

Välfärdsrådets  
rapport 2005

**En hållbar sjukpenningförsäkring**

Laura Larsson

Agneta Kruse

Mårten Palme

Mats Persson

SNS FÖRLAG

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

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

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

**En hållbar sjukpenningförsäkring**  
**Välfärdsrådets rapport 2005**

*Laura Larsson, Agneta Kruse, Mårten Palme, Mats Persson*

Första upplagan  
Första tryckningen

© 2005 Författarna och SNS Förlag  
Omslag och grafisk form: Patrik Sundström

Tryck: Elanders Infologistics Väst AB, Mölnlycke 2005

ISSN 1653-3909  
ISBN 91-85355-26-7

## INNEHÅLL

Utgivarens förord .....	5
1. Inledning .....	7
2. Empirisk bakgrund .....	10
3. En bra försäkring .....	28
4. En social försäkring .....	34
5. Självrisk och skadereglering i sjukpenningförsäkringen .....	48
6. Normer och normbildning .....	66
7. Arbetsgivarnas ansvar för finansieringen .....	72
8. Hur ska de långa sjukfallen hanteras? .....	84
9. Sammanfattning och slutsatser .....	92
Referenser .....	97
Ordlista .....	100
Välfärdsrådet 2005 .....	102
Referensgrupp .....	103



Årets rapport från SNS Vårdsråd granskar den svenska sjukpenningförsäkringen utifrån ett försäkringsperspektiv. Rapporten tar sin utgångspunkt i de senaste årens stora ökning i sjukfrånvaron. Dess orsaker har debatterats ivrigt, även inom ramar för tidigare SNS-projekt, och experter från flera olika områden har engagerat sig. Denna rapport fokuserar på sambandet mellan sjukfrånvaro och sjukpenningförsäkringens utformning.

Ambitionen är i första hand att ge en aktuell bild av den svenska sjukpenningförsäkringen och dess brister, men också att lägga fram några konkreta förslag till reformer. Exempel på frågor är: Vad kännetecknar en bra försäkring och vilka är de problem som den måste lösa? På vilket sätt skiljer sig socialförsäkringar från andra, privata, försäkringar? Vad är det som brister i sjukpenningförsäkringen?

Vad kan vi förvänta oss av medfinansieringsreformen, som lade ett större finansieringsansvar på arbetsgivarna? Och hur ska de riktigt långa sjukfallen hanteras? Med hjälp av aktuell statistik på området samt en genomgång av den ekonomisk-teoretiska och empiriska forskningen på området ger rådet tre förslag på hur sjukpenningförsäkringen kan förbättras så att sjukfrånvaron kan minskas.

Årets råd utgörs av fil.dr *Agneta Kruse*, Lunds universitet, professorerna *Mårten Palme* och *Mats Persson*, båda vid Stockholms universitet, samt undertecknad (ordförande). *Martin Nordin*, doktorand vid Lunds universitet, har bidragit med beräkningar om medfinansieringen (i kapitel 7). *Eva Danielsson*, SNS, har redigerat figurerna i rapporten.

Arbetet har följts av en mycket engagerad och hjälpsam referensgrupp under ordförandeskap av *Yvonne Gustafsson*, generaldi-

rektör vid Ekonomistyrningsverket. För finansieringen svarar referensgruppen (se förteckning i slutet av rapporten) samt Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Stockholm i oktober 2005

LAURA LARSSON

*Fil.dr, Institutet för arbetsmarknadspolitisk  
utvärdering, och forskningsledare, SNS.*

**F**örsäkringar är lika intressanta för samhällsforskaren som de är nödvändiga för samhället. De gör det möjligt för oss att sprida risker över ett stort antal individer. De tillåter oss därmed att bli djärvare i våra livsval och de ger oss stora effektivitetsvinster genom att vi slipper spara stora summor i improduktiva reserver. På så sätt ger oss försäkringar trygghet och hjälper oss att utvecklas både som individer och samhälle.

Alla samhällen har någon form av försäkringssystem. I mer avancerade samhällen finns även *socialförsäkringssystem*, alltså obligatoriska försäkringar i offentlig regi. Tanken har varit att kollektivt, via en politisk process, lösa problem som marknaden inte tycks lösa. Ofta har socialförsäkringarna även varit ett uttryck för en politisk vilja till omfördelning av ekonomiska resurser mellan olika grupper i samhället. Utbyggnaden av socialförsäkringssystemen har i de flesta västländer varit ett viktigt inslag i den politiska debatten under efterkrigstiden.

Sjukpenningen – den del inom den svenska socialförsäkringen som ersätter förlorad arbetsinkomst vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom – har på senare tid kommit i fokus i samhällsdebatten. Bakgrunden är att kostnaderna för denna försäkring mer än fördubblades på bara några år mellan 1996 och 2002. Det är inte rimligt att tro att denna snabba kostnadsökning förklaras av en motsvarande försämring av folkhälsan. Anledningen till den skenande utvecklingen bör därför sökas i försäkringens utformning och i dess samverkan med förändringar i samhället, inklusive andra försäkringar.

Försäkringar på den privata marknaden, som inte fungerar, får i de flesta fall ett kort liv: marknaden kan ses som en evolutionär process där bara ekonomiskt hållbara konstruktioner överlever. För socialförsäkringar är det annorlunda; de konstrueras i en politisk process och de har ofta en »mjuk« budgetrestriktion som gör att de kan fortleva under många år – även om de inte är ändamålsenligt utformade.

I denna bok diskuterar vi problemen med de svenska socialförsäkringarna. Fokus ligger i första hand på sjukpenningförsäkringen, men eftersom denna så tydligt samverkar med sjukersättning (som tidigare hette förtidspension) och arbetslöshetsförsäkringen berörs även dessa system. Boken är en genomgång av den samlade ekonomisk-teoretiska och empiriska kunskapen på området. Vi har också tagit fram den färskaste statistiken för att ge en aktuell bild av problemen.

Problemet som vi i denna rapport söker lösning på är att sjukpenningförsäkringen inte fungerar som en bra försäkring. Statistiken som vi presenterar samt tidigare forskning antyder att andra faktorer än rent försäkringsmässiga spelar stor roll i sjukskrivningsbeslutet. Vi diskuterar vad som är en bra försäkring och de problem som den måste lösa. Kort sagt, ger en bra försäkring bra skydd samtidigt som den hindrar överutnyttjande. Två sätt att hindra överutnyttjande är självrisk och skadereglering. I dagens sjukpenningförsäkring fungerar inte dessa på bästa sätt.

Vidare diskuterar vi huruvida den svenska sjukpenningen verkligen är en socialförsäkring. Sjuklön och medfinansiering – två viktiga inslag i sjukpenningförsäkringen – utgör nämligen markanta privatiseringsinslag i socialförsäkringen; vi analyserar effektivitets- och fördelningseffekter av denna privatisering och diskuterar ett alternativ till medfinansiering. Hur de riktigt långa sjukfallen bör hanteras utgör ett viktigt kapitel i boken där vi också presenterar ytterligare ett av våra konkreta förslag.

Eftersom det galopperande ohälsotalet utgör ett så allvarligt hot mot den svenska välfärdsstaten har det redan skrivits mycket om dess orsaker. Debatten har engagerat forskare och experter



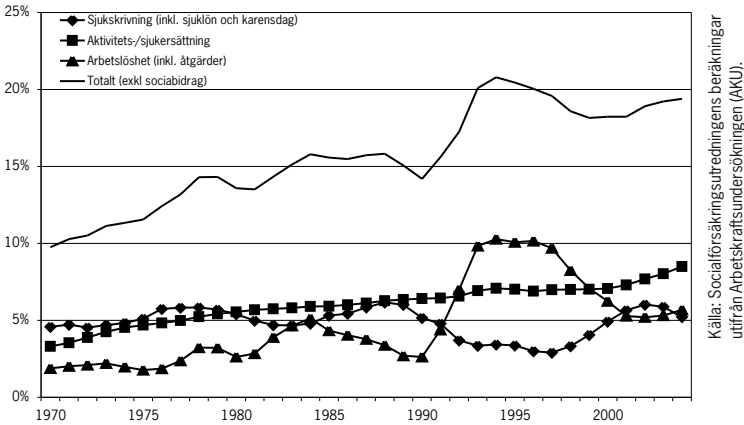
med såväl medicinsk som organisationsteoretisk och filosofisk bakgrund. Konsekvenser av underbemanning och utmattningsdepressioner har diskuterats utförligt. Sammantaget finns det säkert mycket kunskap att hämta ur den debatten – men i den här boken kommer vi att fokusera på hur socialförsäkringarna fungerar rent ekonomiskt. Anledningen är inte att vi bedömer dessa andra aspekter som mindre viktiga, utan snarare – för att använda ett ekonomiskt begrepp – att vi helt enkelt vill utnyttja våra komparativa fördelar som ekonomer.

**D**en stora uppgången i sjukfrånvaro och sjukersättning/förtidspension sedan mitten av 1990-talet har diskuterats intensivt. Sjukfrånvaron har nu sakta börjat vända nedåt och det finns skäl att analysera bakgrunden till den stora uppgången med några års perspektiv. Var uppgången så unik som många verkar påstå? Vilka grupper av individer och vilken typ av sjukfall bidrar mest till uppgången? Det är de centrala frågorna i detta kapitel, som också ger en grund för vidare analys om och i så fall på vilket sätt sjukpenningförsäkringen fungerar dåligt.

Figur 2.1 visar hur andelen av befolkningen som får sin försörjning från olika delar av inkomstrygghetssystemet har utvecklats sedan 1970.<sup>1</sup> Vi kan göra flera intressanta iakttagelser. För det första har den totala andelen som är antingen sjukskrivna, förtidspensionerade eller arbetslösa ökat från cirka 10 procent till nästan 20 procent. Trenden är knappast ekonomiskt hållbar, i synnerhet med tanke på att vi nu står inför problemen med en allt äldre befolkning. Men den långsiktiga trenden förklaras *inte* av en ökning i sjukskrivningar, utan snarare av en uppgång i antalet arbetslösa och antalet förtidspensionerade (sedan 2002 kallas förtidspension för »sjukersättning« eller »aktivitetsersättning«). Uppgången i sjukfrånvaro sedan slutet av 1990-talet är alltså inte unik, tvärtom verkar sjukfrånvaron ha pendlat kring 5 procent under hela 35-årsperioden.

---

1. Andelarna motsvarar helårsekivalenter där två sjukfall som pågår halva året är lika med en helårs sjukskrivning.



**Figur 2.1** Andelen av svenska befolkningen 20-64 år som försörjs av olika trygghetssystem 1970-2004.

Vad som däremot är anmärkningsvärt är våldsamt i svängningarna; under den senaste uppgången fördubblades sjukskrivningarna, och även tidigare fluktuationer har varit anmärkningsvärt stora. Svängningarna är rimligen för stora för att kunna mot-svaras av underliggande förändringar i folkhälsan. Slutligen verkar det finnas ett negativt samband över tiden mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro: sjukfrånvaron har varit låg i perioder med hög arbetslöshet och omvänt.

Låt oss först analysera vilka grupper och vilken typ av sjukfall som står bakom den senaste tidens uppgång. Trots att uppgången inte är unik, är det viktigt att förstå orsakerna bakom den. Därefter ska vi titta närmare på sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Datamaterialet har hämtats från Försäkringskassan och annan offentlig statistik.

## Långa sjukfall ökat mest

Den svenska sjukpenningen domineras av ersättningar till mycket långa sjukfall. Figur 2.2 visar fördelningen med avseende på falllängd för pågående fall den 31 december 2004.<sup>2</sup> Underlaget är hämtat ur Försäkringskassans officiella statistik och omfattar bara dagar ersatta av Försäkringskassan – arbetsgivarperioden som 2004 omfattade de tre första sjukveckorna är således inte inräknad i underlaget. Denna brist i statistiken är olycklig av flera skäl. För det första måste man hålla i minnet att de falllängder som nämns i figur 2.2 egentligen ska vara ytterligare tre veckor långa (till exempel är fallen 1–14 dagar egentligen 22–35 dagar, medan de fall som sägs vara 15–28 dagar egentligen är 36–49 dagar och så vidare). För det andra försvåras jämförelser över tiden, eftersom arbetsgivarperiodens längd flera gånger ändrats under senare år. Någon tillförlitlig statistik som tar hänsyn till detta problem finns inte tillgänglig, varför vi får nöja oss med Försäkringskassans ofullständiga redovisning.

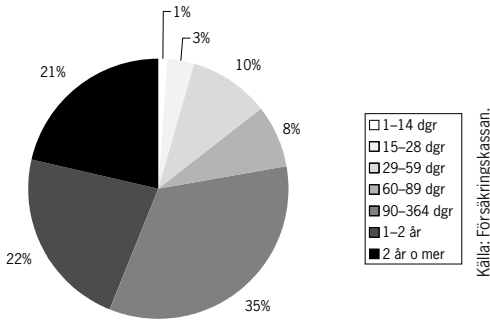
Med detta i minnet ser vi av figur 2.2 att 78 procent av de pågående fallen motsvaras av det som brukar benämnas långa sjukfall, alltså fall som pågår i mer än 90 dagar (mer än 111 dagar med arbetsgivarperioden inräknad). Vidare framgår att hela 43 procent utgörs av fall som pågår i mer än ett år. Detta är uppseendeväckande eftersom Försäkringskassans instruktioner säger att en eventuell överföring till sjukersättning/förtidspensionen ska prövas för alla personer som bedöms vara sjuka längre än ett år. Slutligen kan vi se att 21 procent, mer än en femtedel, utgörs av fall som pågått mer än två år.

I många internationella jämförelser<sup>3</sup> kommer Sverige ut som det land där sjukfrånvaron är högst. Det är dock inte sannolikt att

---

2. Undersökningen har gått till så, att Försäkringskassan den 1 december varje år har registrerat alla pågående sjukfall. Därefter har man, för varje sjukfall, noterat dess längd så snart det avslutats. Sannolikheten att ett långt sjukfall ska registreras är naturligtvis högre än för ett kort, men å andra sidan bidrar de långa mer till den totala sjukfrånvaron. Mäter man pågående fall en viss dag tar dessa effekter precis ut varandra och resultatet blir ett rättvisande mått på de korta respektive de långa sjukfallens bidrag till det totala sjukalet.

3. Se till exempel OECD (2005).

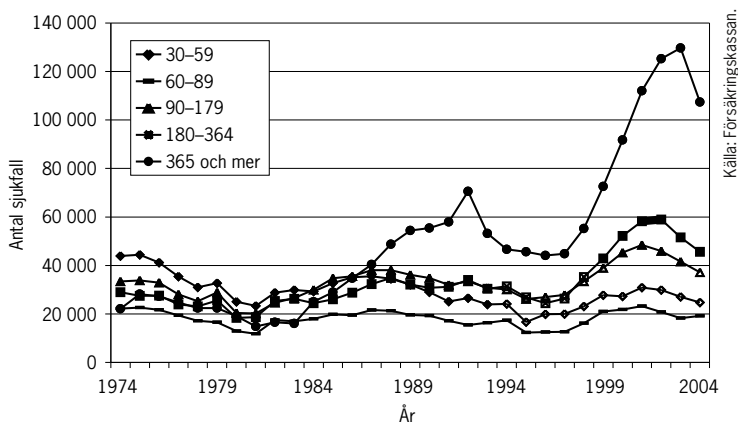


**Figur 2.2** Pågående sjukpenningfall per 1000 sjukpenningförsäkrade fördelade efter fallängd (exklusive arbetsgivarperioden) 31 december 2004.

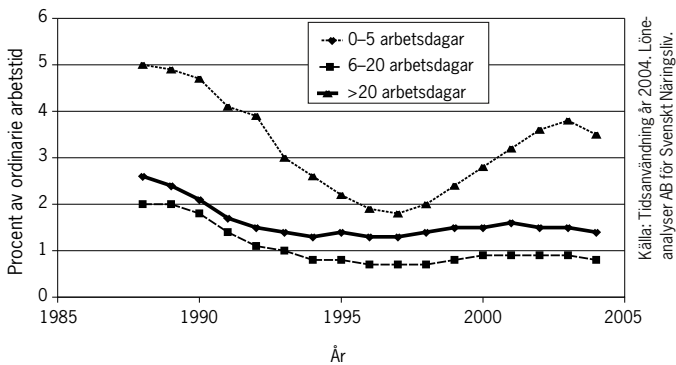
detta resultat motsvaras av brister i den underliggande hälsan. Tvärtom brukar Sverige komma väl ut i andra sådana jämförelser: den förväntade livslängden är en av de allra längsta i världen. Därremot är en uppenbar delförklaring helt enkelt att fall längre än ett år inte omfattas av sjukförsäkringar i de allra flesta jämförbara länder. Sådana sjukfall hamnar i stället i olika förtidspensionssystem.

Figur 2.3 visar utvecklingen av sjukfrånvaron i slutet av året, uppdelad på sjukfallens längd 1974 till 2004. Statistiken mäter bara de dagar som ersatts av Försäkringskassan och störs av att längden på arbetsgivarperioden ändrats vid ett flertal tillfällen under den studerade perioden. Figuren visar dock ett tydligt mönster: det är de mycket långa fallen – de som är längre än ett år – som utgör den överlägset största andelen av ökningen. Även de som av Försäkringskassan brukar benämnas som långa fall – längre än 90 dagar – står för en betydande del av ökningen. De kortare fallen har visserligen också varierat i antal, men deras bidrag till det totala sjukalet är ytterst marginellt.

För en del av arbetsmarknaden – det privata näringslivet – finns statistik över den totala sjukfrånvaron, alltså även över de korta fallen som omfattas av arbetsgivarperioden. Figur 2.4 redovisar



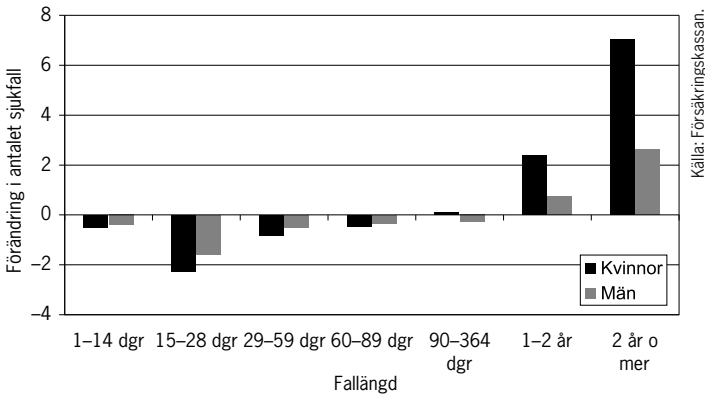
**Figur 2.3** Utveckling av antalet sjukfall uppdelad på fallängder, 1970–2004.



**Figur 2.4** Sjukfrånvaro i procent av ordinarie arbetstid för arbetare och tjänstemän i det privata näringslivet.

utvecklingen av sjukfrånvaron mätt som andel av den ordinarie arbetstiden mellan 1988 och 2004. Det framgår tydligt av figuren att den korta sjukfrånvaron har varit relativt konstant – eller faktiskt minskat något sedan slutet av 1980-talet. Den långa sjukfrånvaron står även i denna del av arbetsmarknaden för hela ökningen i sjukalet under senare år. Det är troligt att mönstret är mycket likartat – om inte än mer accentuerat – i den offentliga sektorn.

Låt oss återgå till Försäkringskassans officiella statistik. Ett annat sätt att tydliggöra förändringen i typ av sjukfall är att titta på skillnaden mellan två perioder i antal pågående fall med olika falllängder. Tydligheten i en sådan analys sker emellertid på bekostnad av att valet av de två perioderna alltid involverar ett mått av godtycke. Vi har valt att titta på skillnaden mellan 1999 och 2004. 1999 hade ökningen redan pågått några år och 2004 hade det totala sjukalet gått ner under ett par år. Inget av åren är därmed extremt.<sup>4</sup>



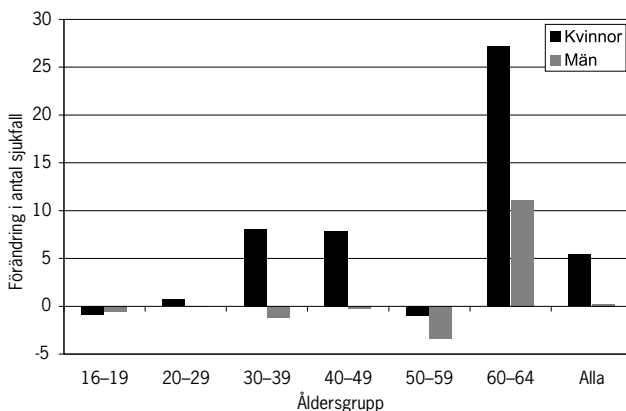
**Figur 2.5** Förändringen i antalet sjukfall per 1000 försäkrade 1999–2004, uppdelad på falllängd.

<sup>4</sup> Återigen störs statistiken av förändringar i arbetsgivarperioden: fram till juli 2003 var den två veckor, därefter tre veckor ända fram till slutet av år 2004.

Resultaten, som visas i figur 2.5, illustrerar ännu tydligare att ökningen i sjukfrånvaro består av en ökning av riktigt långa fall. De allra längsta fallen (som pågått i över två år) står för nästan hela ökningen, vilket är uppseendeväckande. Förändringarna är större för kvinnor än för män. Antalet korta fall har minskat, men det kan troligen till största delen förklaras av förlängningen av arbetsgivarperioden. Hade vi valt ett tidigare år än 1999, så hade vi noterat en ökning i alla fallängder, men de långa fallen hade fortfarande dominerat.

## Ökningen störst bland äldre

Vi fortsätter analysen med att se hur förändringen i sjukfrånvaro mellan 1999 och 2004 ser ut för olika åldersgrupper. Figur 2.6 visar klart att den största delen av förändringen kan hänföras till den äldsta gruppen: personer mellan 60 och 64 år. För kvinnor har sjukskrivningen också ökat en del i åldersgruppen 30 till 49 år, medan den minskat något för både kvinnor och män i åldersgruppen 50 till



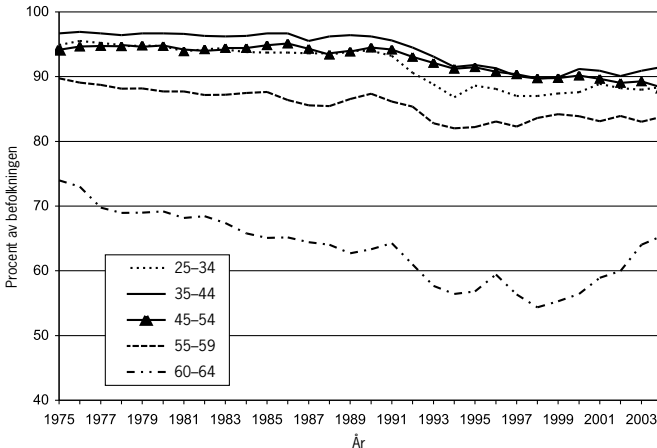
**Figur 2.6** Förändring i antalet sjukfall per 1000 försäkrade, uppdelad på åldersgrupper, 1999–2004.



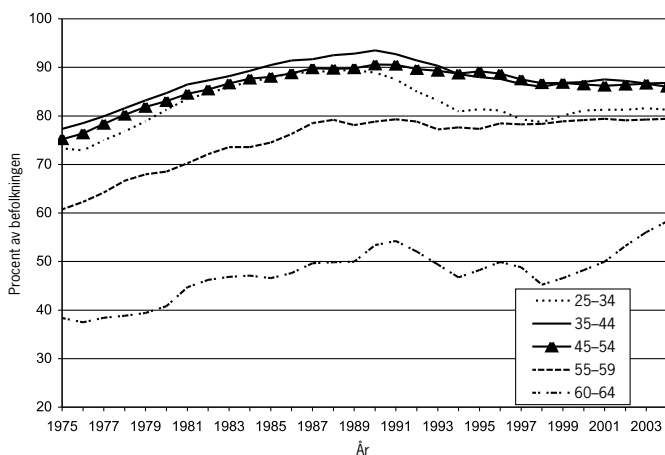
59 år. Figuren visar återigen att nästan hela ökningen mellan 1999 och 2004 kan hänföras till en ökad sjukskrivning bland kvinnor.

Uppgången i sjukfrånvaro motsvaras således av ett ändrat beteende i den äldre åldersgruppen. Bidraget till det totala sjuktalet har dessutom fått en hävstång eftersom gruppen står för en allt större andel av befolkningen i och med att 1940-talets stora årskullar åldrats. Sjukfallen inom åldersgruppen 50–59 år har på senare år minskat något, efter en stark ökningsperiod, medan sjukfallen inom gruppen 60–64 år ökat markant.

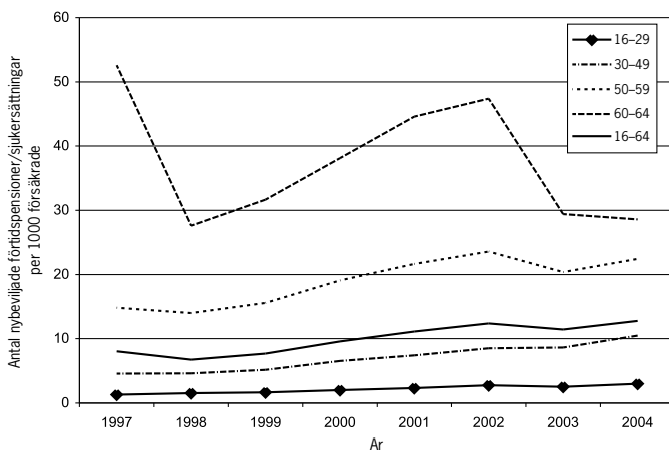
En annan viktig förändring är att åldersgruppen 60–64 år faktiskt ökat sitt deltagande i arbetskraften på senare år. Figurerna 2.7 och 2.8 visar utvecklingen i arbetskraften. Arbetskraftsdeltagandet bland 60–64-åringarna har ökat med ungefär 10 procentenheter sedan 1997. Detta är slående med tanke på att arbetskraftsdeltagandet inte ökat nämnvärt i någon annan åldersgrupp. Antalet nybeviljade sjukersättningar/förtidspensioner inom den äldsta åldersgruppen har däremot minskat från 1997 till 2004, som figur 2.9 visar. Alltså har de flesta äldre stannat i arbetskraften, vilket ger en rimlig förklaring till varför sjukskrivningar har ökat



Figur 2.7 Arbetskraftsdeltagande bland svenska män i olika åldersgrupper, 1963–2003.



**Figur 2.8** Arbetskraftsdeltagande bland svenska kvinnor i olika åldersgrupper, 1963–2003.



**Figur 2.9** Antal nybeviljade förtidspensioner/sjukersättningar per 1000 försäkrade i olika åldersgrupper, 1997–2004.

mest just i den åldersgruppen. Men vad är anledningen till att pensionering före 65-årsåldern blivit ovanligare?

Det ökade arbetskraftsdeltagandet bland äldre har att göra med ändrade regler för förtidspension. Ända sedan början av 1990-talet har rätten till förtidspension kopplats hårdare till ohälsa. Rätten till förtidspension av *enbart* arbetsmarknadsskäl för personer över 60 slopades redan 1991, men fram till 1997 hade man rätt till förtidspension av arbetsmarknadsskäl *i kombination* med hälsoskäl. Dessutom föreskrev reglerna fram till 1997 att särskild hänsyn vid bedömningen skulle tas till den sökandes ålder, om personen var äldre än 60: kraven på att byta arbetsplats och bostadsort var lägre för de äldre; och kraven på att genomgå rehabiliteringsprogram var heller inte lika strikta för denna grupp.

För att analysera närmare om och hur reformen 1997 påverkade nyttjandet av olika socialförsäkringar har vi använt SCB:s LISA-material.<sup>5</sup> I figur 2.10 visas inflödet i förtidspension för olika åldersgrupper. Datamaterialet består av tvåårspaneler, vilket betyder att varje individ följs i två påföljande år. Därmed är det möjligt att observera det första året som en person börjar motta förtidspension som huvudsaklig försörjningskälla. Den huvudsakliga försörjningskällan är den inkomstkälla som utgör mer än 50 procent av personens totala inkomst.

Kurvorna i figur 2.10 illustrerar inflödet i förtidspension under olika år för olika åldersgrupper. Kurvan som betecknas 1997–1998 innehåller information om personer som gått över till förtidspension 1998. Beslutet kan dock ha fattats redan under 1997. Inflödet i förtidspension år 1995–1996 är indexerat till noll eftersom det inträffade innan reformen var känd och torde därför inte ha påverkats av den. Kurvorna för respektive år visar hur mycket större eller mindre sannolikheten att övergå till förtidspension var *jämfört* med basåret 1995–1996. Låt oss ta åldersgruppen 61 år som exempel. År 1994–1995 var sannolikheten att en 61-åring skulle

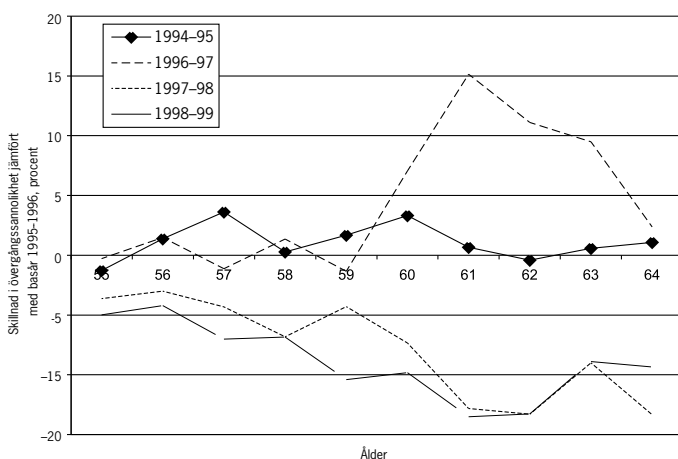
---

5. LISA är ett nytt datamaterial som ställts samman av SCB i samarbete med Försäkringskassan. De huvudsakliga elementen i LISA är registeruppgifter från taxeringsstatistiken som kombinerats med Försäkringskassans registeruppgifter för utbetalningar från socialförsäkringarna.

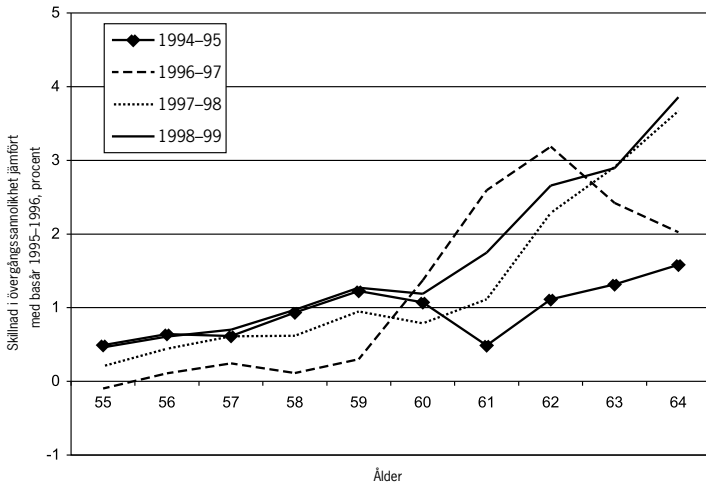
övergå till förtidspension 1 procent högre än under basåret 1995–1996. Åren 1996–1997 var sannolikheten 15 procent högre än under 1996. Det beror på att många »passade på» att förtidspensionera sig innan de hårdare reglerna trädde i kraft. Men under 1997–1998 hände någonting: då blev sannolikheten att en 61-åring skulle övergå till förtidspension 13 procent *lägre* än 1995–1996. Detsamma gäller för 1998–1999; då var sannolikheten 14 procent lägre än 1995–1996.

Vi kan sammanfatta informationen i figur 2.10 så här: Kurvorna för 1997–1998 och 1998–1999 ligger överallt under nollstrecket. Det betyder att efter reformen blev sannolikheten för förtidspension lägre för alla åldersgrupper. Speciellt mycket lägre blev den för gruppen 60–64 år. Reformen förefaller – så långt – ha haft önskad effekt: de som försörjdes genom förtidspension blev färre i den berörda åldersgruppen.

Men när vi sedan använder datamaterialet för att studera hur stor andel av de äldsta åldersgrupperna som arbetade före och ef-



**Figur 2.10** Övergång till förtidspension under respektive år 1995–1999, uppdelad enligt ålder. Alla kurvor uppger sannolikheten jämfört med basåret 1995–1996.



**Figur 2.11** Övergång från arbete till sjukpenning, arbetslöshetsförsäkring eller förtidspension under respektive år 1994–1999, uppdelad enligt ålder. Alla kurvor uppger sannolikheten jämfört med basår 1995–1996.

ter reformen visar det sig att den inte alls ökade sysselsättningen. Vi upprepar övningen från figur 2.10, men nu studerar vi övergången från arbete till antingen förtidspension, arbetslöshetsförsäkring eller sjukpenning. Resultaten som presenteras i figur 2.11 visar att sysselsättningen inte alls ökade i åldersgruppen 60–64 år. Tvärtom ökade andelen som övergår från arbete till sjukpenning eller arbetslöshetsförsäkring något mer än inflödet till förtidspension minskade. Resultatet blev en liten ökning av inflödet i något av de tre systemen.

Även om vi vill betona att vår analys av övergången till förtidspension än så länge är preliminär, visar den att förtidspensionsreformen 1997 mycket väl kan ge en del av förklaringen till varför de långa sjukfallen ökat så mycket i den äldsta gruppen. Äldre personer, som före reformen fick förtidspension (delvis av arbetsmarknadsskäl) stannar numera kvar i sjukskrivningen. Det tyder således på att arbetsmarknadsskäl blivit en vanligare anledning till

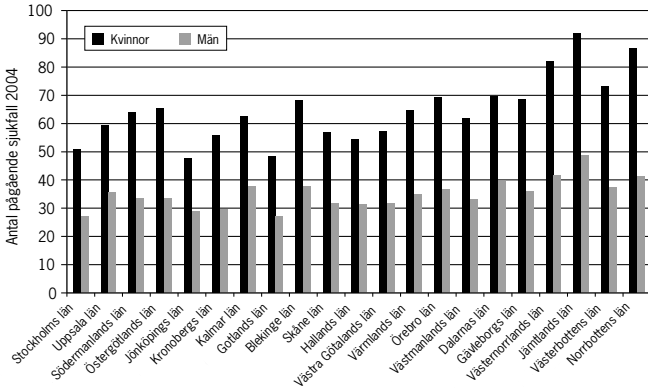
lång sjukskrivning. Att förtidspensionssystemet inte längre godtar arbetsmarknadsskäl är, enligt principen »rätt man i rätt försäkring«, ett steg i rätt riktning, men problemet i stort kvarstår om försäkringsmässigheten hos sjukförsäkringen samtidigt minskar.

Det finns dock ett inslag i denna bild av utvecklingen som är mycket oroande. Om ökningen i sjukskrivningarna till stor del utgjordes av personer som annars – med de regler som gällde före 1997 – skulle ha förtidspensionerats, borde rimligen förtidspensioneringarna ha minskat i motsvarande grad. Men så är inte fallet; i figur 2.9 såg vi att under åren efter reformen fortsatte förtidspensioneringarna att öka, och i allt snabbare takt bland unga. Förtidspensionering/sjukersättning har ju en mer oåterkallelig karaktär än en vanlig sjukskrivning, och därför finns det all anledning att uppmärksamma den utvecklingen. Vi återkommer till frågan i kapitel 8.

## Störst ökning där arbetslösheten är högst

Låt oss nu titta närmare på sambandet mellan arbetsmarknadsläge och sjukskrivningar. För det första kan vi konstatera att det finns stora skillnader i sjukskrivningsmönster mellan olika regioner i Sverige. I figur 2.12 visas antalet pågående sjukfall per 1000 försäkrade år 2004, uppdelat på län. Vi ser att flest sjukfall finns i norrlandslänen; i Jämtland finns det i genomsnitt 92 sjukfall per 1000 försäkrade kvinnor och 49 per 1000 försäkrade män, i Norrbotten är motsvarande siffrorna 87 och 41. I Småland och på Gotland, däremot, är man »friskare«; den lägsta sjukfrånvaron kan vi observera på Gotland (48 respektive 28 sjukfall per 1000 försäkrade) och i Jönköping (48 respektive 29 sjukfall per 1000 försäkrade).

Vi står här inför något av en paradox. Å ena sidan finns det, som visas i figur 2.1, ett starkt negativt samband över tiden; i tider då arbetslösheten ökar, så minskar sjukfrånvaron. Det är bara i Sverige, Norge och Holland som sjukskrivningar visar ett konjunkturberoende på det sättet. RFV har studerat sambandet närmare och

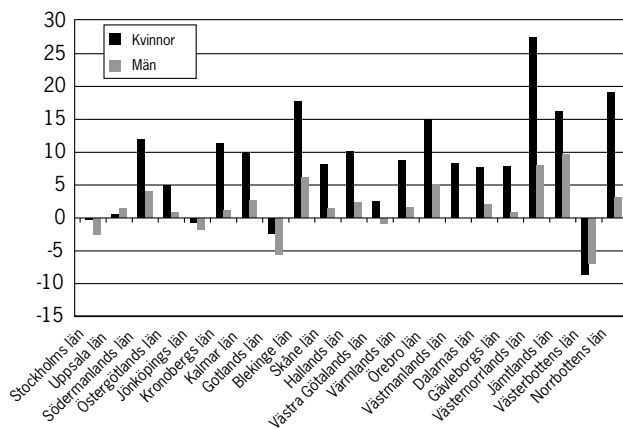


Figur 2.12 Antal pågående sjukfall per 1000 sjukpenningförsäkrade år 2004 på länsnivå.

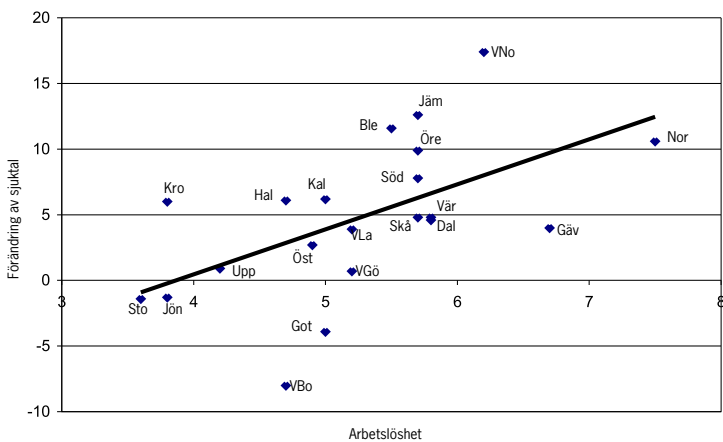
visar i sin rapport (RFV 2004:12) att konjunkturberoendet även finns inom svenska kommuner.

Å andra sidan visar statistiken ett starkt positivt samband på regional nivå vid samma tidpunkt: kommuner och län med hög arbetslöshet visar också en generell högre nivå på sjukskrivningar. Figur 2.13 visar att även *ökningen* i sjukfrånvaro varierat kraftigt mellan regioner. I vissa län – som Blekinge, Jämtland och Väster-norrland – har sjukskrivningen ökat markant, medan den i andra län – som Stockholm, Jönköping, Gotland och Västerbotten – faktisk minskat något mellan 1999 och 2004. Figuren visar också att ökningen i nästan alla län varit betydligt större bland kvinnor än bland män.

Även om ökningen varit olika stor har skillnaderna mellan länen inte ökat. Vi har analyserat sambandet med en enkel regressionsmodell där förändringen i antalet sjukfall utgör den beroende variabeln och nivån 1999 på antalet sjukfall är den oberoende (förklarande) variabeln. Inga statistiskt säkerställda resultat faller ut. Alltså går det inte att belägga att klyftorna mellan länen, vad gäller sjukfrånvaron, skulle öka.



**Figur 2.13** Förändringen i antal sjukfall per 1000 försäkrade mellan 1999 och 2004 på länsnivå



**Figur 2.14** Sambandet mellan arbetslösheten i länet 1999 och förändring i sjukfrånvaro mellan 1999 och 2004.



Däremot finns det ett tydligt samband på länsnivå mellan arbetsmarknadsförhållandena och förändringen i sjukfrånvaro. Figur 2.14 visar sambandet mellan den länsvisa arbetslösheten 1999 och förändringen i sjukfrånvaro mellan 1999 och 2004. Varje län utgör en punkt i figuren. Den stigande kurvan i figuren illustrerar sambandet enligt en linjär regressionsmodell. Lutningen på kurvan är 3,43, vilket ska tolkas som att om ett län hade haft en procentenhet högre arbetslöshet 1999, hade ökningen i sjukfrånvaro mellan 1999 och 2004 varit tre och en halv dagar större i det länet.

Paradoxen förklaras med att det finns åtminstone två olika mekanismer som skapar ett samband mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro. Den ena mekanismen ger ett konjunkturberoende över tiden, både på nationell och regional nivå. Den andra mekanismen gör att regioner med generellt hög arbetslöshet också har generellt högre sjukfrånvaro. En möjlig förklaring till konjunkturberoendet är variation i arbetskraftens sammansättning: I en lågkonjunktur är det enbart de mest produktiva och friskaste personerna som arbetar. När konjunkturen förbättras får även personer med sämre hälsa eller sämre arbetsmoral – och högre sjukfrånvaro – arbete. En annan förklaring som ofta nämns är att (risken för) arbetslöshet har en så kallad »disciplinerande effekt« på individer och avhåller dem från sjukfrånvaro.

Det positiva sambandet mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro på regional nivå är svårt att förklara med något annat än bristande försäkringsmässighet: nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är inte den enda bestämmande faktorn i ett beslut om sjukskrivning. Skillnader i normer och lokala kulturer kan säkert göra sambandet ännu starkare, men det är ytterligare ett uttryck för svag försäkringsmässighet.

Mer direkt evidens, som stödjer hypotesen att vissa sjukskrivna egentligen hör hemma i arbetslöshetsförsäkringen, presenteras i Larsson (2002). Författaren har studerat samspelet mellan sjukpenning- och arbetslöshetsförsäkring, och resultaten visar att skillnaden i ersättnings storlek påverkar sjukskrivningarna

bland arbetslösa. Arbetslösa personer med tidigare inkomst över a-kassetaket kunde fram till juli 2003 få betydligt högre ersättning från sjukpenningen. Skillnaden i de två ersättningarna ökar den arbetslöses benägenhet att sjukskriva sig.<sup>6</sup> Vidare visar studien att ju närmare den arbetslöse är utförsäkring från a-kassan, desto troligare är det att denne sjukskriver sig. Detta kan bero på att den arbetslöse vill spara på sina a-kassedagar (som är begränsade till 300 dagar) genom att erhålla sjukpenning i stället.

## Slutsatser

Uppgången i sjukskrivningar består framför allt av en uppgång i de mycket långa sjukfallen – de som pågått i över två år. Detta gäller i synnerhet för förändringen mellan 1999 och 2004. Den största delen av uppgången i sjukskrivningen har varit i åldersgruppen 60–64 år. Vår analys tyder på att en av orsakerna till uppgången i de långa sjukfallen har varit ändringen av de så kallade äldrereglerna i förtidspensionen, numera sjukersättningen. Sjukskrivningarna i den äldsta åldersgruppen har ökat, då det inte längre är möjligt att väga in arbetsmarknadsskäl vid beslutet om sjukersättning. Antalet nybeviljade sjukersättningar totalt har visserligen fortsatt att öka, men inte i den äldsta åldersgruppen. De äldsta är kvar i sjukpenningen i stället. Däremot har antalet nybeviljade sjukersättningar ökat mycket kraftigt i åldersgruppen 30–49 år. Att förklara detta oroande fenomen lämnar vi till närmare studier i framtiden.

Det finns ett tydligt samband mellan arbetslöshet och uppgången i sjukskrivning på länsnivå: ju högre arbetslösheten var i länet 1999, desto mer har sjukfrånvaron ökat efter det. Vi tolkar detta

---

6. Vissa debattörer brukar invända mot språkbruket »sjukskriva sig« och påpekar att beslut om sjukskrivning fattas av Försäkringskassan efter ett intyg från läkare. Vi föredrar dock språkbruket »sjukskriva sig« eftersom det ger en mer realistisk bild av verkligheten. För de första sju dagarna är det den försäkrade som fattar beslutet om att sjukskriva sig. För längre sjukfall krävs läkarintyg. Det visar sig dock att i mer än 95 procent av de fall där läkaren inte ansåg att sjukskrivning var påkallad, sjukskrevs patienten ändå på hennes begäran (se vidare kapitel 5).

som ytterligare en indikation på att arbetsmarknadsskäl vägs in i beslutet om att påbörja och fortsätta en sjukskrivning. Vår slutsats av den empiriska analysen i detta kapitel blir därmed att det finns brister i utformningen och tillämpningen av sjukpenningförsäringen. Den verkar även användas som en försörjningskälla då arbetsmarknaden inte fungerar. Låt oss nu diskutera principerna för en bra försäkring, för att se vari bristerna kan ligga.

**M**ålet med försäkringar – som kan omfatta så olika ting som personliga ägodelar, djur, företag, konsekvenser av en alltför tidig död eller av ett långt liv – är att kompensera för oförutsedda händelser. Försäkringar gör det möjligt för oss att ta större risker och på så sätt, i olika avseenden, leva ett mer fullödigt liv än om försäkringar inte funnits. Hur bör då en försäkring vara konstruerad för att fungera på bästa möjliga sätt? Och vilka risker går att försäkra? Det finns en omfattande forskning om detta<sup>7</sup> och vi ska nu diskutera några principiella frågor om vad som kännetecknar en bra försäkring.

Utan försäkringar skulle vi inte ha något annat sätt att gardera oss mot de ekonomiska konsekvenserna av sjukdom, eldsvåda och liknande olyckor än att lita till familjen eller spara till en individuell buffert. Båda dessa är ineffektiva sätt att skapa trygghet; genom en försäkring kan vi i stället poola riskerna över ett stort kollektiv av individer, vilket ger oss samma (eller större) trygghet till en mycket lägre kostnad. Men att lyfta över riskerna på ett kollektiv, som i regel representeras av ett försäkringsbolag, är inte oproblematiskt. För att försäkringen ska fungera måste den kunna hantera så kallad asymmetrisk information, alltså det faktum att den försäkrade ibland har annan information om risken än vad försäkringsbolaget har.

Den första formen av asymmetrisk information består i att individen – men inte försäkringsbolaget – vet om hon hör till en lågrisk- eller högriskgrupp. Exempel är vissa ärftliga sjukdomar.

---

7. En bra lärobok i försäkringsekonomi, om än grundad på en i hög grad matematisk framställning, är Borch (1990).

Denna typ av asymmetrisk information – som leder till negativt urval av försäkringstagare – är ett av de mest analyserade problemen i försäkringslitteraturen och brukar ofta framföras som ett argument för obligatoriet i socialförsäkringen (se vidare kapitel 4). Den andra formen av asymmetrisk information består i att individen genom sitt beteende kan påverka sannolikheten för att en skada inträffar (eller storleken på skadan) medan försäkringsbolaget inte kan iaktta detta beteende. Detta kallas med ett engelskt uttryck för *moral hazard*.

## Moral hazard

Tyvärr finns det inget bra svenskt uttryck för »moral hazard«. Även det engelska uttrycket för detta centrala begrepp inom försäkringsökonomi är för många syften olyckligt – det har, som vi snart ska få se, inte så mycket att göra med det som de flesta av oss uppfattar som personlig moral.

Låt oss börja med ett exempel på *moral hazard* inom hemförsäkringen. Om försäkringstagaren slarvar med att låsa dörrar och fönster kan risken för inbrott påverkas. Försäkringsbolaget kan i regel inte observera om försäkringstagaren är slarvig, åtminstone så länge som inget inbrott sker, och därför föreligger ett genuint fall av asymmetrisk information. *Moral hazard* förekommer om försäkringstagarens beteende förändras med avseende på ansträngningarna att förhindra inbrott – vilket egentligen har mycket lite med moral att göra – beroende på hur försäkringen är utformad.

Det försäkringstekniska problemet i exemplet ovan uppstår på grund av försäkringstagarens beteende *innan* skadan inträffar. I litteraturen brukar därför detta problem kallas *moral hazard ex ante*. Det finns också en *moral hazard ex post*, som hänför sig till beteendet *efter* att skadan inträffat. Ett exempel på detta, också från hemförsäkringen, är då försäkringstagaren, efter att inbrottet eller eldsvådan ägt rum, överskattar värdet av det som gått förlo-

rat. Detta behöver inte nödvändigtvis vara ett medvetet försäkringsbedrägeri; i de flesta skadefall är det genuint svårt att uppskatta andrahandsvärdet av ett föremål. Om det dessutom finns ett personligt affektionsvärde med i bilden blir problemet ännu svårare.

Även inom sjukpenningförsäkringen kan man skilja mellan *moral hazard ex ante* och *ex post*. Det finns *ex ante* en rad sätt att påverka risken att bli sjuk. Man kan äta nyttigt, motionera, gå till läkaren regelbundet och/eller vaccinera sig mot influensa. Man kan också, i större eller mindre utsträckning, undvika att ta risker att råka ut för olyckor – både på arbetet och på fritiden. Inte heller här kan försäkringsbolaget observera beteendet och det är sannolikt att den försäkrades beteende påverkas av hur sjukpenningförsäkringen är utformad – till exempel beträffande ersättningsnivån.

Inom sjukpenningförsäkringen är emellertid *moral hazard ex post* – efter att skadan inträffat – av än större relevans. För kortare sjukskrivning krävs inget läkarintyg, utan försäkringen ersätter förlorad arbetsinkomst när den försäkrade själv upplever att han eller hon inte kan fullgöra sina ordinarie arbetsuppgifter. Vad som menas med att ens hälsa inte tillåter att man fullgör sina normala arbetsplikter är i många fall en subjektiv fråga. En, objektivt sett, lika stor hälsonefsättning leder till att en person stannar hemma från jobbet, medan en annan arbetar. Det kan till och med vara så att en och samma person vid olika tillfällen fattar olika beslut om att gå till jobbet eller inte. Även om beslutet fattas av – eller tillsammans med – en läkare, är gråzonen relativt vid.

För varje enskilt beslut som fattas i detta sammanhang finns det i de flesta fall en mycket sammansatt bakgrund; flera faktorer spelar in i beslutsfattandet. Det är omvittnat att det som i vid mening karaktäriseras som motivation spelar en nyckelroll i detta sammanhang. Motivationen till att gå till jobbet är i hög grad individuell och kan komma från en rad olika källor. Den kan komma från glädjen av att arbeta, från kamratskap och social sammanhåll-

ning på arbetsplatsen, och/eller från samhällliga normer om att man även med viss hälsonefsättning ändå kan arbeta.

För riktigt långa sjukfall – de som pågår i över ett år – har *moral hazard* en vidare innebörd. I sådana fall är det möjligt att den sjukskrivne helt enkelt inte kan tänka sig att komma tillbaka till det arbete som han eller hon en gång sjukskrev sig från. De bakomliggande orsakerna kan vara såväl sociala (exempelvis konflikter på arbetsplatsen) som att den sjukskrivne inte passar för arbetsuppgifterna (på grund av att de är fysiskt eller psykiskt krävande, eller av andra skäl). Återigen är motivationen till arbete ett nyckelbegrepp och hur försäkringen är utformad kan spela en avgörande roll för om den sjukskrivne tar sig tillbaka till arbetsmarknaden. En sådan process kan kräva omskolningar, flyttning eller att den sjukskrivne accepterar ett arbete som är lägre betalt än det arbete som personen i fråga sjukskrev sig från.

Är då *moral hazard* av stor betydelse i praktiken när det gäller sjukpenningförsäkringen? Ändrar de sjukskriva sitt beteende beroende på ersättningen i sjukpenningförsäkringen? Erfarenheterna, både från Sverige och utomlands, tyder på att så är fallet. Ett exempel på en svensk studie är Johansson och Palme (2005), som analyserade effekterna av en reform som genomfördes i mars 1991. I denna reform sänktes ersättningsnivån i det offentliga systemet från 90 procent av den försäkrade inkomsten till 65 procent de tre första dagarna och till 80 procent mellan dag 4 och 89, medan den låg kvar på 90 procent efter dag 90. Författarna, som studerade sjukskrivningsbeteendet bland ett urval av arbetare i SAFLO-kollektivet under 1990 och 1991, fann att sänkningen av ersättningsnivån minskade antalet sjukskrivningar. Vidare fann de att sannolikheten att en person vars sjukfall redan pågått en längre tid återgick i arbete sjönk efter reformen. Även detta resultat stödjer hypotesen om *moral hazard*: reformen ökade kostnaden för att påbörja ett nytt sjukfall, i och med att ersättningen blev lägre under de första 90 dagarna, vilket gjorde det mer attraktivt att fortsätta ett pågående längre sjukfall.

Ytterligare evidens för att ersättningsens storlek spelar roll för

beteendet finns i en ofta citerad studie av Gruber (2000). Han studerade en reform inom Kanadas motsvarighet till den svenska sjukersättningen. Reformen innebar att ersättningsnivån höjdes radikalt – förmånerna ökade med i genomsnitt 36 procent – och genomfördes i alla delstater utom i Quebec. De boende i Quebec kunde således användas som »kontrollgrupp« i studien. Resultaten visar tydligt att reformen ökade antalet personer som fick sin försörjning från sjukersättningssystemet.

Slutsatsen är att *moral hazard* är en realitet i sjukpenningförsäkringen. En god försäkring hanterar *moral hazard* genom en bra avvägning mellan självrisk och kontroll, vilket vi diskuterar i nästa avsnitt.

## Självrisk och skadereglering

Självrisk betyder att försäkringen inte ersätter hela skadan utan att den försäkrade själv får stå för en del av risken. Försäkringstagaren uppfattar förstås inte detta som något positivt, eftersom denne, för att känna fullständig trygghet, skulle vilja gardera sig mot hela risken. Men självrisken dämpar *moral hazard*-problemen. En väl avvägd självrisk skapar den bästa kombinationen av trygghet och incitament att undvika skada. Inom sjukförsäkringen innebär självrisk att inte hela den försäkrades arbetsinkomst ersätts av försäkringen. Här föreligger en avvägning mellan att begränsa *moral hazard*-problemen och nyttan för den försäkrade att ha ett gott försäkringsskydd. Eftersom försäkringstagaren betalar för andras (och sitt eget) överutnyttjande i sin försäkringspremie, är det i dennes intresse att hindra överutnyttjande, trots att självrisken försämrar det egna skyddet.

En bra skadereglering kan delvis ersätta självrisken. Skadereglering är den process där försäkringsbolaget försöker verifiera och värdera skadan. När det gäller sakförsäkring förfogar försäkringsbolagen över en mängd metoder för att bedöma skadornas karaktär. Möjligheterna till *moral hazard ex post* kan därmed be-



gränsas. I de flesta fall, både inom sakförsäkring och personförsäkring, skulle nog skaderegleringen kunna göras i det närmaste fullständig och felfri (bolaget kan avgöra de stulna föremålens verkliga värde, om den arbetslöse verkligen aktivt söker nytt jobb, och om den sjukskrivnes ryggbesvär verkligen gör honom oförmögen att sköta något som helst arbete), men det är naturligtvis en kostnadsfråga. Effektiv kontroll är en personalintensiv och dyr affär. En bra försäkring hittar en bra avvägning mellan alla tre kostnaderna: kostnaden av ett ofullständigt skydd för individen (självrisk), kostnaden för överutnyttjande som *moral hazard* orsakar och kostnaden för kontroll. Och i sista hand blir det försäkringstagaren som får bära alla dessa kostnader.

På en fri marknad leder konkurrensen till att denna avvägning blir effektiv. Detta innebär inte nödvändigtvis att det enbart kommer att finnas en typ av försäkring. Man kan mycket väl tänka sig att vissa individer kommer att föredra en försäkring med låg självrisk och hög (och kanske integritetskränkande) kontroll, medan andra föredrar en försäkring med hög självrisk och obetydlig kontroll. För en viss typ av försäkringar, nämligen socialförsäkringar, har vi inte en fri marknad. Även om de grundläggande försäkringstekniska problemen, i form av *moral hazard* och avvägningen mellan självrisk och kontroll, är desamma, har socialförsäkringarna vissa specifika egenskaper, som vi diskuterar i nästa kapitel.

**D**et finns ett antal försäkringar som brukar kallas för socialförsäkringar. Sjukvårds- och sjukpenningförsäkringen hör hit, liksom arbetsskadeförsäkringen och den allmänna pensionen.<sup>8</sup> Dessa har tre principer gemensamma, nämligen att de

1. är obligatoriska
2. är enhetliga
3. hanteras av den offentliga sektorn.

Man kan säga att de tre principerna utgör själva definitionen av en socialförsäkring. Men de flesta socialförsäkringar uppvisar klara avsteg från en eller flera av dessa principer. Inom flera områden (till exempel sjukpenningförsäkring och pension) finns det både offentliga och privata inslag. Dessutom går utvecklingen i dag i riktning mot mindre enhetlighet och fler privata inslag. Det blir därmed alltmer oklart vad vi egentligen menar när vi säger att exempelvis sjukpenningförsäkringen är en socialförsäkring. Faktum är att sjukpenningförsäkringen allt mer börjar uppvisa drag av en vanlig, privat försäkring. Den enda av de tre principerna som det numera råder fullständig enighet om för sjukpenningförsäkringen är den första, nämligen obligatoriet, även om man naturligtvis

---

8. Ibland räknas även föräldraförsäkringen till socialförsäkringarna, men ekonomiskt sett är den inte en försäkring över huvudtaget. En försäkring försäkrar mot oönskade händelser där individens möjligheter att påverka händelsen är mycket begränsade. Att föda barn är i de allra flesta fall en önskad händelse som föräldrarna medvetet har strävat efter och är därför ingen försäkringsbar risk. Arbetslöshetsförsäkringen intar en mellanställning; både graden av obligatorium och graden av den offentliga sektorns inblandning kan diskuteras.

alltid kan diskutera vilken omfattning som är bäst. Vi återkommer till frågan om omfattning senare i kapitlet.

Vilka är då de ekonomiska argumenten för de tre principerna, och i vilken mening har de börjat tunnas ut?

## Obligatoriet

För obligatoriet brukar man i den vetenskapliga litteraturen framföra två argument, nämligen det så kallade selektionsargumentet (eller moturvalsargumentet) och det så kallade snålskjutsåkarargumentet (den engelska termen är *free rider argument*).

Snålskjutsåkarargumentet är i princip ganska enkelt. Det bygger på tanken att vi känner solidaritet med våra medmänniskor, speciellt med dem som råkat ut för en olycka eller en allvarlig sjukdom. Vi vill heller inte se människor leva i misär. Problemet är att somliga kan utnyttja denna solidaritet och avstå från att teckna försäkring mot olyckor eller från att spara för ålderdomen. De räknar helt enkelt med andra människors välvilja – och sparar därmed in kostnaden för försäkringspremien. En intressant fråga är vilka försäkringar det är som riskerar denna typ av »snålskjutsåkning« – gäller det exempelvis för hemförsäkring? Ett sådant betecknande anses i alla fall allmänt vara en realitet i sjukpenningförsäkringen och pensionsförsäkringen. Ett sätt att komma till rätta med detta är att göra sjukpenningförsäkring och pensionsförsäkring obligatoriska, åtminstone upp till en viss nivå.

Selektionsargumentet är mer tekniskt till sin natur. Det bygger på antagandet om *asymmetrisk information*, som vi redan har nämnt i föregående kapitel: om försäkringstagarna skiljer sig åt vad gäller risken för att de råkar ut för en skada (säg en eldsvåda eller en sjukdom) och de själva har bättre information än försäkringsbolagen om vilken riskgrupp de tillhör, kan en privat försäkringsmarknad ha svårt att fungera. Eftersom försäkringsbolagen i de flesta fall inte känner till vilka individer som hör till högriskgruppen respektive lågriskgruppen kan de inte differentiera pre-

mierna. I det teoretiskt renodlade fallet kommer därför alla som vet att de tillhör en lågriskgrupp att avstå från att teckna försäkring tillsammans med individer som tillhör en högriskgrupp. Detta kan leda till en »dödsspiral«, för att låna den nobelprisbelönte ekonomen Joseph Stiglitz' uttryck: när lågriskgrupper avstår från att teckna försäkring måste premierna höjas, varpå fler anser sig tillhöra en lågriskgrupp och avstår från att teckna en försäkring, varpå premierna höjs, och så vidare.

Resultatet blir att en privat försäkringsmarknad försvinner, så att ingen kan försäkra sig. Detta skulle vara olyckligt, eftersom det finns ett genuint behov av försäkringar. Staten kan i detta läge lagstifta om obligatorium så att varje individ är skyldig att teckna en försäkring, och eftersom försäkringsbolagen inte kan differentiera premierna blir försäkringen enhetlig. En sådan lösning innebär visserligen att lågriskgrupperna subventionerar högriskgrupperna, men det kan ändå vara att föredra för alla individer framför en helt privat marknadslösning – en som ju inte skulle tillhandahålla någon försäkring alls.

Obligatoriet motiveras således med att en privat marknad i vissa, väldefinierade fall inte skulle kunna fungera (nämligen det fall då vissa åker snålskjuts på andra människors solidaritet, och/eller det fall då vissa har bättre information än försäkringsbolagen om vilken riskgrupp de tillhör). Lägga märke till att i fallet med asymmetrisk information kommer även principen om enhetlighet att uppfyllas – bolagen kan ju inte differentiera premierna eftersom de inte vet till vilken riskgrupp en viss individ hör. Denna enhetlighet är dock inget man behöver lagstifta om, utan är helt enkelt en teknisk följd av den bristande informationen hos försäkringsbolagen.

Vi anser inte att asymmetrisk information, som leder till döds-spiraler, är ett reellt problem som motiverar obligatoriet inom sjukpenningförsäkringen. Försäkringsbolagen på en privat marknad skulle nog kunna skilja lågriskfallen från högriskfallen och differentiera premien så att alla grupper skulle vilja teckna försäkringen. Man har troligen en mycket klar bild i dag över vilken risk

olika grupper löper. Däremot utgör snålskjutsargumentet ett gott ekonomiskt skäl för princip 1 ovan; vissa försäkringar bör vara obligatoriska. Men hur är det med princip 2 och 3? Vilka ekonomiska argument finns för enhetliga försäkringar, respektive för att försäkringarna tillhandahålls av den offentliga sektorn (eller av en av den offentliga sektorn utsedd monopolist)?

## Enhetligheten

Frågan om enhetlighet rymmer en rad försäkringstekniska problem. För överskådlighetens skull delar vi upp diskussionen i två delavsnitt, ett om sådana skillnader i skaderisk som individen själv inte kan påverka – de kallas för exogena – och ett om *moral hazard*.

### *Exogena skillnader i skaderisk*

Man kan tro att enhetlighet har något med rättvisa att göra – det verkar ju rättvist att alla ska betala samma premie (om ordet »samma« sedan åsyftar ett belopp i kronor och ören eller en procent-sats av inkomsten kan naturligtvis diskuteras). Men man kan lika väl hävda att enhetlighet är orättvist, eftersom det ju innebär att lågriskgrupper då subventionerar högriskgrupper. Därför skulle man kunna hävda att premien bör vara knuten till sannolikheten för att råka ut för en skada. I trafikförsäkringen är ju detta också fallet, och ingen torde tycka att det är orättvist att unga män betalar högre premie än medelålders kvinnor för denna försäkring.

I princip finns inga gränser för hur premien skulle kunna variera; den skulle kunna knytas till en rad observerbara faktorer, som kön, ålder och bostadsort, så länge försäkringsbolagets aktuarier finner att olycksrisken varierar för just dessa faktorer. De begränsningar som finns är av etisk, och kanske politisk, natur. Det finns dock ett djupare argument för enhetliga premier, inte bara för sjukpenningförsäkring utan för alla slags försäkringar. Anta att en

viss person faktiskt har en högre skaderisk än andra personer, till exempel på grund av medfödd sjukdom. Om denna sjukdom är objektivt observerbar skulle således de försäkringstekniska argumenten tala för en högre premie för just denna person – precis på samma sätt som yngre män har en högre trafikförsäkringspremie. Men det faktum att man har en medfödd sjukdom kan i sig betraktas som ett skadeutfall i försäkringsteknisk mening, och det vore därför kanske rimligt att man kunde försäkra sig mot detta. Vi skulle nog alla känna oss mer trygga om vi visste att våra (kanske ännu ofödda) barn vore försäkrade mot medfödda sjukdomar, och att vi själva vore försäkrade mot (kanske ännu inte upptäckta) sjukdomar. Och detta resonemang kan drivas vidare till att omfatta inte bara sjukdomar, utan en rad personliga karakteristika, som kön och föräldrabakgrund. I den meningen kan man säga att sjukpenningförsäkringen bygger på en sorts samhällelig solidaritet.

I enlighet med ett sådant resonemang skulle en lag som framtingar enhetliga försäkringspremier i sig kunna ses som en försäkring, mot i första hand genetisk osäkerhet men kanske även andra typer av osäkerhet rörande individens (och individens barns) framtida preferenser, färdigheter med mera. Om detta något vidlyftiga resonemang finns det två saker att säga. För det första är det inte begränsat till socialförsäkringarna; det kan lika väl användas till att argumentera för enhetlighet i trafikförsäkringen eller hemförsäkringen. För det andra fjärrar det sig från rena försäkringsfrågor och närmar sig i stället allmän fördelningspolitik; det är klart att vi vill hjälpa dem som fått en dålig start i livet, oavsett om denna beror på medfödd sjukdom, genetiska karakteristika eller kanske allmänna personlighetsdrag. Men huruvida denna solidaritet med de utsatta i första hand bör diskuteras ur ett försäkringsperspektiv, ur ett etiskt perspektiv eller ur något annat perspektiv – ja, det är en svår och intressant fråga som ligger utanför denna rapport. Men när man diskuterar fördelningsaspekter i dagens sjukpenningförsäkring bör man notera att det inte nödvändigtvis är så enkelt att enhetligheten alltid gynnar de »svaga« i

samhället: är kvinnor alltid svagare än män, äldre svagare än yngre, norrlänningar svagare än smålänningar?

### *Moral hazard*

I föregående delavsnitt förutsatte vi att risken för en skada är exogent given, och vi diskuterade hur premien då skulle kunna betingas på denna risk. I verkligheten gäller dock ofta att risken inte är en gång för alla given; den beror i stället ofta på den försäkrades beteende. Detta har att göra med den *moral hazard* som vi diskuterade i föregående kapitel.

För att hindra överutnyttjande kan premien differentieras, så att den är högst i de fall risken för *moral hazard* är högst. I dagens sjukpenningförsäkring är premien inte betingad på olycksrisken. Men det finns ett annat sätt att göra avsteg från enhetlighet, nämligen självrisk. Och självrisk används redan inom sjukpenningförsäkringen, eftersom denna innefattar både karensdagar och en ersättningsnivå som understiger 100 procent. Karensdagen innebär att personer med många korta sjukfall får en, i absoluta termer, lägre ersättning än personer med få, långa sjukfall, även om antalet sjukdagar är detsamma för båda personerna.

Rent principiellt ska självrisken sättas högst där benägenheten för *moral hazard* är högst. I föregående avsnitt om trafikförsäkringen konstaterade vi att unga män har en högre olycksfrekvens i statistiken, och detta skulle kunna motivera en högre premie för denna grupp. Om unga män dessutom har större benägenhet för *moral hazard*, alltså uppvisar ett trafikbeteende som är mer känsligt för ekonomiska incitament än andra grupper, skulle detta kunna motivera ytterligare en särbehandling av denna grupp, nu i form av en lägre ersättningsnivå (en högre självrisk).

Var inom sjukpenningförsäkringen tror vi i dag att benägenheten för *moral hazard* är högst? Vi ska här diskutera självrisken i tre dimensioner: sjukfallens längd, sjukdiagnosen och den försäkrades bostadsort.

Vad gäller den första dimensionen kan vi konstatera att den svenska sjukpenningförsäkringen i dag låter självriskerna variera med sjukfallens längd, genom karensdagen. Vi diskuterar denna fråga mer ingående i kapitel 5 och 8.

Vad gäller den andra dimensionen säger försäkringsteorin att självriskerna bör vara lägre för lättdiagnostiserade sjukfall (som benbrott och influensa) än för svårdiagnostiserade (som olika typer av ryggbesvär). Bakgrunden är att *moral hazard* och därmed möjligheten att påverka de försäkrades beteende kan förväntas vara störst bland de diffusa diagnoserna; i den gruppen är gråzonen bredast. Det innebär naturligtvis att de personer som verkligen lider av den senare typen av sjukdomar kommer att få ett sämre försäkringsskydd; detta är den kostnad vi får betala för att göra det mindre attraktivt för andra personer att simulera sådana åkommor. Detta kan naturligtvis upplevas som orättvist, åtminstone av de personer som verkligen är arbetsoförmögna. Det är möjligt att denna upplevda orättvisa är ett av skälen till att vi bevarat en del av enhetligheten inom sjukpenningförsäkringen; vi tycker helt enkelt inte att premierna ska differentieras med hänsyn till diagnos.

Den tredje dimensionen är den försäkrades bostadsort. Att betinga självriskerna på bostadsort skulle i så fall inte spegla det faktum att det kanske är objektivt sett mer ohälsosamt att bo på vissa orter än på andra (detta skulle i sig kunna motivera olikheter i premierna, enligt resonemanget i föregående delavsnitt) utan snarare att invånarna på en viss ort, mer än invånarna på en annan ort, reagerar mer på ekonomiska incitament. Geografiska skillnader i *moral hazard* har även med lokala normer och attityder att göra, och dessa diskuteras vidare i kapitel 6.



## Offentligt tillhandahållande

Alla de tre principerna är i stort sett oberoende av varandra. Även om man lagstiftar om ett obligatorium, kan försäkringarna tillhandahållas av privata, och konkurrerande, företag. Så är i själva verket fallet med trafikförsäkringen. Och även om man lagstiftar om enhetlighet i premiesättningen och/eller ersättningsnivån kan försäkringarna tillhandahållas av privata bolag lika väl som av ett offentligt monopol.<sup>9</sup>

Det finns dock ett par argument *för* ett offentligt monopol. Det första argumentet bygger på riskdelning; det kan vara så att vissa försäkringar, för att vara effektiva, kräver att riskerna fördelas över ett mycket stort antal individer. Detta skulle tala för endast ett försäkringsbolag. Men detta innebär inte nödvändigtvis ett offentligt monopol. Argumentet säger ju egentligen bara att det finns betydande stordriftsfördelar i viss försäkringsverksamhet – och marknaden brukar ju vara ganska duktig på att ta vara på sådana stordriftsfördelar. Om marknaden bestod av många små försäkringsbolag, och riskerna krävde en fördelning över ett mycket stort antal försäkringstagare, skulle dessa bolag ha starka incitament att gå samman, eller återförsäkra sig hos varandra, och därigenom åstadkomma den önskade riskdelningen. Detta är i själva verket vad som har skett inom så gott som alla delar av försäkringsmarknaden, och det krävs därför inte någon särskild lagstiftning ägnad att framtinga en monopolisering (snarare tvärtom). Däremot är det nog så att om stordriftsfördelarna skulle driva fram ett monopol, skulle vi kanske föredra ett offentligt (eller åtminstone ett reglerat) monopol framför ett privat och oreglerat. Anledningen är att privata monopol som lämnas fria på marknaden tenderar att sätta priset för högt jämfört med frikonkurrenspriset.

Ett ytterligare argument för offentligt tillhandahållande bygger på det faktum att privata försäkringsmarknader inte alltid är fullständiga. Vi har alla sett exempel på hur försäkringsbolagen inte

---

9. Den enda kombinationen som kan vara svår – om man tror att asymmetrisk information är ett problem – är enhetlighet och frivillighet: en fri marknad där premierna genom lagstiftning tvingas till enhetlighet riskerar att försvinna.

accepterar att försäkra personer med vissa sjukdomar eller andra problem (till exempel övervikt). I princip skulle man tro att även extrema högriskfall skulle kunna hitta en försäkring, även om premien kanske skulle bli väldigt hög, men i verkligheten fungerar det inte så; i stället uppstår försäkringsbrist för dessa fall. Med en alltmer utvecklad genteknik kan problemet tänkas bli än större: ärftliga sjukdomar kan diagnostiseras allt tidigare, till och med innan barnet är fött. Med ett offentligt system kan man garantera att alla får en försäkring. Detta är egentligen bara en annan variant av principen om enhetlighet; alla ska kunna finna en försäkring. Och även om den fria marknaden eventuellt skulle vilja erbjuda en försäkring, skulle premien för de personer som är olyckligt lottrade nog att vara betraktade som högriskfall bli oacceptabelt hög.

Det finns också argument *mot* ett offentligt monopol. Det viktigaste har att göra med skaderegleringen och är egentligen en försäkringsteknisk variant av det allmänna argumentet att ett monopol lätt blir slappt och ineffektivt. I detta sammanhang kan det uttryckas så, att monopoliet inte sköter skaderegleringen tillräckligt noggrant. Skaderegleringen är den process där bolaget tar ställning till en skadeanmälan och bedömer huruvida försäkringstagarens krav är rimliga. Enligt vår uppfattning är den offentliga sektorn speciellt svag i skaderegleringen – och detta är en viktig delförklaring till problemen med sjukpenningförsäkringen.

Varför skulle då ett monopol – och i synnerhet ett offentligt sådant – vara speciellt dåligt på skadereglering? Grundproblemet är att skadereglering ofta är en tuff och impopulär verksamhet. Som varje bilägare med krockskador vet, är det lätt att bli osams med försäkringsbolaget om omfattningen av skadorna eller bilens värde på andrahandsmarknaden. En skadereglerare som representerar ett monopolföretag kan då frestas att undvika konflikter genom att vara en aning mer tillmötesgående mot kunden, eftersom bolaget alltid kan höja premierna en smula om skadekostnaderna skulle skjuta i höjden. Och detta gäller i särskilt hög grad om försäkringsverksamheten drivs i offentlig eller kvasi-offentlig regi, eftersom sådan verksamhet har en »mjuk« budgetrestriktion. Att

budgetrestriktionen är »mjuk« i stället för »hård« betyder att om verksamheten börjar gå med underskottet finns det ett utomstående stöd som hjälper till att täcka underskottet. Detta skapar svaga incitament för huvudmannen att styra verksamheten på effektivast möjliga sätt.<sup>10</sup> I fallet med sjukpenningförsäkring fungerar statsbudgeten som ett stöd, som täcker upp eventuellt underskott.

Något sådant är otänkbart för privata bolag på en konkurrensumsatt försäkringsmarknad, och dessa pressas därför att ta skaderegleringen på yttersta allvar. Observera dock att skaderegleringen på en konkurrensumsatt marknad inte får bli så hård att kunderna upplever det som att de aldrig kan få rätt mot bolaget, för då skulle de ju gå över till ett konkurrerande bolag. I själva verket gäller det att vara precis så strikt att verksamheten går ihop, samtidigt som kunderna inte blir så missnöjda att de går över till ett annat bolag. I det teoretiska idealfallet åstadkommes denna svåra balansgång av marknadskrafterna, medan det för ett offentligt monopol inte finns någon naturlig mekanism som ens i det teoretiska idealfallet driver fram en sådan balansgång.

## Utformningen av en socialförsäkring – två principer

Om vi nu har bestämt oss för att samhället bör ha socialförsäkringar återstår frågan hur dessa bör utformas. Vi ska i nästa kapitel diskutera den frågan mer i detalj och begränsar oss här till två övergripande principer.

För det första: bör försäkringen bara bestå av ett grundskydd på låg nivå, som sedan kan kompletteras med frivilliga försäkringar på den privata marknaden, eller bör den bestå av en försäkring enligt inkomstbortfallsprincipen?

För det andra: bör vi ha en generell försäkring för alla typer av inkomstbortfall, oavsett om dessa beror på sjukdom, arbetslöshet

---

10. Kornai m.fl. (2003) är en utmärkt genomgång av teorin om mjuka budgetrestriktioner. Den ungerske ekonomen János Kornai var den förste att analysera begreppet på 1970-talet.

eller något annat, eller bör vi ha specialiserade försäkringar för varje område?

Så länge som försäkringen är obligatorisk löser ett grundskydd på låg nivå problemen med »snålskjutsbeteende« lika bra som en försäkring enligt inkomstbortfallsprincipen. Däremot kan grundskyddsmodellen ge upphov till försäkringsbrist bland vissa högriskgrupper: har man oturen att födas i en familj med någon ärftlig sjukdom kan det vara omöjligt att komplettera det statliga grundskyddet med någon privat försäkring.

Enligt vår uppfattning är detta ett starkt argument för att socialförsäkringarna – och då särskilt sjukpenningförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen – bör ligga på en relativt hög nivå, och utformas efter inkomstbortfallsprincipen, snarare än att bara ge ett grundskydd på en låg nivå.

Givet att samhället nu valt att utforma socialförsäkringen efter inkomstbortfallsprincipen – bör den då vara generell eller specialiserad? Alltså, bör vi ha en speciell sjukpenningförsäkring och en speciell arbetslöshetsförsäkring, eller bör vi slå samman dem till ett enhetligt system? Det är här som skaderegleringen kommer in i bilden. Skaderegleringen är en svår och ömtålig process som kräver en avsevärd specialistkompetens. Det är vår bedömning att skadereglering vad gäller sjukfall kräver en helt annan kompetens än skadereglering vad gäller arbetslöshet. Försäkringarna bör därför vara specialiserade, även om samarbete mellan de två institutionerna är önskvärt i de fall den försäkrade lider av både hälso- och arbetsmarknadsproblem. Huvudsaken är att ingen hamnar »mellan stolarna«.

Det finns dock ett undantag för specialiserade försäkringar; längre fram i vår rapport argumenterar vi för att sjukpenningförsäkringen och förtidspensionen (sjukersättningen) bör slås samman till ett enhetligt system. Skälet till detta är att dessa två försäkringar kräver ungefär samma specialistkompetens i skaderegleringen – och då finns det all anledning att förena dem (se vidare diskussionen i kapitel 7).

## Den svenska utvecklingen

Sjukpenningförsäkringen i Sverige uppfyller inte de tre principerna ovan. Den är visserligen obligatorisk upp till en viss nivå, men den är inte enhetlig, och den tillhandahålls endast till viss del av staten. Det är två inslag i försäkringen som gör den icke-enhetlig. Det första är självriskan, som utgör en individualisering av försäkringen. Vi återkommer till denna individualisering i nästa kapitel.

Det andra inslaget är att en stor del av försäkringen lyfts över på arbetsgivaren. Den första stora privatiseringen kom 1992, när den så kallade sjuklöneperioden infördes. Den innebar att arbetsgivaren skulle betala sjuklön under de två första veckorna; sjuklöneperioden har sedan varierat mellan 2, 3 och 4 veckor, men är i dag tillbaka på 2 veckor. Därigenom har sjukpenningförsäkringen för korta sjukfall helt privatiserats. Man kan dessutom misstänka att denna privatisering innebär en ganska dålig riskdelning, eftersom de flesta arbetsgivare inte är tillräckligt stora för att kunna fördela riskerna på tillräckligt många individer (beträffande möjligheterna för arbetsgivarna att återförsäkra sig, se kapitel 7). Den andra privatiseringen kom 2005, när den så kallade medfinansieringen infördes. Därigenom kom arbetsgivarna att, utöver sin sjuklöneperiod, stå för 15 procent av försäkringen vid längre sjukfall.

Privatiseringen har således gått ganska långt. Eftersom arbetsgivarnas utbetalningar under 2005 totalt kan väntas uppgå till 22 miljarder kronor, och Försäkringskassans utbetalningar till 42 miljarder kronor, kan man säga att drygt 34 procent ( $22/(22+42)$ ) av sjukpenningförsäkringen nu är privatiserad.<sup>11</sup> Räknar man dessutom in avtalsförsäkringarna i den privata delen, blir den privatiserade andelen 39 procent ( $((22+5)/(22+42+5))$ ). Orsaken till 1992 och 2005 års privatiseringar är, med en försäkringsteknisk term, i huvudsak att den offentliga sektorn inte klarat av skaderegleringen. Arbetsgivarna har en mer direkt kontakt med den försäkrade och förväntas, till exempel genom sin personalpolitik, sköta skaderegleringen effektivare än Försäkringskassan.

11. Siffrorna är hämtade från Svenskt Näringsliv respektive Försäkringskassan.

Vad gäller enhetligheten kan man konstatera att sjukpenningförsäkringen fortfarande är enhetlig, i den meningen att premien är densamma för alla (som påpekades ovan innebär dock karensdagen att personer med olika sjukskrivningsmönster erhåller olika försäkringsskydd). Det finns dock två tendenser som tyder på att vi är på väg bort från enhetligheten. Den första tendensen har att göra med arbetsgivarnas nya roll som försäkringsgivare. Arbetsgivarna kan inte gardera sig mot personer med högre sjukdomsrisk genom att ta ut högre premier från dessa. Däremot kan de gardera sig genom att vägra tillhandahålla försäkring till personer som tillhör högriskgrupper – på samma sätt som försäkringsbolagen kan vägra sälja trafikförsäkring eller hemförsäkring (eller privat, frivillig sjukförsäkring) till personer ur vissa högriskgrupper. Men eftersom försäkringsgivaren och arbetsgivaren är samma person tar en sådan vägran formen av att man kan vägra anställa personer ur högriskgrupperna – vilket i praktiken betyder äldre, kvinnor, kroniskt sjuka och personer som varit mycket sjukskrivna tidigare. Enhetligheten bibehålles således i en formell mening, men avskaffas i realiteten i och med att personer ur högriskgrupperna tenderar att helt avstängas från försäkringen – och från arbetsmarknaden.

Den andra tendensen, som vi ännu inte börjat se tecken på i verkligheten, har att göra med arbetsgivarnas möjligheter att återförsäkra sig. För i synnerhet små företag innebär deras påtvingade roll som försäkringsgivare en betydande risk, och det finns redan en diskussion om möjligheterna för dem att teckna privata försäkringar mot denna risk. Sådan återförsäkring har utvecklats i Nederländerna, där arbetsgivaren står för hela kostnaden för det första årets sjukskrivning.

Privat återförsäkring av detta slag skulle i idealfallet skapa korrekta incitament för såväl arbetsgivare som anställda (se vidare diskussionen i kapitel 7). Men detta sker till priset av att enhetligheten i premiesättningen gått förlorad. Själva sjukpenningförsäkringen har visserligen fortfarande enhetliga premier, med de konsekvenser detta får för anställda och arbetssökande som tillhör

högriskgrupper, men i och med att återförsäkringspremierna förmodligen kommer att variera för olika arbetsgivare blir hela »försäkringspaketet« icke-enhetligt.

Har därmed sjukpenningförsäkringen upphört att vara en socialförsäkring? Med privata försäkringsgivare och icke-enhetliga premier återstår ju bara obligatoriet, av de tre principerna ovan. Enligt vår mening är det inte så meningsfullt att hänga upp sig på vilken etikett man ska klistra på ett visst försäkringssystem, även om detta inte är helt oviktigt när det gäller att skapa politiskt stöd för systemet. En intressantare fråga är denna: om nu icke-enhetliga premier är önskvärda för att skapa goda incitament mot överutnyttjande och för omskolning och rehabilitering – varför kan inte detta genomföras inom ramen för det statliga systemet? Varför måste vi gå omvägen över en komplicerad privatisering, med allt denna innebär av marginalisering och utestängning av högriskgrupper från arbetsmarknaden, för att få till stånd dessa åtgärder som politikerna ändå tycks anse vara önskvärda?

Det är en svår fråga, och vi har därför inget enkelt svar på den. Men det är möjligt att svaret har något att göra med den offentliga sektorns svårigheter att åstadkomma en effektiv skadereglering. Eller mer allmänt, med de svårigheter att fatta obekväma beslut som vi kan observera hos organisationer med en »mjuk« budgetrestriktion. I så fall är privatisering, med alla de nya problem som skapas av en sådan, den kostnad vi får bära för att åstadkomma en »hård« budgetrestriktion inom socialförsäkringarna. Vi återkommer till denna fråga.

**H**ur stor är självrisk i sjukpenningförsäkringen? Självrisk består av tre delar: den del som uttrycks i pengar, den del som har att göra med fritidens och arbetstidens innehåll, och den del som har att göra med samhällets normer och attityder. Låt oss börja med den första, som är den man kanske oftast kommer att tänka på när man diskuterar försäkringsfrågor.

## Den monetära självrisk

Ersättningsnivån i sjukpenningförsäkringen är 80 procent, och således blir självrisk 20 procent. Men eftersom försäkringen har en karensdag blir självrisk för mycket korta sjukfall 100 procent. Vad som menas med korta sjukfall har varierat över åren; mellan 1955 och 1966 hade vi två karensdagar, och mellan 1967 och 1986 hade vi en karensdag. Under perioden 1987 till 1992, då man av olika skäl sänkte självrisk i systemet, hade vi ingen karensdag alls, men 1993 infördes den åter.

Motivet till karensdagen kan uttryckas som att man ansett att *moral hazard*-problemen varit speciellt stora vid korta sjukfall (den terminologin användes naturligtvis inte i den politiska debatten), till exempel den så kallade »måndagssjukan« (se Henrekson m.fl., 1992). Men *moral hazard* vid korta sjukfall behöver inte nödvändigtvis vara knutna till en viss veckodag. En intressant studie genomfördes av Skogman Thoursie (2004) där han visade att



korta sjukfall ökade signifikant bland män i samband med att spännande idrottstävlingar direktsändes i tv 1987–88.

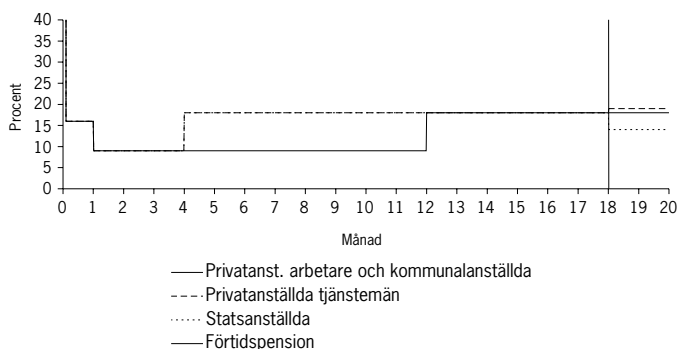
I dag anses allmänt att de korta sjukfallen har minskat, men tyvärr finns ingen heltäckande statistik på detta område.<sup>12</sup> Därför har ingen gjort någon ordentlig utvärdering av införandet av den 100-procentiga självrisken 1993, men den allmänna uppfattningen är att »måndagssjukan« (och »tv-sjukan« i samband med idrottstävlingar) inte längre är något större problem. Detta beror delvis på den 100-procentiga självrisk som karensdagen innebär, delvis på att skaderegleringen av korta sjukfall förmodligen blev effektivare efter 1992, i och med sjuklöneperioden (se vidare avsnitt 5.7 nedan). Som visades i kapitel 2 är det i stället de långa sjukfallen som tilldrar sig intresset. I försäkringstekniska termer kan vi uttrycka detta som att *moral hazard*-problemen i dag ter sig störst vad gäller långa sjukfall.

Ersättningsnivåerna är dock inte så enkla att de kan beskrivas med enbart siffrorna noll respektive 80 procent. Det finns ett tak vid en inkomst på 24 625 kronor per månad (år 2005), inkomster över taket omfattas inte av försäkring. Dessutom finns det ett komplicerat system med avtalsförsäkringar, som är privata försäkringar i den meningen att de är baserade på frivilliga avtal mellan arbetsmarknadens parter, men som för den enskilde individen är att betrakta som obligatoriska. Dessa försäkringar varierar för olika avtalsområden och det finns därför inte någon entydig självrisk i systemet – det beror på vilken inkomstklass och vilket avtalsområde man tittar på. Slutligen ska ersättningen beräknas efter skatt, eftersom det är först då man får veta den verkliga förändringen i individens konsumtionsmöjligheter.

I figur 5.1 visas den verkliga självrisken, när vi tagit hänsyn till avtalsförsäkringar och skatteeffekter, för några olika typfall.<sup>13</sup> I figur 5.1a visas siffrorna för personer med en månadslön på 15 000

12. Den statistik som redovisades i figur 2.4. visar dock tydligt att den korta sjukfrånvaron minskat under 1990-talets första hälft, inom det privata näringslivet.

13. Vi har i beräkningarna använt en kommunalskatt som är lika med den genomsnittliga kommunalskatten i Sverige, 32 kronor. Information om avtalsförsäkringarna har hämtats från Ståhlberg (2005) och AFA:s hemsida.



**Figur 5.1a:** Självrisk inom fyra avtalsområden. Månadslön: 15 000 kr.

kronor. Lönen ligger under sjukpenningtaket. Vi ser att självrisken är mycket hög för sjukfall på en dag (nämligen 100 procent, men vi har inte ritat den vertikala axeln längre än till 40 procent); det är karensdagen som illustreras på detta sätt. Under dag 2–14 får individen sjuklön på 80 procent av hela lönen och från dag 15 sjukpenning från socialförsäkringen (också den 80 procent av lönen) plus ersättning från avtalsförsäkringen. Självrisken vid 1 månads sjukdom blir sammantaget 16 procent. Efter den första månaden faller självrisken till 9 procent och ligger kvar på denna nivå till och med den fjärde månaden. För privatanställda arbetare och för kommunalanställda ligger sedan självrisken kvar på 9 procent under resten av året, medan den stiger till 18 procent för privatanställda tjänstemän och statsanställda. Efter 12 månader stiger den till 18 procent även för de privatanställda arbetarna och för de kommunalanställda, och sedan ligger den kvar på denna nivå för alla grupperna.

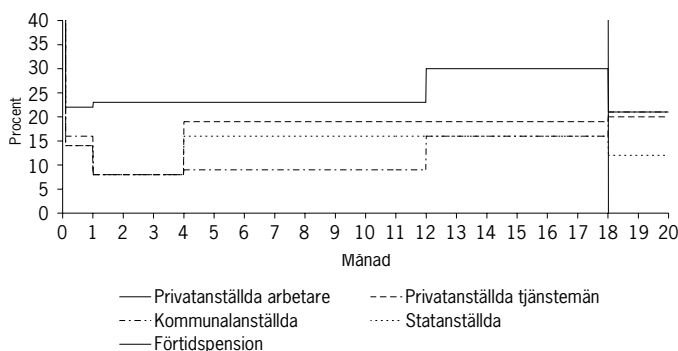
När det gäller de riktigt långa sjukfallen går dessa kanske så småningom över i sjukersättning/förtidspension. Då ändras självrisken med några procentenheter; för de flesta avtalsområden och inkomstklasser sjunker den i förhållande till vad den varit inom

sjukpenningförsäkringen, men i några fall stiger den. I figuren har vi indikerat en tänkt förtidspensionering med en vertikal linje efter 18 månader. Som synes är självrisken efter förtidspensionen ungefär densamma som sjukpenningen för tre av de fyra grupperna; för statsanställda faller dock självrisken en del, från 18 till 14 procent.

På längre sikt blir skillnaden i självrisk mellan sjukpenning och sjukersättning/förtidspension ganska komplicerad. Sjukersättningen räknas upp med inflationen, medan sjukpenningen, däremot, kan räknas upp inte bara med inflationen, utan dessutom med löneutvecklingen inom det avtalsområde där den sjukskrivne är verksam. Denna uppräknings sker dock inte automatiskt; det åligger den försäkrade att se till att Försäkringskassan genomför en sådan uppräknings. De personer som inte är helt bevandrade i reallönestatistiken, i det komplicerade regelverket och i Försäkringskassans korridorer riskerar därför att hamna på efterkälken. Det betyder att det på några års sikt kan bli betydligt mer lönsamt att ha sjukpenning än att ha sjukersättning/förtidspension.

Figur 5.1b visar motsvarande siffror för en inkomsttagare med 30 000 i månadslön. Vi ser här att självriskerna ibland är lägre än för fallet med låginkomsttagarna i figur 5.1a. Detta kan te sig förvånande, eftersom ju höginkomsttagaren slår i taket för den allmänna sjukpenningen. Men avtalsförsäkringarna kompenserar i regel för detta – och dessutom drivs självrisken ner av den progressiva skatten. För privatanställda arbetare, som saknar avtalsförsäkring för inkomster över taket, blir dock självrisken högre. Detta är intressant eftersom man i dag i den politiska debatten fört fram tankar på en höjning av taket; enligt figur 5.1b blir det bara privatanställda arbetare med inkomster över det nuvarande taket som skulle beröras av en sådan reform. Knappt 9 procent av de privatanställda arbetarna finns för närvarande i denna grupp (se Sjögren, Lindquist och Wadensjö, 2005).

Sammanfattningsvis konstaterar vi att den monetära självrisken i de flesta fall ligger på 10–20 procent. Personer som har en så svag anknytning till arbetsmarknaden att de inte omfattas av avtalsförsäkringar (personer med korta deltidsanställningar eller andra ty-



**Figur 5.1b:** Självrisk inom fyra avtalsområden. Månadslön: 30 000 kr.

per av sporadiska anställningar) får ersättning endast från socialförsäkringen och har då en självrisk på 20 procent. Är en självrisk på 10–20 procent för hög eller för låg? Låt oss först konstatera att för en person med en månadsinkomst på 15 000 kronor motsvarar denna självrisk ett inkomstbortfall på mellan 50 och 100 kronor per dag efter skatt. För somliga är detta ett obetydligt belopp, och frestelsen att stanna hemma en eller ett par dagar extra efter att man tillfrisknat kan ge upphov till besvärliga *moral hazard*-problem. För andra – en lågavlönad, ensamstående förälder som lever med små marginaler – är kanske även en självrisk på 50–100 kronor tillräckligt hög för att sådana problem inte ska uppstå.

Hur självrisken »biter« varierar alltså från person till person. Vi ska nu gå över till att diskutera några exempel på andra typer av självrisker som har betydelse för beslutet att stanna hemma respektive gå till jobbet.

## Försämrade anställnings- och karriärmöjligheter

Ytterligare en typ av självrisk uppstår på arbetsmarknaden. En person som ofta är sjukskriven blir mindre attraktiv för andra arbetsgivare. Det betyder att möjligheterna att byta jobb minskar (man blir »inlåst« hos den nuvarande arbetsgivaren) eftersom nya, tilltänkta arbetsgivare har all anledning att undvika högriskfall. Även om det skulle vara förbjudet för arbetsgivare att begära utdrag ur sjukregister för personer som söker jobb hos dem, är det möjligt att på olika sätt kringgå ett sådant förbud. Denna typ av självrisk, som således uppstår helt utanför försäkringssystemet, förstärks i det nya systemet med arbetsgivaransvar, se vidare kapitel 7.

Även karriärmöjligheter hos den nuvarande arbetsgivaren kan försämras. Den här typen av självrisk varierar kraftigt mellan olika yrken. Den är hög för personer i utpräglade karriäryrken och låg eller obefintlig för personer i yrken som saknar karriär- och utvecklingsmöjligheter. Det är därför knappast förvånande att sjukfrånvaron varierar kraftigt mellan olika yrken.

Dessa två självrisiker kan uttryckas i form av pengar och benämns därför, tillsammans med den »vanliga« självrisiken som behandlades i förgående avsnitt, monetär självrisk. Det finns även icke-monetära självrisiker, som kan vara minst lika viktiga som de monetära.

## Fritidens betydelse

Det finns en speciell egenskap hos sjukpenningförsäkringen som försvårar problemet med *moral hazard ex post*. Om mitt hus brinner upp så får jag ersättning från hemförsäkringen, och på grund av självrisiken täcker inte ersättningen hela värdet. Jag har alltså gjort en förlust (såvida jag inte överförsäkrat huset, men det brukar i regel försäkringsbolagen förhindra). Om jag blir sjuk får jag ersättning från sjukpenningförsäkringen, och på grund av den monetära självrisiken täcker inte ersättningen hela inkomstbortfallet. Men samtidigt får jag något mer, nämligen fritid. När jag är sjukskriven

får jag stanna hemma, vilket kan vara mer eller mindre behagligt, beroende på sjukdomens art och hur betungande jag uppfattar arbetet.

Värdet av fritiden varierar dock beroende på omständigheterna. Vid vissa sjukdomar blir det inte bara svårt (eller omöjligt) att arbeta, utan också svårt (eller omöjligt) att njuta av fritiden. Influensa är ett sådant exempel. Men det finns också sjukdomar som hindrar mig från att arbeta utan att de för den skull hindrar mig att njuta av fritiden. Om jag till exempel drabbats av musarm samtidigt som friidrotts-VM sänds på tv kan sjukskrivningsperioden vara relativt behaglig. Exempelen kan mångfaldigas. De illustrerar ett allmänt problem som gör att *moral hazard*-problemen blir speciellt besvärliga inom sjukpenningförsäkringen.

I ekonomiska termer kan problemet uttryckas som att jag har överförsäkrat mig; värdet på skadan är egentligen inte lika med inkomstbortfallet, utan snarare inkomstbortfallet minus värdet av fritiden. Och eftersom skaderegleringen är notoriskt svår i sjukpenningförsäkringen, i synnerhet när det gäller åkommor med diffusa symptom, kan inte försäkringsbolaget (alltså Försäkringskassan) klara av att uppskatta värdet på skadan, utan ger mig alltför hög ersättning. Eller med andra ord: självriskan är mycket lägre än de 10–20 procenten som visades i figur 5.1 ovan, och kan i vissa fall till och med bli negativ.

Problemet accentueras av att två personer, som drabbats av exakt samma sjukdom, kan ha mycket olika värdering av fritiden. Den ena personen kanske uppskattar den sociala samvaron på jobbet, och tycker att fritiden är ganska tråkig; om han skulle stanna hemma från jobbet går han miste om en rad positiva upplevelser, vilket vi kan kalla för en icke-monetär självrisk. Hans totala självrisk, som utgörs av den monetära och den icke-monetära självriskan, blir därför ganska hög – och han skulle därför förmodligen gå till jobbet även om han kände sig en smula hängig på morgonen.

Den andra personen, däremot, tycker att fritiden är roligare än arbetet. Hans icke-monetära självrisk blir därför negativ (han har

med andra ord en positiv värdering av fritid) och hans totala självrisk blir således lägre än hans monetära självrisk. En sådan person skulle därför bli mer benägen än den förra personen att känna efter en extra gång innan han bestämmer sig för att gå till jobbet.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att den totala självrisken är ganska låg. För en person med en inkomst på 15 000 kronor i månaden och en ersättningsnivå i sjukförsäkringen, inklusive avtalsförsäkring, på 90 procent, blir inkomstbortfallet 50–100 kronor per dag. Det kan vara mycket nog för en person som lever under knappa omständigheter, medan det kan upplevas som ett mer umbärligt belopp för en annan person – även om de två personerna skulle ha exakt samma beskattningsbara inkomst. Här finns således inga enkla tumregler för vad man menar med en alltför hög, respektive en alltför låg, självrisk. Dessutom tillkommer de andra övervägandena. För en person med ett yrke utan karriärmöjligheter, och med en värdering av fritiden som nog motsvarar vad de flesta av oss har, så blir den totala självrisken – åtminstone vid vissa åkomor – noll eller kanske till och med negativ.

## Sociala normer

Om värderingen av fritiden innebär att den faktiska självrisken är mycket låg, eller rent av negativ, finns det potentiellt ett stort *moral hazard*-problem. Lyckligtvis finns det dock ytterligare en icke-monetär komponent i den totala självrisken. Den komponenten utgörs av omgivningens – bekantas och arbetskamraternas – syn på en person som är sjukskriven eller arbetslös (problemet är exakt detsamma inom arbetslöshetsförsäkringen). Om det allmänt anses som skamligt eller genant att leva på bidrag (i dagligt tal kallar vi ju ersättningen från sjukförsäkringen och a-kassan för »bidrag«, medan ersättning från sakförsäkringar benämns just försäkringsersättning), så kan man se detta omgivningens ogillande som en extra kostnad, eller en självrisk, som drabbar den försäkrade.

I ett samhälle med få sjukskrivna, och få arbetslösa, är det ofta

en smula genant att tillhöra den lilla minoritet som (om än tillfälligt) lever på bidrag – särskilt om sjukdomen är »osynlig« och svår att verifiera. Den sociala normen säger att man ska vara frisk och arbeta, och den som bryter mot normen får bära en högst påtaglig social kostnad för detta. I ett samhälle med många sjukskrivna, och/eller många arbetslösa, eroderas den normen, och »den sociala självriskan« minskar. Alldeles oavsett normernas betydelse ökar naturligtvis värdet av fritiden om många av mina bekanta också är sjukskrivna eller arbetslösa, för då kan jag alltid umgås med dem i stället för att sitta ensam och ha långtråkigt under sjukskrivnings- eller arbetslöshetsperioden.

En ökning av bidragsberoendet i samhället tenderar därför att erodera självriskan. Detta kan kanske ses som någonting gott i sig – den lutherska arbetsmoralen behöver inte enbart vara av godo – men ur ett rent ekonomiskt perspektiv innebär detta att den totala självriskan i vissa socialförsäkringar minskar. Enligt en rad forskningsrapporter som blivit tillgängliga den senaste tiden kan man i Sverige se stora regionala skillnader i synen på när det är rimligt att sjukskriva sig. Det betyder att det finns en stor regional variation i den totala självriskan.

De sociala normerna är således viktiga för förståelsen av hur socialförsäkringarna fungerar i praktiken. Samtidigt är normerna notoriskt svåra att mäta. Eftersom denna fråga har stor betydelse för självriskens nivå återkommer vi till den i kapitel 6.

## Skadereglering

Kontrollen/skaderegleringen består bland annat i att kontrollera att underlaget för beslut är tillräckligt och tillförlitligt. Genom den i många fall glidande skalan för de två villkoren, *sjukdom* som ger *arbetsförmåga*, blir skaderegleringen en grannlaga uppgift; det är ofta svårt att avgöra om en ersättningspliktig händelse föreligger. Beskrivningen av vad som menas med sjukdom har inte ändrats



sedan den allmänna sjukförsäkringen infördes på 1950-talet.<sup>14</sup> Där emot finns en kraftig förskjutning i diagnoser, från diagnoser som är lätta att fastställa medicinskt till så kallade symptomdiagnoser (diagnoser där endast symptomen kan fastställas men inte grunden för dessa). Detta betyder en glidning i sjukdomsbegreppet utan att några formella ändringar har skett. Arbetsförmågan prövas i första hand mot det arbete individen är sjukskriven från, därefter mot de krav ett »på arbetsmarknaden vanligt förekommande arbete« ställer.

I princip skulle man kunna tänka sig att Försäkringskassan gjorde upp en lista på de sjukdomar som berättigade till sjukpenning. Och även om ingen sådan lista finns i den fysiska världen, finns nog listan i form av en samsyn inom läkarkåren, alltså en allmän uppfattning om vilka åkommor som rimligen leder till nedsatt arbetsförmåga och vilka som inte gör det. Men en sådan samsyn är inte absolut – det finns alltid läkare som är mer stränga, eller mer generösa, än flertalet. Och läkarkårens uppfattning är dessutom inte konstant över tiden; den ändras i takt med att normer och attityder ändras i samhället.

I och med att en sådan (implicit) uppfattning finns om vad som är rimligt skäl för sjukskrivning, skulle man kanske också kunna gå ett steg längre och variera sjukpenningen. Nu är den en »noll-ett-variabel«: antingen är man berättigad till sjukpenning eller också är man det inte. Man skulle kunna göra systemet mer detaljerat och variera sjukpenningen med diagnosen, så som nämndes i kapitel 4 ovan. Vi tror dock inte att ett sådant betingande skulle vara möjligt – varken av politiska eller av tekniska skäl. Orsaken till detta är att grunden för sjukpenningen består av två komponenter: man ska vara sjuk, och man ska ha nedsatt arbetsförmåga. Även om det första kriteriet vore entydigt (vilket det inte är) vet vi att det andra kriteriet i hög grad är individuellt. Det finns många fall där två personer, med exakt samma åkomma, har helt olika ar-

---

14. Vid två tillfällen, 1995 och 1997, har förtydliganden av sjukdomsbegreppet skett i lagen om allmän försäkring. Förtydligandena har bland annat betonat att det är sjukdom och inte ekonomiska, sociala eller arbetsmarknadsmässiga förhållanden som avses i försäkringen.

betsförmåga. Alla som varit verksamma inom rehabilitering vet, att för en given medicinsk diagnos är den individuella motivationen helt avgörande för sannolikheten att man ska komma tillbaka till arbetet. Och även om man skulle kunna betinga sjukpenningen på den medicinska diagnosen, skulle man aldrig kunna utöka betingelsen till att gälla den individuella motivationen.

Ett näraliggande problem rör frågan huruvida sjukförsäkringen ska betala kostnaden för frånvaro från arbetet på grund av medicinsk behandling som har att göra med individens val av livsstil. Många anser till exempel att skönhetsoperationer inte ska ge rätt till sjukpenning. I synnerhet efter de två sjuklöneveckornas införande – och nu senast efter arbetsgivarens 15-procentiga medfinansiering efter dessa två veckor – har många tyckt att det är orimligt att arbetsgivaren ska belastas med kostnaden för sådan frånvaro. Vi står här inför ett genuint problem som nog inte har någon självklar lösning. Även om man i vissa fall kan peka på exempel där »sjukfrånvaron« är ett helt frivilligt val av individen kommer det hela tiden att finnas gränsfall där åtminstone några läkare skulle intyga att frånvaron är medicinskt eller socialt nödvändig.

Rent försäkringsekonomiskt är problemet dock enkelt. Det är ingenting annat än ett klassiskt exempel på *moral hazard*. Och sådan bekämpas med självrisk och skadereglering. När skaderegleringen är svår, ska självrisken hindra överutnyttjande. Detta innebär inte att *allt* överutnyttjande försvinner. Det finns tre kostnader: kostnaden för kontroll, kostnaden för överutnyttjande och den kostnad som uppstår genom att individen inte får ett 100-procentigt skydd. Vi kan här bara upprepa principen från kapitel 3: en bra försäkring balanserar dessa tre kostnader mot varandra så att resultatet – i all sin ofullkomlighet – blir någorlunda acceptabelt.

Kostnaden för kontroll består dels av kostnaden för själva skaderegleringen/ärendehantering, dels av en mer subtil kostnad i form av integritetskränkning och stigmatisering. Den senare kostnaden har märkts inte minst under senare tid i form av upprörda insändare och tidningsartiklar, som handlar om indragna ersättningar från sjukförsäkringen. Huruvida detta har ökat under se-

nare tid undandrar sig vår bedömning, men uppmärksamheten på sådana fall har i vart fall ökat. Det är också tydligt i debatten att folk betraktar sjukpenning snarare som ett allmänt försörjningsstöd än som en försäkringsersättning. Regeringen har gett Försäkringskassan i uppdrag att halvera sjukfrånvaron fram till 2008 jämfört med läget 2002 och detta utan att förtdispensioneringarna ökar (budgetpropositionen 2003/04). Detta kan ha lett till att Försäkringskassan nu har en striktare tillämpning av reglerna, alltså en striktare prövning av arbetsförmågan och av i vad mån det är sjukdom som orsakar den nedsatta arbetsförmågan.

Ordet kontroll för kanske tankarna mer till fuskbekämpning än till den »normala« ärendehantering vid Försäkringskassan. Under senare tid har också Försäkringskassan lagt mer resurser på att bekämpa fusk. Dessa insatser har ofta varit uppföljningar av anonyma anmälningar och oftast utredningar av fall där man har misstänkt fusk. Det uppfattas lätt som integritetskränkande och ett obehagligt »storebror-ser-dig«-samhälle. En kraftig satsning på bekämpning av försäkringsbedrägerier genom slumpvisa stickprovskontroller torde inte uppfattas som lika kränkande och kan bli det medel som behövs för att vi fortsatt ska kunna ha en försäkring med ett gott skydd, det vill säga med en låg självrisk. Vi menar att ett sådant pris är väl värt att betala för att bevara en socialförsäkring värd namnet.

## Skadereglering och kontroll i praktiken

Kontroll och skadereglering i sjukpenningförsäkringen utförs av arbetsgivaren, läkaren och försäkringskassan.

### *Arbetsgivaren*

Genom sjuklöneperioden, som infördes 1992, har arbetsgivaren en grindvaksroll för korta sjukfall. Statistiken är ofullständig, men de flesta bedömare anser att de korta sjukfallen minskat kraftigt efter

1992 (se figur 2.4 och Palmer, 2004, s. 31). Vi tolkar det som att arbetsgivaren är en effektivare skadereglerare än Försäkringskassan för dessa fall. Vi diskuterar för- och nackdelar med arbetsgivaren som försäkringsgivare och grindvakt mer utförligt i kapitel 7 om medfinansieringen.

### *Läkaren*

Efter sju dagars sjukfrånvaro krävs ett läkarintyg för att fortsatt ersättning ska utgå. Av läkarintyget ska framgå huruvida individen är sjuk och huruvida sjukdomen i så fall medför nedsatt arbetsförmåga. Läkarintyget är en kontrollstation; i de av våra grannländer som har lägre sjukfrånvaro än Sverige krävs läkarintyg betydligt tidigare: i Finland (ofta) från dag 1, i Danmark ett skriftligt intyg från den försäkrade dag 2 och ett läkarintyg från dag 4, och i Tyskland ett läkarintyg från dag 3. I Nederländerna, med ungefär samma sjukfrånvaro som i Sverige, krävs däremot inget läkarintyg (se SSPTW, 2004 och RFV, 2003, för regelbeskrivningar).

Flera studier visar sjukintygets roll för sjukskrivningens längd. Henrekson, Lantto och Persson (1992) visar att återgången till arbete har en topp på sjunde dagen, dagen innan sjukintyg krävs. Detta visas också tydligt i en nyligen publicerad studie, där ett socialt experiment från 1988 analyseras (Hesselius m. fl., 2005). Experimentet bestod i en slumpmässig indelning av invånarna i Jämtlands län och Göteborgs kommun. Hälften behövde inte komma in med ett sjukintyg förrän dag 15, medan hälften följde den vanliga regeln med intyg senast dag 8. Effekten var tydlig och signifikant: sjukfrånvaron ökade med cirka 6 procent i gruppen med förlängd tid innan sjukintyg behövde presenteras. Mönstret för återgång i arbete var tydligt även i denna studie: tydliga toppar dag 7 respektive dag 14, något som såvitt vi vet inte har någon medicinsk förklaring.

Syftet med experimentet var att undersöka möjligheter till besparingar. Det kostar för både individ och samhälle att skaffa fram ett läkarintyg. Effekten blev emellertid inte denna. De ökade ut-

gifterna för sjukpenningen blev i själva verket sex gånger högre än besparingen i form av färre läkarbesök.

Tidpunkten då läkarintyg måste uppvisas spelar alltså en tydlig roll. Men sjukintygets effektivitet som kontrollinstrument har också ifrågasatts. Det ger läkaren dubbla roller, dels som grindvakt i socialförsäkringen och dels som patientens ombudsman. Flera undersökningar visar att i en konfliktsituation väljer läkaren att gå patienten tillmötes. I mer än 95 procent av de fall där läkaren inte ansåg att sjukskrivning var påkallad, sjukskrevs patienten ändå på hennes begäran (Englund, 2001). En delförklaring till den ökade sjukfrånvaron kan också vara att sjukskrivningspraxis har ändrats. Hetzler m. fl. (2005) har studerat sjukskrivningstider för specifika diagnoser (fotledsfraktur, ospecificerad depression) och undersökt hur sjukskrivningstiden för samma diagnos ändrats från tidigt 1990-tal till tidigt 2000-tal. Det visade sig att sjukskrivningstiderna ökat markant; för fotledsfraktur från i genomsnitt 110 till 245 dagar, och för ospecificerad depression från i genomsnitt 200 till 392 dagar. Även Englund (2001) fann att längden på sjukskrivningarna ökat under den undersökta perioden 1996 till 2001.

Ett ytterligare problem med läkarintyget som kontrollinstrument är den regionala variationen i sjukskrivningspraxis. En undersökning av den regionala variationen i sjukskrivning vid hjärtinfarkt och bröstcancer visar samma mönster som det vi sett tidigare: Jönköpings och Kronobergs län har korta sjukskrivningstider, medan Västerbotten och Jämtland har långa (Socialstyrelsen, 2003).

Sammanfattningsvis påverkar kravet på sjukintyg sjukfallen på flera sätt. För det första har (vetskapen om) kravet i sig en effekt. Människor reagerar på det innan de ens hunnit träffa en läkare. För det andra har intyget också en effekt via den läkare som den sjukskrivne får träffa: hur strikt läkaren kontrollerar arbetsförmåga påverkar den fortsatta sjukskrivningens längd. Dessa effekter samverkar förstås, ju enklare det är att få läkaren att rekommendera (lång) sjukskrivning, desto mindre blir den första, avskräckande effekten av intygskrav.

## *Försäkringskassan*

Försäkringskassan fattar beslut om ersättning. I handläggningen ingår att se till att underlaget för beslut är tillräckligt och tillförlitligt. Individen har skyldighet att anmäla förhållanden som påverkar rätten till och storleken på ersättning. Om individen lämnar oriktiga uppgifter eller undanhåller information ska det utbetalda beloppet återbetalas.

En viktig del av skaderegleringen består av rehabilitering, men det är svårt att bedöma huruvida Försäkringskassan sköter sin rehabiliteringsuppgift tillfredsställande. Enligt Frölich m. fl. (2004) och Gerner (2005) har dock rehabiliteringen inte haft några positiva effekter för återgång i arbete. Även om det är svårt att bedöma huruvida Försäkringskassan satsar lika mycket och lika effektivt på skadereglering och kontroll som de privata försäkringsbolagen gör inom sina respektive områden, verkar den allmänna uppfattningen vara att den inte gör det. Vi delar den uppfattningen: mer resurser borde ägnas åt skaderegleringen. Det sker inte kostnadsfritt, men å andra sidan har oegentlig användning och fusk också höga kostnader, inte minst i form av minskad legitimitet och förskjutning av sociala normer.

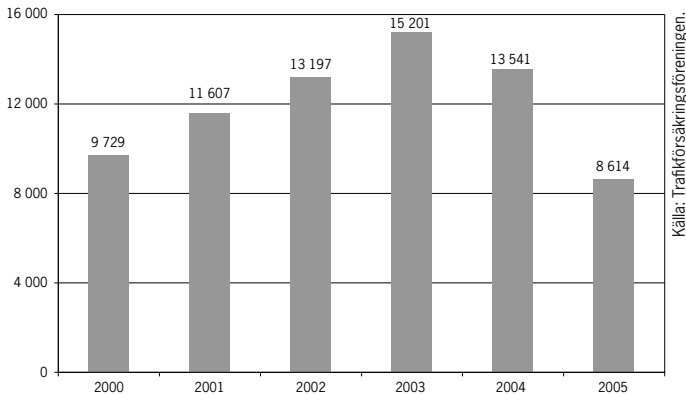
## Slutsatser

Vår slutsats är att skaderegleringen inom sjukpenningförsäkringen inte är särskilt effektiv. Skälet till detta kan vara att Försäkringskassan har en »mjuk« budgetrestriktion; om skadekostnaderna skjuter i höjden kan man alltid få pengar från statsbudgeten. De privata försäkringsbolagen, däremot, tvingas på grund av sin »hårda« budgetrestriktion att ta skaderegleringen på fullt allvar, hur obehaglig och ansträngande den än må te sig för den enskilde tjänstemannen.

Från den privata marknaden finns också mängder av exempel på att även måttliga insatser för skadereglering kan ge stora resultat. Exempelvis ökade parkeringsskadorna på bilar explosionsar-

tat under flera år, och 2004 skärpte därför de privata trafikförsäkringsbolagen handläggningsrutiner och beviskrav. Det handlade om så enkla saker som att bilägaren vid anmälan skulle ange sannolik tid och plats för skadan, liksom var på bilen skadan fanns. Dessutom skulle denne på något vis kunna styrka att det verkligen rörde sig om en parkeringsskada (till exempel genom färgavskrap eller glassplitter, eller genom ett vittne som intygade att skadan inte fanns där före parkeringstillfället). Utvecklingen före och efter denna skärpning visas i figur 5.2 och talar sitt tydliga språk (siffrorna avser antal anmälningar; skadebeloppen visar samma mönster).

Det är dock inte en uppgift för SNS Valfördråd att försöka hitta på fiffiga rutiner för kontroll och skadereglering; sådana idéer måste komma fram hos Försäkringskassan själv. Vad vi kan göra, däremot, är att visa på en institutionell ram som ger rätt incitament att utveckla sådana rutiner. Det nuvarande arrangemanget, där sjukpenningförsäkringen inte är fristående från statsbudgeten, är inte en lämplig institutionell ram för uppkomsten av sådana



**Figur 5.2:** Antal skadeanmälningar avseende parkeringsskador under perioden januari-april, 2000–2005.

incitament. Vi föreslår därför att Försäkringskassan görs autonom så att finansieringen frikopplas från statsbudgeten, vilket innebär en »hård« budgetrestriktion. Detta ökar transparensen i systemet och skapar bättre incitament att ta skaderegleringen på allvar. Ett exempel på att Försäkringskassan inte tagit skaderegleringen på fullt allvar är, att man inte brytt sig om att samla in tillförlitlig statistik över de kortaste sjukfallen (se diskussionen i kapitel 2). Något sådant vore otänkbart för ett försäkringsbolag som arbetar på marknadens villkor.

Den ökade transparens som en autonom försäkring innebär betyder att innehållet i försäkringskontraktet inte kommer att påverkas av händelser som ligger utanför själva sjukpenningförsäkringen, som till exempel av under- eller överskott i statsbudgeten orsakade av helt andra förhållanden. Detta är en klar fördel; vi får en tydlig försäkring där ökade sjuktal leder till högre premier och/eller lägre ersättningsnivåer. Tillfälliga variationer i sjuktalet bör klaras genom att hålla en viss buffert. Däremot ska trendmässiga förändringar ge tydliga signaler och leda till en omprövning av innehållet i försäkringen och av skaderegleringen.

En autonom försäkring ger dock upphov till en rad praktiska överväganden, till exempel vad gäller storleken på bufferten och förvaltningen av buffertens tillgångar. En annan fråga är om systemet ska vara avgifts- eller förmånsbestämt. En autonom försäkring kan i princip möta svängningar i skadefrekvens med tre parametrar: ändringar i avgiftens nivå, ändringar i ersättningsnivån, och skadereglering (kontroll). I princip skulle en autonom statlig sjukpenningförsäkring kunna göra detsamma. För att ge en god riskgardering kan man dock argumentera för att ersättningen bör ligga fast. Å andra sidan kan en fast ersättningsnivå (som innebär svängningar i premierna, om bufferten inte räcker till) strida mot Riksdagens beskattningsrätt.

Vi inser att en autonom Försäkringskassa inte är problemfri. Den kommer dessutom fortfarande att vara en monopolist inom det speciella marknadssegment som den obligatoriska sjukpenningförsäkringen utgör – och Försäkringskassan kan därför fres-



tas att höja premierna och/eller sänka ersättningsnivån i stället för att ta itu med den besvärliga skaderegleringen. Risken för att sådana problem ska bli större än de problem vi har med dagens system är dock obetydliga. Med en autonom Försäkringskassa ökar transparensen inom systemet, och inget försäkringsbolag kommer att bli mer granskat och genomlyst av massmedia och politiker i jakten på verkligt eller misstänkt missbruk av monopolställningen.

**E**n nyckelfråga vid studiet av sjukskrivningsbeteende är gränsen mellan det individuella och det samhälleliga ansvaret. Vid vilken grad av hälsoneadsättning är man arbetsoförmögen? Vilka uppoffringar kan samhället kräva av individen för att ta sig tillbaka till arbete? Som vi tidigare har konstaterat ger inte lagstiftningen så mycket ledning på den punkten. Det är inte heller så att svaret på dessa frågor avgörs av Försäkringskassan och den försäkrade oberoende av samhället runt omkring dem.

I ekonomisk teori brukar man skilja mellan privata och sociala kontrakt. Det vi tidigare diskuterat i rapporten kan framför allt hänföras till det privata kontraktet mellan försäkringstagaren och försäkringsgivaren: hur mycket av den försäkrade inkomsten ska ersättas? Och vilken kontroll och skadereglering ska den försäkrade räkna med? Men här finns också ett socialt kontrakt: det är inte socialt accepterat att vara sjukskriven om man är uppenbart frisk. Därför är det inte så många som är det, trots att de förmodligen – i det privata kontraktet – skulle värdera fritid mycket högre än den monetära självriskan, alltså det pris som de betalar via förlorad arbetsinkomst. Men, som vi också tidigare konstaterat, är det i många fall inte så enkelt att man upplever sig antingen helt arbetsför eller hel arbetsoförmögen. Återigen är vi i den gråzon där individen enligt vissa samhälleliga värderingar definieras som arbetsför, medan hon enligt andra definieras som arbetsoförmögen.

Ibland kan det sociala och det privata priset motverka varandra. Gneezy och Rustichini (2000) beskriver ett experiment som genomfördes vid israeliska daghem. Att föräldrarna ibland hämtade sina barn för sent upplevdes som ett problem. Man införde därför en straffavgift för dem som hämtade efter stängningstid. Man förväntade sig att antalet försenade föräldrar skulle minska, men resultatet blev det motsatta: det visade sig att föräldrarna uppfattade avgiften som ett privat pris som var lägre än det sociala pris som skammen att komma för sent innebar före reformen. I princip skulle ett liknande utfall kunna inträffa om man höjde självrisker i den svenska sjukpenningförsäkringen; kanske skulle många då resonera så, att ersättningen nu var så låg att man »hade rätt« att ta ut ett par extra dagars ledighet även om man inte var sjuk. Som vi tidigare konstaterat tyder dock empiriska studier av sänkningar av ersättningsnivån på att så inte varit fallet. Tvärtom har sänkningar generellt lett till minskad sjukfrånvaro.

Det sociala priset kan också samverka med det privata. Antag att självrisker sänks, och att detta på kort sikt leder till något fler sjukskrivningar. Om fler personer är sjukskrivna blir det mer socialt accepterat att utnyttja sjukförsäkringen. Detta förstärker den ursprungliga effekten – normförändringen fungerar som en social multiplikator. Detta kan beskrivas som ett förlopp över tiden: en höjning av ersättningsnivån i sjukförsäkringen, liknande den som gjordes 1998, ger upphov till dels en direkt effekt, dels en indirekt effekt genom att ökningen i sjukskrivningarna påverkar normerna. Den indirekta effekten leder i nästa steg till ytterligare ökning i sjukskrivningarna, vilket i sin tur påverkar normerna och så vidare. Den fulla effekten av en höjning av ersättningsnivån kan därför kanske inte observeras förrän efter många år. Faktum är att Henrekson och Persson (2004), i en studie av hur ersättningsnivån påverkar sjukskrivningarna, sett tydliga tecken på en sådan eftersläpning. Om man bara tittar på de kortsiktiga effekterna kan man därför felaktigt lockas att tro att förändringar i ersättningsnivån inte har några nämnvärda konsekvenser. Detta kan vara en förklaring till att höjningar av ersättningsnivåerna ter sig så politiskt

lockande; de fulla effekterna syns inte direkt, och när de väl börjar synas kan man lätt bortförklara dem med andra saker som inträffat under mellantiden.<sup>15</sup>

Detta principresonemang gäller naturligtvis inte bara för höjningar av ersättningsnivån, utan också för sänkningar. Om vi i dag skulle försöka bekämpa det höga ohälsotalet genom att sänka sjukpenningen och sjukersättningen skulle kanske inte några nämnvärda effekter synas på kort sikt. Många skulle då lockas att dra slutsatsen att sänkningarna var verkningslösa – och i ett sådant läge kan det vara svårt för regeringen att stå fast vid den lägre ersättningsnivån. Rent allmänt kan man därför säga att tidseftersläpningar – oavsett om de beror på normbildning eller på informationsspridning – alltid gör höjningar av ersättningsnivån politiskt lättare, och sänkningar svårare, att genomföra.

Samhälleliga normer kan också variera över tid och rum utan att priset på att vara sjukskriven ändras. Det har visat sig att sjukskrivningen kan variera betydligt mellan närliggande, till synes identiska bostadsområden, eller mellan likartade arbetsplatser med identiska sjukförsäkringssystem. Sådana fenomen har på senare år attraherat den ekonomiska forskningens intresse, och man har ställt frågan hur sådana »multipla jämvikter« har kunnat uppstå. Lindbeck, Nyberg och Weibull (1999) har visat att om den samhälleliga attityden till sjukskrivning påverkas av hur många människor som sjukskriver sig, och om antalet människor som sjukskriver sig påverkas av attityden, kan i övrigt identiska orter få helt olika sjukskrivningsmönster. Vi kan då få antingen ett läge då väldigt få människor är sjukskrivna (och där sjukskrivning för diffusa symptom inte är socialt accepterat), eller också ett läge där väldigt många människor är sjukskrivna (och där sjukskrivning för diffusa symptom är socialt accepterat). Mekanismen skulle således kunna förklara varför sjukskrivningen i två till synes identiska, lokala samhällen kan variera så mycket som vi faktiskt kan observera i data.

---

15. Se till exempel Lindbeck (1995).

Hur mäter man då normernas betydelse empiriskt? Här finns en rad olika ansatser, ofta beroende på vilken samhällsvetenskaplig inriktning forskaren representerar. Ett sätt är naturligtvis att ställa direkta frågor om människors attityder. Ett exempel är Försäkringskassans stora enkätundersökning 2004–2005, där man undersökte cirka 1000 personers attityder till sjukskrivning (se Försäkringskassan, 2005). Det visade sig att 71 procent av de tillfrågade tyckte att problem i familjen var ett godtagbart skäl för sjukskrivning. Vidare tyckte 41 procent att osämja med chef och/eller arbetskamrater var ett godtagbart skäl för sjukskrivning. Vid en uppföljning ett halvår senare, efter att en livlig debatt om dessa siffror hade förts i medierna, hade andelen för dessa frågor sjunkit något (till 66 procent för »problem i familjen« och 33 procent för »osämja med chef«). Eftersom någon liknande studie inte gjorts tidigare kan vi inte veta om attityderna varit annorlunda längre bakåt i tiden, och vi vet inte heller om och hur en eventuell förändring i attityderna har påverkat beteendet – men siffrorna är ändå tänkvärda. Försäkringskassan har nu beslutat att ägna större resurser åt att kontinuerligt mäta attityderna till olika socialförsäkringar. Det är en lovvärd verksamhet som på sikt kan fördjupa våra kunskaper om normernas betydelse för de försäkrades beteende i olika avseenden.

Nationalekonomerna Lindbeck, Palme och Persson (2004) använder ett dataregister som omfattar alla invånare i Västra Götalands län och innehåller individuell information om bland annat sjukskrivning, demografiska uppgifter samt uppgifter om utbildningsnivå för att studera normernas betydelse. Frågan de ställer är om det finns lokala sjukskrivningskulturer i Sverige, alltså orter där sjukskrivningarna är exceptionellt höga utan att detta kan förklaras av exempelvis befolkningsstrukturen (ålder, kön, utbildning med mera) eller näringslivets sammansättning. Det visade sig att det finns stora skillnader i sjukskrivningsmönster mellan olika församlingar i Sverige, även efter att man tagit hänsyn till skillnader i en lång rad observerbara faktorer. Författarna tolkade dessa oförklarade skillnader som uttryck för lokala olikheter i at-

tityder till sjukskrivning, antingen bland de sjukskrivna själva eller bland läkarna eller Försäkringskassans personal.

Geograferna Holm och Öberg (2004) studerade sjukskrivningar med hjälp av en modell för informationsspridning. De fann att ett nytt sjukskrivningsbeteende breder ut sig över landet på ungefär samma sätt som ny information, eller en ny livsstil, sprider sig. Först är det några tidiga individer som sjukskriver sig; därefter lär sig deras grannar hur man kan göra, sedan lär sig deras grannar och så vidare. Författarna kan inte avgöra om detta mönster verkligen speglar en spridning av nya normer eller spridning av ny information – i detta fall information om vad man ska säga till läkaren för att bli sjukskriven – men den distinktionen ter sig tämligen subtil.

Etnologerna Frykman och Hansen (2005) har genom intervjuer med ett stort antal personer studerat de attityder till sjukskrivning som finns i två kommuner, småländska Gislaved och jämtländska Strömsund. De konstaterar att det finns betydande skillnader i sjukskrivningskultur mellan de två kommunerna. Invånarna i Strömsund är inte bara sjukskrivna dubbelt så många dagar som invånarna i Gislaved – de har också en helt annan syn på under vilka omständigheter som det är rätt att sjukskriva sig. Det är förstås svårt att veta vad som är hönan och vad som är ägget. Förmodligen påverkar sjuktalet och attityderna varandra ömsesidigt: höga sjuktal på ens hemort gör rimligen att det blir mer acceptabelt att leva på sjukpenning, och samtidigt innebär en större acceptans för sjukpenningsberoende att fler sjukskriver sig.

Det finns således en hel del tecken på att attityderna till sjukskrivning och förtidspensionering skiljer sig åt i olika delar av landet, och att även sjukskrivningsbeteendet påverkas av detta. Därav följer inte nödvändigtvis att den stora uppgång i ohälsotalet som vi visade i figur 2.1 förklaras med en förändring av normerna i Sverige – men att normerna är en delförklaring ter sig i alla fall troligt. Frågan som då inställer sig är naturligtvis i vilken utsträckning normerna kan påverkas för att få ner sjukskrivningen. Hur ska vi bära oss åt för att knuffa samhället från den dåliga jämvik-

ten (med högt sjuktal) till den goda jämvikten (med lågt sjuktal)? Eller med andra ord: Hur ska vi få alla svenskar att bli smålänningar?

Propaganda och opinionsbildning är naturligtvis en möjlighet – men en sådan lösning ligger närmare PR-konsulternas kompetensområde än nationalekonomernas, så vi väljer att inte uttala oss i denna fråga. Noggrannare kontroller av de sjukskrivna, för att undvika fusk, är en annan möjlighet. Men det är knappast det rena fusket som är det stora problemet i dag. Problemet ligger nog snarare i det diffusa gränslandet mellan lättverifierade och svårverifierade åkommor där normer och attityder blir utslagsgivande för beslutet om man ska sjukskriva sig eller inte. Det är där *moral hazard*-problemen är störst.

Ibland förekommer rapporter om uppenbara missbruk av sjukpenningförsäkringen, i nyhetsflödet. Exempel på detta är när olika personalgrupper »sjukskriver sig i protest«, alltså använder sjukpenningen som någon form av strejkkassa. Det är viktigt att försäkringsgivaren uppmärksammar och beivrar sådant missbruk. Kanske inte i första hand för att det har stora direkta effekter, utan för att det som uppmärksammas i den allmänna debatten och i medierna så tydligt påverkar normerna i samhället.

Sammanfattningsvis kan man därför konstatera att normer och normbildning förmodligen är betydelsefulla för utnyttjandet av socialförsäkringarna, men att det är svårt att empiriskt visa exakt hur viktiga de är. Och ännu svårare är det att peka på några enkla lösningar på problemet, men förändringar i systemets utformning kan på sikt även förändra normerna.

## Bakgrunden

I januari 2005 infördes medfinansieringen inom sjukpenningförsäkringen, vilket innebär att arbetsgivarna numera har ett utökat ansvar för sjukskrivningarnas finansiering. Före reformen betalade arbetsgivaren sjuklönen under de tre första sjukveckorna, och därefter övertog Försäkringskassan betalningsansvaret. Enligt det nya systemet ska arbetsgivaren, efter att ha betalat sjuklön under de två första veckorna, betala en *särskild sjukförsäkringsavgift* som motsvarar 15 procent av den anställdes sjukpenning så länge som denne är heltidssjukskriven. Kommer den anställde tillbaka till arbetet på åtminstone 25 procent, eller genomgår rehabilitering och uppbär rehabiliteringsersättning, upphör medfinansieringen och Försäkringskassan står för hela (deltids-)sjukpenningen.

Medfinansieringen är ett led i den fortlöpande privatiseringen av sjukpenningförsäkringen. Denna privatisering har sin grund i att Försäkringskassan visat sig svag i skaderegleringen. När systemet med en tvåveckors sjuklöneperiod infördes 1992 var en av orsakerna, enligt försäkringsekonomisk terminologi, att arbetsgivarna bedömdes vara bättre skickade än staten att sköta skaderegleringen vid korta sjukfall.<sup>16</sup>

År 2005 har staten överlåtit ytterligare en del av skaderegleringen, i detta fall för längre sjukfall, till arbetsgivarna. Vi påpekade i kapitel 5 att det existerar en växelverkan mellan självrisk och kon-

---

<sup>16</sup> Ett ytterligare motiv lär ha varit att minska statens utgifter i ett kärt ekonomiskt läge.



troll; om kontrollen är strikt kan man ha en låg självrisk, och om kontrollen är svag måste man ha en hög självrisk. 2005 års medfinansieringsreform kan därför ses som ett uttryck för en politisk vilja att inte sänka ersättningsgraden (alltså att inte höja självrisken) inför de alltmer uppenbara *moral hazard*-problem som kommit till synes i sjukpenningförsäkringen och förtidspensionen. För att kunna bibehålla den låga självrisken var man därför tvungen att strama upp skaderegleringsprocessen, vilket dock Försäkringskassan var oförmögen att göra; denna uppgift lades då delvis över på arbetsgivarna.

Vi tror att medfinansieringsreformen kommer att leda till förändringar på främst fem områden: 1) arbetsförhållanden och rehabilitering, 2) andelen deltidssjukskrivningar, 3) andelen sjukpenningfall som övergår i sjukersättning, 4) sammansättningen av gruppen anställda inom företagen, och 5) lönerna. Dessutom kommer möjligen en marknad för återförsäkring att uppstå, liknande den i Nederländerna, där företagen kan försäkra sig mot risken att de anställda blir sjukskrivna.

## Arbetsförhållanden och rehabilitering

Reformen skapar starka incitament för arbetsgivaren att försöka få tillbaka den sjukskrivne till arbetet. Med det gamla systemet upphörde ju arbetsgivarens ekonomiska intresse för rehabilitering efter de första veckorna, och i regel föredrog nog många arbetsgivare en lång sjukskrivning framför många korta.<sup>17</sup> Det nya systemet ger arbetsgivarna incitament att även bry sig om de långa sjukfallen, vilka enligt vår redovisning i kapitel 2 utgör den huvudsakliga faktorn bakom de senaste årens kraftiga uppgång i ohälsotalet. Därmed kommer vi troligen att se förbättringar av arbetsförhållanden och fler rehabiliteringsinsatser.

---

17. Kostnader för produktionsstörningar och planeringsproblem lär också vara större vid många och korta sjukfall jämfört med vid ett långt sjukfall.

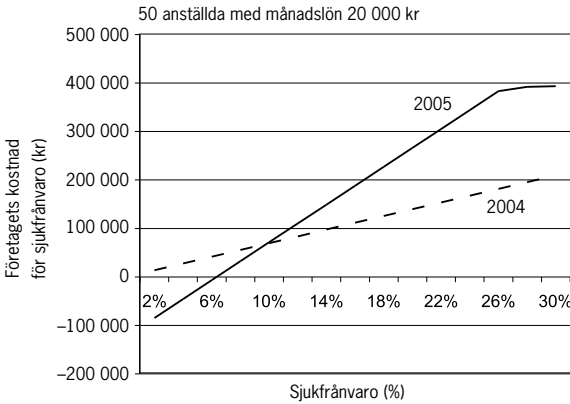
Låt oss titta närmare på hur reformen påverkar arbetsgivarens kostnader för sjukfrånvaro. Figur 7.1 visar ett exempel på kostnaden för heltidssjukskrivningar före och efter reformen. Företaget i vårt exempel har 50 anställda med var sin lön på 20 000 kronor. Sjukfrånvaron varierar mellan 2 och 30 procent. En tvåprocentig sjukfrånvaro betyder att 2 procent av de anställda, alltså en person, är sjukskriven hela året. Den streckade kurvan visar företagets kostnad för sjuklön under det gamla systemet. Den heldragna kurvan visar företagets kostnad under det nya systemet. Nu påverkas kostnaden av sjuklönen och den särskilda sjukförsäkringsavgiften (15 procent av sjukpenningen) *samt* det faktum att reformen sänkte arbetsgivaravgiften för sjukförsäkring från 11,08 till 10,15 procentenheter.<sup>18</sup>

Figuren visar att om 20 procent av de anställda (10 personer) var sjukskrivna hela året 2004 kostade deras sjuklöner företaget 139 600 kronor. Under 2005 innebär en motsvarande sjukfrånvaro en större kostnad: 266 300 kr. Men vid en lägre sjukfrånvaro gäller det omvända. Om i stället 6 procent av de anställda (3 personer) är sjuka under ett år vardera blir kostnaden under det gamla respektive nya systemet 41 900 och -6 600 kronor. Anledningen till att kostnaden i det nya systemet är negativ beror på sänkningen i arbetsgivaravgiften.

Ur företagets synvinkel är det nya systemet alltså förmånligare än det gamla så länge som sjukfrånvaron ligger under 10 procent, och för sjukfrånvaro under 7 procent innebär det nya systemet till

18. Vi har också tagit hänsyn till fribeloppet på 12 000 kronor samt högkostnadsskyddet som innebär att företagets kostnad för den särskilda sjukförsäkringsavgiften (minus fribelopp) aldrig får överstiga 4 procent av den totala lönekostnaden. Antalet anställda antas minska med sjukfrånvaron, vilket kan tolkas som att företaget inte anställer en vikarie till varje sjukskriven person. Detta spelar roll för beräkningen av arbetsgivaravgiften och för när högkostnadsskyddet träder i kraft. Figuren bygger på följande beräkning:

$$\begin{aligned} \text{Kostnad 2005:} &= (\text{Antal sjuka}) \cdot \text{Sjuklönekostnad} + (\text{Antal sjuka}) \cdot \text{Medfinansiering} - \text{Fribelopp} - \text{Företagets totala lönekostnad} \cdot \text{sänkning av sjukförsäkringsavgiften} \\ &= (\text{Antal sjuka}) \cdot (\text{Årslön}) \cdot (13/365) \cdot 0,8 \cdot 1,3246 + (\text{Antal sjuka}) \cdot (\text{Årslön}) \cdot \\ &\quad ((365 - 14)/365) \cdot 0,8 \cdot 0,15 - 12\,000 - \text{Företagets totala lönekostnad} \cdot 0,0093 \\ \text{Kostnad 2004:} &= (\text{Antal sjuka}) \cdot \text{Sjuklönekostnad} \\ &= (\text{Antal sjuka}) \cdot (\text{Årslön}) \cdot (20/365) \cdot 0,8 \cdot 1,3270 \end{aligned}$$



**Figur 7.1** Exempel på arbetsgivarens kostnad för olika nivåer av sjukfrånvaro före och efter reformen.

och med en besparing i absoluta termer. Detta gäller inte bara vårt exempelföretag; enligt beräkningar för olika typer av företag och anställda verkar kostnadskurvorna korsa varandra kring en 10 procentig sjukfrånvaro.<sup>19</sup> Eftersom den genomsnittliga sjukfrånvaron i arbetskraften är betydligt lägre än 10 procent har reformen som helhet minskat företagets kostnader. Det är också värt att notera att högkostnadsskyddet inte träder i kraft förrän vid mycket höga sjuktal: omkring en tredjedel av de anställda måste vara sjukfrånvarande för att skyddet ska gälla.

<sup>19</sup> Alla beräkningar är gjorda av Martin Nordin, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet.

## Heltids- eller deltidssjukskrivning?

På grund av reformens speciella utformning får arbetsgivarna särskilt starka incitament att försöka få tillbaks heltidssjukskrivna till deltidarbete. Ett räkneexempel illustrerar denna mekanism. Anta att en anställd har lönen 20 000 kronor. Med arbetsgivaravgiften blir hans lönekostnad ca 26 500 kronor för företaget. Anta att den anställde också producerar ett värde motsvarande detta belopp. Om nu personen blir långtidssjukskriven får han en sjukpenning motsvarande 80 procent av lönen, 16 000 kronor, och arbetsgivaravgifternas kostnad blir 15 procent av de 16 000 kronorna, 2 400 kronor. Skulle personen komma tillbaka till arbete på en fjärdedels arbetstid, skulle arbetsgivaren betala 25 procent av lönen inklusive arbetsgivaravgifterna, 6 623 kronor. Merkostnaden av att ha den anställde i arbete på 25 procent, i stället för att denne är heltidssjukskriven, är därmed bara 4 423 kronor. Det betyder att även om den anställde på grund av sin sjukdom inte är särskilt produktiv, utan bara orkar producera ett värde motsvarande 16 procent av sin normala heltidsproduktivitet, skulle det ändå vara lönsamt för arbetsgivaren.

I den mening är medfinansieringen en human reform. För de människor som inte orkar med de höga produktivitetskraven på dagens arbetsplatser skapas en möjlighet att försiktigt slussas tillbaka till arbetslivet efter en tids sjukdom.

## Sjukpenning eller sjukersättning?

Man bör emellertid observera att det finns två sätt för företagen att få bort de anställda ur sjukskrivning: antingen går den anställde tillbaka till arbete (åtminstone på deltid), eller så går han över till sjukersättning. I det senare fallet har reformen gjort mer skada än nytta, eftersom sannolikheten för att en person som blivit förtidspensionerad ska komma tillbaka till arbetet är nära nog noll. Det betyder att reformen kan leda till en ökad polarisering på arbetsmarknaden: i de fall chansen är någorlunda stor att arbetstagaren

kan återfå sin arbetsförmåga kommer vi att se ökade satsningar från arbetsgivarens sida att också få denne tillbaka, på hel- eller deltid. Men i de fall som arbetsgivaren bedömer som svåra kommer vi förmodligen att se fler försök än tidigare att snabbt slussa över personerna till sjukersättning. Det är därför viktigt att skaderegleringen inom sjukersättningen är strikt och effektiv, så att inte alltför många slussas in i detta system i onödan.

Det första halvåret 2005 visar också en ökning både i andelen deltidssjukskrivningar och i antalet nya sjukersättningar. Men det är än så länge svårt att se om denna utveckling beror på det nya systemet med medfinansiering, eller om den bara är en del av den allmänna uppgången i deltidssjukskrivningar och sjukersättningar som vi observerat i flera år.

## Arbetskraftens sammansättning

De starka incitamenten att undvika sjukskrivning bland anställda kommer sannolikt att påverka arbetsgivarnas rekrytering och uppsägning. Uppsägning på grund av sjukskrivning är förbjuden enligt lagen och måste därför »kläs om« till något annat. Därför tror vi inte heller att effekterna på uppsägning blir lika stora som effekterna på rekrytering. Arbetsgivarnas intresse för arbetssökandes sjukskrivningshistoria lär öka; det finns redan en mängd anekdotisk evidens som tyder på detta. Men oavsett om det går att få fram sådan information kommer vissa grupper att få det svårare på arbetsmarknaden. Som framgick av figureerna i kapitel 2 innebär till exempel kvinnor en större risk än män och äldre en större risk än yngre. Resultatet blir att arbetsgivarna blir mindre benägna att anställa personer ur grupper som i genomsnitt har sämre hälsa än andra. Resultatet av sådan statistisk diskriminering blir inte bara högre arbetslöshet inom dessa grupper utan även mindre rörlighet på arbetsmarknaden, eftersom färre personer (som antingen tillhör dessa grupper eller också har hälsoproblem och är rädda att detta ska avslöjas) vågar säga upp sig för att pröva något nytt.

Detta försvårar också arbetsförmedlingens uppgift att hjälpa de sjukskrivna, som inte kan återgå till sitt gamla arbete, att hitta ett nytt jobb.

Exakt hur allvarligt detta problem kommer att bli vet vi inte, eftersom det ännu inte finns några empiriska studier på området. Man kan hävda att eftersom medfinansieringen är så ny, är det för tidigt att göra någon utvärdering av dess effekter. Detta är dock inte helt sant. Sedan 1992 har vi haft systemet med sjuklön de första sjukveckorna, vilket torde ha likartade effekter vad gäller de korta sjukfallen som medfinansieringen har vad gäller de långa. Men trots att det är 14 år sedan sjuklöneperioden infördes har den ännu inte blivit ordentligt utvärderad. Om så hade skett skulle beslutsunderlaget för medfinansieringen ha varit betydligt bättre. Detta illustrerar egentligen bara vår allmänna tes, att skaderegleringen i det nuvarande systemet är för svag. Med en »hård« budgetrestriktion skulle försäkringsgivaren, av krasst ekonomiska skäl, vara tvungen att kontinuerligt göra utvärderingar och undersökningar av sjukpenningförsäkringens effekter.

## Lönebildningen

Det femte området där vi förväntar oss att se förändringar är löner och priser. En enhetlig försäkring betyder att branscher med höga sjukskrivningar subventioneras av branscher med låga sjukskrivningar. En positiv effekt av medfinansieringen kan därför bli att den snedvridning av produktionskostnaderna som en enhetlig försäkring orsakar kommer att minska. Branscher med hög sjukfrånvaro kommer, med den differentiering som medfinansieringen innebär, att tvingas höja sina priser, alternativt sänka lönerna för sina anställda. På motsvarande sätt kommer branscher med låg sjukfrånvaro att kunna sänka sina priser, alternativt höja sina löner. Empiriska studier visar att hela trycket övervältras på lönerna på ett par, tre års sikt (se till exempel Palmer och Palme, 1989).

Trycket på lönerna beror på hur stort utrymmet är att anpassa

arbetskraftens sammansättning. Ju kräsare arbetsgivaren kan vara att anställa och behålla enbart friska arbetstagare, desto mindre behöver lönerna anpassas. Å andra sidan innebär detta arbetslöshet (alltså en lön lika med noll) för vissa arbetstagare.

Genom att anpassningen inte blir absolut kommer vi alltså att se sänkta löner inom vissa företag och branscher, och höjda inom andra. I dagsläget är sjukfrånvaron högst bland äldre, kommunanställda kvinnor i vårdrken; medfinansieringen kommer att innebära en press nedåt på deras löner. Hur stor pressen nedåt blir vet vi inte. Och eftersom ingen utvärdering gjorts av införandet av sjuklöneperioden 1992 finns heller ingen empirisk kunskap om i vilken grad sjuklöneperioden drev ner lönerna för kommunanställda kvinnor, eller för andra utsatta grupper.

Medfinansieringen kommer inte enbart att påverka lönerelationerna inom olika branscher. De kommer troligen också att påverkas regionalt. Vi kan vänta oss att storstadsområdena och andra regioner med låg sjukfrånvaro – såsom Hallands, Jönköpings och Kronobergs län – lockar till sig fler nya företag än regioner med hög sjukfrånvaro.

## Återförsäkring

Reformen innebär att arbetsgivarna tvingas fungera som försäkringsbolag. Rent försäkringsmässigt har detta en fördel: arbetsgivarna är förmodligen bättre lämpade än Försäkringskassan att sköta skaderegleringen. Det har dock även en försäkringsteknisk nackdel: i de allra flesta fall är företagen alltför små – och har en alltför ensidigt sammansatt personal – för att kunna erbjuda en effektiv riskspridning. Själva tanken med en försäkring är ju att man ska sprida individuella risker över ett stort kollektiv, men för ett företag med bara något tiotal (eller något hundratal) anställda blir riskspridningen alltför begränsad. Inte ens inom den offentliga sektorn blir riskspridningen tillräcklig, eftersom varje myndighet och varje organisation i detta avseende fungerar som ett företag.

Tag ett kommunalt daghem med fem anställda som exempel; om en enda av dessa fem blir långtidssjuk, kommer det inte att finnas några pengar till att köpa leksaker det året.

Medfinansieringen kan alltså ses som att vi skaffar oss en mer effektiv skadereglering till priset av en mindre effektiv riskspridning. Vi har ovan diskuterat några sätt för arbetsgivaren att minska risken, antingen via sin anställnings- eller lönepolicy, eller genom satsningar på rehabilitering och arbetsförhållanden. Men vi tror inte att detta kommer att räcka, i synnerhet som många risker ligger helt utanför arbetsgivarens kontroll. Arbetsgivaren måste till exempel bära risken även för de skador som vi drabbas av på fritiden, och som är helt orelaterade till arbetsmiljön.

Vi tror därför att det finns en marknad för återförsäkring, så att arbetsgivarna kan lyfta över risken till ett större kollektiv. Detta torde vara särskilt intressant för små företag, som ju är sällsynt illa lämpade att själva fungera som försäkringsbolag. I Nederländerna uppstod en sådan återförsäkringsmarknad omedelbart efter reformen 1996, då arbetsgivarna ålades att betala sjuklön under hela det första året. Enligt de Jong och Lindeboom (2004) har cirka 80 procent av arbetsgivarna i Nederländerna köpt en sådan försäkring. Än så länge finns inte den möjligheten i Sverige, men enligt försäkringsbolagen har intresset för olika typer av hälsorelaterade försäkringar ökat.<sup>20</sup>

Men om företagen kan återförsäkra sig på detta vis förlorar de ju incitamenten till en effektiv skadereglering. Dessa incitament hamnar hos ett försäkringsbolag i stället, vilket kanske inte har lika goda möjligheter till kontroll som den sjukskrivnes arbetsgivare har. Har vi då kommit tillbaks till ruta ett igen?

Nej, ett system med återförsäkring kommer troligen att fungera någorlunda tillfredsställande ändå, på grund av att försäkringsbolaget arbetar under marknadens villkor och därför tvingas ta ska-

---

20. Exempelvis tecknar allt fler arbetsgivare så kallade rehabiliteringsförsäkringar för sina anställda. Detta innebär att den privata försäkringsbranschen tar över en del av den skadereglering i form av rehabilitering som Försäkringskassan inte visat sig kapabel att sköta; se diskussionen i kapitel 5.



deregleringen på allvar. Detta tar sig två uttryck. Dels kommer försäkringsbolaget att ha mer incitament till kontroll och rehabilitering än vad Försäkringskassan haft. Dels kan försäkringsbolaget, genom en lämplig premiesättning, se till att även arbetsgivarna har incitament till en effektiv skadereglering. Ett sådant arrangemang brukar kallas för *erfarenhetsbaserad premiesättning* (på engelska: *experience rating*) och går ut på att de arbetsgivare som tidigare haft låg sjukfrånvaro får lägre premier. Härmed kombineras de bästa egenskaperna i medfinansieringen (incitament till effektiv skadereglering hos arbetsgivarna) med de bästa egenskaperna hos ett försäkringssystem (en effektiv riskspridning över ett stort kollektiv).

Vilka blir då effekterna på sjukskrivningar och på arbetsmarknad om en återförsäkringsmarknad uppstår? Kvalitativt blir de desamma som för medfinansieringen, alltså bättre satsningar på arbetsförhållanden och rehabilitering, ökade incitament till deltidssjukskrivningar, en tendens till att vissa sjukpenningfall övergår till sjukersättning, en tendens till att arbetsgivarna försöker selektera bort personer med hälsoproblem, och en press nedåt på lönerna i vissa branscher och regioner. Men eftersom företagens riskexponering blir mindre, kommer dessa tendenser att bli svagare än eljest, åtminstone för småföretagen.

En del empirisk evidens kan vi eventuellt hämta från den nederländska medfinansieringsreformen. Slutsatserna av de empiriska studier som gjorts av denna reform har dock inte varit entydiga. Så finner de Jong och Lindeboom (2004) att reformen lett till en viss nedgång i sjukfrånvaron, medan Geurts m. fl. (2000) inte finner någon sådan effekt. Vidare rapporteras från flera studier (Geurts m. fl., 2000, och Høgelund och Veerman, 2000) en ökning av selectionen så att högriskfallen väljs bort av arbetsgivarna. Enligt de Jong och Lindeboom (2004) finns dock ingen sådan selectionseffekt, men deras studie bygger enbart på svar från en enkätundersökning, som kan vara behäftad med en del svagheter.

Vår slutsats är att om en återförsäkringsmarknad uppstår kan en del av de komplikationer som är förknippade med medfinansie-

ringen lindras – och det utan att reformens fördelar går förlorade. Men det är inte säkert att en sådan marknad uppstår. När man diskuterar frågan med företrädare för försäkringsbranschen är det främst två problem som brukar nämnas. För det första motsvarar de 15 procenten ett i försäkringssammanhang ganska obetydligt belopp – i Nederländerna ska ju arbetsgivarna stå för 100 procent av ersättningen. Frågan är om de 15 procenten är värda alla de fasta kostnader öppnandet av en ny försäkringsmarknad skulle innebära.

För det andra vet inte försäkringsbolagen om medfinansieringen kommer att bli bestående. Erfarenheten av politisk instabilitet inom sjukpenningförsäkringen är härvidlag avskräckande: man inför en eller ett par karensdagar för att senare avskaffa dem, för att därefter införa en karensdag igen; man inför en tvåveckors sjuklöneperiod för att sedan ändra den till fyra, tre och åter två veckor igen. Frågan är om risken för att medfinansieringen plötsligt avskaffas är så stor, att försäkringsbolagen avskräcks från att ta de igångsättningskostnader som krävs för att öppna en ny marknad.

Vi vågar därför inte lita på att återförsäkring i privat regi kommer att bli möjlig i Sverige. Därför innebär medfinansieringen att åtminstone de små företagens riskexponering ökar drastiskt. Frågan är vad man kan göra åt detta.

Den enklaste lösningen är naturligtvis att staten, via Försäkringskassan, erbjuder återförsäkring med erfarenhetsbaserad premiesättning (EPS). Men då uppstår den naturliga frågan varför man måste gå omvägen över medfinansieringen överhuvudtaget, och inte inför EPS som ett normalt inslag i den vanliga sjukpenningförsäkringen. Ett sådant system skulle ha en rad fördelar. Dels garanterar det en effektiv riskspridning för alla. Dels kan staten, genom en rad åtgärder, motverka tendenser till selektion. Det enklaste sättet att motverka selektion vore att låta premierna baseras på varje företags genomsnittliga sjukfrånvaro under en tidigare period, samtidigt som arbetsgivaravgifterna differentieras till förmån för högriskgrupper såsom kvinnor och äldre. Därigenom

får företagen incitament via arbetsgivaravgiften att anställa personer ur högriskgrupper, samtidigt som de via EPS har incitament till satsningar på arbetsmiljön och till rehabilitering *i varje enskilt sjukfall*.

Att ett sådant system inte redan införts inom dagens sjukpenningförsäkring kan bara förklaras med att en statlig myndighet, med mjuk budgetrestriktion, rent automatiskt kommer att brista i energi och uppfinningsrikedom. Förhoppningsvis skulle Försäkringskassan, om den blev autonom och utsattes för en verklig budgetrestriktion, utveckla all den effektivitet som skulle behövas för att göra medfinansieringen överflödig.

**I** kapitel 2 visade vi att en stor del av uppgången i sjukfrånvaron kan hänföras till de mycket långa sjukfallen. Vi tolkade detta som att en typ av sjukfall som tidigare lett till förtidspensionering nu kommit att stanna kvar inom sjukförsäkringen, även om det förstås inte kan uteslutas att vissa sjukfall också blivit längre och svårare att rehabilitera. Men givet att en del av förklaringen ligger i övergången mellan sjukskrivning och förtidspensionering/sjukersättning finns det skäl att analysera förhållandet mellan dessa system, och övergången mellan dem, lite närmare.

Sjukpenningförsäkringen ger ersättning vid tillfälligt nedsatt arbetsförmåga medan förtidspension ska ges då arbetsförmågan är permanent nedsatt, eller nedsatt så att rehabiliteringen väntas ta minst ett år. År 2002 bytte förtidspensionen namn till »sjukersättning« (eller »aktivitetsersättning« för personer mellan 19 och 29 år). Namnbytet markerade en förändring i inriktningen för detta system. Ersättningen nu fick en tydligare karaktär av sjukpenning än av förtida pension: tidigare räknades ersättningen ut på i princip samma sätt som ålderspensionen, men från 2002 baseras den i stället på den försäkrades inkomst, precis som sjukpenningen.

Reformen 2002 föregicks av en rad reformer sedan slutet av 1980-talet, då förtidspensioneringen mer hade karaktären av en förtida pension, som kunde beviljas av en rad orsaker som inte direkt hade med individens hälsa att göra. Förtidspensionering av arbetsmarknadsskäl avskaffades i två steg: rena arbetsmarknads-

skäl för personer äldre än 60 år avskaffades 1991, och rätten till förtidspension av kombinerade arbetsmarknads- och hälsoskäl avskaffades 1997. Dessutom avskaffades 1997 också de speciella äldrereglerna, som föreskrev att personer i åldersgruppen 62–64 år skulle särbehandlas i prövningen. En ytterligare förändring är att sjukersättningen numera ska omprövas vart tredje år, till skillnad från den gamla förtidspensionen, som gällde utan omprövning fram till 65 års ålder.

Element av det gamla förtidspensioneringssystemet finns dock ännu kvar. För det första är ersättningen annorlunda än i sjukförsäkringen. I det allmänna systemet är den lägre, men som framgick av figur 5.1 i kapitel 5 är skillnaden mellan sjukpenning och sjukersättning generellt ganska liten när man tar hänsyn till avtalsförsäkringarna. För vissa grupper kan sjukersättningen till och med vara högre. Men detta gäller endast på kort sikt. På längre sikt blir sjukersättningen lägre eftersom den inte räknas upp med löneförändringar utan endast med prisförändringar. Den sjukpenninggrundande inkomsten ändras däremot med löneförändringarna; sjukpenningen följer därmed standardutvecklingen i samhället.

För det andra är prövningen annorlunda än i sjukförsäkringen; ersättningsperioden föreskrivs inte i läkarintyget, utan gäller fram till dess nästa omprövning äger rum om tre år. För det tredje har sjukersättning en lägre grad av anställningsskydd; i princip kan arbetsgivaren säga upp en person som fått sjukersättning – medan en sjukskrivning inte ger ett giltigt skäl för uppsägning.

Trots att de två systemen tydligt närmat sig varandra genom den beskrivna reformprocessen har regering och riksdag valt att behålla karaktären av sjukersättning som en »permanent« lösning; de som har sjukersättning ska vara personer som bedöms vara mera varaktigt arbetsoförmögna. I många fall är en sådan klassificering säkert en ändamålsenlig lösning; det finns till exempel svårt funktionshindrade för vilka det kan förefalla osannolikt att de någonsin kommer att kunna ha ett meningsfullt jobb. För det stora flertalet är det dock förmodligen så att de kan, eller kommer

att kunna, genomföra åtminstone vissa arbeten – om än inte det de ursprungligen hade och uppbar sjukersättning för. Detta understryks också av det faktum att sjukersättningen faktiskt enligt »regelboken« ska omprövas vart tredje år.

Det finns skäl för att låta långa sjukfall få en lägre ersättning än korta, alltså att låta sjukersättningen vara lägre än sjukpenningen. Tanken här är, att ju längre man är förhindrad att arbeta desto mer tid har man att ställa om sin ekonomi till den lägre inkomsten. Vid korta sjukfall ska man däremot inte tvingas till sådan anpassning. Detta är ett motiv till en avtagande ersättning.

Det finns, emellertid, även ett incitamentsskäl till en avtagande ersättning. Om det är så att *moral hazard*-problemen är stora just vid långa sjukfall – alltså att tröskeln att gå tillbaka till arbetet stiger med tiden trots att den »objektiva« hälsan inte försämras – bör självriskan också vara stigande med tiden. Det bör således finnas ett incitament till att »ompröva sin situation«.

Ekonomiska incitament spelar roll – det finns det stark empirisk evidens för. Ett exempel är Johansson och Palme (2005), som studerade hur reformen i sjukpenningförsäkringen 1991 påverkade sjukfrånvaron. Ersättningsnivån sänktes till 65 procent de första tre dagarna och till 80 procent mellan dag fyra och 89, medan den 90-procentiga ersättningsnivån behölls efter dag 90. Reformen gav lägre incitament att återgå till arbete efter 90 dagar: om man varit frånvarande i 90 dagar och återgår till arbete löper man ju risk att bli sjuk igen och då börja på en lägre ersättningsnivå. Studien visade att dessa förändrade incitament också påverkade sjukskrivningsbeteendet. Korta sjukfall blev färre medan sjukfall som pågått i 90 dagar blev längre. Detta visar också på att tidsprofilen spelar roll: reformen gjorde ersättningsgraden stigande med tiden, och resultatet blev längre sjukfall. Övriga studier om hur *moral hazard* utvecklas med tiden i sjukförsäkringen är än så länge få, men litteraturen om arbetslöshetsförsäkring innehåller omfattande empirisk evidens som visar effektiviteten hos en avtagande ersättningsgrad.

Båda motiven – möjligheterna till ekonomisk anpassning och

incitament – pekar mot en avtagande ersättning. Men incitament-motivet står emellertid till en del i konflikt med dagens system, där övergången från sjukpenning till sjukersättning beror på hur lätt det är att bedöma individens arbetsförmåga. Säg att vi har två grupper försäkrade: en grupp som har så dålig hälsa att vi säkert vet att de inte kommer tillbaka i arbete och en grupp med relativt god hälsa, där försäkringsgivaren inte är lika säker. Det är rimligt att tänka sig att den andra gruppen är känsligare för ekonomiska incitament. Att höja självrisker, sänka ersättningsnivån, i den senare gruppen skulle ge större effekt än en motsvarande sänkning i den första gruppen. Men så fungerar inte dagens system: de som har sämst hälsa får sjukersättning, medan den svårbedömda gruppen – där *moral hazard* antas vara mest förekommande – får sjukpenning med en långsiktigt högre ersättningsnivå.

Ett andra problem med dagens system är den stigmatisering som sjuk/aktivitetsersättningen ger upphov till. Även om tanken är att de som har sjukersättning ska kunna komma tillbaka till arbete, är grunden till att de får sjukersättning snarare än sjukpenning att Försäkringskassan bedömt det som mindre sannolikt att de ska återvända i arbete. Till skillnad från dem med sjukpenning omfattas de inte heller av trygghetslagstiftningen.

Ett tredje problem är det godtycke som beslutet att ge en person sjukpenning eller sjukersättning ofta innebär. Detta är i synnerhet ett problem för systemets legitimitet. Det finns många fördelar med att vara sjukskriven framför att motta sjukersättning. Ersättningsnivån är i regel högre, trygghetslagstiftningen gäller och stigmatiseringen är mindre. De personer som har turen (eller skickligheten) att träffa en läkare, och en försäkringskassehandläggare, som rekommenderar långtidssjukskrivning kommer att göra en vinst i jämförelse med de mindre lyckligt lottade som får sjukersättning. Enligt flera rapporter i medierna under det senaste året finns ett inte obetydligt antal personer som blivit förutdispenationerade mot sin vilja. Medfinansieringsreformen förstärker risken för »ofrivillig« sjukersättning i och med att arbetsgivaren också har incitament att få den sjuke anställde att gå över från sjuk-

skrivning till sjukersättning. Oavsett vilket förhållande som gäller illustrerar detta ett stort inslag av godtycke och orättvisa med det nuvarande systemet.

Ytterligare ett problem med dagens system är bristande transparens. För att veta exakt vilken ersättning från sjukpenning respektive sjukersättning som gäller måste individen känna till både reglerna för den offentliga försäkringen och vilket avtal som gäller. Till exempel är det så att avtalsförsäkringarna är pensionsgrundande inom vissa avtalsområden (som för privatanställda arbetare) men inte inom andra (privatanställda tjänstemän och statsanställda), vilket innebär att då avtalsersättningen inte är pensionsgrundande blir självriskan större ju större andel av ersättningen som kommer från avtalsförsäkringar. Allt detta skapar ett informationsproblem: hur genomtänkt och effektivt systemet än är på pappret, uppnås inte de önskade effekterna om inte individerna känner till alla reglerna. Med andra ord, en med tiden stigande självrisk minskar inte *moral hazard* om inte individerna känner till att självriskan ökar.

Vad gäller skaderegleringen ser vi heller ingen grund till att rätten till sjukersättning ska omprövas exakt var tredje år för *alla*, oavsett vilka hälsoproblem de har. För vissa kan återgång till arbete vara aktuell redan tidigare; för andra är möjligheten att överhuvudtaget någon gång gå tillbaka förmodligen mycket liten, och då räcker det med glesare omprövningstillfällen. Men poängen från kapitel 5 kvarstår: generellt bör kontrollen bli mycket striktare under hela sjukfrånvaroperioden.

De reformer som genomförts sedan 1990-talets början har gått i rätt riktning: man har begränsat stigmatiseringen, betonat elementet av försäkring mot ohälsa, minskat inslaget av subvention till tidig pensionering och tydligt öppnat för möjligheterna till återgång till arbetslivet också efter en längre sjukdomsperiod. Det finns dock ingen anledning att avstå från att gå hela vägen i denna reformprocess. Vi ser inga skäl till att ha två separata system för inkomstförsäkring mot ohälsa. I stället bör alla sjukfall, oavsett längd, hanteras inom det befintliga sjukpenningssystemet.



Det är viktigt att ersättnings tidsprofil utformas med omsorg. Tendensen till längre och längre sjukfall indikerar att *moral hazard* i slutet av sjukfallen är betydande. Det innebär att självrisker bör variera med sjukfallens längd, det vill säga att ersättningsnivån bör falla över tiden. Exakt hur detta mönster bör utformas är en öppen fråga, men huvudsaken är att ersättningen trappas ned vid fasta, för alla gemensamma, tidpunkter. Ett förslag är att den sjunker efter ett år.

En sådan reform har flera fördelar. För det första leder den till ett enklare och mer transparent system. För det andra försvinner mycket av godtycket. Reglerna och ersättningen vid en viss tidpunkt i sjukfallet blir desamma för alla – åtminstone inom det allmänna systemet. Stigmatiseringen försvinner. Vid långa sjukfall blir man inte för tidspensionerad; tvärtom betonas att man någon gång i framtiden kanske kan återvända till arbetet. Hur ofta fallet omprövas bör individanpassas, beroende på typen och graden av arbetsförmåga – precis som i den nuvarande sjukpenningförsäkringen, där läkaren bedömer från fall till fall vilken sjukskrivningsperiod som är rimlig. För det tredje åstadkommes en incitamentriktig tidsprofil där självrisker är störst när *moral hazard*-problemet är störst.

Slutligen, den effektiviserade skadekontrollen tillsammans med en fallande ersättning skulle göra det både svårare och mindre attraktivt att vara sjukskriven på grund av arbetsmarknadsskäl. Många långtidssjukskrivna skulle därmed flytta över till arbetslöshetsförsäkringen. Detta är en positiv effekt av vårt förslag enligt principen »rätt man i rätt försäkring«; att försäkra mot arbetslöshet är förstås inte sjukpenningförsäkringens uppgift utan bör hanteras av arbetslöshetsförsäkringen. Den, tillsammans med arbetsförmedlingen, har specialkompetensen att sköta skadereglering och hjälpa de arbetslösa att hitta ett arbete. Eventuella rehabiliteringsinsatser kan naturligtvis skötas i samarbete med Försäkringskassan.

Vårt förslag reser fyra frågor som har med den praktiska implementeringen att göra. Dessa är:

1. Förslaget avser endast det allmänna systemet. Hur ska vi då göra med avtalsförsäkringarna? Svaret är att den allmänna tidsprofilen bör vara fallande även för det kombinerade systemet. Om en sådan profil ska åstadkommas genom en lagstiftning som reglerar avtalsförsäkringarnas nivå i förhållande till det allmänna systemet (så som man gjorde 1991), eller genom att arbetsmarknadens parter genom avtal själva väljer att anpassa sina system så att en ändamålsenlig tidsprofil erhålles, är en fråga som hör till den politiska sfären.
2. Hur ska man hantera medfinansieringen efter ett år? I dag upphör arbetsgivarnas medfinansieringsansvar om den sjukskrivne blir förtidspensionerad. Härigenom uppkommer det olyckliga incitamentet för arbetsgivaren att försöka få bort långtids sjuka anställda från sjukförsäkringen och in i förtidspensionering (jämför vår diskussion i kapitel 7). Om man nu avskaffar förtidspensioneringen ter det sig naturligt att medfinansieringen kvarstår även efter det första året. Å andra sidan kan detta ytterligare skärpa problemen vid anställning; arbetsgivarna får då ytterligare incitament att försöka sortera bort personer som tillhör så kallade riskgrupper. En möjlig kompromiss mellan dessa två synsätt vore att låta medfinansieringen ha en bortre parentes, t.ex. efter två år. Även i det befintliga systemet är det troligt att en bortre parentes för eller senare kommer att införas: det är inte rimligt att arbetsgivaren bär 15 procent av kostnaden år efter år. Men allra bäst är att ta bort medfinansieringen helt och hållet och ersätta den med vår föreslagna erfarenhetsbaserade premiesättning. Dock behövs en bortre parentes även i detta system.
3. Hur påverkas anställningskontraktet av vårt förslag? I det nuvarande systemet omfattas inte de personer som fått sjukersättning av det lagstadgade anställningsskyddet. Med vårt system utvidgas anställningsskyddet eftersom sjukersättningen ersatts med sjukpenning. En sådan förstärkning av anställningsskyddet är till fördel för den anställde (och gör det i alla händelser enklare att återgå till arbetslivet) men kan uppfattas som nega-

tivt av arbetsgivaren. Men det kan också betyda att reformen förstärker konflikten mellan insiders och outsiders på arbetsmarknaden – en konflikt som kan motverkas genom en bortre parentes även här.

4. Kan arbetslöshetsförsäkringen hantera ett växande klientel? Frågan är relevant, men den borde snarare ställas så här: Kan arbetslöshetsförsäkringen hantera de arbetslösa bättre än vad sjukpenningförsäkringen/sjukersättningen kan? Om så inte är fallet bör arbetslöshetsförsäkringen också reformeras. Principen »rätt man i rätt försäkring« förutsätter givetvis att varje försäkring är ändamålsenligt utformad.

En del frågor återstår således att lösa. Men vårt förslag är en klar förbättring, där vi går mot en incitamentsriktig försäkring med större rättssäkerhet för individen.

**S**edan slutet av 1990-talet har sjukskrivningarna i Sverige nästan fördubblats – och även om en viss minskning kan skönjas under 2004 och 2005 är nivån fortfarande mycket hög. Dessutom har förtidspensioneringarna fortsatt att öka. Detta är nästan mer allvarligt än ökningen i sjukskrivningarna, eftersom en förtidspensionering är mer definitiv, och får mer långsiktiga verkningar på samhällsekonomin. I själva verket utgör den trendmässiga ökningen i det så kallade ohälsotalet (det vill säga summan av sjukskrivna och förtidspensionärer) ett av de allvarligaste hoten mot den svenska välfärdsstatens överlevnad.

Om man tittar närmare på statistiken ser man, att hela uppgången i sjukskrivningarna beror på en ökning i långa sjukfall, medan de kortare fallen till och med minskat något. Vidare kan man se betydande regionala skillnader; sjukfrånvaron är högst i norrlandslänen, medan siffrorna är betydligt lägre i Småland och på Gotland. Det förefaller också finnas ett samband mellan sjukskrivningar och arbetslöshet; i regioner med hög arbetslöshet tenderar även sjukfrånvaron att vara hög (och ökande).

Allt detta tyder på att sjukpenningförsäkringen inte fungerar som den borde. En försäkring ska sprida risker över ett större kollektiv, och därmed ge individen trygghet och mod att ta risker. Men för att kunna göra detta måste försäkringen vara ändamålsenligt utformad. En bra försäkring kännetecknas därför av en balansgång mellan å ena sidan ett skydd för individen (mot risker), och å andra sidan ett skydd för systemet (mot överutnyttjande). De instrument som försäkringssystemet har till sitt förfogande för

att klara denna svåra balansgång är *självrisk* och *skadereglering*. Självrisken innebär att individens skydd mot risker inte kan bli fullständigt – en del av risken kommer alltid att bäras av individen själv. Skaderegleringen, som också innefattar kontroll, kan ibland uppfattas som ogenerös och kränkande i vissa avseenden. Men om någon försäkring skulle ha en alltför låg självrisk och en alltför generös skadereglering skulle den bryta samman.

Den grupp försäkringar som brukar kallas socialförsäkringar har en rad egenskaper gemensamma: de är obligatoriska, de är enhetliga, och de tillhandahålls i regel av den offentliga sektorn. Sjukpenningförsäkringen, som brukar hänföras till socialförsäkringarna, har kommit att alltmer bryta mot åtminstone enhetligheten och det offentliga tillhandahållandet. Ersättningsnivån varierar med sjukfallets längd; under karensdagen är ersättningen noll, och om man dessutom tar hänsyn till de så kallade avtalsförsäkringarna varierar ersättningsnivån därefter på ett komplicerat och svåröverskådligt sätt. Dessutom har en betydande del av försäkringen under senare år privatiserats, först genom att arbetsgivaren står för försäkringen under de två första sjukveckorna, och sedan genom att arbetsgivaren (i och med den så kallade medfinansieringen) också kommit att stå för 15 procent av sjukpenningen efter de två veckorna.

När väl karensdagen passerats är självrisken inom sjukpenningförsäkringen (inklusive avtalsförsäkringarna) allmänt ganska låg. Inom vissa avtalsområden blir individens monetära kostnad för ytterligare en sjukdag mellan 50 och 100 kronor. Är detta alltför generöst med tanke på risken för överutnyttjande? Det beror på hur effektiv skaderegleringen och kontrollen är. Vi kan se flera tecken på att skaderegleringen inte fungerat tillfredsställande. Förutom det faktum att sjukskrivningarna uppvisat större svängningar över tiden än vad som rimligen kan förklaras med svängningar i vårt allmänna hälsotillstånd, indikerar statistiken att sjukskrivning ibland används för att lösa andra problem än sjukdom (till exempel arbetslöshet). Dessutom finns det studier av de konfliktsituationer där en patient önskar bli sjukskriven men där lä-

karen inte anser sjukskrivning motiverad; i över 95 procent av dessa fall väljer läkaren ändå till slut att gå patienten till mötes och skriva ett sjukintyg.

Privatiseringen av sjukpenningförsäkringen har genomförts för att arbetsgivarna anses vara bättre än den offentliga försäkringsgivaren på att klara skaderegleringen. Kostnaden för denna bättre skadereglering är dock att vi fått en sämre riskdelning. Att tvinga arbetsgivaren ta på sig rollen som försäkringsbolag är problematiskt i de fall arbetsgivaren är alltför liten för att kunna erbjuda en någorlunda god riskspridning. Resultatet av detta blir troligen att många arbetsgivare inte vågar anställa personer ur de grupper som anses ha hälsoproblem. Man kunde kanske hävda att den privata marknaden i så fall skulle erbjuda möjligheter till återförsäkring, men detta är inte säkert. En marknad för sådan återförsäkring är förknippad med stora igångsättningskostnader, och frågan är om de privata försäkringsbolagen skulle vara villiga att ta på sig dessa kostnader. Risker är nämligen betydande att statsmakterna plötsligt ändrar reglerna för sjukpenningförsäkringen igen, som ju skett så många gånger under de senaste decennierna, så att medfinansieringen – och därmed efterfrågan på återförsäkring – försvinner.

Vi är därför skeptiska till den fortgående privatiseringen av sjukpenningförsäkringen, trots att den förmodligen innebär en effektiv skadereglering. En huvudorsak till att den offentliga sektorn inte kunnat erbjuda en acceptabel skadereglering är förmodligen att Försäkringskassan inte arbetat under en verklig budgetrestriktion. Ett privat försäkringsbolag kan inte slarva med skaderegleringen, för då skulle det gå i konkurs. Försäkringskassan har dock inte haft några klara incitament att ta skaderegleringen på allvar eftersom den hela tiden haft statsbudgetens resurser bakom sig. Ett sätt att lösa detta problem vore att göra Försäkringskassan *autonom*, det vill säga frikoppla den från statsbudgeten och ge den ett eget budgetansvar enligt ungefär samma modell som man gjort med den allmänna pensionen. En sådan reform skulle ha en rad fördelar. Förutom att skapa incitament till en bättre skadereg-

lering skulle Försäkringskassan få incitament att utveckla och pröva nya metoder, och att göra ordentliga utvärderingar av dessa. En effektivare skadereglering inom den autonoma Försäkringskassans regim skulle vidare innebära att små arbetsgivare inte behöver tvingas att agera försäkringsbolag. Resultatet skulle bli en bättre avvägning mellan skadereglering och riskspridning än vad som kan uppnås med den nuvarande medfinansieringen.

Dessutom skulle transparensen i systemet öka, vilket vore bra för den politiska debatten om sjukskrivningarna. Den sista punkten blir speciellt betydelsefull om, som många hävdar, de senaste årens ökning i sjukfrånvaron beror på en förskjutning av samhällets normer och attityder till sjukskrivning. Att bevisa att en sådan normförskjutning ägt rum är nära nog omöjligt, men det finns flera studier som pekar på att det existerar betydande skillnader i normer och attityder mellan olika delar av landet. Att normer och attityder är viktiga, och spelar roll för sjukskrivningsbeslutet, är i sig inte särskilt problematiskt; det viktiga är att det försäkrings-system som finansierar sjukskrivningarna är transparent, så att alla kan se vilken kostnad som är förknippad med den ena eller den andra normen.

Vårt huvudförslag är således att göra Försäkringskassan autonom, med en »hård« budgetrestriktion. I det teoretiska idealfallet skulle detta lösa alla problem. Men Försäkringskassan skulle fortfarande vara ett monopol på sin marknad, vilket inte ger de bästa förutsättningarna för en effektiv utformning av försäkringen. Därför vill vi framföra ytterligare ett par förslag beträffande specifika frågor inom systemet. För det första föreslår vi att sjukpenningförsäkringen och förtidspensioneringen/sjukersättningen slås samman till *ett enda system*. Syftet med detta är att åstadkomma en effektivare skadereglering för de allra längsta sjukfallen, som ju utgör den helt dominerande delen av de senaste årens uppgång i sjukalet. För det andra föreslår vi att Försäkringskassan inför så kallad *erfarenhetsbaserad premiesättning* (EPS). En sådan innebär att arbetsgivaren kommer att få lika goda incitament att satsa på rehabilitering av de sjukskrivna som dagens system med medfi-

nansiering medför. Fördelen jämfört med medfinansieringen är att arbetsgivarna inte behöver agera försäkringsbolag. Genom att kombinera EPS med rabatter för vissa personalgrupper (till exempel äldre och medelålders kvinnor) kan man dessutom komma tillrätta med den ovilja hos arbetsgivarna att anställa personer ur dessa grupper, som medfinansieringen ger upphov till.

Till sist: det är nog bra med reformer – bara det inte sker varje år, eller varje halvår som på senare tid blivit fallet med sjukpenningförsäkringen. Ständiga förändringar av systemet innebär en osäkerhet om den framtida försörjningen för de försäkrade. Vidare innebär sådana förändringar att försäkringsbolagen hindras bygga upp kompletteringar till det allmänna systemet, att avtalslösningar kommer att släpa efter och vara dåligt anpassade i olika avseenden, och att vi medborgare har dålig information om vilka regler som egentligen gäller från dag till dag. De senaste reformerna är ogenomtänkta kompromisser och uppenbart ohållbara lösningar. Därför kommer det snart att behövas ytterligare en reform. Men den här gången är det viktigt att tänka till ordentligt, för att konstruera en hållbar lösning. Det kommer alla parter att tjäna på.



- Borch, Karl (1990), *Economics of Insurance*. Advanced Textbooks in Economics, Volume 29. Amsterdam: North-Holland.
- de Jong, Philip och Maarten Lindeboom (2004), »Privatisation of sickness insurance: Evidence from the Netherlands«, *Swedish Economic Policy Review*, 11(1), s. 121–144.
- Englund, Lars (2001), *Förändringar i distriktsläkares sjukskrivningspraxis mellan åren 1996 och 2001 i ett svenskt landsting*. Arbetsrapport nov. 2001, Centrum för klinisk forskning, Dalarna.
- Frykman, Jonas och Kjell Hansen (2005), »Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur«, *Försäkringskassan Analyserar* 2005:4.
- Fröhlich, Markus, Almas Heshmati och Michael Lechner (2004), »A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden«, *Journal of Applied Econometrics*, 19, s. 375–396.
- Försäkringskassan (2005), »Kunskaps- & attitydstudie av sjukförsäkringen«. Stencil.
- Gerner, Ulla (2005), *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.
- Geurts, Sabine, Michiel Kompier och Robert Grundemann (2000), »Curing the Dutch disease? Sickness absence and work disability in the Netherlands«, *International social Security Review*, 53(4), s. 79–103.
- Gneezy, U. och A. Rustichini (2000), »A Fine is a Price«, *Journal of Legal Studies*, 29, s. 1–17.
- Gruber, Jonathan (2000): »Disability Insurance, Benefits and Labor Supply«, *Journal of Political Economy*, 108(6), s. 1162–1183.
- Henrekson, Magnus, Kari Lantto och Mats Persson (1992), *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen*, Stockholm, SNS Förlag.
- Henrekson, Magnus och Mats Persson (2004), »The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System«, *Journal of Labour Economics*, 22(1), s. 87–113.
- Hesselius, Patrik, Per Johansson och Laura Larsson (2005), »Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment«, Working paper 2005:15, IFAU.
- Hetzler, Antoinette, Daniel Melén och Daniel Bjerstedt (2005), *Sjuk-Sverige – Försäkringskassan, rehabiliteringen och utslagningen från arbetsmarknaden*. Symposion, Brutus Östlings Förlag, Lund.

- Holm, Einar och Sture Öberg (2004), »Contagious Social Practice?«, *Geografiska Annaler*, 86 B(4), s. 297–314.
- Høgelund, Jan och T Veerman (2000), »Reintegration: Public or Private Responsibility. The Dutch and Danish Reintegration Policy Towards Work Incapacitated Persons«, uppsats presenterad vid ISSA, Helsingfors, 2000.
- Johansson, Per och Mårten Palme (2005), »Moral Hazard and Sickness Insurance«, *Journal of Public Economics*, 89(9-10), s. 1879–1890.
- Kornai János, Eric Maskin och Gérard Roland (2003), »Understanding the Soft Budget Constraint«, *Journal of Economic Literature*, 41(4), s. 1095–1136.
- Larsson, Laura (2002), Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance, under publicering i *The Scandinavian Journal of Economics*, (2006), 11(1), finns tillgänglig som Working Paper 2002:6, IFAU.
- Lindbeck, Assar (1995), »Welfare State Disincentives with Endogeneous Habits and Norms«, *Scandinavian Journal of Economics*, 97(4), s. 477–494.
- Lindbeck, Assar, Sten Nyberg och Jörgen Weibull (1999), »Social Norms and Economic Incentives in the Welfare State«, *Quarterly Journal of Economics*, 114(1), s. 1–35.
- Lindbeck, Assar, Mårten Palme och Mats Persson (2004), »Sjukskrivning som ett socialt fenomen«, *Ekonomisk Debatt*, 32(4), s. 50–62.
- OECD (2005), Best Practice for Reducing Sickness and Disability Absence, kapitel 3 i OECD Economic Surveys: Sweden. Kan hämtas på [www.oecd.org](http://www.oecd.org).
- Palmer, Edward (2004), »Sjukskrivningen I Sverige – inledande översikt«, ingår i Hogstedt, Christer, Mats Bjurvald, Staffan Marklund, Edward Palmer och Töres Theorell (red.) *Den höga sjukfrånvaron – sanering och konsekvens*. Statens folkhälsoinstitut.
- Palmer, Edward och Mårten Palme (1989), »A Macroeconomic Analysis of Employer-Contribution Financed Social Security«, i Gustafsson, Björn och Anders Klevmarken (red.), *The Political Economy of Social Security*. North-Holland, Amsterdam.
- RFV (2003), »Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder«, RFV Analyserar 2003:16.

- RFV (2004), »Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension. En studie av utbetalade belopp i rikets kommuner 1993-2000«, RFV Analyserar 2004:12
- Sjögren Lindquist, Gabriella och Eskil Wadensjö (2005), *Inte bara socialförsäkringar. Kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*. Finansdepartementet: ESS-rapport 2005:2.
- Skogman Thoursie, Peter (2004), »Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious?«, *Journal of Applied Econometrics*, 19(6), 809–823.
- Socialstyrelsen (2003), »Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer – finns det regionala skillnader?« 2003-1112-1.
- SSPTW (2004), *Social Security Programs Throughout the World: Europé, 2004*. Social Security Administration, USA och ISSA.
- Ståhlberg, Ann-Charlotte (2005), *Avtalsförsäkringarna och socialförsäkringen – Hur förhåller de sig till varandra?* Institutet för social forskning, Stockholms universitet.

*aktivitetsersättning*: infördes 2002 i stället för förtidspension för unga personer (18 till 29 år). Individens rätt till denna ersättning om arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan och denna nedsättning förväntas bestå under minst ett år. Ersättningen finns dels i form av inkomstrelaterad sådan, dels i form av garantiersättning.

*aktuarie*: försäkringsexpert, försäkringsmatematiker, försäkringstjänsteman med statistiska arbetsuppgifter.

*arbetsgivarperiod*: den del av sjukperioden som ersätts av arbetsgivaren med så kallad sjuklön. Den infördes 1992, har varierat mellan 2 och 4 veckor och omfattar för närvarande dag 2 till dag 14.

*asymmetrisk information*: försäkringsgivare och försäkringstagare har inte tillgång till samma information om risker, ansträngning att undvika skada och dylikt.

*enhetlig försäkring*: en försäkring, som inte är differentierad efter risk.

*förtidspension*: ersättning vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Ersattes 2002 med sjuk- och aktivitetsersättning.

»hård« *budgetrestriktion*: verksamheten måste hålla sig inom given budgetram. Vid förändrade ekonomiska villkor inom sjukpenningförsäkringen, till exempel förändrad nyttjandegrad, måste premier, ersättning och/eller kontroll ändras för att upprätthålla balans.

*karens*: en period då ingen ersättning utgår.

*medfinansiering*: arbetsgivaren betalar en särskilt sjukförsäkringsavgift på 15 procent av sjukpenningen efter de första 14 dagarnas sjuklön om den anställda är heltidssjukskriven.

»mjuk« *budgetrestriktion*: motsatsen till »hård«; överskott tillfaller inte försäkringen, pengarna till underskott kommer någon annanstans ifrån, i detta fall från staten/statsbudgeten.

*moral hazard*: föreligger om försäkringstagaren kan påverka risken för utfall och/eller storleken på utfallet. *Moral hazard ex ante* avser påverkan av risken för att händelsen ska inträffa, medan *moral hazard ex post* avser påverkan efter det att händelsen inträffat.

*ohälsotalet:* antalet utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag från socialförsäkringen (från 2003 sjuk- och aktivitetsersättning) per sjukpenningförsäkrad och år.

*sjukersättning:* samma som aktivitetsersättning, men för personer i åldern 30 till 64 år.

*sjuklön:* den ersättning arbetsgivaren betalar under sjukdomsperioden. Utgår för närvarande med 80 procent av lönen under dag 2 till 14.

*sjukpenning:* den ersättning som utgår från socialförsäkringen vid tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

*sjuktalet:* antalet utbetalda dagar med sjukpenning eller per sjukpenningförsäkrad och år.

*självrisk:* den del av skadan (inkomstbortfallet) som inte ersätts av försäkringen.

*skadereglering:* försäkringsbolagets arbete med att bedöma och värdera skadan och att bedöma den försäkrades rätt till ersättning.

## Välfärdsrådet 2005

LAURA LARSSON är fil.dr i nationalekonomi och verksam vid Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU, och extern forskningsledare vid SNS. Hon driver empirisk arbetsmarknadsforskning med inriktning på socialförsäkringar samt utvärderar arbetsmarknadspolitiska program. I Välfärdsrådet 2005 är hon ordförande.

AGNETA KRUSE är fil.dr och universitetslektor vid Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet, och är ett välkänt namn när det gäller socialförsäkringsforskning. Hennes fokus har legat på socialförsäkringar och effektivitet, stabilitet, tillväxteffekter och demografiska förändringar. Hon är forskningsansvarig vid Enheten för forskning vid Försäkringskassan och har tidigare medverkat i SNS Välfärdspolitiska råd 1999 och 2000 och i antologin *Varför är svenskarna så sjuka?*

MÅRTEN PALME är professor vid Nationalekonomiska institutionen, Stockholms universitet. Hans forskning är främst inriktad på arbetsmarknadsfrågor och socialförsäkringar. Han medverkade bland annat i SNS Välfärdspolitiska råd 2001 och i antologierna *Varför är svenskarna så sjuka?* och *Alternativ i välfärdspolitiken*.

MATS PERSSON är professor i nationalekonomi vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet, och har arbetat inom flera samhällsekonomiska utredningar om försäkringsfrågor. Han har bland annat gjort analyser av det svenska pensionssystemet och av skattereformers effekter på det svenska välfärdssystemet. På SNS Förlag har han medverkat i titlar som *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen* och *Varför är svenskarna så sjuka?*

## Referensgrupp

YVONNE GUSTAFSSON, Ekonomistyrningsverket (ordf.)

LARS SJÖGREN, AFA

GÖSTA JEDBERGER, Almega

HENRIK BÄCKSTRÖM, Arbetslivsinstitutet

TITTI ENGWALL GERLOFSTIG, Bliwa Skadeförsäkring

SVANTE FORSBERG, Deloitte

STIG ORUSTFJORD, Försäkringskassan

MATS NORDENSKJÖLD, If

AUD GRUFMAN STRÖMBERG, KP Pension och försäkring

BJÖRN BERGMAN, Ledarna

ANNA MÄRTA STENBERG, Läkemedelsförmånsnämnden

ANDERS BLANCK, Läkemedelsindustriföreningen

KARL-ERIK MALMQUIST, Länsförsäkringar

PETER ALLEBECK, Riksbankens jubileumsfond

MARI-ANN PÖLDE, Samhall

BERNDT ÖHMAN, SCB

VIVEKA HIRDMAN-RYRBERG, SEB Trygg Liv

ANNIKA CREUTZER, Skandia

OVE JANSSON, SKTF

HÅKAN CEDER, Socialstyrelsen

GUNNAR SKÖNDAHL, Stockholms Läns Landsting

BJÖRN TEGÅRD, Trygg-Hansa Försäkringsaktiebolag

ANNA-KARIN EKLUND, Vårdförbundet

