoserna, såväl inom som utanför specialiteten, liksom även överensstämmelsen i diagnostiken. År 2013 publicerades DSM-5 med ytterligare förbättringar.

Alla de sjukdomar som klassificeras i dessa system kan uppträda olika beroende på vilken individ som drabbas. Detta försvårar diagnossättandet. Andra sjukdomar, ålder, sårbarhet mm. spelar in för vilken funktionsnedsättning som sjukdomen ger. Många som söker vård har dock inte alltid diagnostiserbara sjukdomar utan främst symtom av mer ospecifik natur. Detta gäller t.ex. för besvär från rörelseorganen och mentala besvär.

Begreppet hälsa eller hälsostatus används dagligen av var och en men saknar vetenskaplig definition. Det har inte utvecklats någon formel eller standardiserad regel för att mäta denna övergripande företeelse. Eftersom det saknas en tydlig och objektiv definition av vad hälsa är lägger människor sina egna värderingar i begreppet. Denna subjektiva definition torde formas i en social kontext och förändras över tid. Nordenfelt (1991) definierar hälsa som "[...] att känna välbefinnande och kunna uppnå sina vitala mål givet den kontext man befinner sig i". Varje individ kan alltså skatta sitt hälsotillstånd utifrån sitt eget välbefinnande och sina egna mål oavsett sitt sjukdomstillstånd. Sjukdom och hälsa är dock starkt korrelerade. Sjukdom kan ge en dålig hälsa och ett dåligt hälsotillstånd kan ge upphov till sjukdom. Arbetsförhållanden kan påverka både sjukdom och upplevelsen av hälsa. Likaledes kan en sjukdom eller en upplevd dålig hälsa påverka hur arbetsförhållanden upplevs.

Om sjukdomar ofta är svåra att diagnostisera och mäta, och hälsa snarast är ett existentiellt begrepp, är arbetsförmåga ytterligare ett begrepp i avsaknad av absolut innebörd. Detta eftersom konsekvensen av sjukdomen och ohälsan har olika innebörd beroende på vilket arbete som ska utföras. En inflammerad sena i en axel gör sannolikt målaren, men inte tjänstemannen, arbetsoförmögen. En depression gör förmodligen läraren arbetsoförmögen, men inte nödvändigtvis målaren. För varje sjukdom och

nivå på ohälsa finns alltså arbetsuppgifter som både är möjliga och omöjliga att genomföra. Det är lätt att inse att läkarens arbete med att bedöma arbetsförmågan och handläggarens arbete med att bedöma rätten till ersättning många gånger involverar komplicerade avvägningar.

2.2 Självskattad hälsa och mortalitet

Ett mått som samlats in och använts inom forskningen sedan 1950-talet för att kanske främst beskriva hälsan för olika grupper av individer är självskattad hälsa. Vid mätningarna ombeds respondenten att bedöma sin egen hälsa, från mycket bra till mycket dålig (ofta en 5-gradig skala). Självskattad hälsa har inte traditionellt ansetts vara av värde vid medicinsk behandling. I dag finns dock ett starkt stöd för att detta mått är en mycket god indikator för mortalitet.

Idler och Benyamini (1997) konstaterar i en genomgång av litteraturen att flertalet studier finner ett tydligt samband mellan självskattad hälsa och mortalitet, detta trots att det i analyserna kontrolleras för kompletta läkarundersökningar (se Jylhä, 2009, för en mer uppdaterad översikt). I en av studierna, där man har tillgång till mycket omfattande data om kardiovaskulära sjukdomar, konstateras att individens självskattade hälsa i hög grad kan förklara sannolikheten att dö inom fem år, men inte just av en kardiovaskulär sjukdom. Jylhä (2009) förklarar fenomenet med att värderingen av hälsotillståndet bestäms av individens preferenser, tillgänglighet till vård, information och ekonomiska restriktioner.⁵

Skillnader i individers preferenser kan exempelvis ta sig uttryck i olikheter i individens riskaversion. Individer med hög riskaversion, dvs. som i möjligaste mån undviker risk, kommer att uppsöka vård oftare än individer med låg riskaversion. Det finns starkt stöd i den empiriska forskningen för att kvinnor är mindre riskbenägna än män (Eckel och Grossman, 2008; Croson och Gneezy, 2009;

⁵ Jylhä som är medicine doktor och professor i gerontologi använder inte begreppen "preferenser" eller "restriktioner" i sitt resonemang. Hon är dock tydlig i sin beskrivning med att de faktorer som vägs in i bedömningen av självskattad hälsa påverkas av social klass, utbildning, levnadsstandard, sociala nätverk, socialt kapital mm. Vi väljer emellertid att använda begreppen "preferenser" och "restriktioner".

Bertrand, 2010). Detta torde innebära att kvinnor är mer medvetna om sin hälsa och också bryr sig mer om sin framtida hälsa än män. Detta skulle i sin tur kunna medföra att kvinnor gör relativt fler vårdbesök. I forskningsöversikter av Jylhä (2009) och Idler och Benyamini (1997) finner man också ett tydligt mönster såtillvida att kvinnor i genomsnitt har mer kroniska tillstånd, mer akuta åkommor och en lägre självskattad hälsa än män. Samtidigt har kvinnor en lägre dödlighet än män. Man konstaterar också att den självskattade hälsan är en viktigare bestämningsfaktor för mortalitet bland män än bland kvinnor. Idler och Benyamini (1997) finner detta faktum paradoxalt. En anledning till det kan vara att de och andra forskare inte ser på vårdkonsumtion som efterfrågestyrd, det vill säga styrd av individens preferenser, utan som exogent given. Är man i stället medveten om preferensernas betydelse är observationen inte alls förvånande. Vårdkonsumtion och ett försiktig agerande är sannolikt bra för hälsan vilket innebär en lägre dödlighet.

Tillgänglighet till vård, information och finansiella restriktioner kan också påverka den självskattade hälsan, inte minst genom den tidigare konsumtionen av exempelvis läkemedel och vårdbesök. Högutbildade har också ofta bättre kunskaper om hur man söker vård än vad lågutbildade har, vilket sannolikt ökar efterfrågan på vård. Efterfrågan på vård ökar också med inkomst.⁶ Sammantaget innebär detta att högutbildade och höginkomsttagare konsumerar mer vård än vad lågutbildade och låginkomsttagare med samma objektiva hälsa gör. Detta kan i sin tur få till följd att personer med hög utbildning och höga inkomster säger sig ha sämre självskattad hälsa än de med låg utbildning och låga inkomster.

I bedömningen av vårt hälsotillstånd väger vi in våra föräldrars hälsa och eventuellt också deras livslängd och dödsorsak. Vi tar också hänsyn till utvecklingen av vårt hälsotillstånd.⁷ Dessa uppgifter kan man som forskare och läkare inte till fullo beakta vilket innebär att den självskattade hälsan kan vara en mer

⁶ Med ekonomisk terminologi anses hälsa vara en normal vara, det vill säga en vara som efterfrågas mer ju högre inkomsten är. Se Gerdtham och Jönsson (2000), Getzen (2000) och Manning med flera (1987) för empiriskt stöd för detta.

⁷ Idler och Benyamini (1997) och Jylhä (2009) diskuterar andra intressanta förklaringsmodeller, t.ex. att självskattad hälsa påverkar framtida hälsa eller att självskattad hälsa är ett medvetandegörande av en biokemisk process som primärt är kopplad till det inbyggda immunförsvaret.

betydelsefull prediktor för framtida mortalitet än enskilda mått på hälsa, som exempelvis en diagnos om kardiovaskulär sjukdom.

Eftersom den självskattade hälsan delvis styrs av preferenser och andra faktorer behöver en individ med låg självskattad hälsa inte nödvändigtvis ha sämre faktisk hälsa än en individ med hög självskattad hälsa. Detta förhållande gäller även på gruppnivå eftersom preferenserna färgas av det kulturella sammanhanget, det vill säga nära omgivning och social miljö. Studier har kunnat konstatera att personer med hög utbildning, höga inkomster och kvinnor bedömer sin hälsa som sämre än de med låg utbildning, låga inkomster och män (Bago d' Uva m.fl., 2008a,b; King m.fl., 2004; Kapteyn m.fl., 2007).⁸ Eftersom inga andra mått på hälsa antyder att högutbildade, höginkomsttagare, och kvinnor skulle ha sämre faktisk hälsa, är en slutsats att självskattad hälsa inte fungerar som mått för att belysa skillnader i den faktiska hälsan *mellan* grupper. Däremot fungerar självskattad hälsa som mått på skillnader i faktisk hälsa *inom* grupper (se t.ex. Jylhä, 2009).

Jylhä (2009) förespråkar självskattad hälsa som ett valitt och relevant mått för att bedöma resultatet av behandlingar och för att genomföra riskbedömningar före operationer och behandlingar. Detta är intressant men riskerar att leda till en skev fördelning av resurser om det i prioriteringen av vilka som ska opereras och behandlas, inte också tas hänsyn till skillnader i individers preferenser.

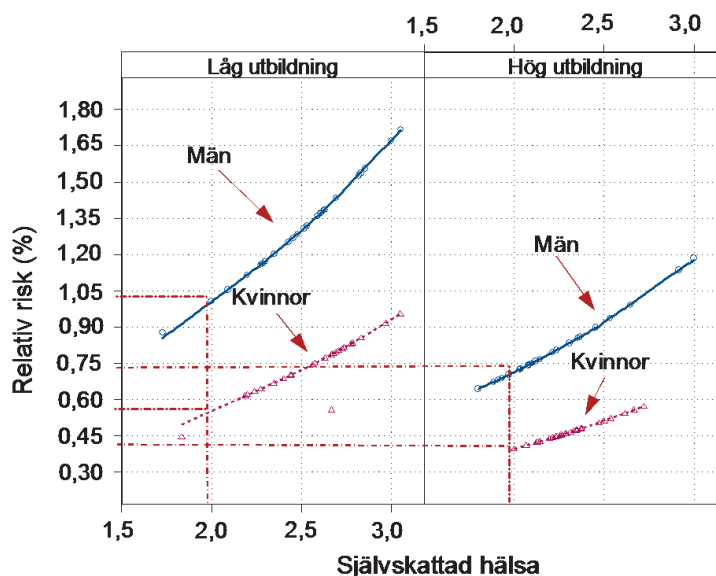
Analys av sambandet mellan självskattad hälsa och mortalitet

För att exemplifiera problem och möjligheter med måttet självrapporterad hälsa används i detta avsnitt svenska data från SHARE-undersökningarna 2004, 2007 och 2011, för personer 50-74 år. I undersökningarna mäts den självrapporterade hälsan enligt en 5-gradig skala (Likertskala) från värdet 1 (mycket bra) till 5 (mycket dåligt). Till dessa uppgifter har kopplats information om mortalitet, som här definieras som dödlighet inom tre år. På basis

⁸ I dessa studier används s.k. vinjetter. Vinjetter beskriver hälsan hos en hypotetisk person. Respondenten bedömer den hypotetiska personens hälsa på samma skala som de bedömer sin egen hälsa vilket gör det möjligt att korrigera för skillnader i bedömningar mellan individer och mellan grupper.

av dessa data har vi skattat sambandet mellan mortalitet och självskattad hälsa. I analysen har kontrollerats för individens utbildningsnivå, kön och kalenderår.

Figur 2.1 Samband mellan relativa risken att dö och självskattad hälsa för lågutbildade (t.v.), respektive högutbildade (t.h.), uppdelade på män och kvinnor



I figur 2.1 illustreras sambandet mellan den relativa risken att dö och självskattad hälsa för män och kvinnor respektive för dem med hög utbildning (lägst gymnasieutbildning) och låg utbildning (högst nioårig skolgång) för populationen som ingick i SHARE 2004.⁹ I figuren framgår att det som väntat finns ett positivt samband mellan självskattad ohälsa och mortalitet. Dessutom framgår att den självskattade hälsan, som mäts utmed den vågräta axeln, i genomsnitt är något lägre för dem med låg utbildning än för dem med hög utbildning. Detta gäller framför allt för kvinnor. Mest intressant att konstatera är emellertid att för varje given nivå på den självskattade hälsan, så är den relativa risken att dö inom tre

⁹ Vi får samma relationer för åren 2007 och 2011. För att underlätta presentationen väljer vi att bara visa resultaten för ett år, dvs. för 2004.

är väsentligt högre bland lågutbildade än bland högutbildade, och bland män jämfört med kvinnor. Exempelvis löper en lågutbildad man med en självskattad hälsa på 2, i genomsnitt 43 procents högre risk att dö inom tre år än en högutbildad man.¹⁰ På motsvarande sätt löper en lågutbildad kvinna med en självskattad hälsa på 2, 30 procent högre risk att dö inom tre år än en högutbildad kvinna.¹¹ Vidare framgår att en lågutbildad man löper 90 procent högre risk att dö inom tre år än en lågutbildad kvinna, och att motsvarande skillnad för högutbildade är 67 procent.¹² Dessa ganska enkla analyser bekräftar alltså resultaten från tidigare forskning som visat att relationen mellan den faktiska och den självskattade hälsan varierar mellan olika grupper.

2.3 Mått på hälsa och sjukfrånvaro

Hälsan i en population kan mätas på flera sätt än genom den självskattade hälsan. Dessa mått kan skilja sig åt i graden av subjektivitet. Graden av subjektivitet definieras av O'Donnell (2009) som i vilken utsträckning preferenserna kan få genomslag i måttet. Självskattad hälsa är det mått som enligt O'Donnell (2009) är det mest subjektiva måttet. Läkemedelsförskrivningar, sjukfrånvaro (som kräver sjukintyg) och besök hos läkare eller vårdcentral är också subjektiva mått men i mindre grad eftersom de förutsätter en bedömning av utomstående (läkare, handläggare). Slutenvårdsbesök, biomarkörer och dödlighet är de minst subjektiva måtten, i fallande skala. Detta eftersom de i högre grad ligger utanför individens kontroll. Av detta kan två slutsatser dras, för det första kan man inte utan vidare tolka skillnader i nivå på sjukfrånvaro mellan olika grupper som skillnader i faktiskt hälsa. För det andra kan man inte, som konstaterades i föregående avsnitt, utan vidare tolka förändringar av sjukfrånvaron över tid som att det skett förändringar av den faktiska hälsan. Anledningen är att förändringar av sjukfrånvaron också kan drivas av förändrade regler i

¹⁰ Detta beräknas genom $100 \cdot (1 - 0,7) / 0,7$.

¹¹ Detta beräknas genom $100 \cdot (0,525 - 0,4) / 0,4$.

¹² Skillnaderna har beräknats via $100 \cdot (1 - 0,525) / 0,525$, för lågutbildade, respektive $100 \cdot (0,67 - 0,4) / 0,40$, för högutbildade. Båda beräkningarna avser en självskattad hälsa motsvarande värdet 2.

sjukförsäkringen, av förändringar av tillämpningen av regelverket, och normerna i samhället kring sjukskrivning.

2.4 Bedömning av arbetsförmåga

Det är Försäkringskassans uppgift att avgöra om den nedsatta arbetsförmågan på grund av sjukdom är tillräcklig för att ersättning ska betalas ut. Försäkringskassans bedömning grundar sig på ett läkarutlåtande. I detta utlåtande ska läkaren inte bara bedöma personens hälsa utan också hälsan i relation till, (i) nuvarande arbetsuppgifter hos arbetsgivaren, (ii) andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren, och (iii) normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Detta sker inom ramen för rehabiliteringskedjan.¹³ I likhet med individens hälsa kan arbetsförmågan vara svår att observera utifrån medicinska fynd. Att arbetsförmågan ska bedömas gentemot nuvarande och potentiella arbetsuppgifter gör att individen har ett tydligt informationsövertag gentemot både läkare och handläggare.

I särskilt svåra ärenden kan handläggaren besluta om att genomföra en utredning av arbetsförmågan.¹⁴ En sådan syftar till att belysa arbetsförmågan ur ett flerdimensionellt perspektiv. En framgångsrik utredningsmetod ska enligt SOU (2008:66) ha hög reliabilitet och validitet. Med hög reliabilitet menas att utredningen ska leda fram till samma bedömning av om en individ är arbetsoförmögen eller ej oavsett när och vem som genomför granskningen. Med hög validitet menas att utredningen ska leda fram till *rätt* beslut. Ett optimalt instrument är således ett som kan observera individens sanna arbetsförmåga och som alltid leder fram till samma bedömning i ett ärende. En parallell kan här dras till väljarundersökningar där en methods validitet kan mätas genom att jämföra det predikterade valresultatet med det faktiska på valdagen. Vid bedömningar av arbetsförmågan leder begrepp som validitet emellertid tankarna fel eftersom man ges intryck av att arbetsförmågan är fullt mätbar och att något bedömningsutrymme inte finns. I själva verket är arbetsförmågan varken fullt observerbar

¹³ Se exempelvis ISF (2014:22) för en närmare beskrivning av rehabiliteringskedjan.

¹⁴ Exempel på sådana utredningar är arbetsförmågeutredning (AFU), teamutredning (TMU), och särskilt läkarutlåtande (SLU).

eller fullt mätbar, dessutom har handläggaren ett bedömningsutrymme inom vilket beslutet ska fattas. Det finns med andra ord inte ett *rätt* beslut i alla ärenden och det finns heller ingen *rätt* nivå för den totala sjukfrånvaron. I praktiken är det beslutsfattarna som genom beslut om sjukförsäkringens utformning styr sjukfrånvaron till en för samhället önskvärd nivå. Ett instrument kan utifrån dessa ramar vara mer eller mindre framgångsrikt i att leda fram till denna nivå.

Rättssäkerheten i en socialförsäkring regleras genom att individen kan ansöka om omprövning i ett ärende där denne nekas ersättning. Vid ytterligare ett nekande kan individen överklaga till förvaltningsrätt. Därefter kan båda parter överklaga till kammarrätt och högsta förvaltningsdomstolen. Vid beslut om rätten till sjukpenning kan två fel begås: Ersättning kan nekas en person som saknar arbetsförmåga och som egentligen borde ha haft ersättning (typ I-fel), och ersättning kan beviljas en person som har arbetsförmåga och egentligen borde ha nekats ersättning (typ II-fel). Noterbart är att minst ett av dessa fel är oundvikliga i en sjukförsäkring, och att felet fungerar som kommunicerande kär. Minskar vi ett fel ökar definitionsmässigt det andra. I en rättsstat är det prioriterat att undvika typ I-fel. Dessa skulle helt kunna undvikas genom att betala ut sjukpenning till alla som ansöker om det. Detta skulle i sin tur, beroende på ersättningsnivåer och arbetsmarknadsläge, kunna medföra stora kostnader för samhället. I stället måste en bedömning göras om vem som har rätt till ersättning och inte. Den utredning för arbetsförmågebedömning som minimerar typ II-felet för en given nivå på typ I-felet kan sägas vara optimalt. Som mått på typ I-felet vid en given tidpunkt kan man använda andelen av samtliga ärenden som får rätt i en överprövning i förvaltningsdomstol. Som mått på typ II-felet kan man använda andelen där Försäkringskassan får rätt i högsta domstol gentemot individen. Vid en jämförelse mellan två olika arbetsförmågeutredningar skulle dessa andelar kunna jämföras i ärenden där Försäkringskassan låtit slumpen avgöra vilken utredning som använts i det enskilda fallet.¹⁵

¹⁵ ISF (2014:18) har låtit genomföra denna typ av utvärdering i syfte att studera domstolarnas roll i att justera olikheter i bedömningar vid två av Försäkringskassans bedömningsenheter.

2.5 Sammanfattning

I detta kapitel har konstaterats att begreppet hälsa saknar en absolut definition. I stället är det en subjektiv upplevelse som fångas i en social kontext och som förändras över tid. Hur en person upplever sin hälsa bestäms av bland annat preferenser, tillgängligheten till vård, information och ekonomiska restriktioner. En konsekvens av detta är att den upplevda, eller självskattade, hälsan, kan förväntas vara lika inom grupper av populationer, men olika mellan grupper. Forskning har visat att högutbildade, höginkomsttagare och kvinnor i genomsnitt har sämre självupplevd hälsa vid en given nivå av mer objektiva hälsomått än vad lågutbildade, låginkomsttagare och män har. Självskattad hälsa är det mått som enligt forskningen är det mest subjektiva måttet på hälsa. Andra mått, exempelvis sjukfrånvaro (där sjukintyg krävs), vårdbesök och läkemedelskonsumtion hos läkare eller vårdcentral är också subjektiva men i mindre grad eftersom de involverar utomstående aktörer, i detta fall läkare och handläggare. Slutenvårdsbesök, biomarkörer och dödlighet är de minst subjektiva måtten eftersom de i högre grad ligger utanför individens kontroll. På grund av att arbetsförmågan ofta är svår att fastställa kan en persons sjukfrånvaro förväntas vara högt korrelerad med den självskattade hälsan. Detta gäller inte minst vid kortare tids sjukfrånvaro då något sjukintyg inte krävs. På samma sätt som vid skillnader i den självskattade hälsan mellan grupper ska skillnader i sjukfrånvaron mellan grupper inte tolkas som skillnader i den faktiska hälsan. Inte heller ska förändringar av sjukfrånvaron i samhället över tid per automatik tolkas att det skett förändringar av den faktiska hälsan.

I kapitlet har också konstaterats att man bör undvika begrepp som validitet vid beskrivning av olika metoder och instrument för arbetsförmågebedömning. Anledningen är att det kan ge en bild av att arbetsförmåga som någonting objektivt och exakt mätbart. Men fel kommer att begås, personer som saknar arbetsförmåga och som borde ha haft rätt till ersättning kommer att bli utan (typ I-fel), och personer som har arbetsförmåga och därmed borde blivit utan ersättning kommer ändå att få ersättning (typ II-fel). En utgångspunkt bör därför i stället vara att finna en metod som vid varje nivå på typ I-felen minimerar typ II-felen. Den viktigaste slutsatsen från

detta kapitel är emellertid att individens preferenser påverkar sjukfrånvaron och att dessa preferenser styrs av den sociala kontexten.

3 Hälsa och sjukfrånvarons utveckling

En slutsats i förra avsnittet var att sjukfrånvaron delvis styrs av individens preferenser. I detta avsnitt genomförs analyser i syfte att belysa sjukfrånvarons koppling till andra mått på hälsa. Dessutom analyseras det över tid negativa, eller kontracykliska, sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet.

3.1 Sjukfrånvaro och hälsa

För att studera relationen mellan olika mått på hälsa och sjukfrånvaro använder vi tre mått på hälsa: mortalitet, antal öppenvårdsbesök, samt läkemedelskonsumtion. Mortalitet är visserligen att betrakta som ett grovt mått på hälsa på individnivå men som jämförelse, i syfte att belysa genomsnittliga hälso-skillnader mellan olika grupper, har det visat sig fungera väl. I föregående kapitel konstaterades också att mortaliteten var starkt korrelerad med individens självskattade hälsa. Eftersom den självskattade hälsan skulle kunna påverkas av sjukfrånvaron i sig är emellertid mortalitet en bättre indikator på förändringar i faktisk hälsa.¹⁶ De två andra måtten på hälsa är mindre grova, men å andra sidan mer subjektiva, och används primärt för att belägga att våra slutsatser inte beror på det valda måttet.

¹⁶ Fenomenet benämns i litteraturen kring förtidspension för "justification bias", eller berättigande-skevheter på svenska. I denna litteratur vill man beakta hälsa i analyser av betydelsen av ekonomiska incitament (se t.ex. Kapteyn m.fl., 2009).

Sjukfrånvaro och andra hälsomått över tid

Figur 3.1 visar utvecklingen av sjukfrånvaron mellan 1994 och 2009, samt hur sjukfrånvaron under dessa år samvarierade med de andra måtten på hälsa i befolkningen 20-64 år. Måtten som studeras är huruvida personen gjort minst ett besök inom öppen- respektive slutenvården under året (2001–2009), fått läkemedel förskrivet under året (2006–2009), samt mortalitet (1994–2007).¹⁷ Mortalitet definieras här som att individen avlidit inom tre år efter det aktuella mätåret. Sjukfrånvaro (1994–2009) definieras som att någon gång under året ha mottagit sjukpenning, vilket innebär att sjukskrivningen måste ha pågått i minst två veckor om personen är anställd.

Sambandet mellan sjukfrånvaro och de andra hälsomåtten mäts som sannolikheten, eller den *relativa risken*, att en person som varit sjukskriven under ett år också gjort ett vårdbesök, blivit förskrivet läkemedel respektive avlidit inom tre år, jämfört med en person som inte varit sjukskriven under året.

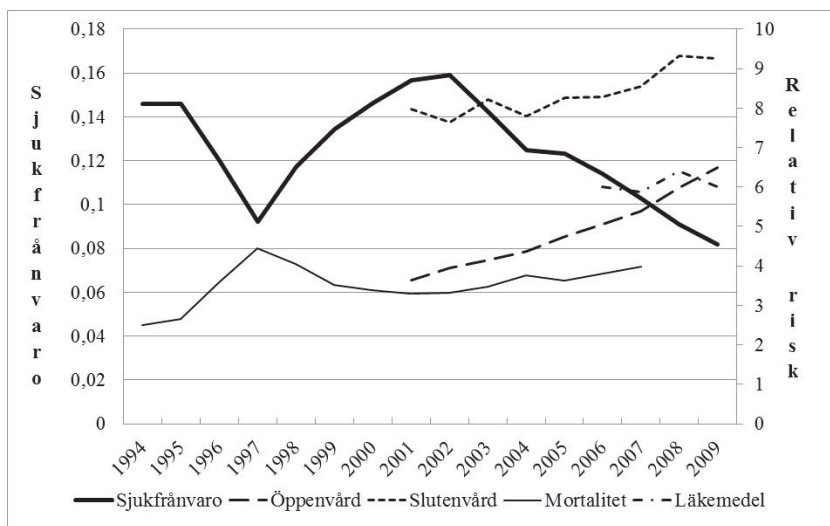
I figuren avläses sjukfrånvaronivån utmed den vänstra skalan och sambandet mellan sjukfrånvaro och de andra hälsomåtten utmed den högra. Relativa risker som överstiger värdet ett signalerar ett positivt samband och värden under ett motsatsen. Alla samband är större än ett samtliga år vilket innebär att det finns ett positivt samband mellan att ha varit sjukskriven under året och också ha gjort vårdbesök eller förskrivits läkemedel. Det finns också ett positivt samband mellan sjukskrivning och mortalitet. Starkast är sambandet mellan sjukskrivning och inläggning inom slutenvård och svagast är, som väntat, sambandet mellan sjukskrivning och mortalitet.

Inget av sambanden är konstanta över analysperioden. För besök inom öppenvård och i viss mån även slutenvård växer sig sambandet med sjukskrivning starkare mellan 2001 och 2009. Detta sker samtidigt som sjukfrånvaron sjunker markant. Kopplingen mellan sjukskrivning och mortalitet blev starkare mellan 1994 och 1997 för att sedan sjunka fram till 2001. Därefter stärktes sambandet igen. Noterbart är alltså att när sjukfrånvaron går upp blir sambandet mellan sjukfrånvaron och de andra hälsomåtten svagare, och tvärtom. Med andra ord: när sjukfrånvaron är hög är

¹⁷ Öppenvårdsbesöken inkluderar inte besök inom primärvården.

skillnaden i hälsa mellan sjukskrivna och ej sjukskrivna, mätt som sannolikheten att göra ett vårdbesök etc., relativt liten. När sjukfrånvaron är låg är skillnaden tvärtom relativt stor. En slutsats är således att upp- och nedgångar i sjukfrånvaron har andra orsaker än förändringar i befolkningens hälsa.

Figur 3.1 Sjukfrånvaronivån 1994–2009 samt årliga samband mellan sjukfrånvaro och, i) mortalitet, ii) besök inom öppenvården, iii) besök inom slutenvården, och iv) antal förskrivningar av läkemedel, 1994–2009



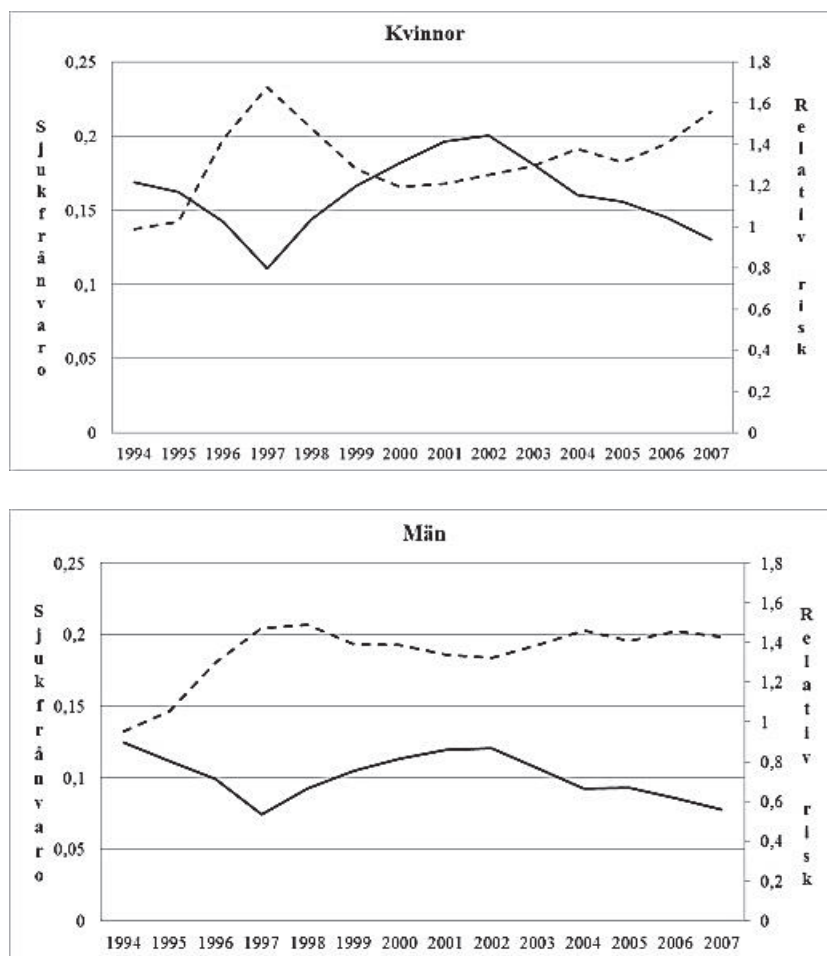
Anm: De relativa riskerna har tagits fram med hjälp av årsvisa regressionskattningar avseende de olika hälsomåten för personer som mottagit, respektive inte mottagit, sjukpenning under året. Urvalet avser 10 procent av befolkningen 20–64.

I figur 3.2 redovisas sjukfrånvaroutvecklingen samt sambandet mellan sjukfrånvaro och mortalitet över tid för män och kvinnor. Sjukfrånvaron har genomgående varit högre för kvinnor än för män under perioden. När sjukfrånvaron var som högst i början av 2000-talet mottog 20 procent av kvinnorna sjukpenning under ett år. Motsvarande andel för männen var 12 procent. För både män och kvinnor gäller att när sjukfrånvaron ökar försvagas kopplingen till mortalitet, och tvärtom. Över tid var emellertid sambandet mer stabilt för män. Sambandet var också starkare för män i 10 av 14

år.¹⁸ Undantagen var 1994–1997 samt 2007, dvs. de år då sjukfrånvaron var förhållandevis låg. Att sambandet mellan sjukfrånvaro och mortalitet är starkare för män överensstämmer med slutsatsen från föregående avsnitt om att kopplingen mellan den självskattade och faktiska hälsan var starkare för män än för kvinnor.

¹⁸ Mätt över hela perioden var sambandet mellan sjukfrånvaro och mortalitet starkare för män än för kvinnor. Denna skillnad är statistiskt säkerställd.

Figur 3.2 Sjukfrånvaronivån 1994–2007 (heldragen linje), respektive samband mellan sjukfrånvaro och mortalitet (streckad linje), för män och kvinnor



Anm: De relativa riskerna har tagits fram med hjälp av årsvisa regressionskattningar avseende mortalitet för personer som mottagit, respektive inte mottagit, sjukpenning under året. Urvalet avser 10 procent av befolkningen 20–64.

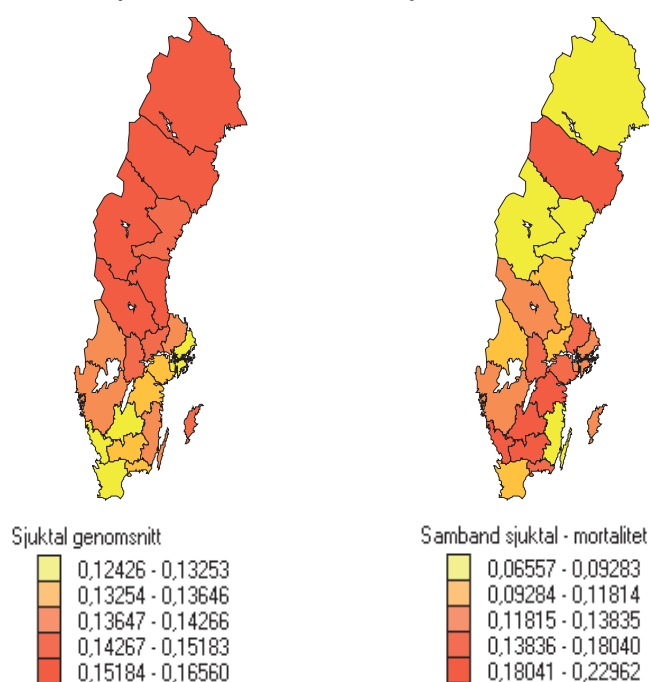
Sjukfrånvaron i olika delar av landet

I figur 3.3 illustreras sjukfrånvaron respektive sambandet mellan sjukfrånvaro och mortalitet ur ett geografiskt perspektiv. Den vänstra figuren återger den genomsnittliga sjukfrånvaron 1994–2007 i olika län. Som högst var sjukfrånvaron under perioden i

landets norra delar där ungefär 16 procent av invånarna i åldern 20-64 i Jämtlands och Västerbottens län mottog sjukpenning någon gång under ett visst år. Lägst var siffran i Stockholms län där drygt 12 procent av befolkningen mottog sjukpenning varje år i genomsnitt.

I den högra figuren återges styrkan i sambandet mellan sjukfrånvaro och mortalitet för olika län under samma period. Sambandet är överlag starkare i landets södra delar. De län som uppvisar det svagaste sambandet återfinns nästan uteslutande i de norra delarna. På motsvarande sätt som för sjukfrånvaroutvecklingen över tid syns således ett tydligt mönster där sambandet mellan sjukfrånvaro och mortalitet (hälsa) är starkare där sjukfrånvaronivån är låg och svagare där den är hög.

Figur 3.3 Genomsnittlig sjukfrånvaro 1994–2007 på länsnivå (t.v.), respektive sambandet mellan sjukfrånvaro och mortalitet (t.h)

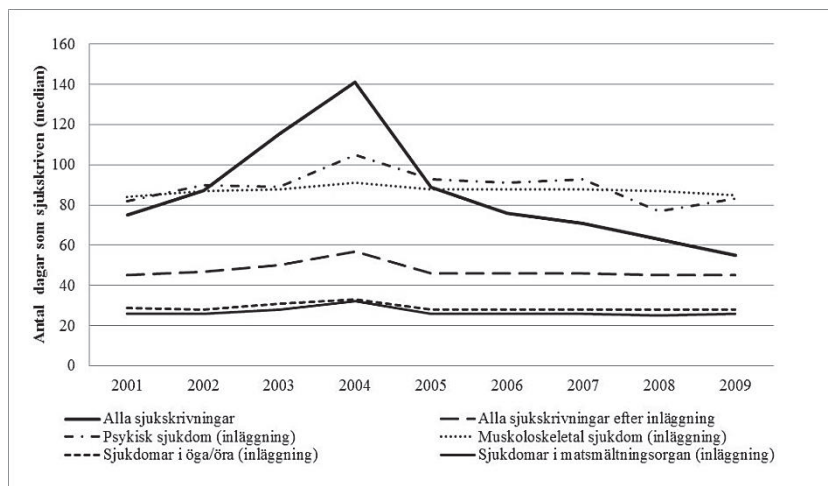


Sjukskrivning efter inläggning

Ytterligare ett sätt att belysa kopplingen mellan hälsa och sjukfrånvaro är att jämföra utvecklingen av sjukskrivningstiderna generellt med dem som påbörjats i anslutning till en sjukvårdsinläggning. Sjukskrivningar i anslutning till inläggningar torde i högre grad än andra vara kopplade till tydliga förändringar av hälsan. De torde med andra ord i mindre grad vara kopplade till individens preferenser.

Figur 3.4 redovisar mediantiderna som sjukskriven för alla påbörjade sjukskrivningar, samt för dem som påbörjades i anslutning till en sjukvårdsinläggning, 2001–2009. De sistnämnda sjukskrivningarna redovisas också fördelat på några diagnosgrupper. Noterbart är att sjukskrivningstiderna överlag är avsevärt mer volatila över tid än för dem som är kopplade till en sjukvårdsinläggning. Mellan 2001 och 2004 ökade mediantiderna från 75 till 141 dagar för alla påbörjade sjukskrivningar, alltså med cirka 90 procent, men bara med 27 procent (från 45 till 57 dagar) för dem som påbörjades i samband med en inläggning. På motsvarande sätt sjönk mediantiden som sjukskriven för samtliga med 60 procent mellan 2001 och 2009, men bara med 20 procent för dem som var inlagda. Såväl uppgång som nedgång omfattar olika typer av diagnoser, det vill säga sådana som är kopplade till både längre och kortare sjukfrånvaro. Mest volatil är inte oväntat sjukskrivningar där individen har en psykiatrisk diagnos. Sammanfattningsvis har sjukskrivningstiderna genomgått stora förändringar under de senaste 15 åren. Dessa kan framför allt härledas till sjukskrivningar som inte är kopplade till dem med sämst hälsa.

Figur 3.4 Sjukskrivningarnas varaktighet (mediantider) över tid



Anm: Mediantider för sjukskrivningar som påbörjats under olika år, och där sjukskrivningen har föregåtts av en sjukvårdsinläggning.

Sjukfrånvaron i olika branscher

En ofta framförd orsak till kvinnors högre sjukfrånvaro är den segregerade arbetsmarknaden där män och kvinnor ofta arbetar i olika branscher. Resonemanget utgår från att arbetsmiljön i kvinnodominerade yrken inom exempelvis kommun- och landstingssektorn skulle vara sämre än i typiskt mansdominerade yrken inom byggverksamhet och industri.

I figur 3.5 redovisas skillnaden i sannolikheten för sjukskrivning mellan män och kvinnor i olika branscher (46 stycken) mellan 1994 och 2009. Dessa har rangordnats från den mest mansdominerade (till vänster) till den mest kvinnodominerade (till höger). Skillnaden i sjukfrånvaro har justerats för ett antal faktorer på individnivå, däribland ålder, utbildningens nivå och inriktning, samt löneinkomst.

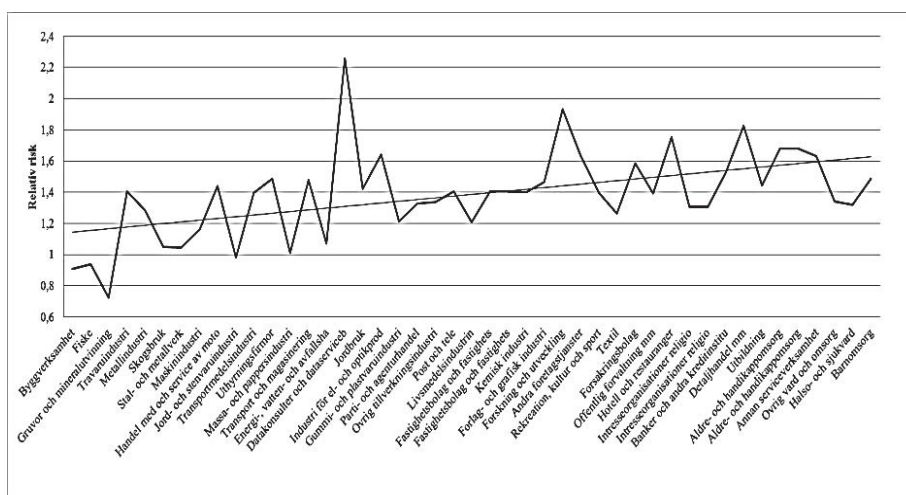
Resultaten visar att kvinnor i jämförelse med män har en statistiskt säkerställd överrisk att vara sjukskrivna i 41 av 46 branscher. I två branscher, inom byggverksamhet och inom gruvor och mineraler, hade männen fler sjukskrivningsdagar per år. I två branscher återfanns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan könen. Sjukfrånvaroskillnaden är större ju mer kvinnodominerad

branschen är. Som störst är dock skillnaden inom datakonsultverksamhet och dataservice.

Hur mycket sjukfrånvarande en person är torde i hög grad hänga samman med vilken position eller befattning personen har på arbetsplatsen. Enligt SCB (2013) fanns 2013 en överrepresentation av manliga chefer med motsvarande 36, 18, 17 och 8 procent inom privat sektor, statlig sektor, kommunal sektor respektive landsting.¹⁹ Utifrån figur 3.5 kan man således konstatera att den relativa sjukfrånvaroskillnaden mellan män och kvinnor inte bara ökar med andelen kvinnor utan också med andelen kvinnliga chefer. Eftersom analysen därutöver tar hänsyn till andra mått på vilken position personen har på arbetsplatsen, är en slutsats att det får betraktas som osannolikt att skillnader i arbetsmiljö skulle ligga bakom skillnaderna i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor. Hade så varit fallet hade vi förväntat oss ett annorlunda mönster där skillnaderna i sjukfrånvaro varit som minst, och inte störst, i de kvinnodominerade yrkena. Det observerade mönstret stämmer bättre överens med det vi skulle förvänta oss utifrån studier gjorda av betydelsen av normer och sjukskrivningskulturer. Hesselius m.fl. (2009) konstaterade att när sjukfrånvaron bland arbetskollegorna ökade, steg också den egna sjukfrånvaron. Johansson m.fl. (2014) finner att denna spridningseffekt är starkare på mer könshomogena arbetsplatser. Lindbeck m.fl. (2015) finner stöd för att lokala sjukskrivningskulturer kan förklara delar av de regionala skillnader som observeras i sjukskrivningstalen.

¹⁹ I statlig sektor är andelen kvinnor 47,3 procent medan andelen chefer är 40,1 procent. Motsvarande siffror för landsting, kommunal och privat är 79,5/73,5, 76,3/65,4 och 36,7/27 (SCB, 2013).

Figur 3.5 Relation mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro i olika branscher



Anm. Analysen avser branschspecifika regressionsanalyser av sannolikheten att motta sjukpenning någon gång under året 1994–2009. I analyserna kontrolleras för individens ålder, utbildning (såväl nivå som inriktning), gift/ogift, antal barn under 18, löneinkomst, sysselsättningsstatus i november, samt län. Urvalet motsvarar 10 procent av befolkningen 20–64.

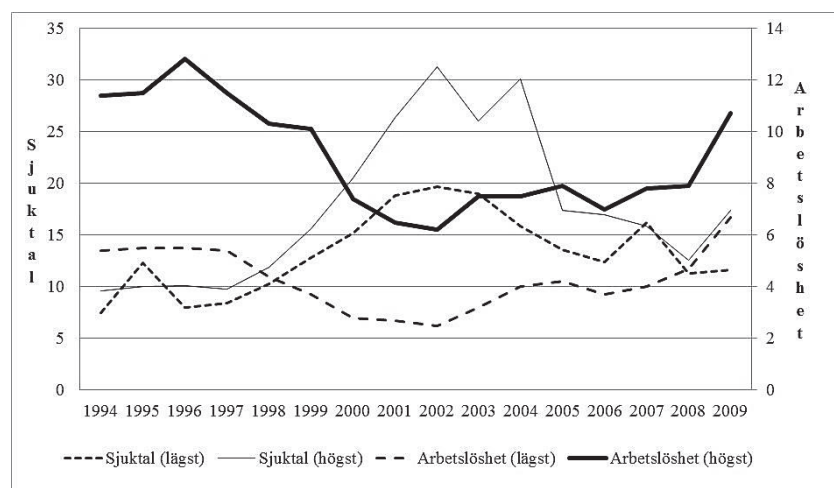
3.2 Sjukfrånvaro och konjunktur

Sjukfrånvaron i Sverige har länge uppvisat ett pro-cykliskt mönster såtillvida att sjukfrånvaron har varit hög i tider av hög sysselsättning och låg i tider av låg sysselsättning. Två förklaringsmodeller till detta brukar anföras. Den så kallade *disciplineringshypotesen* säger att när arbetsmarknadsläget försämras ökar risken för arbetslöshet och inkomstbortfall, vilket i sin tur gör att man drar sig för att vara hemma från arbetet. Det omvända gäller i goda tider. Den s.k. *sammansättningshypotesen* å sin sida säger att personer med hög benägenhet att bli sjukskrivna blir av med jobbet under lågkonjunktur men att dessa personer kommer tillbaka till arbete under högkonjunktur. Anställda som har kvar jobbet under svåra tider är alltså personer med genomsnittlig låg frånvaro. Det pro-cykliska mönstret bröts tillfälligt runt 2006, då sysselsättningen ökade samtidigt som sjukfrånvaron fortsatte att gå ner, men var tillbaka igen från och med 2009 då sjukfrånvaron minskade samtidigt som sysselsättningen gick ner.

För att studera betydelsen av *sammansättnings-* respektive *disciplinerings-effekten* följs en grupp individer som var 30–43 år 1994 under perioden 1994–2009. Genom att följa en och samma population över tid kan vi analysera hur individer reagerar på förändringar i det lokala arbetsmarknadsläget, som i detta fall fångas via arbetslösheten i länet.

I figur 3.6 nedan visas antalet sjukskrivningsdagar fördelade på de län de var bosatta i, samt arbetslösheten i det länet, över tid. En uppdelning av antalet sjukskrivningsdagar har gjorts mellan det län som det aktuella året uppvisat den högsta respektive lägsta arbetslösheten. I figuren framträder det konjunkturella mönster som har återgivits med andra mått på sjukfrånvaro i andra sammanhang: när arbetslösheten gick ner i slutet på 1990-talet steg sjukfrånvaron och när arbetslösheten åter började stiga i början på 2000-talet vände sjukfrånvaron nedåt. Noterbart är att mönstret återfinns både i det län med högst respektive lägst arbetslöshet.

Figur 3.6 Antal sjukskrivningsdagar (sjuktal) per år i genomsnitt, samt arbetslöshet, i län med den högsta respektive lägsta arbetslösheten



Anm: Arbetslöshet samt genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar i länet med högst respektive lägst arbetslöshet det aktuella året.

I tabell 3.1 redovisas resultaten från en analys som syftar till att belysa sambandet mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet. För att ta hänsyn till att län på ett systematiskt sätt avviker vad gäller

arbetsmarknadens och befolkningens struktur, och därmed också beträffande arbetslöshet och sjukfrånvaro, kontrolleras i analysen för vilket län individen är bosatt i. Resultaten i kolumn 1 i tabell 3.1 visar att när arbetslösheten ökar med en procent minskar sjukfrånvaron med en procent. Sambandet inrymmer således både det som kan härledas till individernas sammansättning och potentiella beteende, samt eventuellt andra faktorer.²⁰

I nästa kolumn redovisas resultaten för inom-individsanalyser när variationen mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet skattas separat för varje individ. I en sådan analys kan det beteendemässiga sambandet med arbetslösheten i länet renodlas. I analysen kontrolleras för generella svängningar i sjukfrånvaron på grund av bl.a. regelförändringar och förskjutningar av normer kring sjukskrivning, och också till att studiepopulationen blir allt äldre.

Resultaten i kolumn 2 visar att det mesta av den totala samvariationen mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet försvinner i denna analys, endast 0,11 (eller 11 procent) kvarstår. Med andra ord förefaller *disciplineringshypotesen*, det vill säga den del av den negativa samvariationen mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet som kan härledas till beteendeförändringar hos individen, endast kunna förklara en mindre del av variationen över tid. Den största delen skulle alltså kunna förklaras av att sammansättningen bland dem som arbetar och inte arbetar i goda och sämre tider förändras. Detta stämmer överens med resultaten i avsnitt 3.1.2 där sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro mellan regioner analyserades. Hade beteendeeffekten varit betydande hade det varit svårt att förklara hur regioner med hög arbetslöshet i regel också har hög sjukfrånvaro.

²⁰ Intressant att notera är att relationen inte är känslig för val av samplingsförfarande. Om vi i stället genomför årliga stickprov bland individer som arbetar och därefter inkluderar länsfixa effekter nås liknande resultat.

Tabell 3.1 Samband mellan sjukfrånvaro och arbetslöshet, procent

	Modell 1	Modell 2
Arbetslöshet	-1,000*** (0,009)	-0,114*** (0,031)
Kontroll för län	X	X
Kontroll för individ	-	X
Kontroll för tid	-	X

Anm: Resultat från skattningar av Poisson-regressionsmodeller med individens antal sjukfrånvardagar som beroende variabel och med den logaritmerade arbetslösheten på länsnivå (årsgenomsnitt) som oberoende variabel. Antal obs: 2,449,019. *** signalerar statistisk signifikans på 1-procentsnivån.

3.3 Sammanfattning

I det här kapitlet har för det första konstaterats att kopplingen mellan sjukfrånvaro och andra hälsomått beror på nivån på sjukfrånvaron. I tider av hög sjukfrånvaro är kopplingen svag. Med andra ord är hälsan för dem som är och inte är sjukskrivna relativt lika. I tider av låg sjukfrånvaro gäller det motsatta, det vill säga sjukskrivna och ej sjukskrivna uppvisar relativt stora skillnader i andra mått på hälsa. Resultaten visar också att förhållandet gäller i högre utsträckning för kvinnor än för män.

För det andra har konstaterats att i regioner där sjukfrånvaron över tid varit hög har också kopplingen mellan sjukfrånvaro och mortalitet varit relativt låg. För det tredje visar resultaten att förkortningen av sjukskrivningstiderna mellan 2001 och 2009, då sjukfrånvaron sjönk tydligt, var betydligt mindre för gruppen vars sjukfrånvaro föregicks av en sjukhusinläggning, vilket kan ses som en förhållandevis omfattande och väl definierad förändring av hälsonivån. För det fjärde har konstaterats att kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns oavsett bransch. Detta även efter att ett flertal faktorer kopplade till arbetsuppgifter och position på arbetsplatsen beaktats i analysen.

Den sammanfattande slutsatsen från dessa analyser är att förändringar i sjukfrånvaro över tid, och skillnader i sjukfrånvaro mellan olika grupper, inte enbart kan förklaras av förändringar och skillnader i hälsa och arbetsförmåga. Andra faktorer kopplade till individens preferenser har en avgörande betydelse för sjukfrånvaronivån och sjukfrånvaroutvecklingen.

Avslutningsvis har också konstaterats att endast en mindre del av den negativa samvariationen mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro över tid förefaller kunna härledas till att individer anpassar sitt sjukskrivningsbeteende efter konjunkturen. Den stora delen kan förklaras av andra orsaker, bland annat att många med sämre hälsa får arbete under högkonjunktur.

Insikten att sjukfrånvaron till viss del är preferensstyrd är central för att förstå hur sjukförsäkringen optimalt bör vara utformad. Med optimal avses här hur drivkrafterna för sjukförsäkringens aktörer bör vara utformade för att sjukförsäkringen ska användas på ett för samhället optimalt sätt. Detta diskuteras mer ingående i följande kapitel.

4 Sjukförsäkringen, aktörerna i sjukskrivningsprocessen och deras drivkrafter

Sjukdom och arbetsförmåga hör till de händelser i livet som det är omöjligt att ha fullständig kontroll över. Oavsett hur mycket man anstränger sig för att leva rätt finns alltid en risk att drabbas av sjukdom som leder till arbetsförmåga. Försäkringens syfte är att kompensera för oförutsedda händelser. En försäkring fungerar så att kostnaden för ersättning till de som drabbats delas inom ett kollektiv.

I Sverige och de övriga nordiska länderna organiseras inkomstskyddet för sjukdom och arbetsförmåga genom en obligatorisk, allmän och enhetlig sjukförsäkring. Med enhetlighet menas att alla försäkringstagare betalar samma premie och med allmän menar vi att den sköts i offentlig regi.²¹ Den sannolikt främsta orsaken till att sjukförsäkringen organiserats på detta vis är insikten om att risken att drabbas av sjukdom inte är lika mellan människor, och att det är tämligen enkelt att förutse vem som löper hög eller låg risk.²² En marknad med privata försäkringsföretag kan uppstå om det var möjligt att bilda försäkringskollektiv av individer med lika risker att drabbas av arbetsförmåga.²³ Försäkringsföretag skulle kunna

²¹ Samma premie kan vara i absoluta eller relativa termer. Eftersom sjukförsäkringen är en inkomstförsäkring (upp till taket) är det rimligt att premien sätts i relation till inkomst.

²² Ett annat problem som undviks är att individer inte försäkras sig utan litar på att samhället träder in om de kommer på obestånd pga. sjukdom, så kallat "snålskjutsåkande". Se SNS (2005) för en mer utförlig beskrivning av de teoretiska argumenten för en obligatorisk, allmän och enhetlig socialförsäkring.

²³ Om graden av riskaversion var densamma bland individer inom varje kollektiv skulle en marknad inte komma till stånd om det fanns individer som ansågs sig ha bättre hälsa än andra. Endast de med hög risk skulle vara villiga att teckna försäkringen. Detta skulle i sin tur leda till högre premier vilket skulle göra att individer med mellan god hälsa lämnade, och så vidare. Man skulle hamna i det Stiglitz kallar en "dödsspiral".

begära in DNA-tester i bildandet av dessa. Premieinbetalningarna skulle på lång sikt motsvara kostnader minus administrativa kostnader för försäkringsföretagen.²⁴ En brist med en sådan försäkringslösning är, (1) premien skulle bli som dyrast för dem med låga inkomster, potentiellt skulle vissa inte ens kunna försäkra sig, och (2) det kommer att uppstå stora administrativa kostnader för att bestämma individens risknivåer, t.ex. via kostnaderna för DNA-testerna.

Om däremot alla individer inkluderas i försäkringen slipper man dessa problem. Ingen skulle vara oförsäkrad mot sin vilja. Det finns argument för att en obligatorisk, gemensamt finansierad och enhetlig försäkring både är rättvis och effektiv. Det faktum att den är allmän kan dock skapa problem såtillvida att staten har mjuka budgetbegränsningar. Om kostnaderna ökar kan detta finansieras via en höjning av skatterna. I en privat försäkring kan inte utgifterna på lång sikt vara högre än intäkterna. När kostnaden ökar måste därför försäkringsbolaget antingen, (i) minska utbetalningarna genom ökad skadereglering (kontroll), (ii) öka intäkterna genom höjda premier, eller (iii) omförhandla villkoren i kontrakten. I en allmän försäkring där intäkterna till stor del kommer från skatter eller arbetsgivaravgifter är kravet på att reducera kostnaderna genom ökad skadereglering lägre. Om försäkringsadministrationen är under politisk styrning kan det också vara svårt att driva igenom tuffare villkor i försäkringen.

Ytterligare en omständighet som skiljer en frivillig och privat sjukförsäkring från en obligatorisk och allmän är individens relation till försäkringsgivaren. Om försäkringen är frivillig och privat kan man strunta i att försäkra sig alternativt byta försäkringsgivare om man är missnöjd med villkoren. Om försäkringen i stället är obligatorisk och allmän blir frågan om legitimitet och förtroende viktig. Försäkringen ska användas på rätt sätt och av dem som är i behov av den. På samma sätt som en naturresurs kan en allmän sjukförsäkring missbrukas av enskilda till förfång för andra. I den ekonomiska litteraturen kallas fenomenet för *allmänningens dilemma* och kan definieras utifrån en så kallad huvudman/aktör-relation.²⁵ Dilemmat består i de svårigheter som

²⁴ En sådan försäkring brukar benämnas aktuarisk.

²⁵ I den internationella litteraturen refereras till principals and agents.

finns i att motivera aktörerna att agera i huvudmannens (här staten, försäkringskollektivet eller allmänheten) och inte enbart utifrån sina egna intressen. I sjukförsäkringen är problemet att hälsa och arbetsförmåga i regel inte är till fullo möjliga att observera. Det innebär att arbetstagaren och dess arbetsgivare har ett informationsövertag gentemot staten.

Noterbart är att en obligatorisk, enhetlig och allmän sjukförsäkring respektive en helt privat försäkring utan obligatorium utgör två extremer till försäkringslösningar. Det kan emellertid finnas flera andra lösningar som kan vara att föredra framför någon av dessa, exempelvis ett obligatorium men med privata försäkringsgivare (som vid trafikförsäkring). Det bör också noteras att den svenska sjukförsäkringen inte längre är allmän i så måtto att staten står för hela sjukskrivningskostnaden för individen. I och med införandet av sjuklöneperioden har en stor del av betalningsansvaret lyfts över på arbetsgivaren.²⁶ Därutöver har arbetsmarknadens parter kommit överens om kompletterande tilläggsförsäkringar.²⁷

I detta kapitel beskrivs incitamentstrukturen för huvudaktörerna i den svenska sjukförsäkringen. Som huvudaktörer definieras här i) den försäkrade, ii) läkaren, och iii) Försäkringskassans handläggare. De försäkrade består antingen av individen eller av arbetsgivaren beroende på vilket perspektiv som anläggs. Vid exempelvis en arbetsskada bär arbetsgivaren ett tydligt ansvar varför man lätt kan se denne som den som ska försäkras. Vid sjukfrånvaro är det lättare att se den anställde som den försäkrade, i detta fall för arbetsoförmåga på grund av bristande hälsa. Man kan emellertid betrakta även sjukfrånvaro som en konsekvens av brister i arbetsmiljön. Således, är det rimligt att se både arbetstagare och arbetsgivare som försäkrade vid produktionsbortfall till följd av

²⁶ 1992 infördes en sjuklöneperioden vilken innebar att arbetsgivaren skulle betala sjuklön under de två första veckorna. Sjuklöneperioden har därefter varierat mellan 2, 3 och 4 veckor.

²⁷ SNS (2005) beräknade att drygt 34 procent av totala utbetalade beloppen för sjukfrånvaro 2005 betalades av arbetsgivarna. Om man räknar in avtalsförsäkringarna vilka ersätter inkomstbortfall både under och över inkomsttaket i det totala beloppet får man att 2005 betalades ca 39 procent av kostnaden för sjukfrånvaro av andra än staten. I dag har uppskattningsvis 50 procent av arbetstagarna inkomst över taket. 1992 hade 14 procent av männen och 2 procent av kvinnorna en inkomst över taket (ISF 2015:6).

arbetsförmåga. I avsnitt 4.3 följer en fördjupad diskussion om arbetsgivaren som den försäkrade.

Landstingens och Försäkringskassans roll är att bedriva hälso- och sjukvård respektive att administrera socialförsäkringarna. Man har också ett gemensamt uppdrag att förhindra felutnyttjande av försäkringen till följd av de försäkrades informationsövertag. Regering och riksdag har via villkoren i socialförsäkringarna stort inflytande över utbetalningarna från dessa. På samma sätt har Socialstyrelsen via utformningen av de försäkringsmedicinska riktlinjerna och sina rekommendationer kring lämplig sjukskrivningstid avgörande betydelse för sjukfrånvaronivån i samhället. Dessa båda aktörer har emellertid endast en instrumentell funktion i sammanhanget, som de som utformar ramarna för användningen av försäkringarna. De har ingen direkt kontakt med den sjukrivne eller arbetsgivaren och kan därför endast indirekt påverka den försäkrades beslut.

I kapitlet diskuteras också vad vi vet utifrån empirisk forskning om hur aktörerna reagerar på förändrade förutsättningar och incitament. Genomgången är inte heltäckande utan har en tydlig tonvikt på den nationalekonomiska forskningen. Det har sin naturliga förklaring i att drivkrafter av olika slag och deras betydelse ofta är det som studeras i nationalekonomiska studier. Vår genomgång är i hög utsträckning avgränsad till studier som har en identifikationsstrategi, vilket innebär att författarna har en strategi för att mäta orsaks-verkansamband, eller kausala samband. När flera studier visar resultat som går i samma riktning, även om storleken på sambanden kan variera, säger vi att det finns evidens eller konsensus kring den kausala relationen. Vissa intressanta frågeställningar är endast bristfälligt utredda i forskningen; här blir slutsatserna av nödvändighet inte lika skarpa.

Vidare omfattar genomgången empiriska resultat från andra socialförsäkringar; exempelvis arbetslöshetsförsäkringen, som ju är en del av socialförsäkringen i de flesta andra länder, förtidspensionsförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen. Anledningen är att resultat och slutsatser från dessa områden i hög utsträckning kan förväntas vara överförbara och relevanta även inom sjukförsäkringen. Nedan diskuteras kort de beteenderisker som finns i försäkringen som ett resultat av att hälsa och arbetsförmåga inte

är observerbara. Sedan diskuteras i tur och ordning de fyra aktörernas incitament i en sjukskrivningsprocess.

4.1 Asymmetrisk information och beteenderisker

Det grundläggande problemet i alla socialförsäkringar är att den potentiella förlusten inte är utom kontroll, eller slumpmässig, för de försäkrade. Den försäkrade kan själv orsaka eller påverka sannolikheten för sjukdom eller skada, och det är också möjligt för den försäkrade att påverka storleken på skadan eller sjukdomen. Med andra ord kan den försäkrades beteende förändras på grund av förekomsten av en försäkring.

I den ekonomiska litteraturen pratar man om två typer av beteenderisker. En risk som äger rum före, eller *ex ante*, en skada skett handlar om att försäkringstagaren ändrar sitt beteende på grund av att denne är försäkrad, exempelvis genom att agera mer oförsiktigt. Den andra typen äger rum efter, eller *ex post*, en skada skett. Denna risk handlar om att den försäkrade överdriver skadan eller värdet av det man försäkrat. Båda dessa beteenderisker förekommer potentiellt i socialförsäkringen och är därför viktiga att diskutera.

I sjukförsäkringen kan beteenderisken *ex post* bestå i att den försäkrade individen överdriver sin inkomst för att få ut högre ersättning från försäkringen. Eftersom inkomstuppgifter är enkla att kontrollera borde detta dock vara ett litet problem. Ett större problem är att individer kan överdriva sin arbetsförmåga, dvs. beskriva sig själva som mer arbetsförmögna än vad de i själva verket är. Detta skulle kunna vara resultatet av medvetna försök att få ut ersättning från försäkringen. Det skulle emellertid också, som diskuterades i kapitel 2, kunna vara resultatet av en bristande tro på den egna arbetsförmågan. Eftersom sjukdomsupplevelsen påverkas av en mängd saker som inte bara är strikt medicinska, som exempelvis generell motivation och känslan av att bli bekräftad på arbetsplatsen etc., behöver sådana överdrifter inte grundas i ett medvetet fusk. Ytterligare ett exempel på riskbeteende *ex post* är när sjukförsäkringen används av arbetsgivare i samråd med den anställde som ett sätt att temporärt friställa arbetstagare.

När det gäller beteenderisk *ex ante* kan man tänka sig att en individ oroar sig mindre för sin hälsa ju bättre försäkrad denne är. Vid sjukdom kan emellertid en beteendeförändring vara önskvärd, exempelvis om en person stannar hemma från arbetet och därmed undviker risken att smitta sina kollegor. Arbetslöshetsförsäkringen skapar möjligheter för individer att inte behöva ta första bästa jobb, vilket sannolikt ökar produktiviteten i samhället. En sjukförsäkring kan sannolikt också göra det lättare att anställa personer i verksamheter med större hälsorisk. En nackdel är emellertid att detta i sin tur kan minska arbetsgivarnas drivkrafter att ta ansvar för arbetsmiljön. Således kan vi tro att beteenderisker *ex ante* i sjukförsäkringen i högre utsträckning är ett arbetsgivarproblem än ett arbetstagarproblem.

4.2 Den försäkrade individen

Sjukförsäkringen innebär att den försäkrade får ersättning vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom eller arbetsskada. Om arbete ses som en ansträngning för individen medför försäkringen monetära incitament som kan öka frånvaron från arbetsplatsen och öka antalet arbetsskador. Beteenderiskerna minskar av att all inkomst inte kompenseras vid sjukskrivning och av att arbetsgivaren står för kostnaderna under de första 14 dagarna. Handläggarna vid Försäkringskassan ska också kontrollera att individen uppfyller villkoren för ersättning. Vad gäller sjuk-, förtidspensions- och arbetsskadeförsäkringen ska i ett första steg individens hälsa bedömas. Därefter ska den potentiella hälsonedsättningen bedömas i relation till det arbete som ska utföras. Uppgifter om hälsonedsättningen mottas från individ och läkare medan information om hälsonedsättningens påverkan på arbetsförmågan mottas från individen och arbetsgivaren. Att få ersättning är således avhängigt både individens incitament att arbeta och arbetsgivarens incitament att behålla en anställd.

Ekonomiska incitament

Det finns en omfattande litteratur kring ersättningsnivåernas betydelse för utnyttjandet av socialförsäkringarna. Vad gäller förtids-

pension har frågan studerats av bland annat Parsons (1980), Bound (1989), Bound och Waidman (1992), Meyer m.fl., (1995), Gruber och Kubik (1997), Bound och Burkhauser (1999), Haverman m.fl., (2003), Gruber (2000) samt Chen och van der Klaauw (2008). Eftersom ett flertal utvecklade länder (däribland USA) saknar en allmän sjukförsäkring är litteraturen om ersättningens betydelse för sjufrånvaron mindre. Doherty (1979), Fenn (1981), Johansson och Palme (1995, 2002, 2005), Henriksson och Persson (2004), Zibarth (2009), samt Zibarth och Karlsson (2010), studerar denna fråga med data från England, Sverige och Tyskland.

En sammanfattande slutsats är att det finns en *ex post* moralisk risk inom både sjuk- som förtidspensionsförsäkringen; förändringar mot en mer generös försäkring med högre ersättningsnivåer leder till ett högre användande av försäkringen, och tvärtom.²⁸ Nivån på sjukfrånvaron och andelen i förtidspension är starkt beroende av befintliga drivkrafter i systemen. Parsons (1980) beräknar elasticiteten för att bli förtidspensionär i USA till 0,63, vilket innebär att en ökning av ersättningsnivån med en procent ökar inflödet med 0,63 procent. Senare studier har funnit elasticiteter i intervallet 0,1-0,4. Johansson och Palme (2005) beräknar elasticiteten till att påbörja en sjukskrivning till mellan 0,7 och 0,9, och att avbryta en sjukskrivning till mellan 0,25 och 0,40. Storleken på effekterna är beroende av ersättningsnivån och graden av kontroll. Det innebär att de ekonomiska incitamenten i vissa länder, och under vissa gällande institutioner, inte alls behöver vara betydelsefulla. Till exempel finner Campolieti (2004) inga negativa incitamenteffekter bland äldre män i Kanada under 1970-talet när graden av kontroll var mycket hög.

Tidsgränser och kontroll

Effekter av tidsgränser, prövningar av rätten till ersättning, och kontroll i vidare bemärkelse, i sjukförsäkringen och i den angränsande arbetslöshetsförsäkringen, är ett relativt väl utforskat område. I likhet med forskningen kring ersättningsnivåns betydelse

²⁸ Kruger and Meyer (2002) summerar resultat från studier i förtidspensionssystemet t.o.m. 2000, medan Ercolani, m.fl. (2002) går igenom resultaten från sjukfrånvarolitteraturen.

och de ekonomiska incitamenten är en generell slutsats att generösa system – i form av höga ersättningsnivåer och låg grad av kontroll – ökar användningen av försäkringen medan mindre generösa system, tvärtom minskar användandet. Detta ska tolkas som att försäkringens utformning och individens drivkrafter påverkar hur många som är sjukskrivna och arbetslösa.

Såväl Försäkringskassan som Arbetsförmedlingen har till uppgift att pröva eller kontrollera individens rätt till ersättning. Denna kontrollfunktion kan uppfyllas på flera sätt. Inom sjukförsäkringen sker den främst genom kravet på läkarintyg som ska beskriva på vilket sätt arbetsförmågan är nedsatt och hur länge den kan förväntas vara det, samt genom de återkommande prövningarna av rätten till ersättning som ska göras inom ramen för *rehabiliteringskedjan*. Inom arbetslöshetsförsäkringen genomförs kontroller av de arbetslösas sökaktivitet genom kontakter med både arbetslösa och arbetsgivare. Inom både sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen inbegriper kontrollen även deltagande i olika möten, utredningar och insatser. Detta eftersom rätten till ersättning är villkorad av deltagande i dessa.

Inom den svenska sjukförsäkringen har tidsgränserna vid 90 och 180 dagar i *rehabiliteringskedjan* utvärderats. Hägglund (2012) använder det naturliga experiment som uppstod som en konsekvens av de undantagsregler som gällde vid införandet den 1 juli 2008, då redan sjukskrivna undantogs från tidsgränserna till och med 1 januari 2009. Resultaten visar att tidsgränserna, och i synnerhet den vid 180 dagar, ökade återgången i arbete och därmed bidrog till att minska sjukfrånvaron.

Hartman m.fl. (2013) undersöker om och hur sjukfrånvaron förändras när kravet på läkarintyg, dvs. kontrollen av de sjukskrivna, senarelades. En slumpmässigt utsedd behandlingsgrupp (födda jämn dag) fick ha sjukpenning i fjorton dagar utan att behöva uppvisa läkarintyg. För jämförelsegruppen (födda udda dag) gällde den vanliga regeln om sju dagar. Som ett resultat av förlängningen ökade den kortvariga sjukfrånvaron, i genomsnitt blev sjukskrivningarna en dag längre.

Johansson och Lindahl (2013) studerar effekterna av en informationsåtgärd där sjukskrivna med svag anknytning till arbetsmarknaden kallades till ett informationsmöte i grupp där man skulle informeras om sina rättigheter och skyldigheter inom sjuk-

försäkringen. Resultaten visar att åtgärden förkortade sjukskrivningarna med i genomsnitt 20 procent. Ett lågt deltagande på själva mötet gör att författarna tolkar resultatet som att själva kallelsen i stor utsträckning låg bakom denna effekt. de Jong m.fl. (2011) visar att intensifierad kontroll av rätten till ersättning minskar både inflödet till förtidspension och längden på sjukskrivningarna i den holländska sjukförsäkringen.

Inom förtidspensionssystemet konstaterar Johansson m.fl. (2014) att restriktiviteten i tillämpningen varit en viktig bestämningsfaktor för att förklara svängningarna i antalet beviljade förtidspensioneringar i Sverige 1988–2010. På amerikanska förhållanden drar Autor och Duggan (2006) slutsatsen att mindre strikt kontroll tillsammans med ökade ersättningsnivåer är skälet till den ökning av antalet förtidspensionärer som skett i USA.

Resultaten i Johansson och Lindahl (2013) visar att obligatoriska möten och aktiva insatser kan ha en motivationshöjande inverkan på individen. Detta beror på att insatsen eller aktiviteten anses ansträngande eller tidskrävande och att ersättningen kan dras in helt eller delvis om individen inte deltar.²⁹

Inom den teoretiska litteraturen om beteendeeffekter i arbetslöshetsförsäkringen finns en söketeoretisk förklaringsmodell. I denna modell får en arbetslös individ jobberbjudanden men accepterar bara erbjudanden som är tillräckligt bra. Ju närmare individen kommer slutet på ersättningsperioden, som alltså kan motsvaras av antingen en bortre parentes eller starten på en insats eller aktivitet, desto lägre krav ställs på det erbjudna arbetet vilket ökar sannolikheten att ersättningsperioden avslutas.

Noterbart är alltså att den teoretiska modellens prediktioner om avslutade ersättningsperioder inte med nödvändighet gör skillnad mellan start av ett program eller en bortre parentes. I praktiken kan emellertid programmets innehåll förväntas ha betydelse i sammanhanget. Om individen bedömer att avkastningen av deltagande är lågt, och att aktiviteterna snarast har karaktären av kontrollåtgärder, kan effekten förväntas bli större än om programmet är skraddarsytt för individen (exempelvis ett rehabiliterings- eller utbildningsprogram) och kan förväntas ge god avkastning. På

²⁹ I den empiriska litteraturen refereras till *disincentive effects*, *motivation effects*, eller *pre-program effects*, och på svenska till *förbehandlings effekter* eller *anvisningseffekter*.

motsvarande sätt kan den sysselsättning och försörjning som väntar efter en bortre parentes förväntas ha betydelse för hur stor effekt tidsgränsen har för benägenheten att hitta alternativ försörjning innan ersättningsdagarna tar slut.

Inom arbetslöshetsförsäkringen har flera studier i olika länder analyserat effekterna av såväl bortre tidsgränser som tidsgränser i form av aktiva interventioner. I USA och Kanada, som tillämpar en fast bortre tidsgräns, vid vilken ersättningen antingen reduceras eller upphör helt, har exempelvis Ham och Rea (1987), Meyer (1990) och Katz och Meyer (1990), samtliga konstaterat en ökning av sannolikheten att avbryta ersättningsperioden före den bortre tidsgränsen. Även i Europa där traditionellt mjukare tidsgränser har tillämpats i så måtto att deltagande i en arbetsmarknadspolitisk åtgärd kvalificerat för ytterligare ersättningsperioder, har liknande effekter konstaterats av Carling m.fl. (1996), Thoursie (1998), Roed m.fl. (2002) samt Lalive m.fl. (2000). Detta har tolkats som negativa incitamenteffekter till följd av krav på att behöva delta i en insats.

Vidare har i experiment genomförda i USA (Black m.fl., 2003), England (Dolton och O'Neill, 1996), och Sverige (Hägglund, 2014), konstaterats förbehandlings- eller anvisningseffekter även under ersättningsperioden. Arbetslösa som blivit anvisade till olika typer av insatser, exempelvis jobbsökaraktiviteter, har i större utsträckning än andra avslutat sina ersättningsperioder i perioden mellan anvisningen och programstart.

Noterbart är att i de redovisade studierna kring förbehandlings-effekter vet individerna att de med säkerhet kommer att få sin rätt till ersättning prövad, alternativt bli föremål för ett arbetsmarknadspolitiskt program. Denna definition av *ex ante*-effekter skiljer sig från den som används inom den teoretiska litteraturen. I den är sannolikheten att bli kontrollerad och straffad mindre än hundra procent, vilket individen känner till och anpassar sitt beteende efter.³⁰ Inga empiriska studier inom sjukförsäkringen finns genomförda med denna definition av *ex ante*-effekter, men däremot finns det två studier inom den svenska föräldraförsäkringen. Häkkinen Skans och Johansson (2014) finner att

³⁰ Boone och van Ours (2006) drar slutsatsen att om graden av kontroll är hög kan avskräckningseffekten vara mycket stor.

framtida föräldraförsäkringsuttag minskar bland föräldrar vars uttag från försäkringen slumpmässigt kontrollerats i relation till föräldrar som inte har kontrollerats, åtminstone inte ännu. Engström m.fl. (2012) finner att föräldrar som slumpmässigt informerats om att deras föräldrapenninguttag ska kontrolleras minskar sina uttag från föräldraförsäkringen mer än dem som inte fått denna information. Studierna ger stöd åt uppfattningen att om individen inte vet vad sannolikheten att bli kontrollerad är, så justeras denna sannolikhet upp i samband med att man blivit kontrollerad.

En slutsats från forskningen om kontrollinsatser av olika slag i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen är således att de minskar användningen av försäkringen både direkt, via kontrollerna i sig, men också indirekt, via drivkrafter att inte vilja bli kontrollerad. Hur stor effekten av en kontrollåtgärd blir är avhängig hur generöst utformad försäkringen är i övrigt. Om kompensationsgraden är hög, kontrollen svag, och om en bortre tidsgräns saknas, kommer effekten bli större än om kompensationsgraden är låg, kontrollen stark och om en bortre tidsgräns finns. Även storleken på sanktionen kan förväntas ha betydelse. Om det förväntade straffet vid felaktig användning av försäkringen är högt och/eller sannolikheten att bli felaktigt dömd är hög, kan effekten förväntas bli stor. Det skulle i sin tur kunna leda till ett underutnyttjande av försäkringen. Om straffet tvärtom är lågt, och risken för att bli felaktigt dömd är låg, gäller det omvända. I de svenska socialförsäkringarna består straffet för felaktigt utnyttjande av försäkringen ofta av att betala tillbaka det felaktigt utbetalda beloppet. Detta uppfattas sannolikt inte som alltför avskräckande varför underutnyttjande i de svenska socialförsäkringarna torde vara ett litet problem.

Effekter av utredning, samverkan och rehabilitering

Ett svar på de höga sjuksjukrivningstalen i Sverige i början på 2000-talet blev en mer aktiv sjukskrivningsprocess. Detta skedde inte bara i form av ökad kontroll av rätten till ersättning, utan också genom högre ambitioner vad gäller att tidigare i sjukfallen identifiera eventuella behov av aktiva insatser, exempelvis

rehabilitering eller samverkansinsatser. ISF (2014:22) konstaterar att denna del av den mer aktiva strategin mycket väl kan ha fått motsatt effekt och bidragit till att sjukfrånvaron blivit högre än vad den annars skulle ha blivit. Slutsatsen baseras på studier som visat att olika typer av rehabiliterings-, samverkans-, och utredningsinsatser i sjukskrivningsprocessen i regel är verkningslösa eller till och med förlänger sjukfrånvaron.

Engström m.fl. (2015) analyserar, på basis av ett omfattande experiment i sjukskrivningsprocessen 2007–2008, effekterna av en tidigareläggning av Försäkringskassans utredningar *Sassam och avstämningsmöte*. Resultaten visar att de vars behov av rehabilitering utreddes tidigare i sjukfallet i högre utsträckning blev kvar i sjukskrivning på kort sikt. På längre sikt konstaterades en ökad risk för mottagande av sjuk- och aktivitetsersättning. Eftersom effekterna var tydligare för arbetslösa, en grupp med svagare förankring på arbetsmarknaden och med svagare ekonomiska incitament att avsluta sin sjukskrivning, tolkar författarna resultaten som att utredningarna ökade möjligheterna för sjukskrivna med svaga drivkrafter att återgå till arbetslivet att signalera dålig hälsa till handläggarna. Detta förlängde i sin tur sjukfrånvaron. Eftersom handläggaren också är inblandad i beslut kring beviljande av sjuk- och aktivitetsersättning ökade på sikt också risken för övergång till sjuk- och aktivitetsersättning. Liknande negativa effekter av de utredningar som används i sjukskrivningsprocessen har också konstaterats i ISF (2014:21).

För att en strategi med fler och tidigare insatser ska bli framgångsrik krävs att *rätt* individ får *rätt* insats. Det innebär att en individ som är i behov av en rehabiliteringsinsats för att kunna återgå i arbetslivet ges en verkningsfull insats. På grund av den osäkerhet som finns i bedömningen av individens arbetsförmåga och förväntade sjukskrivningstid, bland annat som en konsekvens av *asymmetrisk information* och *moralisk risk*, är arbetet med att identifiera rätt individer många gånger komplicerat. Bedömningen blir svårare ju tidigare i sjukfallet den ska göras vilket gör att fler och tidigare utredningar kommer att leda till att fler felaktigt identifieras som i behov av insatser, vilket i sin tur kan ha en inlåsande inverkan för individen. Om inte de positiva effekterna av att fler som behöver insatser också får hjälp överstiger dessa negativa effekter kommer sjukfrånvaron i genomsnitt att öka.

Risken för att en sådan situation uppstår är mindre ju mer verkningsfulla de befintliga rehabiliteringsinsatserna är. I en översikt av Johansson m.fl. (2010) konstateras att stödet för att arbetslivsinriktad rehabilitering skulle öka återgången i arbetslivet är svagt.

Hägglund m.fl. (2015) analyserar effekterna av insatserna inom ramen för den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, som riktas till de stora diagnosgrupperna i sjukskrivningsstatistiken, nämligen de med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller smärta i rörelseorganen. De med psykisk ohälsa mottog kognitiv beteendeterapi (KBT) och de med smärta i rörelseorganen multimodal behandling (MMR). Resultaten visar att KBT minskade risken för framtida sjukskrivning bland dem som inte var sjukskrivna vid behandlingsstart. Dessutom återfanns positiva effekter på hälsan i form av färre vårdbesök och mindre läkemedelskonsumtion upp till två år efter behandlingen. För sjukskrivna som mottog KBT återfanns inga effekter alls på vare sig sjukfrånvaro eller hälsa. Behandlingen MMR ökade sjukfrånvaron tydligt både bland dem som var och inte var sjukskrivna vid behandlingsstart. Detta förklarades av att behandlingen i sig var så krävande att sjukskrivning var nödvändig i det korta perspektivet. Denna sjukskrivning permanentades sedan på lång sikt.

Liknande resultat konstateras av Johansson och Lindahl (2013), som finner att användandet av multidisciplinära team i bedömningen av rehabiliteringsbehovet bland (långtids)sjukskrivna personer med smärta i rörelseorganen och psykisk ohälsa, förlängde sjukskrivningarna med ca 15 procent bland smärtpatienterna. Även Socialstyrelsen (2011) konstaterar ökad sjukfrånvaro men också ett ökat inträde i förtidspension bland dem som genomgick en multidisciplinär bedömning gentemot de som inte fick en sådan bedömning.

Effekter av normer och sociala interaktioner

Den empiriska forskningen om betydelsen av normer och sociala interaktioner inom ekonomi är relativt ny och ger möjlighet att inte bara förstå geografiska skillnader i ersättningsmottagande, utan också förändringar av ersättningsmottagande över tid. Om

människor påverkas av varandras sjukfrånvarobeteende kan från början små förändringar av sjukfrånvaronivån orsakade av exempelvis förändringar av incitament i sjukförsäkringen eller av graden av kontroll, växa sig stora genom en social multiplikatoreffekt.

Lindbeck m.fl. (2015) analyserar förekomsten av sociala interaktionseffekter med utgångspunkt i de stora och utifrån observerbara faktorer oförklarade geografiska variationerna i den svenska sjukfrånvaron. Genom att bland annat studera sjukfrånvaron för personer som flyttar mellan geografiska områden med olika sjukfrånvaronivåer, finner man stöd för att sjukfrånvaron påverkas av sociala interaktioner. Deras beräkningar visar att en förändring av sjukfrånvaron med 1 procent ger upphov till ytterligare 0,23 procent förändring genom sociala interaktioner.

Hesselius m.fl. (2009, 2013) analyserar betydelsen av sociala interaktioner för sjukfrånvaron. I båda studierna används det omfattande experiment som genomfördes i Göteborg i slutet på 1980-talet, och vars syfte var att studera effekterna av en förlängd sjukintygsbefriad period i början på sjukfallet (se Hartman m.fl., 2013). Resultaten var tydliga och visade i korthet att ju längre tid en person kan gå sjukskriven utan sjukintyg, desto längre blir också sjukskrivningen. I Hesselius m.fl. (2009, 2013) studeras hur sjukfrånvaron påverkades bland personer som inte omfattades av experimentet, men som på olika sätt befann sig i närheten av dem som gjorde det. Hesselius m.fl. (2009) finner att när sjukfrånvaron bland arbetskollegorna ökar, så ökar också den egna sjukfrånvaron. Hesselius m.fl. (2013) studerar effekterna på gruppnivå och konstaterar att om sjukfrånvaron i den nära omgivningen ökar, så ökar också den egna sannolikheten att bli sjukskriven. I båda studierna genomförs kompletterande analyser som visar att det finns skäl att tro att kollegornas eller vännernas längre sjukintygsbefriade period upplevdes som orättvist, vilket ökade den korta sjukfrånvaron även bland dem som inte omfattades av experimentet.

Via en enkätundersökning finner Arrelöv m.fl. (2006) stöd för att normer kan vara betydelsefulla för personers sjukskrivning. Författarna konstaterar att det finns betydande skillnader mellan sjukförsäkringssystemets intentioner och användning. I en italiensk studie analyserar Ichino och Maggi (2000) effekterna av sociala normer kring sjukfrånvaro på arbetsplatsen. Via data från en stor

italiensk bank studeras förändringar av sjukskrivningsbeteende bland dem som byter arbetsplats (bankkontor), och därmed kollegor. De finner att en tioprocentig ökning av sjukfrånvaron bland kollegorna ökar den egna sjukfrånvaron med 1,6 procent.

Även inom arbetslöshetsförsäkringen har effekterna av sociala interaktioner analyserats. Hedström m.fl., (2003) studerar hur sociala interaktioner påverkar individens arbetslöshetstid. De använder data för ungdomar mellan 20 och 24 år i Stockholmsområdet under perioden 1992–1999. Resultaten ger stöd för att en hög arbetslöshet bland dem som en individ umgås med förlänger individens egen arbetslöshetsperiod. Sociala interaktioner och arbetslöshet har även studerats av bl.a. Clark (2003), Conley och Topa (2002), och Topa (2001).

4.3 Arbetsgivaren

I Sverige betalar arbetsgivaren sjuklön mellan dag 2 och 14 i sjukskrivningen. Som sjukförsäkringen är utformad finns alltså kostnader för arbetsgivaren förknippade med korttidssjukfrånvaro, men direkta kostnader för långtidssjukfrånvaro saknas. Med andra ord finns ekonomiska incitament för arbetsgivaren att undvika korttidssjukfrånvaro samtidigt som det saknas incitament att via preventivt arbetsmiljöarbete och möjliggörande av rehabiliteringsinsatser på arbetsplatsen hålla nere långtidssjukfrånvaron (se t.ex. OECD, 2010).

Det faktum att arbetsgivaren med undantag för karensdagen står för sjukfrånvarokostnaden under sjukskrivningens första två veckor har i olika sammanhang (se t.ex. SNS, 2005) tolkats som att försäkringen har privatiserats och att arbetsgivarna ska betraktas som försäkringsgivare. Vi delar inte den uppfattningen. Anledningen är att arbetsgivaren inte står för hela kostnaden för sjukfrånvaron vilket innebär att det finns drivkrafter för arbetsgivaren att agera mot försäkringens intentioner. För att förtydliga argumentet kan man se på arbetstagaren som en insatsvara eller som ett produktionsmedel i en produktionsprocess. Om arbetsgivaren inte betalar för hela slitaget på denna insatsvara finns en risk att denne fuskar med underhållet. Det finns alltså en risk att färre preventiva insatser kommer att vidtas hos arbetsgivaren om

denne inte bär hela kostnaden för sjukfrånvaron. Eftersom arbetstagaren är försäkrad har arbetsgivaren heller inte samma drivkrafter att kontrollera giltigheten i arbetstagarens sjukskrivning. Av dessa orsaker bör man se både arbetsgivaren och arbetstagaren som försäkrade för de produktionsförluster (vinst/lön) som är förknippade med arbetstagarens arbetsoförmåga. För att ytterligare belysa detta kan man ta hjälp av ett hypotetiskt resonemang där arbetstagarna inte har en sjukförsäkring men där rättssystemet gör det möjligt att stämma arbetsgivaren och kräva skadestånd om ohälsa uppkommer. I ett sådant system skulle arbetsgivaren sannolikt försäkra sig för denna risk. Ytterligare ett argument för detta är att ohälsa hos arbetstagaren minskar produktivitet och ökar olycksfallsrisken på arbetsplatsen, samtidigt som risken för smittspridning finns. Arbetsgivaren skulle alltså vilja teckna en försäkring mot "sjuknärvaro". I detta sammanhang är det intressant att notera att arbetsgivare i USA, som saknar en obligatorisk sjukförsäkring, erbjuder de anställda att teckna en sjukförsäkring. 89 och 61 procent av de offentligt respektive privat anställda har en sjukförsäkring.³¹ Det är primärt arbetstagare med låga inkomster som saknar försäkring. Detta bekräftar således två teoretiska prediktioner. Den första berör problem med en marknadslösning och moturval i en försäkring, vilket innebär att de med störst behov kommer att stå utan försäkring. Den andra är att arbetsgivare är villig att försäkra sin personal förutsatt att de inte är relativt lätta att ersätta i en produktionsprocess.

Eftersom arbetsgivarna inte har någon beslutanderätt vad gäller arbetstagarens sjukfrånvaro, och heller inte kan bestämma försäkringspremien, ser vi sammantaget ingen anledning till att betrakta arbetsgivaren som försäkringsgivare trots betalningsansvaret i början på sjukfallet.³² För att minska risken att försäkringen används felaktigt måste försäkringsgivaren därför påföra en kostnad för arbetsgivaren. Nedan diskuteras hur ekonomiska incitament kan utformas för arbetsgivaren och hur detta enligt forskningen påverkar användningen av försäkringen.

³¹ Se <http://www.paywizard.org/main/labor-law/paid-sick-leave>

³² Arbetsgivaren kan dock sägas ha en informell kontroll över arbetstagarens sjukfrånvaro, detta via framtida löneökningar. Vikström (2009) undersöker om arbetsgivaransvaret som infördes i den svenska sjukförsäkringen i och med införandet av sjuklönen år 1992 hade en sådan påverkan. Författaren fann dock inget stöd för detta.

Effekter av arbetsgivarincitament

Ett sätt att påverka arbetsgivarna så att de tar ett större ansvar är att göra försäkringen erfarenhetsbaserad. Det innebär att arbetsgivarnas premier till sjukförsäkringen baseras på deras anställdas historiska användning av försäkringen. Det finns en ganska omfattande empirisk litteratur kring effekterna av erfarenhetsbaserade försäkringar på individens risk för förtidspension, arbetsskada, och avsked. Studierna, med undantag för de inom arbetslöshetsförsäkringen, är dock av ganska bristfällig kvalitet. I många studier jämförs arbetsgivare med höga respektive låga premier. Det analytiska problemet består i att särskilja den beteendeförändring som eventuellt uppstår som en konsekvens av ett större kostnadsansvar, från skillnader som finns i beteende mellan arbetsgivare med olika premier även i frånvaro av kostnadsansvaret. I vissa studier används data över tid och en genomförd reform som påverkar kostnaderna för försäkring. Emellertid kan det vara svårt att särskilja effekten av reformen från allmänna konjunktureffekter om reformen påverkar alla arbetsgivare på samma sätt. Det finns också en risk att arbetsgivarna ändrar sin anställningspolitik i samband med reformen. Finns då inte uppgifter om arbetskraftskomposition före och efter reformen kan man inte vara säker på att en eventuell minskning i användandet av försäkringen, exempelvis skapad genom ett ökat förebyggande arbete, är en konsekvens av reformen. Av denna anledning är det i denna typ av analyser nödvändigt att ha tillgång till detaljrika longitudinella data, det vill säga uppgifter om ett stort antal arbetsgivare över tid.

Inga renodlade effektstudier har genomförts av erfarenhetsbaserade premier inom sjukförsäkringen. En uppföljning från Holland (de Jong och Lindeboom, 2004) visar att sjufrånvaron sjönk efter införandet av den erfarenhetsbaserade premier.

Studier av erfarenhetsbaserade premier inom arbetslöshetsförsäkringen visar ganska entydigt att risken för en framtida höjning av premierna minskar antalet avskedanden. En slutsats är att

tillfälliga avskedanden minskar med 10-30 procent vid införande av höjda premier för uppsägning.³³

Den generella slutsatsen av erfarenhetsbaserade premier inom arbetsskade- och förtidspensionsförsäkringen är att dessa leder till lägre utnyttjande av försäkringen (se Hyatt och Thomason, 1998, för en litteraturgenomgång). En brist är emellertid att många studier är baserade på bristfälliga data. Dessutom finns analytiska felkällor såtillvida att de i regel antingen är baserade på ett tvärsnitt, dvs. skillnader i premier mellan olika arbetsgivare vid en viss tidpunkt, eller på variation endast över tid. Det finns emellertid ett antal studier baserade på paneler, det vill säga data för ett urval av företag över tid.

För att analysera effekterna av erfarenhetsbaserade premier utnyttjar Koning (2009) och Ruser (1991) skillnaden i premier mellan olika företag. Koning använder en reform i det nederländska sjuk- och förtidspensionssystemet 1998 och finner att andelen ansökningar om förtidspension minskade med 15 procent efter det att den erfarenhetsbaserade premien infördes. Ruser å sin sida utnyttjar det faktum att premien är kopplad till storleken på företaget och finner att en ökning av ersättning i arbetsskade-försäkringen med 50 dollar ökade antalet skador med 8,4 procent i små företag (låg erfarenhetsbaserad premie) och med 4 procent i stora företag (hög erfarenhetsbaserad premie). Med andra ord minskade den erfarenhetsbaserade premien problemet med den moraliska risken hos de anställda.

Bruce och Atkins (1993) analyserar effekterna av införandet av erfarenhetsbaserad premie i arbetsskedeförsäkringen i Ontario 1984. De finner att reformen minskade mortaliteten med 40 procent i skogsindustrin och med 20 procent i tillverkningsindustrin. Chelius och Kavanaugh (1988) finner att andelen skador minskade efter att en självförsäkring introducerats på två högskolor.³⁴

³³ Se t.ex. Topel (1983), Topel (1984), Deere (1991), Card och Levine (1994) samt Anderson och Meyer (2000).

³⁴ Självförsäkring innebär att arbetsgivaren är skyldig att betala om en anställd drabbas av en arbetsskada men att de inte kan teckna en försäkring. Innebörden blir att arbetsgivaren måste fondera pengar som kan användas när det sker ett krav av en anställd och kan på så sätt liksällas med en erfarenhetsbaserad försäkring.

Tre finländska studier har studerat effekterna av hur tidigare anställdas övergång till förtidspension påverkar arbetsgivares kostnader. Hakola och Uusitalo (2005) finner att tidig pensionering bland de äldre minskar till följd av att arbetstagarnas historiska användning av tidig pensionering påverkar kostnaderna för arbetsgivaren. Korkeamäki och Kyyrä (2012) använder variationer i kostnader som beror på företagets storlek, men även variation över tid, för att studera effekterna. De finner att om arbetsgivaren får högre kostnader när en tidigare anställd går i förtidspension minskar det inträdet till förtidspension bland de anställda. Kyyrä och Tuomala (2013) utnyttjar en reform som förändrade de erfarenhetsbaserade kostnaderna för att studera inflödet till förtidspension men finner ingen effekt på inträdet till förtidspension. Författarna menar att frånvaron av beteendeeffekter sannolikt beror på komplexiteten i systemet alternativt att arbetsgivarna inte var medvetna om den incitamentsstruktur som systemet skapade.

Det finns ett fåtal studier som analyserar hur förändrade kostnader för sjukfrånvaro för arbetsgivaren påverkar användningen av försäkringen. Detta är således inte exempel på studier som analyserat effekter av införandet av en erfarenhetsbaserad försäkring. De ger dock kunskap om hur incitamenten för arbetsgivare kan ha betydelse för användningen av försäkringen och potentiellt också för hur löner och anställningar påverkas.

Fevang m.fl. (2014) visar att sjukfrånvaro på grund av graviditetsbesvär bland kvinnor i Norge ökade i samband med att man tog bort arbetsgivarnas sjukfrånvarokostnader för denna grupp.

Böheim och Leoni (2011) studerar hur sjukskrivningar i Österrike påverkades när man införde kostnader för arbetsgivare för sjukfrånvaro. För att göra detta utnyttjar de variation i kostnaden över tid, mellan avtal och mellan företagsstorlek. De konstaterar att sjukskrivningarna både minskade i antal och i varaktighet när kostnaderna för arbetsgivarna ökade.

ISF (2015:4) analyserar införandet av medfinansieringsansvaret för arbetsgivare i Sverige 2005. Reformen innebar att arbetsgivaren betalade en särskild sjukförsäkringsavgift för de arbetstagare som fick sjukpenning på heltid. Medfinansieringen motsvarade 15 procent av den anställdas sjukpenning under den tid som den

anställda var sjukskriven på heltid. Undantag gjordes för de anställda som var sjukskrivna på deltid och för vissa andra grupper. Arbetsgivare slapp betala medfinansieringsavgift för den del av den sammanlagda avgiften som understeg 12 000 kr per år. Systemet upphörde kort efter regeringsskiftet 2006. Svårigheten med att analysera effekterna av denna reform är att alla arbetsgivare påverkades på samma sätt av reformen. Dessutom var sjukfrånvaroutvecklingen starkt nedåtgående vid införandet. Att särskilja potentiella effekter av reformen från den allmänna trenden är därför svårt. Rapportförfattarna hittar inga tydliga effekter på sjukskrivningarnas varaktighet men konstaterar, som förväntat, en ökad förekomst av deltidssjukskrivning och av sjukskrivna som mottog rehabiliteringspenning. Således kan man konstatera att arbetsgivarna reagerade på förändringar i incitament men att detta inte på ett synbart sätt påverkade sjukfrånvaron under den korta tid som reformen var i bruk.

En potentiell baksida med en erfarenhetsbaserad försäkring är att redan missgynnade grupper på arbetsmarknaden riskerar att få det ännu svårare att få arbete. Eriksson m.fl. (2012) använder sig av en experimentell design för att studera arbetsgivares rekryteringsbeteende. Studien undersöker hur individens tidigare sjukfrånvaro påverkade anställningsmöjligheterna och om möjligheterna påverkades av graden av medfinansiering. De finner att arbetsgivare väljer bort individer med tidigare sjukfrånvaro men att graden av självrisk (15 procent medfinansiering mot 0 procent på all sjukfrånvaro) inte har någon betydelse för denna selektion. Således ger analysen inget stöd för ytterligare s.k. ”körsbärsplockning”, dvs. bortsortering av svagare grupper, när kostnaden för arbetsgivaren ökar.

Arbetsgivarincitament i sjukförsäkringen skulle även kunna ha indirekta effekter. Vikström (2009) undersöker om införandet av sjuklöneperioden i sjukförsäkringen 1992 hade någon inverkan på lönebildningen. Författaren fann emellertid inget stöd för sådana effekter. Anderson och Meyer (2000), som studerade införandet av en erfarenhetsbaserad arbetslöshetsförsäkring i delstaten

Washington 1984, fann däremot att de ökade kostnaderna i stor uträkning vältrades över på de anställda via lägre löner.³⁵

En annan risk med en erfarenhetsbaserad försäkring är att anställda som har rätt till ersättning blir nekade den (d.v.s. typ II-fel). En sådan situation skulle kunna uppstå om arbetsgivaren har betydande makt över vem som ska beviljas ersättning. Drivkrafter skulle då finnas för arbetsgivaren att neka ersättning för att undvika höjda premier i framtiden. Hur stor detta problem skulle vara beror på utformningen av den erfarenhetsbaserade försäkringen. Resultat från studier av arbetslöshetsförsäkring i USA och av arbetsskadeförsäkring i Kanada antyder att det skulle kunna innebära problem om arbetsgivaren gavs för stor makt.

De anställda i USA har inte rätt till arbetslöshetsersättning om de säger upp sig från sitt arbete frivilligt. Om försäkringen är erfarenhetsbaserad finns det därför ekonomiska skäl för arbetsgivaren att hävda att individen lämnade arbetet frivilligt. Anderson och Meyer (2000) finner att andelen fall där arbetstagare och arbetsgivarna hade olika uppfattning om skälet till varför individen blev arbetslös ökade med ungefär 50 procent i samband med införandet av en erfarenhetsbaserad försäkring i delstaten Washington. Hyatt och Kralj (1995) använder information om samtliga arbetsgivaröverklaganden 1986 i Ontario och jämför företag och industrier med tre olika former av erfarenhetsbaserade premier med företag utan erfarenhetsbaserad premie i arbetsskadeförsäkringen. De finner att arbetsgivare med erfarenhetsbaserade premier överklagar beslut i större utsträckning än de som inte har erfarenhetsbaserade premier.

4.4 Handläggarna i sjukskrivningsprocessen

Handläggarna i en socialförsäkring har ofta en nyckelroll i egenkap av att vara den som ska bedöma både individens rätt till ersättning och behov av insatser. I den svenska sjukförsäkringen är mycket av handläggarens arbete reglerat i lag samt i interna styrdokument som processbeskrivningar och verksamhetsmål. Trots

³⁵ 1972–1984 betalade alla arbetsgivare samma avgift (skatt) till arbetslöshetsförsäkringen men ett erfarenhetsbaserat system infördes 1985.

det återstår ett betydande utrymme att fatta egna beslut i det enskilda ärendet. Handläggarens dubbla roller som den som både ska fungera som stöd och utreda behovet av rehabiliteringsinsatser samt den som ska pröva individens rätt till ersättning, kan ibland uppfattas som konfliktfyllda. Med det handlingsutrymme som handläggaren har till förfogande kan mer vikt läggas vid den ena eller andra uppgiften. En mer kund- och samarbetsorienterad handläggare kan ta fler initiativ till utredningar och insatser av olika slag, och genomföra färre prövningar av rätten till ersättning, alternativt vara mindre restriktiv i sin bedömning. En mer krävande och mindre samarbetsorienterad handläggare kan å andra sidan göra mer restriktiva bedömningar och mer sällan ta initiativ till rehabiliteringsinsatser. Hur detta i slutändan påverkar individen beror på effekterna av dessa utredningar, insatser och kontroller.

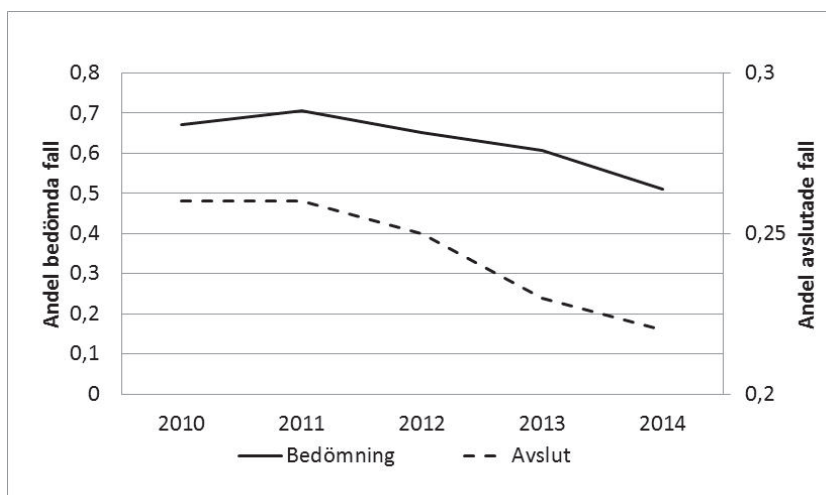
Innebörden av detta är att förändringar i informell kontroll (t.ex. via förändringar i normer och interna styrdokument) kan ha nog så stor inverkan på uttaget från våra socialförsäkringar som förändringar i formell kontroll (via lagar och officiella direktiv). Det empiriska stödet för betydelse av förändringar i den informella kontrollen är begränsat.

Inom förtidspensionssystemet konstaterar Johansson m.fl. (2014) att både den formella och informella kontrollen varit viktiga bestämningsfaktorer för att förklara svängningarna i antalet beviljade förtidspensioneringar i Sverige 1988–2010. I ISF (2015:5) analyseras utvecklingen av hur sjukskrivningar avslutas i samband med tidsgränserna i sjukförsäkringen, samt i vilken utsträckning handläggarna genomfört prövningarna av rätten till ersättning i tid. I rapporten konstateras ett tydligt samband mellan dessa mått. Av figur 4.1 nedan framgår att andelen sjukskrivningar som avslutades i samband med att tidsgränsen vid 90 dagar nås ökade fram till och med 2011, och därefter minskade. I figuren framgår också att handläggarna i drygt sju fall av tio genomförde 90-dagarsprövningen i tid under 2011, men att samma andel fallit till närmare 45 procent under andra halvan av 2014. I figur 4.2 kan konstateras en liknande utveckling för prövningen av rätten till ersättning vid 180 dagar.

Försäkringskassan (2014) konstaterar att både avslag och indrag tydligt har minskat under perioden 2009–2013. 2013 gjordes avslag i 1,9 procent av ansökningarna, vilket är en halvering jämfört med 2009, medan indrag gjordes i 1,2 procent av sjukfallen, vilket också

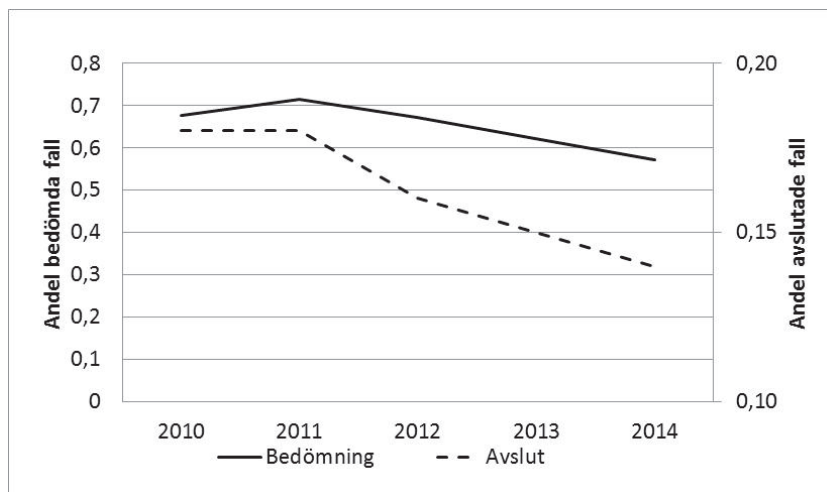
är en tydligt lägre andel jämfört med 2009. I en genomgång av sjukskrivningsärenden där individen nått den bortre tidsgränsen för rätt till sjukpenning lät Försäkringskassan (2015) ett antal granskare göra sina bedömningar av ärendena. I tre fall av tio gjorde de bedömningen att individens arbetsförmåga inte var ned-satt tillräckligt för att motivera utbetalning av sjukpenning. Detta gällde i fyra fall av tio om individen var anställd. Bland dem som inom sex månader efter utförsäkring åter blev sjukskrivna gjorde granskarna i cirka tre fall av tio en annan bedömning beträffande rätten till ersättning. En slutsats är således att de senaste årens längre sjukskrivningstider och ökade sjukfrånvaro tidsmässigt sammanfaller med att Försäkringskassans kontrollfunktion märkbart försämrats.

Figur 4.1 Andel avslutade sjukskrivningar i anslutning till dag 90 i rehabiliteringskedjan (höger axel), samt andelen genomförda 90-dagarsprövningar i tid (vänster axel), per år



Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

Figur 4.2 Andel avslutade sjukskrivningar i anslutning till dag 180 i rehabiliteringskedjan (höger axel), samt andelen genomförda 180-dagarsprövningar i tid (vänster axel), per år



Källa: Försäkringskassan, ISF:s bearbetningar.

Endast ett mycket fåtal nationella och internationella studier har direkt analyserat den enskilde handläggarens betydelse för användningen av olika socialförsäkringar. I en studie inom den svenska arbetslöshetsförsäkringen konstaterar Lagerström (2011) att sannolikheten att vara i arbete året efter inskrivning vid Arbetsförmedlingen var 13 procent högre bland individer som tilldelats en handläggare som tillhörde de 30 procent mest framgångsrika i att få arbetslösa i arbete, jämfört med dem som i stället tilldelats en handläggare som tillhörde de 30 procent minst framgångsrika.

I Granqvist m.fl. (2014) studeras i vilken utsträckning sjukfrånvaron påverkas av handläggarens attityder i en rad frågor som har med sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen att göra. I studien har svaren från en enkätundersökning bland Försäkringskassans samtliga handläggare fogats samman med sjukskrivningar som påbörjades under 2010 samt under första kvartalet 2011 (drygt 100 000 sjukskrivna). Resultaten visar att om handläggaren är relativt positivt inställd till befintliga rehabiliteringsinsatser samt till de utredningar som används för att bedöma individens behov av rehabilitering, blir sjukskrivningarna längre. Dessa handläggare är också i genomsnitt mer benägna att utreda individens behov av rehabilitering. Vidare konstateras att om handläggaren är relativt

positivt inställd till gällande regelverk, till att uppfylla verksamhetsmål, samt känner sig trygg med innebörden av centrala begrepp i sjukskrivningsprocessen, påskyndas återgången i arbete (eller arbetslöshet). Bland dessa handläggare finns en tendens till att oftare än andra genomföra prövningarna av rätten till ersättning inom ramen för rehabiliteringskedjan.

Resultaten i Granqvist m.fl. överensstämmer med resultaten från Benchke m.fl. (2010), som studerar effekterna av attityder bland arbetsförmedlare i Schweiz. Författarna konstaterar att handläggare som är krävande och mindre samarbetsorienterade i sin relation till individen är mer framgångsrika i att få dessa åter i arbete än handläggare som är mer kund- och samarbetsorienterade.

4.5 Läkaren

I Sverige, liksom i de flesta andra länder, är läkaren den första kontrollinstansen, eller grindvakten, i sjukförsäkringen (Liebert, 2015). Läkaren ställer diagnos, dokumenterar arbetsförmågebesvär och förser Försäkringskassan med nödvändig dokumentation. Försäkringsgivaren fattar ofta beslut om rätt till ersättning utan att träffa försäkringstagaren själv. Under förutsättning att läkaren kan mäta hälsan och patientens arbetsförmåga, och också objektivt beskriva dessa för handläggaren, kan denna fatta ett ur försäkringens perspektiv korrekt beslut. Det finns emellertid två problem. Det ena är mätbarheten i arbetsförmågan och det andra är läkarens drivkrafter att objektivt rapportera den observerade arbetsförmågan till handläggaren.

Läkarens arbete med att fastställa arbetsförmåga är mycket komplext. Vi vet sedan tidigare att både ohälsa och arbetsförmåga är svåra att mäta samt att läkaren i sin bedömning är beroende av vilken information patienten förmedlar. Till sin hjälp i arbetet har läkaren det försäkringsmedicinska beslutstödet, vars syfte är att höja kvaliteten på sjukskrivningar och göra dem mera enhetliga. Beslutstödet består av två delar, dels en övergripande vägledning för sjukskrivning, dels en uppsättning rekommendationer för olika diagnoser. Rekommendationerna i beslutstödet är vägledande och kan även hjälpa läkarna att tala med patienterna om sjukskrivning. Läkaren kan alltid göra avsteg från beslutstödet i det enskilda

ärendet. Emellertid krävs då en särskild motivering i medicinska underlaget till Försäkringskassan.

Det finns ett antal kvalitativa studier (se t.ex. Englund, 2008) som visat att läkare kan ha svårt att fullgöra sin funktion som skadereglerare. Undersökningar har visat att sjukskrivningens längd i hög grad styrs av den försäkrades motivation, och att läkarna inte sällan fattar beslut som går emot deras egen uppfattning om vad som vore bäst för individen. Skälet kan vara att det finns osäkerhet kring individens verkliga arbetsförmåga, men det kan också bero på att läkaren inte vill hamna i konflikt med individen. Det sistnämnda kan vara ett större problem om läkaren har en långvarig relation med patienten. Om läkaren får betalt för antalet patienter eller antalet behandlande patienter, dvs. en form av kapitering, kan läkaren ha ekonomiska incitament att vara tillmötesgående beträffande individens önskemål. Deras agerande kan då hamna i konflikt med försäkringens intention.

Vi har endast funnit en studie som analyserar effekterna av läkarens grindvaktsfunktion. Liebert (2015) studerar effekterna av den ökade kontrollen av individers ansökningar till förtidspensionssystemet i några kantoner i Schweiz 2002. Den ökade kontrollen innebar att handläggarna träffade de som ansökte om förtidspension personligen i stället för att fatta beslut på basis av befintlig dokumentation. I de kantonerna som utökade kontrollen minskade antalet beviljade förtidspensionärer med ca. 20 procent. I handläggarnas bedömning av rätten till förtidspension kan två fel begås: handläggarna kan felaktigt neka individen ersättning (typ I fel), och de kan felaktigt bevilja individen ersättning (typ II fel). Resultaten i Lieberts analys tyder på att typ I-felen var försumbara i den tidigare hanteringen. Detta innebär att hela effekten skulle innebära en minskning av typ II-felen med ca 20 procent om läkarnas utlåtande kontrolleras av försäkringsgivaren. Innebörden är således att läkare inte på samma sätt som oberoende handläggare gör en bedömning av arbetsförmåga i enlighet med försäkringens syfte. Det finns tre studier som vi känner till som undersöker hur utökad kontroll och förändrade incitament för läkarna eller sjukvården påverkar sjukfrånvaron. Den första studien är ett randomiserat experiment på kommunnivå med syfte att undersöka om förstärkt kontroll från Försäkringskassans sida av de medicinska underlag som läkarna utfärdar, påverkar sjukfrånvaron. De två andra

studierna undersöker vårdvalssystemets incitament och de erfarenheter som kan dras av den så kallade Sjukvårdsmiljarden vars avsikt var att stimulera landstingen till att, i samarbete med Försäkringskassan minska sjukfrånvaron.

Engström m.fl. (2012) studerar effekterna av ett informationsbrev från Försäkringskassan till vårdcentralerna om att sjukintygen på vårdcentralen skulle kontrolleras som ett led i att säkerställa att rätt ersättning betalades ut.³⁶ Eftersom Försäkringskassan inte har några sanktionsmöjligheter mot läkare som skriver bristfälliga läkarintyg, kan brevet ha tolkats som en vädjan om intyg av högre kvalitet. Resultatet visade att den faktiska sjukfrånvaron, mätt som antalet brutto- och nettodagar med sjukpenning, något överraskande förlängdes.³⁷ Författarnas tolkning av resultatet var att kvaliteten i de medicinska underlagen försämrades som en konsekvens av den ökade kontrollen. Denna tolkning stöds av Goine m.fl. (2009) som gjorde en kvalitativ granskning av de medicinska underlagens kvalitet. En försämring av kvaliteten ökar sannolikheten för att de medicinska underlagen återremitteras till läkaren, vilket i sin tur kan förlänga sjukfrånvaron (Johansson och Nilsson, 2008). Analysen i Engström m.fl. (2012) visar dock att ökad återremittering inte kan förklara hela sjukfrånvaroökningen.

I ISF (2014:17) analyseras införandet av det så kallade vårdvalssystemet inom hälso- och sjukvården och deras effekter på användningen av sjukförsäkringen. Under perioden 2007–2009 införde åtta landsting på frivillig basis ett vårdvalssystem inom delar av hälso- och sjukvården. Målet var att förbättra vårdkvaliteten genom ökad konkurrens. I och med individens möjlighet att välja vårdgivare skulle individens position gentemot läkaren stärkas. Vårdgivarna blev beroende av att göra individen nöjd med mötet. Eftersom vårdgivarens lönsamhet var knuten till individens val fanns en risk att förändringen i maktförhållandet mellan individ och läkare skulle leda till att läkarna blev mindre restriktiva med att utfärda läkarintyg. I rapporten används skillnaden i tidpunkt för när vårdvalet infördes i olika landsting för att skatta effekterna. De

³⁶ Utskicken gick också till primärvårdsenheter men för enkelhets skull användes vårdcentral för att beteckna både vårdcentral och primärvårdsenhet.

³⁷ Skillnaden mellan brutto och netto är att bruttomåttet räknar en dags sjukfrånvaro oavsett vilken deltidsnivå som avses medan nettomåttet räknar t ex en dags sjukfrånvaro på 25 procents nivå som en fjärdedels dag.

finner ett visst stöd för att införandet ledde till att fler sjukskrivningar påbörjades och att sjukskrivningstiderna blev längre.

Hartman m.fl. (2009) har sammanställt erfarenheten av den så kallade Sjukvårdsmiljarden som infördes 2006. Avsikten var att stimulera landstingen till att i samarbete med Försäkringskassan minska sjukfrånvaron. Under en treårsperiod (2007–2009) avsattes varje år en miljard kronor till landstingen. Tre fjärdedelar av denna summa var incitamentsbaserad ersättning och fördelades på basis av hur sjukfrånvaron minskade från ett år till ett annat. Resultaten visar att det är svårt att påvisa att denna samverkansinsats generellt ledde till en minskning av sjukfrånvaron. En sannolik anledning är att den incitamentsstruktur som fanns i Sjukvårdsmiljarden inte var optimal. Incitamenten var kopplade till sjukfrånvaron på landstingsnivå, något som en enskild läkare eller enskilda avdelningar inte kan styra över. Eftersom incitamenten enbart var kopplade till sjukfrånvaron gav detta också drivkrafter att föra över sjukskrivna personer med sjukpenning till sjuk- och aktivitetsersättning.

4.6 Sammanfattning

I kapitlet har konstaterats att det finns en omfattande empirisk litteratur, såväl i Sverige som i andra länder, som visar att individen reagerar på ekonomiska incitament: när ersättningen höjs ökar användningen av försäkringen och tvärtom. Forskningen omfattar såväl sjukförsäkringen som förtidspensionssystemet. Omfattande forskning visar också att tidsgränser och kontroller har en dämpande inverkan på användningen av försäkringen. Detta både via kontrollen/tidsgränsen i sig, och drivkrafterna att inte bli kontrollerad eller nå en tidsgräns. Storleken på effekterna av förändringar av ersättningsnivåer och graden av kontroll (alternativt införande av tidsgränser) beror på hur försäkringen och kompletterande system är utformade i stort. Är den samlade kompensationen låg och graden av kontroll redan hög blir effekten av en ökning av kontrollgraden, alternativt en sänkning av ersättningsnivån, sannolikt mindre än när ersättningsnivåerna är höga och graden av kontroll låg.

Forskningen kring normer och sociala interaktioner visar att ersättningsmottagande kan ha en smittande effekt. Studier på

svenska förhållanden har visat att om ersättningsmottagandet av olika anledningar ökar i individens omgivning, ökar också det egna ersättningsmottagandet. Detta resultat återfinns inom både sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen. Vidare visar studier av de ekonomiska incitamenten för arbetsgivarna att när deras kostnader för de anställdas ohälsa ökar, minskar användningen av försäkringen. Forskningen omfattar såväl sjuk- och förtidspensionssystemet som arbetsskadeförsäkringen. Detta ska tolkas som att arbetsgivarna har drivkrafter att agera både preventivt och kontrollerande för att få tillbaka redan sjukfrånvarande i arbete. Forskningen kring betydelsen av försäkringens handläggare är relativt ny inom det ekonomiska forskningsfältet. Studier av den svenska sjukförsäkringen visar att effekterna av handläggarnas agerande kan vara stora. En färsk studie visar att handläggare som är positiva till gällande regelverk i högre grad också tillämpar reglerna och därmed reducerar de genomsnittliga sjukskrivningstiderna. Dessutom framkommer att handläggare som är mer positiva till rehabilitering tar fler initiativ till rehabiliteringsutredningar, vilket i sin tur förlänger sjukfrånvaron. Resultaten överensstämmer med forskning som visat att olika typer av utredningar av rehabiliteringsbehovet och rehabilitering förlänger snarare än förkortar sjukfrånvaron.

Avslutningsvis kan sägas att läkarens arbete med sjukskrivning är mycket komplext eftersom läkarna primärt ska agera för patientens bästa. Komplexiteten består i att många sjukdomar saknar distinkta diagnoskriterier och att arbetsoförmåga kräver kunskap om den specifika arbetsuppgiften. Både beträffande hälsa och arbetsoförmåga har individen och dess arbetsgivare ett tydligt informationsövertag gentemot läkaren. För att läkaren ska neka en patient som själv anser sig vara i behov av sjukskrivning ett sjukintyg krävs en mycket stark tilltro till den egna förmågan att bedöma vad som är rätt för patienten. Det är alltså lite som talar för att läkaren skulle sätta försäkringens eller det allmännas bästa framför individens. Detta problem förstärks om läkaren därutöver har ekonomiska incitament att agera efter patientens uttalade vilja.

5 Avslutande diskussion och rekommendationer

En obligatorisk, allmän och enhetlig sjukförsäkring lik den svenska har både för- och nackdelar. En fördel är att alla oavsett risk och behov ges inkomstskydd vid sjukdom och arbetsoförmåga. En nackdel är att den är sårbar för hur drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen är utformade. Den svenska sjukfrånvaron har under lång tid präglats av höga nivåer och stora variationer över tid. Ingenting tyder på att dessa skulle vara kopplade till förändringar av hälsotillståndet eller till arbetsmiljön. I det offentliga samtalet har länge funnits en slagsida såtillvida att ohälsans betydelse för sjukfrånvaron bara påtalas i tider då sjukfrånvaron stiger, men inte när den sjunker. Ett exempel på det är hur ökad psykisk ohälsa och en försämrad psykosocial arbetsmiljö ofta lyfts fram som orsaker till dagens ökning av sjukfrånvaron, medan motsvarande och andra hälsofaktorer inte nämns som förklaringar till den historiska nedgången av sjukfrånvaron mellan 2003 och 2010.

Enligt oss finns ett starkt stöd i forskningen för att huvudorsaken till dagens uppgång och tidigare upp- och nedgångar av sjukfrånvaron är brister i utformningen av huvudaktörernas drivkrafter att agera i enlighet med försäkringens syfte. För att ge några exempel, i) i dagens sjukförsäkring ges ingen möjlighet att sanktionera läkare som frångår de försäkringsmedicinska riktlinjerna och skriver ut läkarintyg på ett felaktigt sätt, ii) i dag har arbetsgivarna inga direkta kostnader för långvarig sjukfrånvaro bland sina anställda, och därmed saknas tillräckliga drivkrafter att få tillbaka sjukskrivna i arbete, iii) i dag saknar Försäkringskassan ett tydligt mål att hålla sjukfrånvaron på en stabil nivå. Därmed kan

man, som under senare år, försumma sin kanske viktigaste uppgift som grindvakt i sjukförsäkringen.

Sammantaget gör dessa och andra brister i sjukförsäkringens utformning sjukfrånvaron känslig för förändringar i regler, tillämpning av regler och i individers drivkrafter att vara sjukskrivna. Även små förändringar i dessa avseenden kan få betydande konsekvenser via sociala interaktioner och förändrade normer kring att vara sjukskriven.

Fokus i våra förslag är att förbättra drivkrafterna för aktörerna i sjukskrivningsprocessen att agera i det allmännas intresse. Detta med fokus på att åstadkomma en låg och över tid stabil sjukfrånvaro och för att bättre tillvarata individers arbetsförmåga. Förslagen riktar sig till samtliga huvudaktörer i sjukskrivningsprocessen: individen, läkaren, arbetsgivaren, och handläggaren (Försäkringskassan). Förslagen varierar med avseende på hur stora avsteg de utgör i förhållande till dagens sjukförsäkring. Alla utom det sista avser förändringar inom ramen för nuvarande modell. Det första förslaget diskuterar behovet av en fast bortre tidsgräns i sjukförsäkringen. Det andra och tredje förslaget handlar om hur Försäkringskassan bör agera under sjukskrivningsprocessen, respektive hur läkarna kan ges bättre stöd och drivkrafter i utfärdanden av sjukintyg. Förslag fyra diskuterar hur arbetsgivarna genom starkare incitament och kontroll ska kunna bli mer aktiva i att undvika sjukfrånvaro på arbetsplatsen. En försäkring som tydliggör politikens normerande roll från den direkta förvaltningen är den sista och mest omfattande förändringen som diskuteras.

1. En bortre tidsgräns behövs

För en långsiktigt stabil sjukfrånvaro är en bortre tidsgräns en central komponent. Genom den skickas en signal om att en sjukskrivning inte kan pågå för evigt vilket skapar drivkrafter för alla inblandade aktörer att agera för att hitta en lösning innan den bortre tidsgränsen nås. Forskningen inom såväl sjuk- som den angränsande arbetslöshetsförsäkringen är tydlig såtillvida att tidsgränser (och kontroll i vidare mening) minskar användningen av försäkringen både direkt, via tidsgränsen i sig, och indirekt via ökade drivkrafter att avsluta ersättningsperioden innan tidsgränsen. Den 1 februari i år togs den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen bort. Borttagandet kan förväntas

öka sjukfrånvaron inte bara bland dem som i dag når den bortre tidsgränsen, utan även sjukfrånvaron i stort.

Jämförelser av den bortre tidsgränsen i olika länder har visat att den svenska sjukförsäkringen är generös. I de flesta andra länder är den maximala ersättningsperioden 1 eller 1,5 år, medan den i Sverige alltså var 2,5 år fram till nyligen. Därefter väntade tre månader som inskriven vid Arbetsförmedling och arbetslivsintroduktion (ALI) innan en ny sjukskrivning kunde inledas. Reglerna var också så utformade att de allvarligaste sjuka inte omfattades av den bortre tidsgränsen. Ett argument som framfördes för att ta bort tidsgränsen var att stödet inom ramen för ALI kom in för sent. Vi delar den uppfattningen, men i stället för att ta bort den bortre tidsgränsen anser vi att man borde ha övervägt att lägga den tidigare, redan vid 1-1,5 år. Det skulle sannolikt ha skapat bättre möjligheter för insatserna inom ALI att vara verkningsfulla.

I dagens sjukförsäkring finns även tidsbundna hållplatser för prövning av arbetsförmågan vid dag 90 och 180 i sjukfallet. Dessa har visat sig fylla en viktig funktion såtillvida att återgången i arbete ökar i samband med dem. En återkommande tolkning av de senaste årens ökning av sjukfrånvaron är att tidsgränserna inom rehabiliteringskedjan inte fungerar. I själva verket har Försäkringskassans upprätthållande av dessa tidsgränser under samma period dramatiskt försämrats. Tvärtom stärks alltså uppfattningen om tidsgränsernas dämpande inverkan på sjukfrånvaron.

2. *Begränsa förekomsten av tidiga insatser*

Den sedan drygt 10 år mer aktiva sjukskrivningsprocessen består å ena sidan av mer och tidigare utredningar av behovet av rehabilitering samt efterföljande insatser, och å andra sidan tidsgränser samt en ökad kontroll av rätten till ersättning. Medan tidsgränser och kontroll har ett tydligt stöd i befintlig forskning är situationen den motsatta beträffande utredningar, insatser och i synnerhet ett tidigt agerande i sjukskrivningen. Stödet för att olika typer av rehabilitering och samverkan skulle möjliggöra en snabbare återgång i arbete är svagt och de utvärderingar som gjorts av en tidigareläggning av insatser i sjukskrivningsprocessen visar negativa snarare än positiva

resultat. I stället för att förbehållslöst intensifiera arbetet med att åstadkomma tidiga insatser i sjukskrivningarna stödjer befintlig kunskap ett mer försiktigt förhållningssätt till ett tidigt agerande. För att en strategi med tidiga insatser ska vara verkningsfull fordras att rätt individ får rätt insats. I dagsläget är kunskapen kring vilka insatser som fungerar för olika sjukskrivna mycket begränsad. Mycket tyder också på att handläggarnas förmåga att identifiera vilka som är i behov av insatser för att kunna återgå i arbete, och vilka som inte är det, är bristfällig. Risker är med andra ord överhängande att "fel" person får en insats, dvs. någon som i frånvaro av insatsen hade återgått i arbete i stället, eller att "rätt" person får fel insats, det vill säga en insats som inte är verkningsfull och ökar möjligheterna för återgång i arbete. Vi anser därför att innan kunskapen är större på dessa områden bör insatser tidigt i sjukskrivningen begränsas.

3. Villkora läkarens rätt att utfärda sjukintyg

I Sverige, liksom i de flesta länder, är läkaren den första kontrollinstansen, eller grindvakten, i sjukförsäkringen. Läkaren ställer diagnos, dokumenterar arbetsförmågebesvär och förser försäkringsgivarens administration med nödvändig dokumentation. Försäkringsgivaren fattar ofta beslut om rätt till ersättning utan att träffa försäkringstagaren själv. Man kan konstatera att läkarens arbete med sjukskrivning är mycket komplext. Dels för att många sjukdomar saknar distinkta diagnoskriterier, dels för att arbetsförmåga kräver kunskap om den specifika arbetsuppgiften. Det krävs sannolikt en stark övertygelse hos läkaren för att gå emot en individ som till varje pris vill bli sjukskriven.

I dag saknas i stor utsträckning kunskap om hur arbetsförmågan påverkas av olika diagnoser, inte minst de psykiatriska. Detta försvårar arbetet för läkaren som skulle behöva mer stöd i form av riktlinjer kring arbetsförmåga vid diagnoser i olika yrken. På samma sätt saknas i dag kunskap om vilka rehabiliteringsinsatser som är verkningsfulla och inte, liksom vilka effekter sjukskrivning har för hälsa och risken för framtida sjukskrivning. Forskning på dessa områden behöver stimuleras. Mycket talar emellertid också för att läkarnas kunskaper om kraven i olika delar av arbetslivet behöver höjas.

Detta är centralt för att läkaren ska kunna bedöma om sjukskrivning är en nödvändig åtgärd i det aktuella fallet, samt hur lång sjukskrivningen i så fall bör vara.

Att ge landstingen ekonomiska incitament att sjukskriva mindre, så som bl.a. har föreslagits av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (SOU 2015:21), kan vara ett tveeggat vapen. Om incitamenten är riktade till landstinget och inte till enskilda vårdinrättningar visar erfarenheten att de önskade effekterna riskerar att utebli. Skulle incitamenten däremot kopplas till mindre enheter riskerar moraliska konflikter att uppstå kring vem läkaren ska företräda: patienten eller den egna vårdinrättningen.

Ett bättre sätt att få läkarkåren att ta ansvar för sjukfrånvaron vore att tydliggöra att det är Försäkringskassan (försäkringsgivaren), och inte läkaren, som beslutar om rätten till ersättning. För att åstadkomma detta har vi valt att snegla på systemet med rekommenderade utförare inom den amerikanska hälso- och sjukvårdsförsäkringen.³⁸ I detta system har försäkringsgivaren kontrollerat och godkänt kvaliteten och kostnaderna i den vård som vårdgivaren erbjuder, samtidigt som de försäkrade som använder sig av vårdgivaren får billigare vård. På motsvarande sätt skulle Försäkringskassan kunna sätta upp kvalitetskrav för vårdgivare som skriver ut sjukintyg. Kraven kan exempelvis bestå i att läkarna ska ha vissa kunskaper om reglerna i sjukförsäkringen och hur man bedömer arbetsförmågan.

Vidare kan Försäkringskassan ges i uppdrag att via administrativa register löpande följa upp och granska sjukskrivningsmönstret hos olika vårdgivare. Osakliga skillnader och avvikelser från det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan snabbt upptäckas och utredas. Vid upprepade anmärkningar liksom vid rent fusk skulle enskilda vårdgivare kunna förlora rätten till utfärdande av sjukintyg. I likhet med öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården skulle statistik på vårdgivar-nivå också kunna offentliggöras. Detta skulle sannolikt ha en disciplinerande inverkan vid utfärdandet av sjukintyg.

³⁸ Preferred provider organization.

4. Öka arbetsgivarnas kostnadsansvar vid sjukfrånvaro

Arbetsgivaren har ett informationsövertag gentemot Försäkringskassan beträffande förutsättningarna att arbeta sjukskrivningsförebyggande och att erbjuda den anställda alternativa arbetsuppgifter eller arbetsträning i syfte att få tillbaka den anställda i arbete. För att undvika en situation där arbetsgivare drar fördel av detta övertag är det viktigt att deras drivkrafter att agera i försäkringens syfte är rätt utformade. De svenska arbetsgivarnas kostnadsansvar för sjukfrånvaro är förhållandevis begränsat i en internationell jämförelse. Med undantag för en karensdag betalar de sjuklön under de första 14 dagarna av en sjukskrivning. Eftersom arbetsgivare är försäkrade från direkta kostnader för långtidssjukfrånvaro är drivkrafterna små att agera för att hålla nere sjukfrånvaron via exempelvis förebyggande insatser eller insatser i syfte att möjliggöra en återgång för redan sjukskrivna. Som sjukförsäkringen är utformad i dag finns alltså ekonomiska incitament att undvika korttidssjukfrånvaro men inga incitament att rehabilitera, kontrollera eller uppmuntra långtidssjukskrivna att komma tillbaka i arbete. Med såväl nuvarande som tidigare regelverk finns också anledning att misstänka att vinstmaximerande eller kostnadsminimerande arbetsgivare inte aktivt verkar för att få tillbaka långtidssjukskrivna i arbete.

Forskning har visat att reformer i syfte att stärka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter i form av högre kostnader för långtidssjukfrånvaro och förtidspension har haft önskad verkan i form av lägre sjukfrånvaro och färre personer i förtidspension. Emellertid är det viktigt att det ökade kostnadsansvaret är väl utformat så att inte oönskade bieffekter uppstår. En sådan är att arbetsgivarna i högre grad än i dag väljer bort svaga grupper på arbetsmarknaden vid nyrekrytering, exempelvis grupper med en tydlig sjukdomsbild. En annan risk är att de ökade kostnaderna för sjukfrånvaro, vid givna lönenivåer, kommer att öka de totala lönekostnaderna för arbetsgivarna vilket kan påverka arbets efterfrågan negativt. Med rörliga lönenivåer riskerar i stället de ökade kostnaderna att övervältras på individen via lägre löner eller lägre löneökningar vilket skulle kunna öka lönespridningen.

Vi anser att ett erfarenhetsbaserat system byggt på en kombination av det holländska systemet och 2005 års medfinansieringsreform har tydliga förtjänster. Det holländska systemet bygger på hög grad av kontroll av att arbetsgivare och arbetstagare gemensamt gör sitt yttersta för att undvika sjukfrånvaro. I en skisserad modell får arbetsgivaren betala sjuklönen under hela den anställdes sjukskrivning. Till skillnad från dagens modell, där kostnaden för arbetsgivaren är fallande med sjukskrivningens längd, skulle emellertid kostnadsansvaret öka ju längre sjukskrivningen pågick. Exakt vilka nivåer som ska gälla kan diskuteras men några riktmärken kan vara 10 procent under sjukskrivningens första månad, 15 procent för de efterkommande 5 månaderna, och därefter 20 procent.

De ekonomiska drivkrafterna ska, i likhet med det holländska systemet, kombineras med en bättre kontroll av att arbetsgivaren och arbetstagaren uppfyller sina åtaganden för att möjliggöra en återgång i arbete. Arbetsgivaren ska kunna redovisa en plan över vilka åtgärder som ska vidtas under sjukfallet och när dessa ska ske. Denna plan för arbetsåtergång ska granskas och godkännas av Försäkringskassan. Om den anställda inte återgått i arbete efter ett visst antal veckor ska en motivering ges till varför så inte skett. Om arbetsgivaren inte genomfört de insatser eller åtgärder som arbetsgivaren själv föreslagit och som godtagits av Försäkringskassan ska arbetsgivaren också ha ett kostnadsansvar om den anställda övergår till sjuk- och aktivitetsersättning. Arbetsgivaren och den anställda ska båda vara ansvariga för att återgången i arbete lyckas. Skulle den anställda vägra samarbeta ska arbetsgivaren ha någon form av maktmedel att tillgå. Ett alternativ är att arbetsgivaren ges möjlighet att dra in den del av ersättningen som utgörs av sjuklönen.

För att undvika risken för att ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna ytterligare försvårar situationen på arbetsmarknaden för redan utsatta grupper, bör undantag från kostnadsansvaret göras för valda grupper. Undantagen ska göras på basis av tydliga kriterier, exempelvis diagnos eller sjuk- och arbetslöshetshistorik.

En fördel med modellen är att den skapar incitament för både arbetsgivaren och arbetstagaren att undvika sjukfrånvaro. En

möjlig nackdel är att den är administrativt krävande och ställer höga krav på Försäkringskassan att kontrollera att planen har följts och att både arbetsgivare och arbetstagare fullföljt sina åtaganden. Modellen skulle därför sannolikt fungera bättre om Försäkringskassan, jämfört med i dag, hade större befogenheter att utöva kontroll och ett tydligare uppdrag att hålla sjukfrånvaron på en stabil nivå. Ett sådant förslag presenteras under nästa rubrik.

Ett alternativ till modellen ovan är att införa erfarenhetsbaserade premier där arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro baseras på deras tidigare sjukfrånvaro. Fördelen med en sådan lösning är att den inte är lika administrativt krävande och därför skulle ha förutsättningar att vara verkningsfull även i dagens system. Riskerna med ytterligare marginalisering av svaga grupper skulle även här kunna undvikas med undantag för utvalda grupper.

Slutligen kan noteras att införandet av ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna inte bara kan förväntas ha gynnsamma effekter för sjukfrånvarons omfattning utan också på den totala sysselsättningen. I en sjukförsäkring där alla arbetsgivare oavsett sektor betalar samma avgift för sjukfrånvaro kommer företag eller sektorer med en bra arbetsmiljö att subventionera företag och sektorer med en dålig miljö. Om arbetsgivarna i högre utsträckning bär sina egna kostnader sker en omallokering av resurser i ekonomin som kan få återverkningar på makronivå. Om de totala arbetsgivaravgifterna minskas skulle detta (om lönerna inte är helt rörliga) leda till positiva sysselsättnings-effekter

5. Minska politikens inflytande över sjukförsäkringen och sjukfrånvaron

Incitamenten för restriktivitet i en offentligt tillhandahållen försäkring är lägre än i en privat administrerad försäkring eftersom staten, åtminstone kortsiktigt, har mjuka budgetrestriktioner. Vad gäller sjukförsäkringen kan detta inte bara leda till höga kostnader utan också till stora variationer över tid. När sjukfrånvaron går upp kan det som beslutsfattare vara svårt att i ett tidigt skede vinna gehör för en mer restriktiv politik i form av sänkta ersättningsnivåer eller ökad kontroll. Det blir i

stället lockande att peka på faktorer utanför politikens direkta kontroll, exempelvis försämringar av det allmänna hälsotillståndet eller i arbetsmiljön. När sjukfrånvaron sedan nått en oacceptabel nivå tvingas drastiska åtgärder vidtas i syfte att minska utgifterna. Det politiska priset för ett preventivt och långsiktigt agerande bedöms ofta vara alltför högt i förhållande till kortsiktig passivitet. Mycket talar därför för att åtskillnad mellan politisk styrning och styrning av sjukförsäkringen skulle gynna målet om en låg och långsiktigt stabil sjukfrånvaro.

Sverige har en lång tradition av att låta förvaltningsmyndigheter på ett relativt självständigt sätt nå övergripande mål för verksamheten som regeringen beslutar om. På socialförsäkringsområdet har dock en detaljerad reglering av verksamheten förekommit. Problemet med detaljstyrningen är att beslutsfattarna ibland utfärdar regler som inte i tillräcklig utsträckning tar hänsyn till Försäkringskassans verksamhet. Under perioden 2006–2010 genomfördes ett stort reformarbete inom socialförsäkringsområdet.³⁹ Stora förändringar tar ofta tid att implementera. Det kan initialt finnas en osäkerhet kring hur reglerna ska tillämpas och det kan också uppstå frågor kring hur de rent praktiskt ska genomföras. Detta skapar rättssäkerhetsproblem och ökar risken för att reformerna helt eller delvis måste dras tillbaka på grund av kritik från allmänheten. Ett exempel på detta är just införandet av *rehabiliteringskedjan* vars tidsgränser har starkt stöd i forskningen men där den bristfälliga implementeringen och förankringen hos Försäkringskassan fick tydligt negativa effekter på den allmänna acceptansen för reformen.

Mot denna bakgrund finns det skäl att fundera kring hur Försäkringskassan ska kunna agera mer självständigt i förhållande till politiken. Detta kan ske genom att låta sjukförsäkring vara autonom på så sätt att det ska råda balans mellan utgifter och intäkter i försäkringen. Detta har tidigare föreslagits av bland annat Socialförsäkringsutredning, SOU (2006:86), och SNS (2014). I en autonom sjukförsäkring är tanken att ökade utgifter till följd av ökad sjukfrånvaro ska

³⁹ Potentiella effekter på sjukfrånvaron av de åtta mest betydelsefulla reformerna diskuteras i Hägglund och Skogman Thoursie (2011).

regleras inom ramen för försäkringen. Det innebär att utvecklingen av sjukfrånvaron och kostnaderna för denna kan frikopplas från andra välfärdstjänster. I en autonom försäkring ska försäkringsgivaren kunna justera premier eller ersättningsnivåer så att de, i likhet med pensionssystemet, balanserar utgifter och inkomster långsiktigt. Den långsiktiga balansen kan nås via lån från statsbudgeten eller genom att bygga upp en buffert. En brist i ett sådant system är emellertid att svag kontroll och skadereglering i sjukförsäkringen skulle kunna kompenseras med försämrade ersättningsvillkor när utgifterna ökar. Detta skulle i sin tur minska träffsäkerheten i försäkringen och försämrade inkomstryggheten för dem som veckligen behöver den.

Fördelen med en autonom försäkring och en justering av premierna är att det tydliggör för försäkringskollektivet att ökad sjukfrånvaro påverkar löneutrymmet. Detta kan antas skapa incitament för både arbetsgivare och arbetstagare att agera återhållsamt i användandet av försäkringen. Med tanke på försäkringskollektivets storlek är det emellertid inte självklart att en sådan effekt skulle uppstå. Anledningen är att det den enskilde arbetsgivaren och arbetstagarens agerande bara har betydelse på marginalen. Det krävs en tilltro till att alla i systemet agerar i kollektivets intresse vilket inte är troligt. För att en justering av premierna ska vara verkningsfull behöver försäkringskollektivet minskas och homogeniseras till företags- eller arbetsplatsnivå. Det skulle innebära ett stort avsteg från den enhetliga premie som finns i dag; en i det närmaste privat försäkringslösning skulle uppstå.

Den nuvarande pensionsförsäkringen pekas ofta ut som förebild för en autonom sjukförsäkring. Jämförelsen haltar emellertid. I pensionssystemet finns inte någon osäkerhet om vem som har rätt till ersättning och inte och den påverkar inte löneutrymmet för de försäkrade. Beräkningar av balans av utgifter och intäkter består i pensionssystemet bara av ekonomisk tillväxttakt och förväntad livslängd.⁴⁰ I sjuk-

⁴⁰ Det finns också ett selektionsproblem som ännu inte beaktas. Detta uppkommer om de med förväntad lång livslängd väljer att pensionera sig sent medan det omvända skulle gälla för dem med kort livslängd.

försäkringen är restriktiviten i försäkringen betydelsefull för uttaget och dessutom finns en arbetsgivare involverad. Forskning visar att diverse åtgärder med ökad kontroll eller förändrade incitament för individer och arbetsgivare också har förväntad effekt på så sätt att ökad kontroll eller minskade incitament minskar utnyttjandet. Av denna anledning behöver vi inte göra försäkringen autonom för att uppnå långsiktig balans i utgifter och intäkter.

I stället för en autonom sjukförsäkring förespråkar vi en övergång till en tydligare målstyrning av förvaltningen av sjukförsäkringen. Försäkringskassan åläggs att administrera uppsatta mål för sjukfrånvaron. Deras arbete granskas i sin tur av en fristående aktör. I en tankemodell fattar riksdagen rambeslut kring vad som är rimliga ersättningsnivåer och nivå på sjukfrånvaro (inklusive sjuk- och aktivitetsersättning). Detta görs alltså på ungefär samma sätt som riksdagen i dag formulerar ett mål för inflationen i ekonomin.⁴¹ Styrningen däremot skulle delegeras helt till Försäkringskassan. Vi har kunnat konstatera att hur Försäkringskassan hanterat sin roll som kontrollinstans i sjukförsäkringen har haft stor betydelse för sjukfrånvaronivån. Vi har även konstaterat att arbetsgivare, i likhet med arbetstagare, påverkas av kontroll och incitament. Om Försäkringskassan gavs mandat att, utöver arbetstagaren, också utdela sanktioner mot arbetsgivare och läkare som missköter sin uppgift, är vår bedömning att även denna kontroll skulle ha betydelse för nyttjandegraden.

Den viktigaste fördelen med en målstyrd jämfört med en autonom sjukförsäkring är att riksdagen även fortsättningsvis skulle ha kontroll över ersättningsnivåer och vad som är en acceptabel nivå för sjukfrånvaron. Denna nivå bestäms inte bara av den allmänna hälsolivån i samhället utan också av vilken nivå på ohälsa som vi anser ska kvalificera för rätt till ersättning från sjukförsäkringen och i slutändan vad vi anser oss ha råd med. Den andra fördelen är att det är mer troligt att enhetligheten i premierna kan behållas eftersom Försäkringskassan endast

⁴¹ Det är rimligt att tänka sig att t.ex. ohälsotalen skulle tillåtas ligga i ett band på 4-6 procent. Om Försäkringskassan överstiger/understiger dessa nivåer måste ansvar kunna utkrävas.

indirekt (via t.ex. kostnader om arbetsgivare eller arbetstagare inte fullgör sitt rehabiliteringsansvar) kommer att påverka premien som arbetsgivare betalar.

En förväntad invändning mot förslaget är att politiker och andra beslutsfattare inte är lämpade att bestämma vad som är en lämplig sjukfrånvaronivå i samhället och att Försäkringskassan, inte ens med utökade möjligheter att kontrollera och sanktionera läkare och arbetsgivare, kan styra över sjukfrånvaronivån. Exempelvis kan man inte styra över plötsliga förändringar av hälsonivån och därmed behov av att vara sjukskriven. Emellertid finns inget som tyder på att utvecklingen av sjukfrånvaron historiskt skulle ha haft en nära koppling till utvecklingen av hälsotillståndet. Snarare tvärtom; medan sjukfrånvaron varierat kraftigt har hälsotillståndet i befolkningen legat stabilt och till och med förbättrats något. En slutsats är därför att det inte finns någon i objektiv mening optimal sjukfrånvaronivå och att sjukfrånvaronivån redan i dag, via bristfälligt utformade incitament för sjukförsäkringens aktörer, beslutas om av politiker. Med ett mål blir detta än mer uttalat och en signal skickas om vad som är en acceptabel nivå för sjukfrånvaron. Nivån ska kunna justeras över tid men den ska framför allt tydliggöra aktörernas ansvar och möjliggöra en långvarigt stabil sjukfrånvaronivå som motsvarar det generellt sett goda hälsotillståndet i landet.

I och med bildandet av Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF) skulle Försäkringskassans arbete löpande kunna utvärderas och granskas. Denna aspekt är central i utkrävandet av ansvar om Försäkringskassan inte når det av Riksdagen beslutade målet med bibehållen rättssäkerhet.

Referenser

- Anderson, P. & B. Meyer (2000). "The Effects of the Unemployment Insurance Payroll Tax on Wages, Employment, Claims and Denials." *Journal of Public Economics*, vol. 78(1–2), s. 81–106.
- Arrelöv, B., C. Edlund & H. Goine (2006). *Grindvakterna och sjukförsäkringen – Samspel och motspel i SKA-projektet: Sjukförsäkring, kulturer och attityder*. Edward Palmer (Red.), Analyserar 2006:16, Försäkringskassan.
- Autor, D.H. & M.G. Duggan (2006). "The Growth in the Social Security Disability Rolls: A Fiscal Crisis Unfolding." *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20(3), s. 71–96, Summer.
- Behncke, S., M. Fröhlich & M. Lechner (2010). "Unemployed and their caseworkers: should they be friends or foes?" *Journal of the Royal Statistical Society Series A*, vol. 173(1), s. 67–92.
- Bertrand, M. (2010). "New Perspectives on Gender." I O. Ashenfelter & D. Card (Red.), *Handbook of Labor Economics* 4b, 17, Elsevier Ltd., s. 1545–1592.
- Black, D.A., J.A., Smith, M.C. Berger, & B.J. Noel (2003). "Is the Threat of Reemployment Services More Effective than the Services Themselves? Evidence from Random Assignment in the UI System." *American Economic Review*, vol. 93(4), s. 1313–1327.
- Bruce C. & F. Atkins (1993). "Efficiency Effects of Premium-Setting Regimes under Workers Compensation: Canada and the United States." *Journal of Labour Economics*, vol. 11(1), s. 38–69
- Böheim, R. & T. Leoni (2011). *Firm's Moral Hazard in Sickness Absences*. IZA Discussion paper No. 6005, IZA.

- Campolieti, M. (2004). "The Correlates of Accommodations for Permanently Disabled Workers." *Industrial Relations*, vol. 43(3), s. 546–572.
- Card D. & P. Levine (1994). "Unemployment Insurance Taxes and the Cyclical and Seasonal Properties of Unemployment." *Journal of Public Economics*, vol. 53(1), s. 1–29.
- Carling, K., Edin, P.-A., Harkman, A., & B. Holmlund (1996). "Unemployment Duration, Unemployment Benefits, and Labor Market Programs in Sweden." *Journal of Public Economics*, vol. 59(3), s. 313–334.
- Chen, S. & W. van der Klaauw (2008). "The work disincentive effects of the Disability Insurance program in the 1990s." *Journal of Econometrics*, vol. 142(2), s. 757–784.
- Clark A. (2003). "Unemployment as a Social Norm: Psychological Evidence from Panel Data." *Journal of Labor Economics*, vol. 21(2), s. 323–351.
- Conley T. & G. Topa (2002). "Socio-Economic Distance and Spatial Patterns in Unemployment" *Journal of Applied Econometrics*, vol. 17(4), s. 303–327.
- Crosen, R. & U. Gneezy (2009). Gender Differences in Preferences. *Journal of Economic Literature*, vol. 47(2), s. 1–27.
- Deere D. (1991). "Unemployment Insurance and Employment." *Journal of Labor Economics*, vol. 9(4), s. 307–324.
- de Jong P. & M. Lindeboom (2004). "Privatization of sickness insurance: Evidence from the Netherlands." *Swedish Economic Policy Review*, vol. 11(1), s. 121–143
- de Jong, P., M. Lindeboom & B. van der Klaauw (2011). "Screening Disability Insurance applications." *Journal of the European Economic Association*, vol. 9(1), s. 106–129.
- Dolton, P. & D. O'Neill (1996). "Unemployment Duration and the Restart Effect: Some Experience Evidence." *The Economic Journal*, vol. 106(435), s. 387–400.
- Eckel, C. & P.J. Grossman (2008). Men, Women and Risk Aversion: Experimental Evidence. I C. Plott & V. Smith (Red.), *Handbook of Experimental Economics Results* vol. 1, 113, Elsevier Ltd., s. 1061–1073.

- Engström, P. & P. Johansson (2012). "The medical doctors as gatekeepers in the sickness insurance?." *Applied Economics*, vol. 44(28) s. 3615–3625.
- Engström, P., P. Hägglund & P. Johansson (2015). "Early Interventions and Disability Insurance: Experience from a Field Experiment." *Economic Journal*, Wiley Online Library, Accepterad för publicering 2015, under utgivning: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecoj.12310/pdf>.
- Ercolani, M., T. Barmby & J. Treble (2002). "Sickness Absence: An International Comparison." *Economic Journal*, vol. 112(408), s. 315–331.
- Eriksson, S., P. Johansson, & S. Langenskiöld (2012). "What is the right profile for getting a job? A stated choice experiment of the recruitment process." Working paper 2012:13, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk forskning.
- Fenn, P. (1981). "Sickness duration, residual disability, and income replacement: an empirical analysis." *The Economic Journal*, vol. 91(361), s. 158–173.
- Fevang, E., S. Markussen & K. Roed (2014). "The sick pay trap." *Journal of Health Economics*, vol. 11(3), s. 221–231.
- Försäkringskassan (2014). *Analys av sjukfrånvarons variation – Väsentliga förklaringar av upp- och nedgångar över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17.* Försäkringskassan.
- Gerdtham, U.-G. & B. Jönsson (2000). Chapter 1 International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis. I A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Red.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Part A, Elsevier, s. 11–53.
- Getzen, T. E. (2000). "Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures." *Journal of Health Economics*, vol. 19(2), s. 259–270.
- Goine, H., E. Söderberg, P. Engström & E. Palmer (2009). *Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag.* IFAU-rapport 2009:14, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk forskning.
- Granqvist, N., P. Hägglund & S. Simonsson (2015). *Caseworkers' Attitudes – Do they Matter?*, Working paper 2015:1, Inspektionen för socialförsäkringen.

- Gruber, J. & J.D. Kubik (1997). "Disability insurance rejection rates and the labor supply of older workers." *Journal of Public Economics*, vol. 64(1), s. 1–23.
- Gruber, J. (2000). "Disability Insurance benefits and labor supply." *Journal of Political Economy*, vol. 108(6), s. 1162–1183.
- Hakkola, T. & R. Uusitalo (2005). "Not so voluntary retirement decisions? Evidence from a pension reform." *Journal of Public Economics*, vol. 89(11–12), s. 2121–2136.
- Ham, J.C. & S.A. Rea (1987). "Unemployment Insurance and Male Unemployment Duration in Canada." *Journal of Labor Economics*, vol. 5(3), s. 325–53.
- Henrekson, M. & M. Persson (2004). "The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system". *Journal of Labor Economics*, vol. 22(1), s. 87–113.
- Hartman, L., P. Hesselius & P. Johansson (2013). "Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment". *Labour Economics*, vol. 20, January, s. 48–56.
- Hartman, L., P. Johansson, S. Khan & E. Lindahl (2009). Uppföljning och utvärdering av sjukvårdsmiljarden. IFAU-rapport 2009:1, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Hedström, P., A.-S. Kolm & Y. Åberg (2003). Social interaktion och arbetslöshet. IFAU-rapport 2003:11, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk forskning.
- Hesselius, P., P. Johansson & P. Nilsson (2009). "Sick of your colleagues's absence?." *Journal of European Economic Association*, vol. 7(2–3), s. 1–12.
- Hesselius, P., P. Johansson & J. Vikström (2013). "Monitoring and norms in sickness insurance: empirical evidence from a natural experiment." *The Scandinavian Journal of Economics*, vol. 115(4), s. 995–1019.
- Hyatt D. & B. Kralj (1995). "The impact of Workers Compensation Experience Rating on Employer Appeals Activity." *Industrial Relations*, vol. 34(1), s. 95–106
- Hyatt D. & T. Thomason (1998). "Evidence on the Efficacy of Experience Rating in British Columbia" A Report to the royal Commission on Workers' Compensation in BC.

- Hägglund, P., P. Johansson & L. Laun (2015). Rehabilitation of mental illness and chronic pain – the impact on sick leave and health. Working paper 2015:22, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Hägglund, P. (2011). “Are there pre-programme effects of Swedish active labour market policies? Evidence from three randomised experiments.” *Economics Letters*, vol. 112(1), s. 91–93.
- Hägglund, P. (2013). “Effects of Introducing Time-limits in the Sickness Insurance System on Return to Work – Evidence from the Swedish Rehabilitation Chain.” *Empirical Economics*, vol. 45(1), s. 567–582.
- Hägglund, P. & P. Skogman Thoursie (2010). “De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: En diskussion om deras förväntade effekter”, rapport till Finanspolitiska rådet. *Studier i finanspolitik* 2010/5.
- Häkkinen Skans, I. & P. Johansson (2014). Equilibrium effects of monitoring – Evidence from a quasi experiment in the Swedish temporary parental benefit program. Working paper 2014:2, Inspektionen för socialförsäkringen.
- Ichino A. & G. Maggi (2000). “Work Environment and Individual Background: Explaining Regional Shirking Differentials in a Large Italian Firm” *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 115(3), s. 1057–1090.
- Idler, E.L. & Y. Benyamini (1997). Self-rated health and mortality: a review of twentyseven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38(1), s. 21–37.
- ISF (2014:17). Vårdvalets effekter på sjukskrivningar. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2014:18). Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2014:21). Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete? Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2014:22). Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2015:4). Arbetsgivares medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen – Hur påverkade varaktigheten i sjukskrivningen? Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2015:5). Tidsgränserna i sjukförsäkringen. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.

- ISF (2015:6). Offentlig och kollektivavtalad sjukförsäkring – Institutionell utveckling under 30 år. Rapport, Inspektionen för socialförsäkringen.
- Johansson, P. & E. Lindahl (2013). "Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment ." *Empirical Economics* 2013, vol. 44, 3, s. 1673–1695.
- Johansson, P. & M. Palme (1996). "Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data". *Journal of Public Economics*, vol. 59(1), s. 195–218.
- Johansson, P. & M. Palme (2002). "Assessing the effect of public policy on worker absenteeism" *Journal of Human Resources*, vol. 37(2), s. 381–409.
- Johansson, P. & M. Palme (2005). "Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics*." 89(9–10), s. 1879–1890.
- Johansson, P. & M. Nilsson (2008). Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro? IFAU-rapport 2008:27, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Johansson, P., E. Aydin, S. Bergendorff, N. Granqvist, M. Josephsson, & I. Sohlberg (2010). Arbetslivsinriktad rehabilitering. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen, SOU: S 2010:4.
- Johansson, P., L. Laun & M. Palme (2014). Pathways to retirement and the role of financial incentives in Sweden. Working paper, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Jylhä, M. (2009). What is Self-Rated Health and Why does it Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science & Medicine*, vol. 69(3), s. 307–316.
- Kapteyn, A., J.P. Smith & A. van Soest (2007). "Vignettes and Self-Reports of Work Disability in the United States and the Netherlands." *American Economic Review*, vol. 97(1), s. 461–473.
- Karolinska institutet (2004). Hållbar hälsa i kommuner och landsting. Lägesrapport december 2002.
- Katz, L.F. & B.D. Meyer (1990). "The impact of the potential duration of unemployment benefits on the duration of

- unemployment.” *Journal of Public Economics*, vol. 41(1), s. 45–72.
- Korkeamäki, O. & T. Kyrrä (2012). ”Institutional rules, labor demand and retirement.” *Journal of Population Economics*. vol. 25(2), s. 439–468.
- Krueger, A., B. Meyer (2002). Labor supply effects of social insurance. I A. Auerbach & M Feldstein (Red.) *Handbook of Public Economics* 4. Amsterdam: North-Holland.
- Kyrrä, T. & J. Toumola (2013). ”Does Experience Rating Reduce Disability Inflow?” IZA DP No. 7344.
- Lagerström, J. (2011). ”Vilken betydelse har arbetsförmedlare för arbetslösas framtida sysselsättning och arbetsinkomst?” IFAU-rapport 2011:10, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Lalive, R., J.C. van Ours & J. Zweimüller (2000). ”The Impact of Active Labor Market Programs and Benefit Entitlement Rules on the Duration of Unemployment.” Discussion Paper, 149, Institute for the Study of Labor (IZA).
- Lindbeck, A., M. Palme & M. Persson (2015). ”Sickness Absence and Local Benefit Cultures.” *The Scandinavian Journal of Economics*, Article first published online: 1 OCT 2015 DOI: 10.1111/sjoe.12131.
- Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler & A. Leibowitz (1987). ”Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment.” *The American economic review*, vol. 77(3), s. 251–277.
- Meyer, B. (1990). ”Unemployment Insurance and Unemployment Spells.” *Econometrica*, vol. 58(4), s. 757–782.
- Meyer, B. (1995). ”Lessons from the U.S. Unemployment Insurance Experiments.” *Journal of Economic Literature* vol. 33(1), s. 91–131.
- Nordenfelt, L. (1991). *Hälsa och värde: studier i hälso- och sjukvårdens teori och etik*, Stockholm: Thales. Libris
- O’Donell, O. (2009). ”Measuring health inequalities in Europe. Methodological issues in the analysis of survey data.” *Eurohealth*, vol. 15(3), s. 10–14.
- OECD (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers; A Syn- Nordenfelt of Findings Across OECD Countries*, OECD.

- Roed, K., P. Jensen & A. Thoursie (2002). "Unemployment Duration, Incentives and Institutions – A Micro-Econometric Analysis Based on Scandinavian Data." Working Paper, 3/2002, Swedish Institute for Social Research.
- Ruser, J. (1991). "Workers Compensation and Occupational Injuries and Illness." *Journal of Labour Economics*, vol. 9(4), s. 325–350.
- SCB (2013). *Statistisk årsbok för Sverige*, Statistiska centralbyrån.
- Socialstyrelsen (2011). *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Nationella medicinska Indikationer, rapport 2011:02*, Socialstyrelsen.
- SNS (2005). *En hållbar sjukpenningförsäkring. Valfärdsrådets rapport 2005*.
- SNS (2014). *Hur får vi råd med välfärden? Konjunkturrådets rapport 2014*.
- SOU (2008:66). *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*.
- SOU (2006:86). *Mera försäkring mera arbete. Statens offentliga utredningar*.
- SOU (2015:21). *Mer trygghet och bättre försäkring. Statens offentliga utredningar*.
- Thoursie, A. (1998). "Studies on Unemployment Duration and on the Gender Wage Gap." *Dissertation Series*, 35, Swedish Institute for Social Research.
- Topa, G. (2001). "Social Interactions, Local Spillovers and Unemployment." *The Review of Economic Studies*, vol. 60(2), s. 261–295.
- Topel, R. (1983). "On Layoffs and Unemployment Insurance." *American Economic Review*, vol. 73(4), s. 541–59.
- Ziebarth, N. (2009). "Long-Term Absenteeism and Moral Hazard – Evidence from a Natural Experiment." *DIW Discussion Paper 888/2009*, DIW Berlin.
- Ziebarth, N. & M. Karlsson (2010). "The Effects of Expanding the Generosity of the Statutory Sickness Absence Insurance." *Journal of Public Economics*, vol. 94(11–12), s. 1108–1122
- Vikström, J. (2009). *Hur påverkade arbetsgivaransvaret i sjukförsäkringen lönebildningen? IFAU-rapport 2009:11*, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.

Förteckning över tidigare rapporter till ESO

2016

- Boende med konsekvens. En ESO-rapport om etnisk boendesegregation och arbetsmarknad.

2015

- En ny giv? En ESO-rapport om regleringen av spelmarknaden.
- Maktutövningar under lagarna? En ESO-rapport om trotsiga kommuner.
- En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden.
- Verksamma insatser mot brott? En ESO-rapport om orsak och verkan.
- Familjepolitik för alla? En ESO-rapport om föräldrapenning och jämställdhet.

2014

- Goda år på ålders höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen.
- 3:12-Corporations in Sweden: The Effects of the 2006 Tax Reform on Investments, Job Creation and Business Start-ups.
- Företagandets förutsättningar – En ESO-rapport om den svenska ägarbeskattningen.
- Kapital på krita? En ESO-rapport om företagandets finansiering.
- Konkurrens, kontakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi.

- Hållbara beräkningar – en ESO-rapport om att bedöma den offentliga sektorns finansiella hållbarhet.
- Med nya mått mätt – en ESO-rapport om indikationer på produktivitetsutvecklingen i offentlig sektor.
- Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem.

2013

- Bäste herren på täppan? En ESO-rapport om bostadsbyggande och kommunala markanvisningar.
- Allmän nytta eller egen vinning? En ESO-rapport om korruption på svenska.
- Var skapas jobben? En ESO-rapport om dynamiken i svenskt näringsliv 1990–2009.
- Transportinfrastrukturens framtida organisering och finansiering.
- Investeringar in blanco? En ESO-rapport om behovet av infrastruktur.
- Bonde söker bidrag – en ESO-rapport om effektivitet i det svenska landsbygdsprogrammet.
- The pension system in Sweden.
- Den offentliga sektorn – en antologi om att mäta produktivitet och prestationer.
- Utvinning för allmän vinning – en ESO-rapport om svenska mineralinkomster.
- Offentlig upphandling eller gröna nedköp? En ESO-rapport om miljöpolitiska ambitioner.

2012

- Svängdörr i staten – en ESO-rapport om när politiker och tjänstemän byter sida.
- En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan.
- Den akademiska frågan – en ESO-rapport om frihet i den högre skolan.
- Income Shifting in Sweden. An empirical evaluation of the 3:12 rules.

- Samhällsekonomi på spåret – en ESO-rapport om att räkna på tunnelbanan.
- Hjälpa eller stjälpa? En ESO-rapport om kontrollfunktionen i arbetslöshetsförsäkringen
- Lärda för livet? – en ESO-rapport om effektivitet i svensk högskoleutbildning
- Forskning och innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande

2011

- UD i en ny sits – organisation, ledning och styrning i en globaliserad värld.
- Försvarets förutsättningar – en ESO-rapport om erfarenheter från 20 år av försvarsreformer.
- Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt.
- Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet.
- Sysselsättning för invandrare – en ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration.
- Kollektivtrafik utan styrning
- Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden
- Att lära av de bästa – en ESO-rapport om svensk skola i ett internationellt forskningsperspektiv.
- Rapport från ett ESO-seminarium – decenniets framtidsfrågor.

2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.
- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.
- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.

- Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.
- Enkelt och effektivt – en ESO-rapport om grundtrygghet i välfärdssystemen.
- Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

2003

- Skolmisslyckande – hur gick det sen?
- Politik på prov – en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union – the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet – om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana – en ESO-rapport om utvecklingen 1995–2001.
- Axel Oxenstierna – Furstespegel för 2000-talet.

2002

- ”Huru skall statsverket granskas?” – Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.

- Lärobok för regelnissar – en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen – en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School's Need for Resources – A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan – en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter – en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985–1993.
- Hoten mot kommunerna – en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

2001

- Mycket väsen för lite ull – en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst – en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet – en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud – en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan – en ESO-rapport om gymnasieskolorna.
- Konkurrens bildar skola – en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU – en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

2000

- Att granska sig själv – en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan – en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar – en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? – en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? – en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt – en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.

- Kroppen eller knoppen? – en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg – en ESO-rapport om 2000-talets demo-grafiska utmaningar.

1999

- Dagens och drivkrafter – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning – en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga – en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris – en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa – en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken – en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden – en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv – en ESO-rapport om rederier och subventioner.
- Bostad sökes – en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Att ta sig ton – en ESO-rapport om svensk musikexport 1974–1999.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-rapport om stabiliseringspolitiken som läroprocess.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-seminarium om stabiliseringspolitik som läroprocess.

1998

- Staten och bolagskapitalet – om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken – kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet – rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på – om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna – mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! – om kommunal välfärd i framtiden.

- Vad kostar en ren? – en ekonomisk och politisk analys.

1997

- Fisk och Fusk – Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat – vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet – efter Sveriges EU-inträde.

1996

- Kommunerna och decentraliseringen – Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen – om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel – Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? – En principdiskussion.

1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livscykeln En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshanteringen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitet utveckling 1980–1992.
- Kvalitet och produktivitet – Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivetsmått.
- Kvalitets- och produktivitet utvecklingen i sjukvården 1960–1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.
- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Presstödet effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.

- Kommunerna som företagsägare – aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeeffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.
- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

1990

- Läkemedelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – city-kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet – alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare – ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" – en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård – exempel på kvalitet- och effektivitetmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.
- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparings-teknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitetsutveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part – spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster – med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980.

- Vägar ut ur jordbruksregleringen – några idéskisser.
- Att leva på avgifter – vad innebär en övergång till avgiftsfinansiering?

1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitet utveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960–1980.
- Socialbidrag. Bidragmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan – en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag – en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom armén och flygvapnet 1972–1982.

1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet – möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter – problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom vägsektorn.
- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbete och den äldre generationen.

- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom den sociala sektorn 1970–1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser – en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt – behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljeval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.
- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader – prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor – en studie av patent- och registreringsverket.

- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

1982

- Ökad produktivitet i offentlig sektor – en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner.
- Perspektiv på besparingspolitiken.