

Rapport till Finanspolitiska rådet
2010/5

De senaste reformerna inom
sjukförsäkringen:
En diskussion om deras förväntade
effekter

Pathric Hägglund
Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)

Peter Skogman Thoursie
Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
(IFAU)

Preliminär version

De åsikter som uttrycks i denna rapport är författarens egna och speglar inte nödvändigtvis Finanspolitiska rådets uppfattning.

Vi vill rikta ett stort tack till Sisko Bergendorff, Anders Forslund, Ingeborg Watz Forslund, Laura Hartman, Per Johansson, Karin Mattsson, Petter Odmark, Eva Oscarsson och Anna Thoursie för värdefulla kommentarer.

Finanspolitiska rådet är en myndighet som har till uppgift att göra en oberoende granskning av regeringens finanspolitik. Rådets uppgifter fullföljs framför allt genom publiceringen av rapporten **Svensk finanspolitik** som lämnas till regeringen en gång per år. Rapporten ska kunna användas som ett underlag bland annat för riksdagens granskning av regeringens politik. Som ett led i uppdraget anordnar rådet även konferenser och utger skrifter om olika aspekter på finanspolitiken. I serien **Studier i finanspolitik** publiceras fördjupade studier eller rapporter som härrör från externa uppdrag.

Finanspolitiska rådet
Box 3273
SE-103 65 Stockholm
Kungsgatan 12-14
Tel: 08-453 59 90
Fax: 08-453 59 64
info@finanspolitiskaradet.se
www.finanspolitiskaradet.se

ISSN 1654-8000

1 Inledning

Sittande regering har sedan den tillträdde 2006 infört ett antal reformer inom sjukförsäkringen. Det övergripande syftet har varit att stimulera arbetsutbudet och bryta det så kallade utanförskapet. Alltför många har varit borta länge från arbetsmarknaden, antingen som sjukskrivna eller som förtidspensionerade, och alltför få har kunnat återgå i arbete efter sjukfrånvaro. Med reformerna har regeringen velat bryta den passivitet som präglat sjukskrivningsprocessen och öka möjligheten för återgång i arbete.

I den här rapporten beskrivs och diskuteras den svenska sjukfrånvarons och förtidspensioneringens utveckling, samt resoneras kring vilka effekter den nuvarande regeringens reformer kan förväntas ha på den fortsatta utvecklingen. Eftersom många av reformerna infördes relativt nyligen har utvärderingar av deras effekter på sjukfrånvaro och förtidspension endast genomförts i undantagsfall. Istället kommer genomgången i huvudsak att behandla reformernas förväntade effekter utifrån tidigare forskning.¹

Vår bedömning är att de genomförda reformerna är väl motiverade utifrån befintlig forskning och har potential att skapa en ekonomiskt hållbar försäkring som balanserar ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga med drivkrafter till arbete. Den största förändringen är införandet av en rehabiliteringskedja med fasta tidsgränser för prövning av arbetsförmågan. Denna reform har förkortat sjukfallslängderna via ett ökat antal avslut i samband med tidsgränserna. Vi är däremot tveksamma till om dagens tidsbegränsade lönesubventioner är tillräckliga för att ge de som varit borta länge från arbetsmarknaden en ny chans. Vi ifrågasätter också om arbetsgivarnas kostnadsansvar är tillräckligt för att effektivt begränsa sjukfrånvaron.

Rapporten är strukturerad enligt följande. Avsnitt 2 beskriver reformer inom sjukförsäkringen före 2006 och utvecklingen av sjukfrånvaron och förtidspensioneringen. I avsnitt 3 går vi igenom den nuvarande regeringens reformer på området sedan tillträdet 2006. Avsnitt 4 studerar hur flödet från sjuk- till arbetslöshetsförsäkringen utvecklats efter den nya sjukskrivningsprocessens införande, och hur aktiva Arbetsförmedlingen är i arbetet med tidigare sjukskrivna. Ett delavsnitt ägnas också åt dem som i samband med årsskiftet var de första att utförsäkras från sjukförsäkringen. I avsnitt 5 diskuterar vi saknade reformer och i avsnitt 6 reser vi ett par mer övergripande frågor. Avsnitt 7 sammanfattar våra slutsatser.

2 Vad har hänt före 2006?

I det här avsnittet går vi igenom de viktigaste regelförändringarna under 1990-talet fram till och med 2005, samt beskriver utvecklingen av sjukfrånvaron och förtidspensioneringen i olika dimensioner sedan mitten av 1990-talet och

¹ Vi vill poängtera att vi i rapporten inte gör anspråk på att göra en fullständig genomgång av litteraturen på varje enskilt område. Vi förbehåller oss rätten att vara selektiva.

framåt. Syftet är att ge en bakgrund till vad som har hänt inom sjukförsäkringen under en signifikant period före 2006. Antalet reformer inom sjukförsäkringen har varit många de senaste decennierna och sjukfrånvarons och förtidspensioneringens utveckling har varierat kraftigt över tid. På så sätt är de förändringar som skett inom sjukförsäkringen under den sittande regeringen inte unika. Frågan som vi avser att diskutera i de kommande avsnitten är istället om innehållet i de senaste reformerna kan skapa förutsättningar för en mer jämn utveckling av sjukfrånvaron och förtidspensioneringen.

2.1 De viktigaste regelförändringarna före 2006

Höga kostnader för ökad sjukfrånvaro under slutet av 1980-talet ledde fram till ett antal regeländringar i sjukförsäkringen med tyngdpunkten på att begränsa ekonomiska incitament till kortvarig sjukfrånvaro. År 1990 var ersättningsgraden 90 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten och ersättning betalades från den första dagen. I mars 1991 sänktes ersättningsgraden till 65 procent under de tre första dagarna för att sedan vara 80 procent fram till dag 91 i sjukfallet då ersättningsgraden höjdes till 90 procent. En karensdag infördes i april 1993 samtidigt som ersättningsnivån för långa sjukfall (minst 91 dagar) sänktes till 80 procent. Under åren 1996 och 1997 var ersättningsgraden 75 procent för alla ersatta dagar i sjukperioden, men återställdes till 80 procent år 1998. I juli 2003 sänktes ersättningsgraden till 77,6 procent (80 procent av 97 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten) men höjdes igen till 80 procent igen år 2005.

Sjuklöneperiodens längd har ändrats flera gånger. Från och med år 1992 fick arbetsgivarna betala sjuklön under de två första veckorna i ett sjukfall. År 1997 fram till och med första kvartalet 1998 utökades den till 28 dagar men återställdes därefter till 14 dagar igen. I juli 2003 förlängdes sjuklöneperioden till tre veckor men en justering 2005 gjorde att den åter blev två veckor. Samma år infördes den så kallade medfinansieringen som innebar att arbetsgivarna fick stå för 15 procent av utgifterna för sjukpenningen för heltidsfall längre än 14 dagar. De kompensades dock genom sänkta arbetsgivaravgifter.

Förtidspensionssystemet var under 1990-talet en integrerad del av ålderspensionssystemet. Kostnaderna för förtidspensionerna ökade kraftigt under 1980-talet, bland annat beroende på att de så kallade 58,3-pensionerna blev vanliga. De gick ut på att arbetsgivarna kunde säga upp äldre arbetskraft som efter uppsägningen först kunde gå på arbetslöshetsersättning under 450 dagar, och därefter beviljas förtidspension vid 60 års ålder. I oktober 1991 togs denna möjlighet bort. Fram till 1993 beviljades halv, två tredjedelars samt hel förtidspension. Därefter beviljades förtidspension till 25, 50, 75 eller 100 procent. År 1995 infördes en regel om att förtidspensionen skulle omprövas efter en viss tid. År 1997 avskaffades möjligheten att bli beviljad förtidspension av arbetsmarknadsskäl kombinerat med medicinska skäl – inga andra skäl än medicinska skulle längre beaktas. År 1999 ändrades kravet för hel förtidspension till att arbetsförmågan skulle vara nedsatt med minst sju åttondelar.

Förtidspensionen blev från och med den 1 januari 2003 en del av sjukförsäkringen med syftet att få en finansiellt sammanhållen försäkring som innefattade alla förmåner som ersätter inkomster vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Förtidspension (och sjukbidrag) bytte namn till sjukersättning och aktivitetsersättning och kunde beviljas permanent eller tidsbegränsat. Sjukersättning beviljades till personer i åldrarna 30-64 medan aktivitetsersättning beviljades till personer mellan 19 och 29 år. För att få sjukersättning skulle arbetsförmågan vara varaktigt nedsatt, det vill säga för överskådlig framtid. Ersättningsgraden bestämdes till 64 procent av antagandeinkomsten, det vill säga den inkomst den försäkrade förväntats haft om han eller hon fortsatt att arbeta (vid låga inkomster eller inga inkomster erhålls garantiersättning).

Ett antal institutionella reformer har genomförts under första hälften av 2000-talet. År 2003 utökade man samarbetet mellan försäkringskassorna och Arbetsförmedlingen, framförallt för att förbättra möjligheterna för långtidssjukskrivna att återgå i arbete. År 2005 slog landets 21 fristående försäkringskassor samman med Riksförsäkringsverket till en statlig myndighet – Försäkringskassan. Sammanslagningen syftade till att skapa en effektivare ledning och mer likartad behandling för medborgarna. Problemet med olika behandling hade länge diskuterats. Inte minst som ett resultat av de stora regionala variationer i sjukskrivning och förtidspensionering som observerats, och som inte kunde förklaras av regionala skillnader i hälsa.² En delegation mot felaktiga utbetalningar (FUT-delegationen) tillsattes 2005 med syfte att förebygga och förhindra bidragsbrott och felaktiga utbetalningar.

Sammanfattningsvis kännetecknas perioden fram till 1998 av att sjukförsäkringen och förtidspensionssystemet gjordes mer restriktiva medan de efterföljande åren, något förenklat, kan beskrivas som en återgång till en mer generös hållning. Flertalet av reformerna under åren före den nuvarande regeringens tillträde, har återigen präglats av restriktivitet. Frågor kring fusk och överutnyttjande som tidigare var politiskt känsliga frågor blev plötsligt rumsrena i debatten. Startskottet för denna debatt sammanfaller med Alf Svenssons (Kristdemokraternas dåvarande partiledare) då kontroversiella uttalande i Ekot den 4 mars 2002: ”inte alla som är sjukskrivna idag, borde vara det”. Delegationen mot felaktiga utbetalningar är ett exempel på hur diskussionen om fusk blev accepterat. Medfinansieringen och den reformerade administrationen åren innan 2006 är också exempel på en mer restriktiv inriktning på sjukförsäkringen.

2.2 Utvecklingen av sjukfrånvaron och förtidspensionering under två decennier

Utvecklingen av sjukfrånvaron och förtidspensioneringen sedan 1990-talet sammanfaller i viss utsträckning med de regelförändringar som har genomförts

² Noterbart är att de regionala skillnaderna i den del av ohälsotalet som gäller sjukskrivning i början av 2010 är historiskt låga (Dagens socialförsäkring 2010).

inom försäkringen. Nedgången fram till 1997 korrelerar med de mer restriktiva reglerna. Den kraftiga uppgången från 1998 fram till 2002 sker samtidigt som de restriktivare reglerna delvis återställdes.³ Nedgången sedan 2003 sammanfaller med striktare regler och ökat fokus på fusk och överutnyttjande. Detta kan tillsammans med Försäkringskassans normerande arbete som inleddes under början av 2000-talet ha bidragit till att sjukfrånvaron gick ned, samt till att det pro-cykliska mönstret bröts under perioden 2006-2008. Vi kommer dock att visa att det pro-cykliska mönstret kan vara tillbaka från och med år 2009.

2.2.1 Sjukfrånvarons utveckling

Antalet påbörjade sjukfall om minst 15 dagar minskade fram till 1997 för att därefter öka kraftigt igen fram till 2002. Efter 2002 har inflödet återigen minskat och låg 2009 på en lägre nivå än 1997 (se Figur 1 nedan).⁴ Efter 2004 har dessutom sjukskrivningarna blivit kortare och utflödet följaktligen ökat.⁵ Sammantaget innebär det minskade inflödet och det ökade utflödet att antalet personer som är sjukskriven vid en given tidpunkt, det vill säga stocken, har minskat.

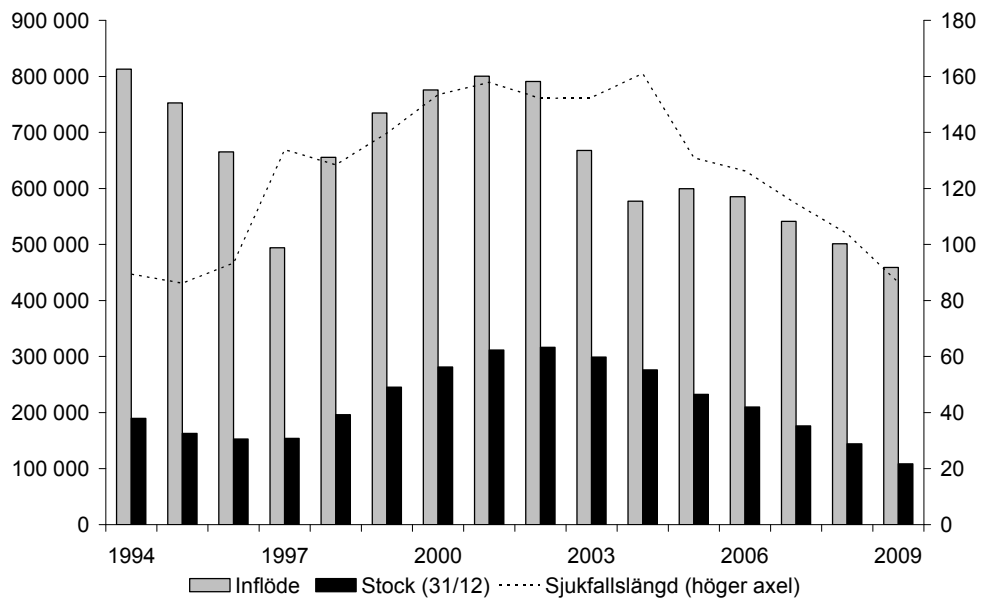
Hur har då sjukfrånvaron i Sverige utvecklats i ett internationellt perspektiv? Länderjämförelser försvåras av att försäkringarna ser olika ut i olika länder. Exempelvis har länder olika långa sjuklöneperioder där dagar inte ingår i den officiella statistiken. Det bästa alternativet är att använda nationella arbetskraftsundersökningar som sammanställs av Eurostat (2009). Dessa undersökningar baseras på intervjuer och sjukfrånvaron mäts som andel av sysselsatta som angett att de varit frånvarande från arbetsplatsen på grund av sjukdom under minst hela mätveckan. Detta mått påverkas inte av förekomsten av karensdagar eller sjuklöneperioder.

³ Inom forskningen finns det starkt stöd för att ersättningsvillkoren påverkar sjukfrånvaron. Se exempelvis Johansson och Palme (1996, 2002, 2005), samt Henreksson och Persson (2004).

⁴ Notera att nedgången i inflödet 1997 till viss del beror på att sjukfall upp till 28 dagar inte ingår i statistiken om ersatta dagar från sjukförsäkringen eftersom sjuklöneperioden detta år förlängdes från 14 till 28 dagar. Detta gör också att den genomsnittliga sjukskrivningstiden ökar något. Den därpå följande uppgången av inflödet 1998, och nedgången i sjukskrivningstiderna, beror i sin tur på att sjuklöneperioden återställdes till 14 dagar från och med april detta år. På motsvarande sätt ska förändringarna i inflöde och genomsnittlig sjukskrivningstid år 2003 och 2005 tolkas mot bakgrund av att sjuklöneperioden förlängdes till tre veckor 2003 men blev två veckor igen 2005.

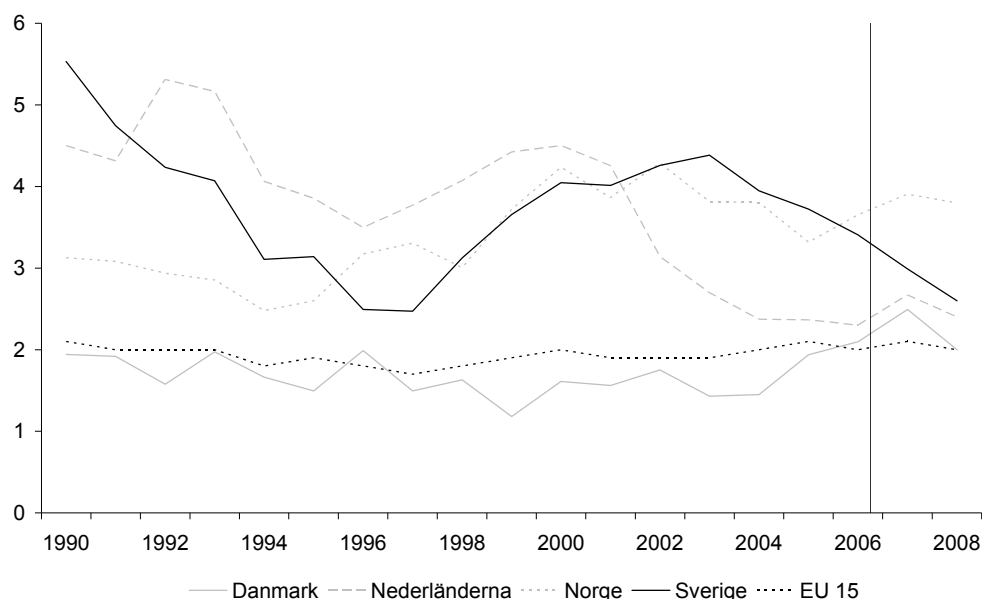
⁵ De redovisade sjukfallslängderna är inte exakta, detta eftersom samtliga sjukfall för respektive år ännu inte har avslutats. Ju senare år som studeras, desto fler fall är fortfarande pågående och desto större är osäkerheten i beräkningen.

Figur 1 Utvecklingen av sjukskrivningarnas inflöde, stock, och sjukfallslängder 1994-2009



Källa: Försäkringskassan

I ett antal rapporter som publicerades i början av 2000-talet användes arbetskraftsundersökningar för att jämföra den svenska sjukfrånvaron med ett antal andra EU-länder (se bland annat Finansdepartementet 2002, Bergendorff och Skogman Thoursie 2003). Rapporterna visade att det framförallt var tre länder som uppvisade en hög sjukfrånvaro, nämligen Nederländerna, Norge och Sverige. I en nyligen publicerad studie har länderjämförelsen uppdaterats så att sjukfrånvaron kan jämföras fram till och med 2008 (Försäkringskassan 2009:10). I Figur 2 redovisas utvecklingen i ett urval av europeiska länder, samt genomsnittet för de 15 ursprungliga EU-länderna. Danmark har över tiden uppvisat en konstant låg sjukfrånvaro. Sedan början av 2000-talet har Nederländerna lyckats med att kraftigt reducera sjukfrånvaron medan Norge inte har lyckats med samma bedrift. Sjukfrånvaron i Sverige har under hela 1990-talet fram till 2003 varit högre än EU-genomsnittet. Därefter har sjukfrånvaron minskat betydligt och ligger år 2008 på ungefär samma nivå som EU-genomsnittet.

Figur 2 Utvecklingen av sjukfrånvaron i procent i olika länder

Anm: Sjukfrånvaron definieras som andelen anställda som varit frånvarande från arbetet på grund av sjukdom under hela mätveckan.

Källa: EUROSTAT-data tillgänglig från författaren av Försäkringskassan 2009:10.

2.2.2 Den konjunkturella sjukfrånvaron

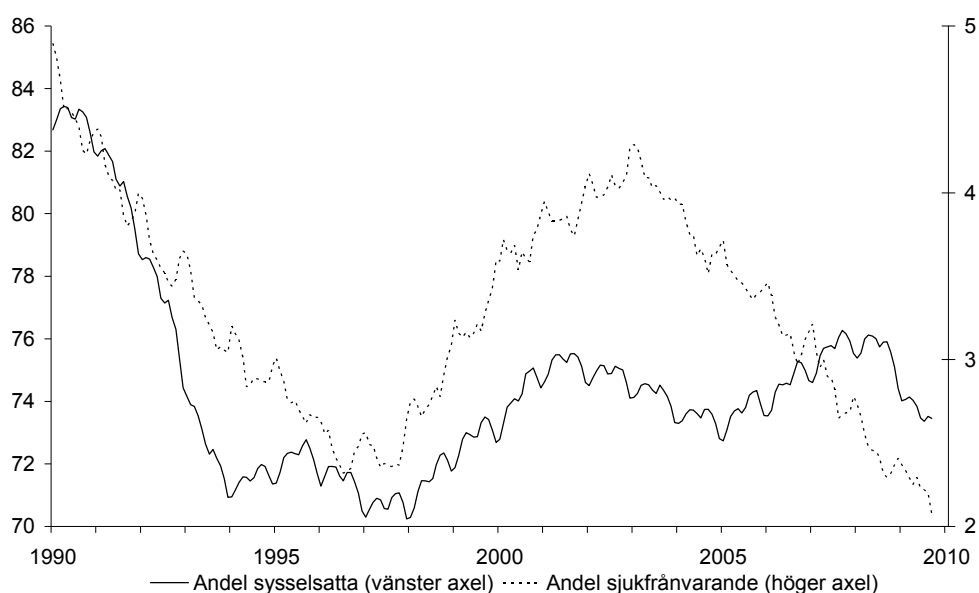
Sjukfrånvaron i Sverige har länge uppvisat ett pro-cykliskt mönster, vilket innebär att sjukfrånvaron varit hög i goda tider och låg i sämre tider.⁶ En förklaring till detta mönster är att när arbetsmarknadsläget försämras ökar risken för arbetslöshet och inkomstbortfall och man drar sig från att vara hemma från arbetet – den så kallade disciplineringshypotesen. Omvänt gäller att frånvaron ökar i goda tider när risken för att bli av med jobbet minskar. En alternativ förklaring är att personer med hög benägenhet att bli sjukskrivna blir av med jobbet under lågkonjunktur men att dessa personer kommer tillbaka till arbete under högkonjunktur – den så kallade sammansättningshypotesen. Anställda som har kvar jobbet under svåra tider är alltså personer med genomsnittlig låg frånvaro. Visst empiriskt stöd finns för att den konjunkturella sjukfrånvaron delvis förklarats av disciplineringshypotesen (se bland annat Askildsen m fl 2005 och Arai och Skogman Thoursie 2005). Detta kan ha bidragit till diskussionen om att tillämpningen av sjukförsäkringen har varit svag och att inte bara arbetsförmåga legat till grund för när sjukpenning beviljats.

Det pro-cykliska mönstret i Sverige bröts runt 2006. Då ökade sysselsättningen samtidigt som sjukfrånvaron fortsatte att gå ner. Med hjälp av Figur 3 kan vi i denna rapport konstatera att det pro-cykliska mönstret verkar vara tillbaka igen från och med 2009 då sjukfrånvaron minskar samtidigt med sysselsättningsnedgången under den djupa lågkonjunkturen.

⁶ Sjukfrånvaron har varit pro-cyklisk även i Nederländerna och Norge men inte i de övriga europeiska länderna som ingick i Försäkringskassans undersökning. (Försäkringskassan 2009:10).

Varför mönstret bröts efter 2006 är ännu outforskat men en förklaring kan vara att sammanslagningen av försäkringskassorna till en myndighet har bidragit till en striktare och mer enhetlig bedömning av arbetsförmågan. Dessutom förändrades – som tidigare nämdes – debattklimatet kring fusk och överutnyttjande i sjukförsäkringen i början av 2000-talet. Försäkringskassan påbörjade ett opinionsbildande arbete i syfte att informera om vilka regler som gäller för sjukskrivning. En vanlig uppfattning är att detta arbete har haft betydelse för normer och attityder till sjukskrivning i samhället (Dagens Socialförsäkring 2009). Då normer och attityder förändras långsamt kan detta ha påverkat både individernas, läkarnas och administrationens bedömning av arbetsförmåga fram till år 2006. Eftersom flertalet reformer som nuvarande regering infört började gälla först år 2008 (exempelvis rehabiliteringskedjan som diskuteras i kommande avsnitt) är det inte sannolikt att dessa reformer kan förklara att det pro-cykliska mönstret bröts runt 2006.

Figur 3 Sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro på månadsbasis under perioden 1990-2009. Procent av befolkningen respektive sysselsatta.



Anm: Sjukfrånvaron mäts som antal frånvarande under hela mätveckan i arbetskraftsundersökningarna (AKU) i procent av antal sysselsatta. Sysselsättningsgraden avser antalet sysselsatta i procent av befolkningen. Båda serierna är 4-månaders glidande medeltal konstruerat enligt formeln: $y = (1/8)\{x_{t-4} + x_{t-3} + x_{t-2} + x_{t-1} + x_{t+1} + x_{t+2} + x_{t+3} + x_{t+4}\}$.
Källa: SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU). Månadsdata 1989:9-2010:1.

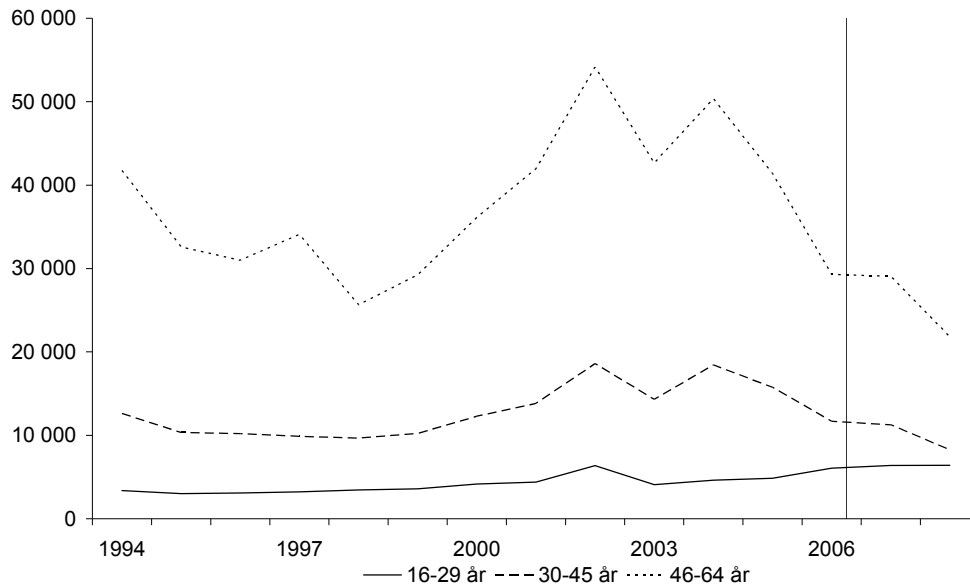
2.2.3 Förtidspensioneringens utveckling

Antalet nybeviljade förtidspensioner ökade från 1998 fram till år 2002 för alla åldersgrupper (se Figur 4). Särskilt högt var nybeviljandet år 2002, året innan förtidspension blev sjukersättning (aktivitetsersättning för yngre). Från 2004 har nybeviljandet kraftigt minskat för alla åldersgrupper förutom för åldersgruppen 16-29. För att tydliggöra utvecklingen bland yngre redovisar Figur 5 den relativa ökningen av nybeviljandet under 2000-talet i förhållande till det genomsnittliga antalet nybeviljade förtidspensioner under perioden 1994-1999. Även om personer i åldersgruppen 16-18 inte kunde få

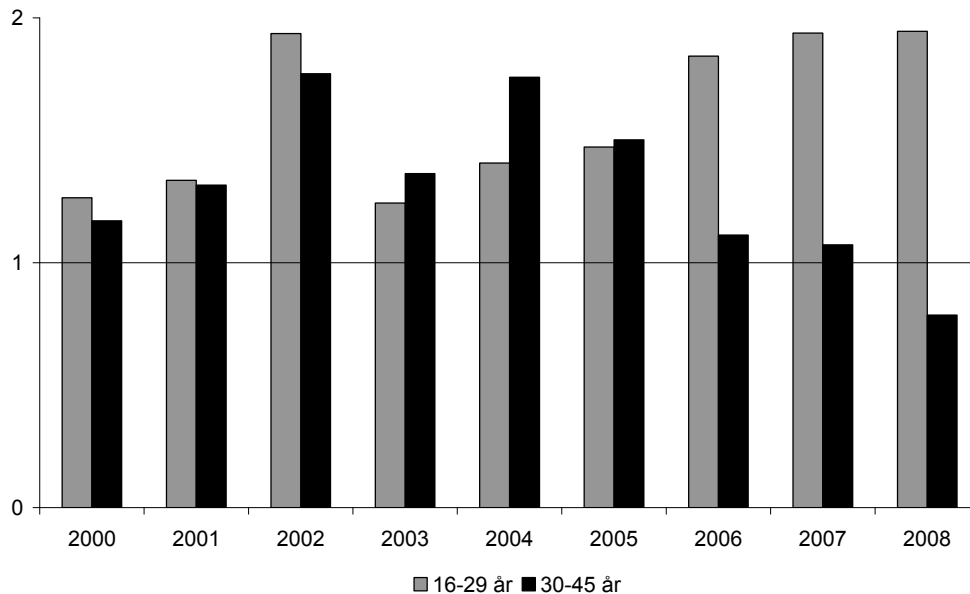
aktivitetsersättning från och med 2003 väljer vi att för alla år ha med hela åldersgruppen 16-29.⁷ Ökningen för 16-29-åringar år 2002 jämfört med perioden 1994-1999 var nästan 100 procent. År 2003 gick nybeviljandet ner jämfört med 2002 för att därefter öka kraftigt igen. Skillnaden mellan 2003 och 2002 förstärks sannolikt också av att många blev beviljade förtidspension år 2002 för att hamna i det gamla systemet. År 2008 var nybeviljandet återigen nästan 100 procent högre jämfört med perioden 1994-1999.

Den kraftiga ökningen av aktivitetsersättningar bland yngre står i skarp kontrast mot nedgången hos övriga åldergrupper och motiverar en särskild diskussion. Trenden att allt fler yngre förtidspensioneras är ett fenomen som visserligen observerats i många andra OECD-länder, men ökningen är särskilt uttalad i Sverige (OECD 2009). Ökningen bland ungdomar har framförallt skett för psykiska diagnoser (Försäkringskassan 2007:11) och bör uppmärksammas av flera skäl. För det första är det en stor förlust för individen som riskerar att hamna utanför arbetsmarknaden ett helt liv. För det andra har yngre personer ett sämre inkomstförsäkringsskydd mot nedsatt arbetsförmåga eftersom de sällan har hunnit upparbeta någon arbetsinkomst. Detta ger låg ersättning – oftast grundersättning – och låg inkomst över hela livscykeln eftersom sjukförsäkringen bygger på inkomstbortfallsprincipen. För det tredje innebär det en stor statsfinansiell förlust. Även om gruppen yngre är relativt liten i antal kommer de att uppbära ersättning och inte bidra till produktionen under en avsevärt mycket längre tid än personer som får förtidspension högre upp i åldrarna. Detta får betydande effekter på statsbudgeten (Försäkringskassan 2009:8).

⁷ Om åldersgruppen 16-18 tas bort från statistiken kommer vi systematiskt att underskatta nybeviljandet före 2003. När åldersgruppen är med i statistiken blir det istället en underskattning i nybeviljandet de närmaste åren efter införandet av aktivitetsersättning jämfört med år 2002. Detta problem avtar när åldersgruppen 16-18 efter år 2002 successivt uppnår 19 års ålder (de som fyller 17 eller 16 år 2003 kan få aktivitetsersättning år 2005 respektive 2006).

Figur 4 Nybeviljade förtidspensioner

Källa: Försäkringskassan.

Figur 5 Förändring i andelen nybeviljade förtidspensioner relativt genomsnittliga andelen beviljade förtidspensioner under perioden 1994-1999

Källa: Försäkringskassan.

Det faktum att utvecklingen av sjukfrånvaron och förtidspensioneringen i stor utsträckning följer förändringarna i sjukförsäkringen från 1990-talet och framåt betyder inte att sambandet ska ges en kausal tolkning. Variationen i sjukfrånvarons och förtidspensioneringens omfattning över tid kan bero på andra faktorer, exempelvis förändringar i arbetsmarknadsläge. Exempelvis skedde de restriktiva regelförändringarna i början av 1990-talet samtidigt som arbetsmarknaden kraftigt försvagades. Många av de regelförändringar som genomfördes under början av 1990-talet var försämringar av

ersättningsvillkoren. Analyser av sambandet mellan ersättningsnivån och sjukfrånvaron försvåras av att försämringar i ersättningsnivåer i viss utsträckning parerats med kompenserade ersättningar inom avtalsförsäkringarna. På så sätt har inte de sänkningar som genomförts alltid inneburet motsvarande sänkning av den ersättning som individen de facto erhåller vid frånvaro. Slutligen, och som bakgrund till den fortsatta analysen, kan vi konstatera att nedgången i både sjukfrånvaron och förtidspensioneringen inleddes redan 2003, det vill säga innan den nuvarande regeringens tillträde 2006. Frågan är om den nuvarande regeringens reformer har bidragit till den nedgång vi sett under de senaste åren, och om de kan bidra till en fortsatt stabil sjukfrånvaro. Om det resoneras vi i följande avsnitt.

3 Reformerna efter 2006 – förväntade effekter

Regeringen har sedan 2006 presenterat en rad reformer på sjukförsäkringsområdet. I detta avsnitt beskriver vi de enligt vår bedömning viktigaste reformerna, samt diskuterar deras förväntade effekter utifrån befintlig forskning och tidigare erfarenheter. Där effektstudier av reformerna finns tillgängliga presenteras resultaten från dessa. I de flesta fall kan emellertid endast beskrivande statistik användas för att ge en bild av i vilken utsträckning reformerna hunnit införas.⁸

3.1 Rehabiliteringskedjan

Sjukskrivningsprocessen har i och med de omfattande förändringarna som trädde i kraft den 1 juli 2008 genomgått stora förändringar. Med rehabiliteringskedjan hoppas regeringen åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess som innehåller tillgång till stöd- och rehabiliteringsinsatser tidigt i sjukfallet. Nedan ges en kortfattad beskrivning av stegen inom rehabiliteringskedjan.

Början på sjukskrivningsperioden är oförändrad jämfört med tidigare regelverk såtillvida att arbetsgivaren efter den inledande karensdagen betalar sjuklön under de första 14 dagarna. Om sjukskrivningen pågår längre än 7 dagar fordras ett läkarintyg.

Efter 14 dagar kan sjukskrivningsprocessen inom ramen för rehabiliteringskedjan beskrivas enligt följande: en sjukskriven har mellan dag 15-90 i sjukfallet rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sina nuvarande, eller andra tillfälliga, arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare. För att få sjukpenning mellan dag 91-180 fordras därutöver att individen inte kan utföra andra arbetsuppgifter hos sin arbetsgivare. Från och med dag 181 i sjukfallet gäller sedan, om inte särskilda skäl föreligger, att den enskildes arbetsförmåga ska prövas mot den reguljära arbetsmarknaden. Det innebär att personer som inte kan återgå till sina tidigare arbetsgivare, men som bedöms ha någon form

⁸ Då syftet med denna rapport är att ge en övergripande bild av hur reformerna fungerar kommer vi inte göra några ingående försök att uppskatta utbuds- eller efterfrågeelasticiteter och på så sätt kvantifiera effekterna av dessa reformer.

av arbetsförmåga, inte längre har rätt till sjukpenning utan ska övergå till Arbetsförmedlingen tjänster och få hjälp att hitta en ny anställning.

Om sjukskrivningen fortgår upp till 365 dagar kan den försäkrade ansöka om så kallad *förlängd sjukpenning* som innebär att sjukpenning betalas ut i ytterligare högst 550 dagar. Detta med en ersättning motsvarande 75 procent av den tidigare inkomsten. Det finns också möjlighet att ansöka om så kallad *fortsatt sjukpenning* som gör det möjligt att utan tidsgräns fortsätta uppbära 80 procent ersättning. Den som fortfarande är sjukskriven vid 914 dagar ska avslutningsvis övergå till arbetslöshetsförsäkringen och Arbetsförmedlingens introduktionsprogram.⁹

Från och med januari 2010 (se proposition 2009/10:45) finns möjlighet att i vissa fall göra undantag från den borte gränsen i sjukförsäkringen, vilket alltså möjliggör förlängd sjukpenning i mer än 550 dagar. Dessutom har en möjlighet införts att skjuta upp prövningen av individens arbetsförmåga i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden vid 180 dagar om detta bedöms ”oskäligt”.

De olika prövningarna inom ramen för rehabiliteringskedjan tillämpades i praktiken redan innan reformens införande via den så kallade steg-för-stegmodellen. Det nya med rehabiliteringskedjan är främst de tidsgränser som anger när prövningarna av arbetsförmågan senast ska vara genomförda, samt den nedtrappning av ersättningen som sker efter ett år.¹⁰ Trots att det i vissa fall kan göras undantag finns numera också en borte gräns vid 2,5 år. I ett par av stegen har skärpningar av reglerna gjorts. Det första gäller tidsgränsen vid sex månader där prövningen numera avser *reguljärt* arbete. Detta är i praktiken en vidgning av det tidigare begreppet *normalt förekommande* arbete. Den andra skärpningen gäller rätten till sjukersättning där begreppet *stadigvarande* ska betraktas som mer permanent än den tidigare *varaktiga* nedsättningen av arbetsförmågan. Detta har också inneburit att den tidsbegränsade sjukersättningen har tagits bort.

Rehabiliteringskedjans olika delar med tidsgränser, sänkt ersättning och tidigare intervention i sjukfallet, kan förväntas få betydelse för sjukfrånvaron. I det följande diskuteras vad de förväntade effekterna kan bli utifrån existerande forskning och erfarenheter på området.

3.1.1 Effekten av tidsgränser

Tidsgränserna inom rehabiliteringskedjan fungerar i praktiken som kontroller av den sjukskrivnes fortsatta rätt till sjukpenning och kan förväntas öka den enskildes drivkrafter att lämna sjukskrivning. Förenklat kan man uttrycka det som att ”värdet” av att vara sjukskriven, i jämförelse med att inte vara det, är högre ju längre tid som kvarstår till prövningen/kontrollen av rätten till sjukpenning. Det betyder att värdet av att kvarstå som sjukskriven minskar ju

⁹ För en beskrivning rehabiliteringskedjan, se proposition 2007/08:136.

¹⁰ De angivna stegen i rehabiliteringskedjan berör endast personer som är anställda vid sjukfallets start. Exempelvis ska de arbetslösas arbetsförmåga prövas mot den reguljära arbetsmarknaden redan från dag två i sjukskrivningen.

närmare tidsgränsen kommer. Omvänt kommer alltså det relativa värdet av alternativa försörjningskällor successivt att öka. Vi kan således förvänta oss att sjukskrivna som i någon mån kan påverka sin situation i högre utsträckning lämnar sjukskrivning i samband med tidsgränserna jämfört med vad de annars skulle ha gjort.

I stort sett saknas empirisk forskning om betydelsen av tidsgränser inom sjukförsäkringen. På basis av ett omfattande socialt experiment i Västra Götaland och Jämtland studerar emellertid Hesselius m fl (2005) effekten på sjukfrånvaron av en förlängning av tidpunkten för inlämnande av sjukintyget. Författarna finner att förlängningen från 7 till 14 dagar förlängde sjukskrivningarna med cirka 7 procent. Resultaten överensstämmer med vad som skulle förväntas enligt försäkringsteori, och teorin om *moral hazard*. Den säger att ett mer generöst försäkringssystem – hög ersättningsgrad och/eller låg grad av kontroll - gör människor mer riskbenägna och skapar drivkrafter till överutnyttjande.¹¹

Ett ökat utflöde från sjukskrivning i samband med tidsgränserna är också förväntat mot bakgrund av resultaten från den relativt omfattande empiriska forskningen inom den angränsande arbetslöshetsförsäkringen. Såväl inhemsk som utländsk forskning visar att tidsgränser förkortar arbetslöshetsperioden.¹²

3.1.2 Tidiga insatser

Ett uttalat syfte med tidsgränserna inom rehabiliteringskedjan är att motivera samtliga aktörer; den enskilde, arbetsgivaren, och Försäkringskassan, att agera tidigt i sjukfallet. Att tidiga interventioner är bra är något som återkommande lyfts fram i reformernas förarbeten.¹³ Företrädare menar att tidiga insatser i sjukfallet är en framgångsrik strategi för att förhindra långvarig sjukfrånvaro. Även om detta kan vara både teoretiskt riktigt och intuitivt tilltalande är strategin förknippad med vissa risker. En svårighet är att identifiera vilka sjukskrivna som är, respektive inte är, i behov av olika insatser. De flesta återgår i arbete efter en kort tids sjukskrivning utan att bli föremål för en aktiv åtgärd. Om fel personer placeras i åtgärder blir dessa kostnadsineffektiva samtidigt som sjukskrivningarna riskerar att förlängas.¹⁴ Ju tidigare bedömningen av den sjukskrivnes behov genomförs, desto större är risken att bedömningen blir felaktig. För att tidiga insatser ska vara en framgångsrik strategi fordras också att insatserna är effektiva, det vill säga bidrar till att den enskilde kan återgå i arbete. I en utvärdering av den medicinska rehabiliteringen av de vanligaste diagnoserna ger Alexandersson och Nordlund (2004) endast begränsat stöd för att insatserna har gynnsamma effekter för den enskilde. Ett likaledes svagt stöd återfinns för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.¹⁵

¹¹ Se Barr (2004) för en principiell genomgång av moral hazard.

¹² Se exempelvis Carling m fl (1996) och Black m fl (2003) på svenska respektive amerikanska data.

¹³ Se exempelvis proposition 2007/08:136.

¹⁴ Insatser av olika slag kan ha en inlåsande verkan där återgången i arbete försenas, se exempelvis Anderzén m fl (2008) eller Engström m fl (2010).

¹⁵ Se exempelvis Marklund m fl (2005), Hetzler (2005), och Försäkringskassan (2006:10).

I en kommande studie av Engström m fl (2010) studeras effekten av tidig intervention i sjukfallet genom ett omfattande socialt experiment. Genom stegvis randomisering analyseras effekterna av att få de administrativt omfattande insatserna SASSAM-kartläggningen och avstämningsmötet tidigarelagda.¹⁶ Författarna konstaterar att dessa utredningar inte påskyndar utflödet från sjukskrivning – snarare tvärtom. Emellertid konstateras ett ökat utflöde från sjukskrivning *innan* start av insatserna. Att aktiva interventioner också fungerar som kontrollverktyg är ett skäl till varför tidiga insatser skulle kunna vara ett verkningsfullt medel i syfte att reducera sjukfrånvaron.

Sammanfattningsvis skulle försök att aktivt förebygga långa sjukfall med hjälp av tidiga insatser potentiellt kunna vara en framgångsrik strategi förenad med stora samhällsekonomiska vinster. Men den kan också vara förknippad med onödigt långa sjukskrivningstider för den enskilde och ett ineffektivt användande av resurser.

3.1.3 Effekter av sänkt ersättningsnivå

Med de nya reglerna har en tydligare tidsprofil införts i sjukförsäkringen. Med en inkomst under taket sänks ersättningsnivån från det inledande årets 80 procent, till den förlängda sjukpenningens 75 procent, och därefter till 64 procent om en övergång till sjukersättning sker. En nedtrappning av ersättningen borde via successivt ökade drivkrafter leda till att fler återgår i arbete. Forskningen visar att högre ersättning leder till ökat utnyttjande av försäkringen.¹⁷ På svenska data studerar Johansson och Palme (2005) effekterna av den stigande ersättningsprofil som infördes 1991. Den innebar att ersättningen som först var 65 procent dag 1-3 i sjukfallet, därefter steg till först 80 procent dag 4-89, och slutligen till 90 procent från dag 90 och framåt. Författarna finner visst stöd för att pågående sjukskrivningar blev längre som ett resultat av förändringen. Omvänt skulle alltså en nedtrappning av ersättningen leda till kortare sjukfall. Notera att nedtrappningen i det nuvarande systemet, så som den är beskriven, endast gäller då hänsyn inte tas till de kompletterande avtalade ersättningarna.

Hesselius och Persson (2007) studerar den 10-procentiga ökningen av ersättningsnivån som blev resultatet av att minskningsregeln för ersättning från de kollektivavtalade försäkringarna togs bort för anställda i den kommunala sektorn 1998. Resultaten visar att sjukskrivningarnas längd ökade med i genomsnitt 4,7 dagar, och kostnaden för sjukförsäkringen med 3 procent.

3.1.4 Effekten av rehabiliteringskedjan

Delar av rehabiliteringskedjan har utvärderats i en nyligen publicerad studie av Hägglund (2010). Han utnyttjar det faktum att reglerna under en övergångsperiod var olika för personer som blev sjukskrivna med bara några

¹⁶ SASSAM-kartläggningen är en administrativ metod för att utreda en individs möjligheter att återgå i arbete och behov av rehabilitering. Ett avstämningsmöte är ett möte mellan den enskilde, handläggare och exempelvis arbetsgivaren, läkaren eller en representant från Arbetsförmedlingen.

¹⁷ Se avsnitt 2.2.

dagars mellanrum, för att utvärdera effekten av reformen på sjukskrivningstider upp till sex månader. Resultaten visar i korthet att:

- Rehabiliteringskedjan har positiva effekter på sannolikheten att avsluta sjukfallet i anslutning till den prövning av arbetsförmågan som sker vid framför allt 181, men i viss mån också, 91 sjukskrivningsdagar.
- Totalt innebar införandet av rehabiliteringskedjan att sjukskrivningstiderna reducerades med i genomsnitt 0,35 dagar, eller 0,4 procent, under den 28 veckor långa uppföljningsperioden. Rehabiliteringskedjan kan emellertid också förväntas ha effekter via ett lägre inflöde till sjukskrivning.
- Effekten av rehabiliteringskedjan uppvisar ett regionalt mönster. De positiva effekterna återfinns i större städer, medan inga effekter konstateras i ett genomsnitt av mindre kommuner. Reformen förefaller också ha större effekter på äldre jämfört med unga sjukskrivna.

I rapporten dras slutsatsen att de positiva effekterna i första hand är resultatet av tidsgränserna i sig, och inte Försäkringskassans insatser och bedömningar. Detta baseras dels på att effekterna uppstår innan de tidsatta prövningarna, dels på att de nya reglerna till en början inte anammades fullt ut av Försäkringskassans administration.

3.2 Rehabiliteringsgarantin

Den 1 juli 2008 trädde den första överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i kraft om att landstingen ska erbjuda så kallad multimodal rehabilitering för patienter med långvarig smärta i axlar, rygg och nacke, samt kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med depression, ångest och stress. Syftet med reformen är att i högre utsträckning kunna förebygga dessa sjukskrivningar som utgör en stor andel av samtliga påbörjade sjukskrivningar, och öka förutsättningarna för återgång i arbete. Landstingen får ersättning för de behandlingar och rehabiliteringar som är påbörjade eller genomförda. Sammanlagt har avsatts 250 miljoner för 2008, 560 miljoner för 2009 och 960 miljoner för 2010.¹⁸

I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006) konstateras att behandling för personer med långvarig smärta i form av multimodal rehabilitering, det vill säga behandling som kombinerar olika åtgärder och kompetenser; exempelvis läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer, ger bättre smärtlindring och kortare sjukskrivningar än andra enstaka och mindre omfattande insatser. I rapporten konstateras också att KBT höjer social och fysisk funktion samt förmåga att hantera smärta i jämförelse med alternativ behandling. Man bör emellertid notera att resultaten i rapporten sannolikt lider av det så kallade selektionsproblemet, där personer i behandlings- respektive jämförelsegrupper inte är fullt jämförbara.

¹⁸ Regeringen aviserade sin avsikt att genomföra reformen första gången i Budgetpropositionen för 2008, proposition 2007/08:1 UO10.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera om de insatser som landstingen ska erbjuda inom ramen för rehabiliteringsgarantin motsvarar de evidens- och kvalitetskrav som överenskommelsen anger. Karolinska Institutet har av regeringen fått i uppdrag att utvärdera effekten på arbetsförmågan för personer som deltagit i insatserna.

I en uppföljning från SKL (2010) konstateras att landstingen tillsammans genomfört åtgärder för 112 procent, det vill säga 625 miljoner, av de 560 miljoner som regeringen avsatt för 2009. Sammanlagt har landstingen påbörjat eller genomfört 26 340 KBT-behandlingar och 5 934 multimodala rehabiliteringar. 72 procent av åtgärderna har tillfallit kvinnor. Regionala skillnader förekommer såtillvida att vissa landsting, exempelvis i Jämtland, Västmanland och Blekinge, har genomfört åtgärder till över 150 procent av den avsatta ersättningen. Tvärtom har landstingen i Östergötland (78 procent), Kalmar (67 procent) och Västernorrland (65 procent) spenderat mindre än avsett. Överskott i vissa landsting har fördelats till landsting som genomfört fler behandlingar än förväntat.

3.3 Steglös avräkning

Steglös avräkning infördes i januari 2009 och innebär att personer som beviljats permanent sjukersättning före juli 2008 ska kunna pröva reguljärt arbete utan att rätten till sjukersättning omprövas (proposition 2007/08:124). Gruppen omfattar drygt 400 000 personer. Syftet är att personer med hjälp av ekonomiska incitament ska återgå i arbete. Åtgärden innebär att man kan tjäna upp till ett prisbasbelopp (42 800 år 2009) – det så kallade fribeloppet – under ett år utan att sjukersättningen reduceras. För arbetsinkomster över fribeloppet minskar sjukersättningen med 50 procent av den överstigande inkomsten.

En person med en sjukersättning om 200 000 kronor som tjänar 42 800 kronor under året på arbete får således en bruttoårsinkomst på 242 800 kronor. Om personen istället tjänar 60 000 kronor på arbete kommer 50 procent från den delen av arbetsinkomsten som överstiger fribeloppet att räknas av från sjukersättningen. I det här fallet innebär det att sjukersättningen minskar med 8 600 kronor ($0,5 \times [60\,000 - 42\,800]$) och bruttoårsinkomsten blir 251 400 kronor. För att ingen med alltför höga inkomster ska kunna uppbära sjukersättning trappas sjukersättningen av med 100 procent vid arbetsinkomster över åtta prisbasbelopp (drygt 340 000 kronor om året).

För att mer noggrant beskriva hur steglös avräkning ger individer ekonomiska incitament att pröva arbete kan vi använda begreppet margineffekt. En margineffekt anger hur mycket av en inkomstökning man får behålla när skatten är dragen och bidragen minskats. Om bidraget minskar med motsvarande belopp som inkomstökningen vid ökat arbetsutbud innebär det en margineffekt på 100 procent. Omvänt innebär en margineffekt på noll procent att personen får behålla hela sin inkomstökning. Syftet med steglös avräkning är att skapa låga margineffekter för att göra det ekonomiskt attraktivt att pröva arbete. Eftersom den försäkrade får behålla hela sjukersättningen vid arbetsinkomster upp till fribeloppet blir margineffekten

cirka 30 procent, beroende på kommunalskattesatsen. För en person med bostadstillägg blir marginaleffekten större eftersom tillägget räknas av vid positiva arbetsinkomster. För arbetsinkomster över fribeloppet blir marginaleffekten större eftersom sjukersättningen trappas av med 50 procent för dessa inkomster, och ännu större för arbetsinkomster över åtta fribelopp då sjukersättningen trappas av med 100 procent.

Möjligheten att pröva arbeta utan att förlora rätten till sjukersättning är inget nytt i den svenska sjukförsäkringen. Den infördes redan år 2000 i form av vilande förtidspension. Den som har haft sjuk- eller aktivitetsersättning under minst ett år kan arbeta i högst två år med vilande ersättning. Vid införandet av vilande förtidspension fick man behålla sin ersättning under de tre första månaderna. Vilande förtidspension har dock utnyttjats i betydligt lägre utsträckning än förväntat, och bland dem som använt möjligheten har många avbrutit arbetsförsöket redan efter tre månader. Nuvarande regering har tolkat detta som att den ekonomiska stimulansen varit för låg. Vilande förtidspension med bibehållen ersättning under de tre första månaderna har istället ersatts med att den försäkrade under tolv månader får behålla ett skattefritt belopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som är vilande. Till skillnad från steglös avräkning är denna möjlighet riktad till personer som blivit beviljad sjukersättning enligt de nya striktare reglerna från och med juli 2008 (inklusive personer med tidsbegränsad sjukersättning som ryms inom övergångsreglerna och personer med aktivitetsersättning).

Hittills har inga effektstudier på steglös avräkning genomförts, vilket beror på att åtgärden ännu är för ny. Men tanken att begränsade marginaleffekter ska ge personer ekonomiska incitament att börja arbeta får teoretiskt stöd i forskningslitteraturen (Moffitt 2003). Att bidraget eller ersättningen skrivs av med mindre än en krona för varje krona som personer tjänar vid arbete skapar entydiga ekonomiska incitament att börja arbeta. Däremot kan det uppkomma motverkande effekter på antalet arbetade timmar för dem som redan arbetar eftersom individen får ett större budgetutrymme att använda till mer fritid och mindre arbete. Eftersom steglös avräkning främst riktar sig till en målgrupp som inte arbetar borde åtgärden ge entydiga incitament att öka arbetsutbudet.

Empiriskt stöd för att den här typen av ekonomiska incitament ökar arbetsutbudet och minskar fattigdom gäller framförallt studier på ”*The Earned Income Tax Credit*” (EITC) under 1990-talet i USA. Detta är det största välfärdsprogrammet i USA med tydliga inslag av ekonomiska incitament för arbete och innebär att en person som börjar arbete får en subvention som stiger upp till en viss nivå på arbetsinkomsten. Över denna nivå är subventionen konstant upp till en högre inkomstnivå för att därefter successivt fasas ut. Åtgärden riktar sig framförallt till föräldrar med låga inkomster och alltså inte specifikt mot personer med nedsatt arbetsförmåga. Forskningen visar entydigt att införandet av EITC gjort att antalet personer som börjat arbeta ökat (Eissa and Hoynes 2006, Meyer 2007). Däremot verkar det generellt inte finnas några effekter på arbetade timmar för dem som redan arbetade innan EITC infördes.

Frågan är om dessa resultat går att generalisera till gruppen med sjukersättning i Sverige? När man med vilande förtidspension fick behålla ersättningen under de tre första månaderna var det få som utnyttjade denna möjlighet. Fribeloppet på drygt 40 000 kronor i steglös avräkning kan grovt sägas motsvara de ekonomiska incitamenten i vilande förtidspension där man fick behålla ersättningen under de tre första månaderna. Däremot blir de ekonomiska incitamenten i och med reduceringsgraden på 50 procent vid arbetsinkomster över fribeloppet mer bestående i steglös avräkning jämfört med vilande förtidspension. Detta talar för att steglös avräkning skulle kunna ge större effekter på arbetsutbudet än vilande förtidspension.

Demoskop har på uppdrag av Försäkringskassan undersökt skillnader mellan personer med sjukersättning som ansökt om steglös avräkning och de som inte ansökt (Demoskop 2009). Undersökningen genomfördes under hösten 2009. Av totalt 407 482 personer i målgruppen hade endast 7 557 (1,85 procent) ansökt om steglös avräkning. Resultatet visar att 79 procent hade någon form av arbete efter att de ansökt om steglös avräkning, vilket är en ökning med 19 procentenheter jämfört med perioden innan ansökan. Även antal arbetade timmar ökade i genomsnitt för de som ansökte och som arbetade i någon form innan regelförändringen. Sammantaget ger detta en fingervisning om att reformen haft betydelse för en liten grupp med sjukersättning. Att endast knappt 2 procent av målgruppen ansökt om steglös avräkning får däremot betraktas som ett misslyckande. Antalet som ansökt understiger kraftigt regeringens bedömning om att ungefär 70 000 skulle utnyttja denna möjlighet.

Vad kan det bero på att så få ansökt om steglös avräkning? Enligt Demoskops undersökning var kännedom om reglerna relativt hög – drygt 80 procent av dem som inte ansökt kände till reglerna. Däremot var det relativt vanligt att de som ansökt var oroliga att Försäkringskassan ska besluta om att dra in eller minska sjukersättningen. En sådan oro kan naturligtvis dämpa intresset att ansöka om steglös avräkning. En annan fråga som vi diskuterar närmare i avsnitt 6.1 är om det finns tillgängliga jobb på arbetsmarknaden för den här gruppen.

3.4 Utbyggd företagshälsovård

Regeringen aviserade 2008 sina ambitioner att vidareutveckla företagshälsovården som en ”första linjens” aktör i den enskildes kontakt med hälso- och sjukvården.¹⁹ Från att primärt verka preventivt genom att stötta arbetsmiljöarbetet, ser regeringen klarar fördelar med att företagshälsovården även inkluderar sjukvårdsinsatser. En viktig sådan är att företagshälsovården till skillnad från Försäkringskassan, som involveras först då en begäran om sjukpenning föreligger (dag 45 i sjukfallet i genomsnitt), har möjlighet att komma in tidigt i sjukskrivningsprocessen. Genom närheten till arbetsgivaren och kännedomen om arbetsplatsen kan en tidigare och bättre bedömning om

¹⁹ Proposition 2007/08:1 UO10.

arbetsförmåga göras, och stöd och eventuell rehabilitering sätts in i ett tidigt skede för att möjliggöra återgång i arbete.

Det initiala förslaget innebar att de tre huvudintressenterna: arbetsgivarna, landstingen och staten, gemensamt skulle finansiera hälso- och sjukvården inom företagshälsovården. Då intresset från landstingen visade sig svalt inkom inga ansökningar om att bedriva företagshälsovård till Försäkringskassan, som är de som ska ansvara för godkännande av anordnare. I december 2009 presenterades förordningen för en ny modell där regeringen reglerar fördelningen av 550 miljoner kronor till företagshälsovården under 2010 och framåt.²⁰ Skillnaden med denna nya modell är att staten ansvarar för en större del av finansieringen och att landstingen inte längre är involverade. Den nya modellen har redan burit frukt såtillvida att drygt 250 ansökningar om godkännande om att bedriva företagshälsovård hade inkommit i slutet av mars 2010. Trots att företagshälsovården utgör en viktig del i de flesta industrialiserade länders arbetsmiljöarbete är kunskapen om dess effekter mycket liten.

3.5 Privata aktörer

Den nuvarande regeringen har gett Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i uppdrag att inom ramen för en försöksverksamhet pröva om privata aktörer som ges ersättning utifrån prestation och resultat, snabbare och effektivare kan rehabilitera långtidssjukskrivna till ett reguljärt arbete. Målgruppen är personer som varit långtidssjukskrivna minst två år eller uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning. Försöksverksamheten går under namnet ”Alternativa insatser” och bedrivs i Stockholm, Göteborg, Dalarna och Västerbotten under perioden 2008-2010. Projektet är särskilt intressant mot bakgrund av att det länge pågått en intensiv debatt om effekterna av att privatisera offentlig verksamhet såsom vård, skola, och andra offentliga nyttigheter. Oftast handlar det om att offentlig verksamhet läggs ut på kontrakt till privata företag som enligt olika modeller ersätts av staten.²¹

Förespråkare för privatisering argumenterar ofta att privata företag i konkurrens är bättre på att reducera kostnader och hitta innovativa lösningar. Motståndare menar bland annat att drivkrafterna till kostnadsbesparingar kan bli så starka att det går ut över kvaliteten på tjänsten eller produkten. Diskussionen blir ofta missvisande eftersom privatisering i sig inte är ett tillräckligt villkor för att uppnå önskvärda effekter. Det avgörande är hur kontrakteringen går till – att lägga ut offentlig verksamhet till en privat monopolist leder inte till ökad konkurrens och skapar inte automatiskt fler innovationer. För att önskvärda effekter av privatisering ska uppstå bör upphandlingen om kontrakten ske i konkurrens. Dessutom är det viktigt att det privata företaget ersätts efter prestation, och att prestationen kan mätas. Om

²⁰ SFS (2009:1423).

²¹ Ett färskt exempel är privata arbetsförmedlingar som införts i Sverige där effekter av denna verksamhet nyligen utvärderats (Benmarker m fl 2009).

inte resultatet är mätbart finns det en risk att företagen försöker få kunder som redan på förhand uppnår bra resultat.

Fördelen med ”Alternativa insatser” är att kontraktering uppfyller villkoren för att ge de fördelar som privatisering kan föra med sig. De alternativa rehabiliteringsaktörerna har utifrån ett antal förutbestämda kriterier, som bland annat handlar om tidigare meriter av att rehabilitera, valts ut via ett anbudsförfarande hos Arbetsförmedlingen. De aktörer som fått kontraktet ersätts baserat på hur väl man lyckas med att få deltagare i arbete. Huruvida en deltagare fått arbete eller inte registreras hos Arbetsförmedlingen. Eftersom de långtidssjukskrivna väljer aktör och inte tvärtom – aktörerna får inte neka att rehabilitera en deltagare – förhindrar man problemet som uppstår när aktörer väljer deltagare som redan utan insatser har relativt goda chanser på arbetsmarknaden (så kallad ”cream skimming”).

Alternativa insatser får betraktas som ett innovativt försök från regeringens sida att pröva om olika organisationsformer kan hjälpa personer tillbaka till arbete. I det här fallet är försöksverksamheten dessutom konstruerat som ett socialt experiment för att försöket ska kunna effektutvärderas – deltagarna har slumpmässigt valts ut till ordinarie rehabilitering respektive privata aktörer. Slumpningen påbörjades under hösten 2008 och slutfördes i september 2009 vilket innebär att de sista deltagarna slutför sin rehabilitering under september 2010. Därefter kommer Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering att genomföra en effektutvärdering.

3.6 Flexiblare finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser

Sedan 2004 har Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting och kommun möjlighet att gemensamt bedriva rehabiliteringsarbete för människor i behov av samordnade insatser inom ramen för finansiell samordning (FINSAM), så kallad fyrpartssamverkan. Den finansiella samordningen bedrivs av fristående samordningsförbund där parterna är representerade. Det statliga bidraget för insatserna hämtas från de fem procent av sjukpenningsanslaget som Försäkringskassan får använda för samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.²² En försöksverksamhet med finansiell samordning bedrevs mellan 1993 och 1997. Verksamheten pågick i fem försökslän och bestod av samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.

Reformen, som trädde i kraft 1 november 2008, innebär att den andel som medlemmarna i respektive samordningsförbund bidrar med kan bestämmas mer fritt än tidigare.²³ Enligt det gamla regelverket skulle parterna bidra med

²² Med de allt lägre sjuktalen innebär det att de medel som avsatts för fyrpartssamverkan inom FINSAM successivt har minskat de senaste åren. För 2010 uppgår det statliga bidraget till 250 miljoner kronor. Sammantaget har för 2010 810 miljoner avsatts för de olika samverkansformerna som förutom FINSAM inbegriper tvåpartssamverkan mellan Försäkringskassan och landstinget, 100 miljoner, samt den så kallade handlingsplanssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, 460 miljoner (Försäkringskassans regleringsbrev 2010).

²³ Promemoria S2008/2769/SF.

lika mycket resurser. Med de nya reglerna är ett minimum satt till 10 procent av de totala medlen. Förbundsmedlemmarna ska gemensamt bestämma hur stor andel respektive medlem ska bidra med. Regeringens syfte med reformen är att förbättra möjligheterna att på regional och lokal nivå samordna rehabiliteringsinsatser inom ramen för den finansiella samordningen.²⁴ Ambitionen har också infriats såtillvida att antalet förbund växte från 72 till 82 mellan 2008 och 2009. Emellertid var ökningen inte större än den mellan 2007 och 2008 då antalet ökade från 63 till 72.

Trots att regeringen uttrycker stor tilltro till olika former av samverkansinsatser finns nästan bara beskrivande utvärderingar gjorda på området. Danermark och Kullberg (1999) har sammanställt resultaten från olika enkätundersökningar som genomförts för att utvärdera FINSAM-aktiviteter. De konstaterar att insatser inom ramen för FINSAM har ökat kompetensen kring rehabiliteringsfrågor samt ökat kunskapen om psykosociala frågor inom vården för involverande aktörer. Endast ett fåtal studier har försökt analysera huruvida insatserna inom de olika samverkansformerna fyller sitt huvudsakliga syfte, det vill säga ökar deltagarnas möjligheter att återgå i arbete.

Kärrholm m fl (2007) studerar rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan, arbetsgivarna och företagshälsovården, för 64 långtidssjukskrivna 1997-1999. En uppföljning sex år senare visade att studiegruppen haft i genomsnitt 5,7 dagar färre sjukskrivningsdagar per månad jämfört med jämförelsegruppen. I ett annat samverkansprojekt (Hultberg 2005) jämförs tillfrisknandet hos 138 patienter med muskuloskeletal besvär som behandlas på vårdcentraler som arbetar, respektive inte arbetar, enligt en samverkansmodell. Resultaten uppvisar ingen skillnad vad gäller varken sjukskrivningsdagar eller självskattad hälsa mellan de jämförda grupperna.

Anderzén m fl (2008) utvärderar ett samverkansprojekt i Uppsala län under 2004 där återkommande möten med ett ”resursteam” bestående av bland annat handläggare från Försäkringskassan, husläkare, sjukgymnast och beteendevetare, erbjöds sjukskrivna som bedömdes ligga i riskzonen för att bli långtidssjukskrivna. Författarna finner på basis av ett kvasiexperiment att resursteamet förlängde sjukskrivningstiderna med cirka 20 procent. Som möjlig förklaring till de negativa resultaten nämns bland annat inlåsnings effekter för studiegruppen. Inga effekter konstaterades på den självrapporterade hälsan. Chirico och Nilsson (2009) studerar insatser inom ramen för den så kallade landstingsmiljarden och finner visst stöd för att samverkan på ledningsnivå, exempelvis sjukskrivningskommittéer eller motsvarande samarbetsorgan som inrättats inom landstingen, samvarierar med större minskningar av sjukfrånvaron jämfört med samverkan på mer operativ nivå.

²⁴ Regeringen har sedan nämnda förslags ikraftträdande lagt förslag som syftar till att göra den finansiella samordningen ännu mer flexibel. Från och med 1 juli 2010 gäller att samordningsförbund får bildas över länsgränser (proposition 2009:10/154), vilket inte var möjligt tidigare.

Sammantaget ger resultaten i de fåtal effektutvärderingar som genomförts inget stöd för att investeringar i samverkansinsatser skulle vara motiverade. Man ska emellertid vara medveten om att det sannolikt finns lika många olika samverkansinsatser som det gör samverkansförbund. En genomgång av den empiriska litteraturen belyser de metodproblem som nästan alltid tillkommer i utvärderingen av dessa insatser, och som framträder extra tydligt vid utvärdering av fyrpartssamverkan. Dels som ett resultat av att insatserna ska vara lokalt anpassade, vilket innebär att de nästan alltid är småskaliga, dels som en konsekvens av den urvalsprocess som föregår deltagande och som skapar svårigheter att hitta relevanta jämförelsegrupper.

3.7 Beslutsstödet

Redan 2005 beslutade den dåvarande Socialdemokratiska regeringen att ge Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att gemensamt arbeta fram en vägledning för sjukskrivning, ett *Försäkringsmedicinsket beslutsstöd*. Den ska fungera som ett stöd för läkarna i sjukskrivningsprocessen, och innehåller rekommendationer för vad som i normalfallet är att betrakta som rimliga sjukskrivningstider för olika diagnoser. Sjukskrivande läkare kan välja att frånga en rekommendation men ska då för Försäkringskassan kunna motivera varför. Beslutsstödet består också av övergripande principer som gäller för alla sjukskrivningsbedömningar. Bakgrunden till reformen är de omotiverat långa sjukskrivningstiderna för olika diagnoser i Sverige jämfört med utlandet.²⁵ Syftet med reformen är att åstadkomma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Riktlinjerna för olika diagnoser har införts successivt med början hösten 2007, de senaste rekommendationerna utfärdades under 2009 och avsåg bland annat ADHD och bipolär sjukdom. Riktlinjerna förväntas löpande omarbetas i takt med att nya vetenskapliga rön framkommer.

Ett stort antal länder använder sig idag av riktlinjer för sjukskrivningstider. Reed Group i USA har tagit fram verktyget *Medical Disability Advisor* som är baserat på erfarenheter från över 5 miljoner sjukfall från 30 länder.²⁶ Arbetet med att ta fram de svenska riktlinjerna har skett stegvis och involverat bland annat läkarförbundet och representanter inom olika specialiteter och företrädare för patientorganisationer. För att ge landstingen incitament att tillämpa riktlinjerna har ett avtal tecknats som innebär att landstingen får behålla upp till hälften av de besparingar i statens budget som uppnås genom minskade sjukskrivningar. Arbetet med att få ett beslutsstöd på plats är en process som involverar såväl erfarenhetsutbyte som utbildningsinsatser.

Inga effektutvärderingar har genomförts av införandet av beslutsstöd, varken i Sverige eller i andra länder. Emellertid kan man tro att det kommer att öka rättssäkerheten på så sätt att möjligheten till lika behandling ökar. Eftersom rekommendationen för de flesta diagnoser understiger de genomsnittliga

²⁵ I Socialförsäkringsutredningens slutbetänkande (SOU 2006:86) visas att mediantiderna för olika diagnoser i typfallet var två, i vissa fall tre, gånger så långa som ett genomsnitt av 5 miljoner sjukfall från 30 olika länder. Till viss del beror skillnaden på att Sverige tidigare inte hade någon borte tidsgräns för sjukskrivning.

²⁶ <http://www.reedgroup.com/>.

sjukskrivningstiderna för samma diagnoser, finns också förutsättningar att beslutsstödet kommer att förkorta sjukskrivningarna. Riktlinjerna tillsammans med beslutsstödet vägladande syfte skulle också kunna ha gynnsamma effekter på sjukfrånvaron via förbättrade sjukintyg. Både Johansson och Nilsson (2008) och Engström m fl (2009) finner att dåligt ifyllda läkarintyg förlänger sjukskrivningstiden.

I en omfattande enkätundersökning av landets samtliga läkare framkom tydliga brister i användandet av beslutsstödet (Socialstyrelsen 2009). Cirka 42 procent av läkarna uppgav att man "aldrig eller nästan aldrig använder stödet". Dessutom brister Försäkringskassan i arbetet med att begära en motivering av läkarna när stödet inte tillämpas och sjukskrivningstiderna överskrids. Resultaten kan delvis förklaras av brister i det journalsystem som används.

I en annan uppföljning, Försäkringskassan (2009:5), jämförs sjukskrivningstiderna mellan 2007 och 2008 för fysiska diagnoser där sjukskrivningsrekommendationer utfärdats, respektive inte utfärdats. Resultaten visar att spridningen i sjukskrivningstiderna reducerats relativt mer för diagnoser där rekommendationer fanns. Man kan emellertid inte entydigt dra slutsatsen att detta beror på det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

3.8 Nystartsjobb

Nystartsjobb infördes 1 januari 2007 med syftet att med hjälp av ekonomiskt stöd stimulera arbetsgivare att anställa personer som under en längre tid varit borta från arbetsmarknaden. I stora drag fungerar nystartsjobb på följande sätt: arbetsgivare som anställer en person äldre än 25 år och som varit arbetslös, sjukskriven, deltagit i ett arbetsmarknadspolitiskt program, haft sjuk- eller aktivitetsersättning eller uppburit ekonomiskt bistånd under minst ett år får ekonomisk stöd motsvarande två arbetsgivaravgifter under lika lång tid som den anställde varit utan arbete.²⁷ Bidraget lämnas maximalt under 5 år för personer i åldrarna 25-55 och som mest 10 år för personer äldre än 55. För ungdomarna är maxtiden ett år.²⁸

Hittills har inga studier analyserat nystartsjobbets effekter. Däremot finns det studier av motsvarigheten bland arbetslösa, nämligen anställningsstödet. Forslund m fl (2004) konstaterar att anställningsstödet har positiva effekter på sannolikheten att få anställning samt på hur länge anställningen varar. Det är inte självklart att dessa resultat går att generalisera till gruppen med nystartsjobb eftersom grupperna arbetslösa och långtidssjukskrivna potentiellt skiljer sig åt, inte minst när det gäller arbetsförmågan. Möjligheten att öka sysselsättningen med hjälp av lönesubventioner bestäms till stor del av hur känslig arbetskraftsefterfrågan och arbetsutbudet är för löneförändringar. Oss veterligen finns ingen forskning som studerar hur efterfrågan och utbud av

²⁷ För ungdomar 20-25 år gäller att de ska ha varit utan arbete i minst 6 månader, stödet motsvarar en arbetsgivaravgift.

²⁸ Även invandrare som anlänt under de tre senaste åren omfattas av åtgärden.

arbetskraft som varit långtidssjukskriven eller haft sjuk- eller aktivitetsersättning reagerar på löneförändringar.

Nystartsjobben har i olika sammanhang kallats ett misslyckande eftersom så få har utnyttjat åtgärden (se exempelvis Ekot 16 april 2009). Att utnyttjandet har varit lågt bekräftas av statistik från Arbetsförmedlingen. Sedan 2008 har i genomsnitt drygt 120 personer med långvarig sjukskrivning, eller sjuk- eller aktivitetsersättning per månad gått in i åtgärden och i november 2009 hade totalt 1 615 personer i denna målgrupp nystartsjobb. En liknande åtgärd är lönebidraget som funnits sedan 1980 och som subventionerar arbetsgivare som anställer personer med funktionshinder. Lönebidragets storlek baseras på en individuell bedömning av individens arbetsförmåga samt lönekostnaden för den anställde, och får som regel lämnas i längst fyra år. I december år 2009 hade ungefär 47 500 personer lönebidrag. Tyvärr saknas forskning på lönebidragets sysselsättningseffekter, men även om det funnits hade det inte nödvändigtvis varit en relevant jämförelse. Målgrupperna i de två olika åtgärderna är potentiellt mycket olika och storleken på subventionen inte heller helt jämförbar eftersom de beräknas på olika sätt.

Varför det är så få personer med varaktigt nedsatt arbetsförmåga som fått nystartsjobb? Har man från regeringens sida lyckats marknadsföra åtgärden tillräckligt väl – vet arbetsgivarna om att nystartsjobb finns? En annan fråga är om den ekonomiska kompensationen är för låg i relation till den begränsade produktiviteten som den nedsatta arbetsförmågan medför. Kanske är det så att en betydande andel av gruppen som haft sjukersättning länge, inte har den produktivitet som arbetsgivaren kräver, inte ens med kompensation.

3.9 Jobbskatteavdraget

En reform som egentligen är en skattereform, men som kan ha haft stor betydelse för sjukskrivingarna är jobbskatteavdraget. Grundtanken är att den som arbetar får behålla mer av sin lön genom att den kommunala inkomstskatten minskar. På så sätt skapas drivkrafter att arbeta jämfört med att inte arbeta. Jobbskatteavdraget har introducerats i fyra steg, det första infördes den 1 januari 2007 och det fjärde den 1 januari 2010. Skälet till att jobbskatteavdraget påverkar sjukskrivna är att man inte är berättigad till avdrag när man uppstår sjukpenning. Avdraget kan därför likställas med en sänkning av ersättningsnivån för personer som varit sjukskrivna längre än 14 dagar. Exempelvis ger beräkningar redovisade i Johansson (2010) att det första steget kan ge en person med en månadsinkomst på 20 000 kronor en kostnadsökning på 13 procent av att vara sjukskriven. Jobbskatteavdraget kan därmed ge betydande ekonomiska incitament att arbeta istället för att vara sjukskriven.

Som diskuterats tidigare visar forskningen att ökade kostnader för sjukskrivning minskar sjukfrånvaron. Eftersom skatteavdraget endast påverkar sjukpenningen och inte sjuklönen under de 14 första dagarna minskar sannolikt jobbskatteavdraget sannolikheten att sjukfallen blir längre än 14 dagar. Sannolikt ökar även utflödet från sjukfall som passerat 14 dagar. Beräkningen i Johansson (2010) visar att jobbskatteavdraget kan vara en bidragande

förklaring till de senaste årens ökade utflöde från sjukskrivning. Detta är en intressant hypotes, inte minst med tanke på att jobbskatteavdraget inte explicit syftade till att minska sjukfrånvaron, och heller inte har lyfts fram i debatten som en förklaring till den utveckling vi sett. Vi efterlyser mer forskning kring jobbskatteavdragets betydelse för sjukfrånvarons utveckling.

3.10 Sammanfattning av reformerna

Reformerna inom sjukförsäkringen kan något förenklat delas in i åtgärder som har för avsikt att dels stärka drivkrafterna för arbete, dels öka möjligheterna för arbete. Den största förändringen är införandet av en rehabiliteringskedja med fasta tidsgränser för när arbetsförmågan ska bedömas enligt olika, med tiden striktare, kriterier. Genom återkommande prövningar, samt via nedtrappning av ersättningen, ökar incitamenten att återgå i arbete. Tidsgränser och en avtagande tidsprofil för ersättningen kan utifrån existerande forskning förväntas reducera sjukfrånvaron. Förändringarna bör också ha goda förutsättningar att öka rättssäkerhet i systemet och därmed bidra till att minska de omotiverat stora variationerna i sjukfrånvaron som konstaterats både geografiskt och över tid. I en färsk utvärdering (Hägglund 2010) dras slutsatsen att rehabiliteringskedjan bidragit till att förkorta sjukskrivningstiderna via ett ökat antal avslut i samband med tidsgränserna. Författaren konstaterar också att reformen kan förväntas ha effekter i form av ett lägre inflöde till sjukskrivning framöver. Detta förutsätter emellertid att tidsgränserna tillämpas och upprätthålls.

Ökade drivkrafter för arbete har utöver rehabiliteringskedjan introducerats i form av steglös avräkning, där individer som beviljades permanent sjukersättning före den 1 juli 2008 erbjuds möjligheten att upp till en viss gräns arbeta med bibehållen kompensation från sjukförsäkringen. Drivkrafter har även riktats mot arbetsgivarna via de subventionerade nystartsjobben. Även dessa reformer har stöd inom befintlig forskning. Emellertid finns vissa frågetecken för om stimulanserna är tillräckligt kraftfulla och om information om dessa åtgärder i önskvärd utsträckning nått fram till arbetsgivarna.

För att öka möjligheterna för återgång i arbete har regeringen infört rehabiliteringsgarantin. Den ska erbjuda stora grupper av sjukskrivna tillgång till rehabiliteringsinsatser i form av kognitiv beteendeterapi och multimodal behandling där olika stödkompetenser kombineras. Trots att visst stöd för dessa insatser finns inom den medicinska forskningen får de förväntade effekterna betraktas som osäkra. Antalet analyser av det arbetsmarknadsmässiga utfallet av såväl dessa som arbetsrelaterade rehabiliteringsinsatser är fortfarande begränsat och behovet av kontrollerade studier är här påtagligt.

Regeringen har också presenterat satsningar på, och stimulanser av, institutioner som ska effektivisera sjukskrivningsprocessen. Bland dessa återfinns investeringar i företagshälsovården, stimulanser för att öka lokal samverkan och privata alternativ till Arbetsförmedlingen, samt försäkringsmedicinska riktlinjer för läkare. Såväl de försäkringsmedicinska

riktlinjerna som utbyggnaden av företagshälsovården får anses ha goda förutsättningar att förbättra sjukskrivningsprocessen, detta trots att det empiriska underlaget är begränsat på området. De kan dock förväntas ha en både dämpande och stabiliserande inverkan på sjukfrånvaron. Regeringens initiativ att i form av en försöksverksamhet öppna för privata aktörer inom rehabilitering blir intressant att följa framöver. Försöksverksamheten är ännu inte utvärderad. Dock har regeringen tillsammans med Arbetsförmedlingen utformat reglerna för denna introduktion på ett sådant sätt att förutsättningarna för ett framgångsrikt utfall ökar.

Utifrån ett forskningsperspektiv finns anledning att reservera sig inför regeringens uttalade ambitioner om att få till stånd tidiga insatser i sjukfallen. Medan intervention i form av prövningar och kontroller har visat sig effektiva inom forskningen, är stödet inte lika entydigt för tidiga rehabiliteringsinsatser. Dessa har inom forskningen tvärtom visat sig kunna förlänga sjukskrivningsperioden. En stor svårighet är dessutom att på ett tidigt stadium kunna identifiera de som är i behov av mer omfattande stöd. Med nuvarande kunskapsläge får en strategi med tidiga insatser därför betraktas som riskfylld för den enskilde och potentiellt kostnadsineffektiv för samhället.

Med samma argument får reformer som syftar till att stimulera utbyggnaden av lokala samverkansinsatser anses osäkra. För 2010 har 250 miljoner avsatts för lokalt anpassade åtgärdsprogram, trots att effektstudier i stort sett saknas på området. Även här efterlyses forskning av experimentliknande karaktär för att komma tillrätta med de selektionsproblem som utvärderingen av dessa insatser är förknippade med.

Slutligen är det intressant att konstatera att jobbskatteavdraget som egentligen inte är sjukförsäkringsreform kan ha haft betydande effekter på sjukskrivningstiderna. Grundtanken med jobbskatteavdraget är att skapa incitament att arbete genom att den kommunala inkomstskatten minskar vid arbete. Eftersom man inte är berättigad till avdraget när man uppbär sjukpenning kan detta likställas med en sänkning av ersättningsnivån för personer som varit sjukskrivna längre än 14 dagar.

3.11 Genomförandet av reformerna

Reformerna, och inte minst införandet av tidsgränser, har inneburit stora förändringar av sjukskrivningsprocessen. Även om de flesta remissinstanser ställde sig positiva till förslaget om fasta hållpunkter för prövning av arbetsförmågan samt en borte gräns för rätten till sjukpenning, efterlystes ytterligare preciseringar i olika avseenden. Detta gäller framför allt de särskilda skäl och undantag som kan åberopas för rätten till ytterligare sjukpenning efter olika sjukskrivningstider, samt vilken ersättningsnivå som då ska gälla.²⁹ Uppfattningen att förtydliganden hade behövts stärks också av att situationer

²⁹ Se proposition 2007/08:136.

uppstått där Försäkringskassans tolkning av de nya lagarna hamnat i konflikt med regeringens intentioner med desamma.³⁰

Frågetecknen har också funnits kring huruvida Arbetsförmedlingens och kommunernas verksamheter i tillräcklig utsträckning förberetts och dimensionerats för att ta hand om personer som inte längre kommer att få sin försörjning från sjukförsäkringen. Exempelvis presenterades detaljerna kring den borte gränsen för rätten till sjukpenning i ett sent skede vilket gav Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen begränsat med tid att förebereda insatser och ge instruktioner till handläggare. En stor grupp sjukskrivna fick också vänta länge på besked om försörjning.

Den oro och osäkerhet som införandet av rehabiliteringskedjan inneburit har skapat ett tryck på regeringen att inte bara förtydliga reformernas syften, utan att i vissa fall även komplettera förslag och se över konsekvenserna för vissa grupper. Ett exempel är de undantag som i sista stund presenterades och som möjliggör sjukskrivning utöver den borte gränsen vid 2,5 år. Genomförandet har fått negativa konsekvenser för tidsgränsernas legitimitet och sannolikt också för deras trovärdighet. De positiva effekterna på sjukskrivningsbeteendet som kan förväntas av införandet av tidsgränser är avhängiga reglernas trovärdighet och strikta tillämpning. Emellertid låter sig tidsgränser i sjukförsäkringen knappast att införas utan möjligheten till undantag. Hänsyn måste exempelvis tas till att den sjukskrivnes hälsotillstånd kan försämrans under sjukskrivningstiden, samt att den sjukskrivnes möjligheter till behandling och rehabilitering beror på belastningen inom vården. Undantagen försvårar emellertid tillämpningen för Försäkringskassan, ökar risken för olika bedömning, och riskerar därmed att minska genomskinligheten i systemet för den enskilde. De bör därför minimeras till antalet. Mot den bakgrunden kan särskilt ifrågasättas möjligheten till fortsatt sjukpenning med 80 procent av inkomsten efter ett års sjukskrivning. Eftersom rehabiliteringskedjan ställer höga krav på Försäkringskassans processer och omgivande aktörers beredskap hade genomförandet också underlättats om den utbyggda företagshälsovården och insatserna inom rehabiliteringsgarantin hade varit på plats innan införandet av tidsgränserna.

Sammanfattningsvis borde förarbetet till rehabiliteringskedjan i större utsträckning ha beaktat de synpunkter och farhågor som framfördes av remissinstanserna. Mot bakgrund av hur komplicerade överväganden sjukförsäkringen handhar, samt vilken betydelse försäkringen har för många människor, hade införandet gynnats av ett närmare samarbete med Försäkringskassan om reglernas utformning och praktiska tillämpning. En parlamentarisk utredning om sjukförsäkringens utformning hade dessutom gett tydligare spelregler och en förutsägbarhet som sträcker sig längre än till nästa val. Detta hade inte minst varit önskvärt mot bakgrund av att sjukförsäkringen under de senaste 20 åren präglats av instabilitet och en rad förändringar av ersättningsvillkoren.

³⁰ Se exempelvis Dagens nyheter (2009-12-02).

4 Samspelet mellan försäkringar

Stegen inom rehabiliteringskedjan syftar till att en övergång från sjukskrivning till arbetslöshet ska kunna ske tidigare än förut. Mellan dag 91 och 180 i sjukfallet har den sjukskrivne med de nya reglerna möjlighet att med hjälp av Arbetsförmedlingen hitta ett nytt arbete. Detta arbete kan sedan provas upp till dag 364 i sjukfallet med bibehåller anställning hos den nuvarande arbetsgivaren. Sjukförsäkringen får under denna period därmed prägeln av en omställningsförsäkring. Dessutom kan bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga gentemot den reguljära arbetsmarknaden vid sex månaders sjukskrivning förväntas leda till att fler sjukskrivna övergår till arbetslöshet vid denna tidpunkt.

I detta avsnitt tittar vi närmare på hur flödet från sjukskrivning till arbetslöshet har utvecklats under de senaste åren. Dessutom studeras hur beredskapen vid Arbetsförmedlingen ser ut för dem som blir arbetslösa, det vill säga i vilken utsträckning de blir föremål för aktiva insatser efter övergången. Noteras bör att denna framställning inte inkluderar den grupp av sjukskrivna som i samband med årsskiftet blev utförsäkrade. Denna grupp diskuteras istället i avsnitt 4.2.

4.1 Flödet mellan sjukskrivning och arbetslöshet och Arbetsförmedlingens service

I Tabell 1 redovisas status den 30 september 2007-2009 för personer som påbörjade ett sjukfall under det första kvartalet samma år. Sjukfallsärendena, som alltså som längst pågått i 6-9 månader, avser individer som var anställda vid sjukfallets start. Det som är intressant att studera är om det skett någon tydlig ökning av sannolikheten att gå mellan sjukskrivning och arbetslöshet efter införandet av de nya reglerna.³¹ Om så är fallet skulle detta kunna ses som en indikation på att de nya reglerna haft önskad verkan. Resultaten måste emellertid tolkas med försiktighet eftersom mönstret kan ha andra orsaker än regelförändringarna.

Tabell 1 Avslutsorsak för sjukfallsärenden påbörjade av anställda under första kvartalet 2007-2009, procent

	2007	2008	2009 (nya regler)
Arbete	84,4	86,8	88,9
Arbetslöshet	1,7	1,7	2,2
Sjuk-/aktivitetsersättning	0,4	0,5	0,1
Pågående (30 september)	13,4	11,1	8,8

Anm: Antal observationer, 2007: 99 564, 2008: 93 442, 2009: 87 332.

Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans register.

Av tabellen framgår att andelen pågående sjukfall i slutet av mätperioden successivt har minskat med åren. Detta är förenligt med att sjukskrivningstiderna blivit kortare. En allt högre andel återgår i arbete. Mellan 2008 och 2009 har också andelen som beviljats sjukersättning sjunkit från en

³¹ Eftersom urvalet för 2008 avser det första kvartalet omfattades inte denna grupp av de nya reglerna förrän 1 januari 2009. Detta på grund av de övergångsregler som tillämpades.

redan låg nivå. Från en likaledes låg nivå har andelen som övergår till arbetslöshet ökat, från 1,7 till 2,2 procent. Ökningen, som innebär att ca 500 fler påbörjade sjukfall per kvartal avslutas med att den sjukskrivne övergår till Arbetsförmedlingens verksamhet, är visserligen procentuellt stor men kan framstå som liten i absoluta tal.

Vad händer då efter övergången till Arbetsförmedlingen och vilka insatser erbjuds individen? För att få en uppfattning om detta studerar vi ett urval som omfattar personer som hade en anställning vid sjukskrivningens start och som övergick till Arbetsförmedlingens tjänster under andra kvartalet 2008 och 2009, det vill säga före och efter de nya reglernas införande.³² En indelning har gjorts mellan dem som efter övergången blir öppet arbetslösa respektive föremål för reguljära programaktiviteter alternativt insatser inom ramen för handlingsplanssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (Tabell 2). De två sistnämnda kategorierna indikerar en mer aktiv handläggning vid Arbetsförmedling.³³

Majoriteten av de sjukskrivna skrivs efter övergången till Arbetsförmedlingen in som öppet arbetslösa. Noterbart är att en delgrupp av de tidigare sjukskrivna har en deltids- eller visstidsanställning vid övergången, de är emellertid arbetsökande samtidigt. År 2008 behandlades drygt 10 procent inom ramen för samverkan medan 3,5 procent gick in i ett program utanför samverkan. Cirka var femte hade en anställning. Jämfört med 2008 har vissa förändringar skett under 2009. Visserligen blir en majoritet av de tidigare sjukskrivna öppet arbetslösa vid övergången. Andelen har dock sjunkit från 68 till 61 procent. Samtidigt har andelen i samverkansinsatser ökat från 10 till 17 procent, och andelen i program utanför samverkan vuxit från 3,5 till 4 procent. Sammantaget har alltså andelen i aktiva insatser ökat från cirka 14 till drygt 21 procent, det vill säga med ungefär 50 procent.

Tabell 2 Status efter övergång till Arbetsförmedlingen, procent

Status vid Af	2008	2009	Skillnad
Öppen arbetslöshet	67,7	60,7	-10,3
Samverkan	10,4	17,1	+64,4
Program	3,5	4,1	+17,1
Arbete	18,4	18,0	-2,2
Totalt	100,0	100,0	-

Källa: Egna bearbetningar från Försäkringskassans databas.

Sammanfattningsvis har efter den nya sjukskrivningsprocessens införande en viss ökning skett i flödet från sjukskrivning till arbetslöshet under det första året av sjukskrivning. Detta är i linje med rehabiliteringskedjans konstruktion

³² Alla som övergår till Arbetsförmedlingen blir inte definitionsmässigt arbetslösa. Personer inom handlingsplanssamverkan mottar exempelvis ersättning från sjukförsäkringen.

³³ Till de reguljära programmen hör bland annat arbetspraktik, arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning. Inom den så kallade handlingsplanssamverkan sker först en kartläggning som syftar till att utreda den arbetsökandes/försäkrades arbetsförmåga. Därefter fortsätter rehabiliteringen genom arbetsprövning, utbildning och anpassningar för att öka arbetsförmågan och hitta anställning. Aktiviteter inom handlingsplanssamverkan föregås av att en beredningsgrupp bestående av handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har gjort bedömningen att individen är lämplig för dessa insatser.

som dels uppmuntrar att kontakt mellan den sjukskrivne och Arbetsförmedlingen etableras tidigt i sjukfallet, dels innebär att den enskildes arbetsförmåga ska prövas mot hela arbetsmarknaden efter sex månader. Relativt fler blir också föremål för aktiva insatser efter övergången till Arbetsförmedlingen. Detta är nästan uteslutande resultatet av att relativt fler övergår inom ramen för den handlingsplanssamverkan som sedan 2004 finns utarbetad mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Resultatet överrensstämmer med regeringens ambitioner om att bättre tillvarata människors restarbetsförmåga.

4.2 De utförsäkrade

Det har i olika sammanhang uttryckts en oro för att de nya reglerna med bland annat tidsgränser kommer att innebära att många inte längre kommer att vara kvalificerade för ersättning från sjukförsäkringen. Detta gäller inte minst gruppen som når den borte gränsen med antingen sjukpenning (2,5 år), eller med tidsbegränsad sjukersättning. Dessa beräknas under 2010 att uppgå till 54 000 individer (proposition 2009/10:45). Under förutsättning att dessa individer bedöms ha arbetsförmåga kommer de att vara hänvisade till Arbetsförmedlingens insatser och ersättning i form av aktivitetsstöd.

Försäkringskassan har i ett flertal rapporter och pressmeddelanden under första kvartalet 2010 följt de som i samband med årsskiftet 2009/2010 var de första att utförsäkras. Av de sammanlagt 14 289 individerna som nådde tidsgränsen beviljades 855, eller 6 procent, antingen permanent sjukersättning eller ytterligare sjukpenning inom ramen för de undantag som presenteras i regeringens proposition 2009/10:45 (se Tabell 3). Den stora majoriteten, 84 procent, var i slutet av februari inskriven vid Arbetsförmedlingen. Cirka 10 procent befann sig emellertid varken i sjukförsäkringen eller på Arbetsförmedlingen.

Tabell 3 Status för individer som utförsäkrades vid årsskiftet 2009/2010

	Sjukpenning		Tidsbegränsad sjukersättning		Totalt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Nådde borte gräns	13 193	100,0	1 096	100,0	14 289	100,0
<i>varav:</i>						
Kvar i sjukförsäkringen	606	4,6	249	22,7	855	6,0
Hos Af i februari 2010	11 494	87,1	548	50,0	12 042	84,3
Ej hos Af eller FK	1 093	8,7	299	27,3	1 392	9,7

Källa: Försäkringskassans meddelanden 2010-02-12 samt 2010-03-18.

I Tabell 4 redovisas hur den ekonomiska situationen påverkades för den som övergick till Arbetsförmedlingen. Siffrorna är preliminära såtillvida att vissa fortfarande inväntar ett definitivt beslut om ersättningsnivå i aktivitetsstöd. Dessa ingår företrädesvis i den grupp som mottar den lägsta dagersättningen varför andelen som har fått en minskning av ersättningen, 49 respektive 59

procent, är något överskattad. Ca 35 respektive 41 procent mottar preliminärt en högre ersättning efter övergången till Arbetsförmedlingen.

Tabell 4 Jämförelse av utbetalt belopp från sjukförsäkringen och utbetalt aktivitetsstöd för utförsäkrade vid årsskiftet 2009/2010, procent av totalt antal övergångar till Af

	Sjukpenning	Tidsbegränsad sjukersättning
Minskning med minst 100 kr	49	59
Förändringen mindre än 100 kr	16	0
Ökning med minst 100 kr	35	41

Källa: Försäkringskassans meddelande 2010-03-18.

En viktig fråga är vilken typ av försörjning de som inte övergår till Arbetsförmedlingen eller blir kvar i sjukförsäkringen har. Intressant att notera är att en så hög andel som 10 procent i den första gruppen som påverkas av de nya reglerna, inte infunnit sig vid Arbetsförmedlingen efter utförsäkring. Om en stor andel av dessa har återgått i arbete är detta anmärkningsvärt mot bakgrund av deras långvariga arbetsfrånvaro. Det finns emellertid också en risk att tidsgränsen inneburit att vissa, på grund av en väsentligt försämrad ekonomisk situation, tvingas söka ersättning hos kommunerna i form av försörjningsstöd. Än så länge finns ingen information om detta. I en rapport från Försäkringskassan (2009:7) studeras emellertid status och försörjningskälla hos individer (företrädesvis tidigare anställda) som avslutade en sjukskrivningsperiod i januari 2009 efter minst sex månaders sjukskrivning. Endast 1 procent i undersökningen mottog försörjningsstöd i maj/juni samma år, medan 73 procent uppbar lön eller inkomst från egenföretagande. Andelen med försörjningsstöd var betydligt högre, fem procent, för unga (29 år eller yngre). Eftersom den bortre gränsen i skrivande stund endast varit i bruk i några månader är det alltför tidigt att uttala sig om de möjliga effekterna av denna för berörda individer.

5 Saknas reformer?

I detta avsnitt diskuteras två områden som vi anser förtjänar ytterligare belysning i syfte att åstadkomma en bättre fungerande sjukförsäkring med drivkrafter till ett återhållsamt användande.

5.1 Arbetsgivarnas kostnadsansvar

Till skillnad från många andra länder har den nuvarande regeringen valt att inte lägga något större kostnadsansvar på arbetsgivaren (Försäkringskassan 2009:10). Snarare har regeringen gjort tvärtom genom att avskaffa medfinansieringen. Sjuklöneperioden på två veckor är kort i ett internationellt perspektiv. Fördelar med att låta arbetsgivarna bära en del av kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspension är att de får starkare incitament att förebygga sjukfrånvaro och rehabilitera redan sjukskrivna.

Det är väl etablerat inom nationalekonomisk teori att det under vissa förutsättningar kan vara samhällsekonomiskt effektivt att låta företag betala för de kostnader som uppkommer i samband med produktion men som företaget inte direkt beaktar. Ett klassiskt exempel är utsläpp som kostar samhället via luftföroreningar men som företaget inte betalar direkt för. Genom att låta företaget betala för åtminstone en del av sina utsläpp får företaget incitament förändra sin produktion så att den minskar utsläppen. På motsvarande sätt kan det vara effektivt att låta arbetsgivarna betala för den samhällsekonomiska kostnaden som sjukfrånvaro och förtidspensionering medför och som företaget själv är orsak till. En del av frånvaron är orsakad av individen själv och andra faktorer som arbetsgivaren inte kan råda över. Därför är det inte effektivt att arbetsgivaren har hela kostnadsansvaret.

En nackdel med kostnadsansvar är att arbetsgivarna kan förväntas bli försiktigare vid rekryteringar och undvika att anställa personer med förväntad hög frånvaro. Alternativt kan företagens ökade kostnader övervältras på anställda och konsumenter i form av lägre löner och högre priser. För branscher som har en inneboende högre risk att anställda blir sjuka eller skadade är det strikt samhällsekonomiskt effektivt att företagen får betala högre kostnader för sjukfrånvaro men att konsumenterna får betala mer i form av högre priser på sådana varor och tjänster. Däremot är det kanske inte önskvärt att löntagarna själva får bära kostnaden för att de arbetar i branscher med en högre risk att bli sjuka eller skadade på jobbet.

Forskningen om effekter av arbetsgivarnas kostnadsansvar har oftast handlat om effekter av erfarenhetsbaserade system (*experience-rating*) inom arbetslöshetsförsäkringen och arbetsskadeförsäkringen i USA. I ett sådant system höjs arbetsgivaravgiften för företaget ju fler personer som sägs upp eller råkar ut för en arbetsskada. Övergripande slutsatser från arbetsskadeförsäkringen är att antalet arbetsskador minskar när företagen får betala för fler sådana fall (se diskussion i Vikström 2009). Den empiriska forskningen om effekterna av arbetsgivarnas kostnadsansvar i sjukförsäkringen är mer begränsad. I Sverige har ingen undersökt hur sjuklöneperioden eller medfinansieringen påverkat sjukfrånvaron. Ett skäl är att införandet och förändringar i sjuklöneperiodens längd påverkar alla vilket försvårar utvärderingar. Vikström (2009) har studerat löneeffekter av den svenska sjuklöneperioden infördes 1992, men hittar inga löneeffekter. Däremot finner Andersson och Meyer (2000) att de branscher i USA som får betala höga avgifter för att de har många arbetsskador betalar lägre löner till anställda.

Nederländerna är ett exempel på där man verkar ha lyckats med att minska förtidspensioneringen och sjukfrånvaron genom att ge arbetsgivarna ett stort kostnadsansvar. Kostnadsansvaret har kombinerats med en lagstadgad företagshälsovård som regelbundet följer upp arbetsgivarnas insatser (Försäkringskassan 2009:10). Arbetsgivaren betalar en avgift som bestäms utifrån hur många anställda som förtidspensionerats under de senaste åren. Under perioden 1996-2003 var sjuklöneperioden 52 veckor och utökades därefter till 104 veckor. Under denna tid ska arbetstagare och arbetsgivare göra

allt som står i deras makt för att möjliggöra sjukskrivnas återgång till arbete. Om inte tillräckliga åtgärder har vidtagits kan ansvarig myndighet tillgripa sanktioner mot arbetsgivaren. I Sverige har tvärtom arbetsgivarens ansvar gentemot arbetstagaren minskat genom införandet av rehabiliteringskedjan. Efter ett halvår blir arbetsgivaren av med ansvaret för den sjukskrivne om denne inte bedöms kunna återgå till sina gamla, alternativt andra, arbetsuppgifter hos arbetsgivaren. För att skydda sig mot höga sjuklönekostnader kan arbetsgivarna i Nederländerna försäkra sig hos privata försäkringsbolag. I praktiken har alltså sjukförsäkringen privatiserats.

Efter det utökade arbetsgivarensansvaret har förtidspensioneringen och sjukfrånvaron minskat kraftigt i Nederländerna. Koning (2009) visar att när företagen får betala högre premier för tidigare erfarenhet av förtidspensioneringar ökar deras investeringar i preventiva insatser. Dessa insatser har minskat inflödet till förtidspension med 15 procent. Vår bedömning är ändå att forskningen är för begränsad för att dra långtgående slutsatser om effekter av ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivarna. Vi efterlyser mer forskning och utredning på detta område. Med tanke på de framtida demografiska utmaningarna vi står inför är det viktigt att system skapas så att inte viktig arbetskraft stöts bort. Därför skulle det vara extra intressant att utreda hur ett ökat kostnadsansvar hos arbetsgivare kan kombineras med möjligheter för företagen att försäkra sig mot kostnadsökningar så att även personer med förhöjd risk för sjukfrånvaro kan anställas.

5.2 Harmonisering av villkoren i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen

Ersättningsvillkoren i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen skiljer sig åt i flera avseenden, i allt från kvalificeringsvillkor och ersättningsnivåer till ersättningsgrundande inkomst och ersättningsperiodens längd. Eftersom villkoren konsekvent är mer generösa i sjukförsäkringen kan compensationen som sjuk för de allra flesta förväntas vara högre än som arbetslös. Socialförsäkringsutredningen (SOU 2006:86) slår fast att enhetligare ersättningsvillkor är nödvändiga; dels för att öka förutsättningarna att ta tillvara restarbetsförmåga bland sjukskrivna, dels för att öka genomskinligheten i systemen.

Att de skilda villkoren skapar snedvidna drivkrafter konstaterades först av Larsson (2006). Hon analyserar betydelsen av de skilda ersättningstaken och finner att arbetslösa med en inkomst över taket i arbetslöshetsförsäkringen i högre utsträckning än andra övergick till den högre ersättningen i sjukförsäkringen. 2003 infördes en begränsningsregel som innebar att ersättningstaket i försäkringarna likställdes för arbetslösa. Hall och Hartman (2010) konstaterar att förändringen hade önskad effekt. Arbetslösa som tidigare hade ekonomisk vinning av en övergång blev sjukskrivna i betydligt mindre utsträckning.

Att villkoren i respektive försäkringen påverkar flödena mellan systemen konstateras också i Socialförsäkringsutredningens skrift ”Arbetslösa som blir sjuka och sjuka som inte blir arbetslösa” (2006). Där framgår att risken för sjukskrivning bland arbetslösa ökar kraftigt i slutet av en ersättningsperiod. Man finner också att den begränsningsregel som infördes 2003 på intet sätt jämnade ut förhållandena som sjukskriven och arbetslös. I gruppen som uppbar inkomstrelaterad arbetslöshetsersättning hade endast en av fyra arbetslösa samma ersättning som sjukskriven efter övergången. Skillnaden kan förklaras av de olika beräkningsgrunder som används för att fastställa den ersättningsgrundande inkomsten. I skriften konstateras också att dessa skillnader har effekter på flödet från sjukskrivning till arbetslöshet. Sjukfallen tenderar, allt annat lika, att bli längre ju högre ersättningen som sjuk är jämfört med ersättningen som arbetslös.

Ingen av nämnda studier beaktar den potentiella betydelsen av de kollektivavtalsbaserade ersättningstilläggen. Dessa är genomgående mer generösa vid sjukskrivning vilket innebär att de förstärker de redan existerande drivkrafterna hos de allmänna försäkringssystemen. Exempelvis finns en minskningsregel som innebär att ersättningen vid sjukdom som högst får vara 90 procent av den ersättningsgrundande inkomsten, medan den bara får vara 80 procent som arbetslös.³⁴

Effekterna av de skilda ekonomiska villkoren som sjuk och arbetslös kan förväntas minska med reformerna inom sjukförsäkringen. Tidsgränser, försäkringsmedicinska riktlinjer och en utbyggd företagshälsovård reducerar utrymmet att agera i syfte att maximera kompensationen – så kallad *moral hazard*. Det lagförslag om en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) baserad på historiska och inte förväntade framtida inkomster som skulle presenteras under 2008 sköts emellertid upp. Istället tillsattes i oktober 2009 en utredning för att se över möjligheten för arbetsgivarna att skicka in månadsvisa inkomstuppgifter för sina anställda, vilket är en förutsättning för att reformen ska kunna genomföras. Även om vi anser att en historisk beräknad SGI vore ett steg i rätt riktning för att jämna ut skillnaderna mellan sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen, tror vi inte detta är tillräckligt. Sedan regeringsskiftet 2006 har ett antal försämringar av ersättningsvillkoren i arbetslöshetsförsäkringen genomförts som sammantaget tyder på att ersättningen som sjuk respektive arbetslös har ökat snarare än minskat.³⁵

Ersättningsvillkoren i sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen skapar idag drivkrafter för personer med en komplex problembild att uppsöka sitt ”sjuka jag” snarare än sitt friska jag. Detta innebär sannolikt att flödet från sjukskrivning till arbetslöshet är lägre än vad det borde vara, och att flödet från arbetslöshet till sjukskrivning tvärtom är högre än önskvärt. Därmed motverkas målet om ett ökat arbetsutbud. Även om en total utjämning av ersättningsvillkoren ur effektivitetssynpunkt vore att föredra, bör man beakta

³⁴ Se Sjögren Lindquist och Wadensjö (2007).

³⁵ Som exempel kan nämnas att avgiften för medlemskap i en arbetslöshetskassa för många har ökat, samt att arbetslöshetsersättningen numera trappas av med arbetslöshetstiden.

att sjuk- och arbetslöshetsförsäkringen, trots deras nära relation, skyddar mot olika risker. En full harmonisering behöver därför inte vara önskvärd. Emellertid bör regeringen ta initiativ till en översyn av vilken ersättning personer i arbetsför ålder har i respektive försäkring. Detta för att få en bättre bild av hur stort behovet av en harmonisering av systemen är. En sådan översyn bör även beakta de avtalsreglerade tilläggen.

6 Övergripande frågor

Slutligen vill vi lyfta fram två frågor som vi menar är viktiga för den fortsatta diskussionen om möjligheter att få personer tillbaka i arbete samt förhindra att personer blir förtidspensionerade.

6.1 Finns jobben?

Arbetslinjen är kärnan i den svenska välfärdspolitiken. Budskapet är att arbete är att föredra framför ersättning givet att individen har en arbetsförmåga, åtminstone om man vill ta del av samhällets välfärdsrättigheter (SOU 2009:89). De flesta systemen inom socialförsäkringen bygger på inkomstbortfallsprincipen vilket innebär att för att kvalificera till ersättning och inte bara grundbeloppet måste individen ha arbetat en viss period innan. Inkomstbortfallsprincipen ger alltså i sig tydliga incitament att arbeta. Lagstiftningen i sjukförsäkringen ställer tydliga krav på den försäkrade; efter sex månaders sjukskrivning ska prövning ske om den försäkrade kan försörja sig genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden. Med förlängd sjukpenning blir man utförsäkrad efter 914 dagar och ska med hjälp av Arbetsförmedling få stöd i tre månader för att återgå i arbete. Detsamma gäller för personer som före den 1 juli 2008 beviljades tidsbegränsad ersättning och som idag bedöms ha arbetsförmåga. Endast om arbetsförmågan bedöms *stadigvarande* nedsatt beviljas sjukersättning.

Försäkringskassans beräkningar tyder på att drygt 54 000 personer kommer att bli utförsäkrade under 2010 (proposition 2009/10:45). Många av dessa har stått utanför arbetsmarknaden under flera år. Gruppen med tidsbegränsad sjukersättning utgör cirka 30 000 personer. I genomsnitt har dessa varit borta från arbetsmarknaden i sju år och hälften av dem har psykiska diagnoser. Risken är att många av dessa personer förlorat stora delar av sitt humankapital. Hit ska inte bara antal år utan arbetslivserfarenhet räknas utan även avsaknad av möjligheter till internutbildning på jobbet, andra kompetenshöjande insatser, självförtroende och motivation som följer med att arbeta. Att varit borta från arbetsmarknaden i sju år kan betyda att man hamnat långt efter i kompetens jämfört med personer som under samma period kunnat arbeta. Hur lätt är det för dessa personer att lära ifatt eller lära om?

En fråga är om dagens arbetsmarknad överhuvudtaget erbjuder jobb till alla dem som varit borta från arbetsmarknaden länge. Enklare arbeten som tidigare fanns har försvunnit och är inte lönsamma för arbetsgivare med de lönenivåer som gäller idag. Om sådana enklare jobb är önskvärda eller inte är en politisk fråga. Lönesubventionen inom ramen för nystartsjobb kanske inte räcker för

att sådana jobb ska skapas – subventionen är ju tänkt att fasas ut när arbetstagaren blivit mer produktiv med tiden. Inte heller steglös avräkning har som primärt syfte att skapa nya jobb. Att inte särskilt många tagit del av dessa åtgärder kan tyda på att det behövs helt andra ekonomiska incitament för att arbetsgivare ska lockas att anställa personer som förlorat eller saknar tillräckliga kvalifikationer. Vill vi inte öka inkomstskillnaderna i samhället måste vi istället fundera på om det går att skapa mer permanenta lönesubventioner så att inkomstskillnaderna inte blir för stora, men att nya jobb ändå skapas. Risk för undanträngningseffekter är inte särskilt stora i det här fallet – om jobbet hade skapats utan lönesubvention är de ju i alla fall inte önskvärda i ett inkomstfördelningsperspektiv.

Mot den bakgrund som diskuterats ovan är frågan om det är samhällsekonomiskt lönsamt att alla cirka 54 000 personerna som länge varit borta från arbetsmarknaden ska få särskilda stöd för att återgå i arbete (proposition 2009/10:45). Vilka är deras chanser att få jobb? Detta borde noggrant undersökas innan man satsar resurser på åtgärder som på förhand kanske har låg sannolikhet att hjälpa. Frågan är om det rimligt att låta grupper med små chanser att komma tillbaka i arbete bli prövade i tre månader hos Arbetsförmedlingen för att sedan med stor sannolikhet återgå till sjukskrivning. Flertalet av dessa personer fick sin arbetsförmåga prövad för länge sedan i ett annat system. Kanske är det mer samhällsekonomiskt lönsamt att en stor del av dessa personer får sjukersättning.

6.2 De yngre

Som diskuterades i avsnitt 2 är den kraftiga ökningen av unga förtidspensionärer en oroande utveckling. Flera OECD-länder har också upplevt en ökning i antalet unga förtidspensionärer, men uppgången är starkast i Sverige (OECD 2009). Att förtidspensioneras tidigt i livet innebär en risk att stå utanför arbetsmarknaden en stor del av livet med låg livsinkomst som följd. Även om unga förtidspensionärer är en relativt liten grupp till antalet – år 2005 var fyra procent av förtidspensionärerna mellan 19-29 år (Försäkringskassan 2008:2) – innebär det även en stor belastning på statsfinanserna eftersom de uppbär ersättning under betydligt fler år jämfört med personer som blir förtidspensionärer vid högre åldrar.

Vad kan förklara uppgången i antalet unga förtidspensionärer? Vi vet att uppgången främst gäller psykiska diagnoser. Försäkringskassan (2007:11) visar att det är förstämningssyndrom (depressioner), neurotiska syndrom (stress- och ångestsyndrom), utvecklingstörningar och hyperaktivitetsstörningar (exempelvis ADHD och DAMP) som ökat mest (den sistnämnda gruppen är emellertid få i antal jämfört med de övriga).

Inga studier som förklarar uppgången finns i dagsläget. Försäkringskassan (2007:8) lyfter fram problem på arbetsmarknaden som en bidragande förklaring men undersökningen gör inte anspråk på att mäta kausala samband. Rapporten visar bland annat att de unga som förtidspensionerades under 2000-talet har en omfattande erfarenhet av arbetslöshet och tidigare sjukskrivning. Framförallt är

det lång erfarenhet av arbetslöshet som utmärker dagens unga förtidspensionärer från dem som var unga förtidspensionärer under slutet av 1990-talet. En ytterligare faktor som utmärker de unga förtidspensionärerna är låg utbildning.

Vår avsikt är inte att med säkerhet fastställa ett kausalt samband mellan svårigheter på arbetsmarknaden och förtidspension. Istället tillåter vi oss att vara något spekulativa i följande resonemang. Poängen vi vill göra är att när man studerar förändringar i socialförsäkringar är det viktigt att ha ett brett perspektiv och också relatera till förändringar inom andra politikområden. Ett sådant område i det här fallet är utbildningspolitiken.

Ett fenomen som observerats ingående i Björklund m fl (2010) är att andelen elever som inte har godkända slutbetyg från såväl grundskolan som gymnasiet ökade under andra halvan av 1990-talet. LO (2009) visar dessutom att personer med oavslutade gymnasiestudier idag är överrepresenterade bland de arbetslösa. Förmodligen är slutbetyg från gymnasiet ett minimikrav för att få en anställning på arbetsmarknaden under 2000-talet. Frågan är alltså om ett ökat antal elever utan slutbetyg i skolan fått svårt att etablera sig på arbetsmarknaden som i sin tur har lett till förtidspension? Kanske är ökningen av diagnoserna med depressioner, stress- och ångestsyndrom ett tecken på detta?

Det finns två skolreformer som kan tänkas bidragit till att vissa yngre blivit utslagna från arbetsmarknaden. 1991 års gymnasiereform innebar att yrkesprogrammen blev tre år och att det sista året i huvudsak består av teoretiska studier. Ambitionen med denna reform vara att skapa en mer generell utbildning för att underlätta yrkesomställningar i en ekonomi i snabb omvandling. Men reformen fick också konsekvensen att generell utbildning direkt försvagar den direkta kopplingen till arbetsmarknaden. Ökat inslag av teoretiska studier kan också påverka elever som är mindre studiemotiverade negativt. Hall (2009) visar i en övertygande kausalitetsstudie att den förlängda yrkesutbildningen ökar sannolikheten att elever inte tar examen jämfört med om de hade gått en tvåårig yrkesutbildning.

Den andra reformen handlar om att det tidigare relativa betygssystemet blev ett målrelaterat betygssystem. I det relativa betygssystemet fick eleven slutbetyg så länge denne deltog i undervisningen. I det målrelaterade betygssystemet är det svårare att få slutbetyg eftersom eleverna inte godkänns i alla ämnen. Om det blir svårare att få slutbetyg kan detta innebära att vissa elever hoppar av.

Kohorter födda 1978 och framåt fick målrelaterade betyg i gymnasiet medan personer födda 1977 och tidigare hade det relativa betygssystemet. Kohorter födda 1982 och framåt fick målrelaterade betyg i grundskolan. Björklund m fl (2010) studerar särskilt effekten av målrelaterade betyg på gymnasiet. Skälet är huvudsakligen att man kan jämföra kohorter födda 1976-1979 och kontrollera för elevernas prestationer i grundskolan eftersom alla haft det relativa betygssystemet i grundskolan. Examensfrekvensen visar sig vara betydligt lägre

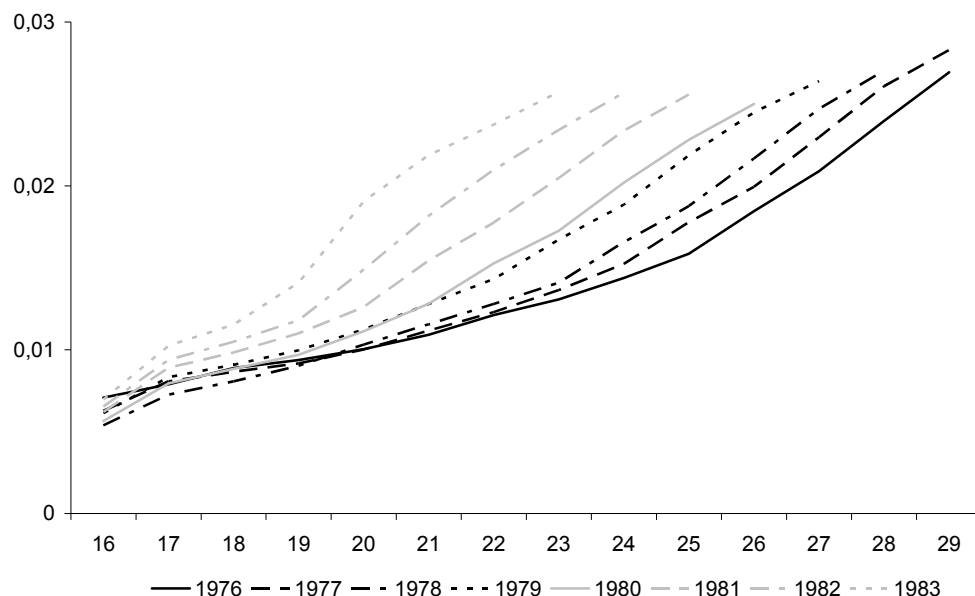
för de kohorter som betygsattes enligt det målrelaterade betygssystemet och skillnaden är särskilt stor för elever med låga grundskolebetyg. Dessutom visar det sig att det tar längre tid att uppnå examen med det nya betygssystemet.

Om slutbetyg är en viktig signal på arbetsmarknaden kan betygsreformen ha fått allvarliga konsekvenser på individnivå. Kanske är det viktigare för arbetsgivaren att arbetssökanden kan uppvisa att han eller hon har slutfört en utbildning och har slutbetyg än att arbetssökanden uppnått vissa betyg i enskilda ämnen. Även om vissa individer till slut tar en examen har de ändå förlorat värdefulla år med arbetslivserfarenhet. Björklund m fl (2010) visar även att betygsreformen påverkar individernas arbetsinkomster vid 26 års ålder negativt. Skolreformerna verkar alltså ha försämrat möjligheterna för vissa individer att etablera sig på arbetsmarknaden. Kopplar vi samman denna slutsats med resultatet i Försäkringskassans rapport om att de nya unga förtidspensionärerna har stor erfarenhet av arbetslöshet är frågan om skolreformerna även bidragit till ökningen av antalet unga förtidspensionärer (Försäkringskassan 2007:8).

Den förlängda yrkesutbildningen på gymnasiet påverkade framförallt individer födda 1976 och framåt. Dessa förväntas gå ut gymnasiet i mitten på 1990-talet. Betygsreformen i gymnasiet påverkade personer födda 1978 och framåt och dessa förväntas gå ut två år senare. Betygsreformen i grundskolan påverkade individer födda 1982 och framåt och dessa förväntas gå klar gymnasiet i början av 2000-talet. Processen fram till förtidspension är ofta lång med upprepade perioder med sjukskrivning och arbetslöshet. Det är inte sannolikt att personer utan examen och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden blir förtidspensionerade med en gång. Detta gör det också svårt att direkt relatera förändringarna i skolsystemet med uppgången i förtidspensioneringarna men kohorterna som påverkades av skolreformerna är i åldrarna 20-29 år under början av 2000-talet, alltså samtidigt som antalet unga förtidspensionärer ökade kraftigt.

Det vi kan förvänta oss är därmed att sannolikheten att förtidspensioneras vid given ålder ökar för varje kohort födda från 1976 och framåt. Detta är precis vad Figur 6 visar. Figuren redovisar andelen individer som beviljats förtidspension vid olika åldrar per födelsekohort. Notera att vi har data fram till 2006 vilket innebär att i endast kan följa exempelvis kohorten som är född 1983 fram till 23 års ålder.

Figur 6 Andelen som beviljats förtidspension vid olika åldrar per födelsekohort



Källa: Egna bearbetningar av LOUISE.

7 Sammanfattning

Sjukfrånvaron i Sverige har från toppnoteringen 2003 nu närmat sig EU-genomsnittet. Trenden med ett vikande inflöde till såväl sjukskrivning som förtidspension, liksom de kortare sjukskrivningstiderna, inleddes således flera år innan den nuvarande regeringens tillträde. Som kontrast till denna positiva utveckling står det ökade antalet ungdomar som varje år förtidspensioneras. Frågan om ungdomars allt svagare ställning på arbetsmarknaden har tidigare uppmärksammats av Finanspolitiska rådet och framstår som ett av de viktigaste samhällsproblemen att lösa för dagens beslutsfattare. I denna rapport presenteras en hypotes om att de gymnasier reformer som genomfördes i början på 1990-talet kan ha varit en bidragande orsak till denna negativa utveckling.

Det reformpaket som regeringen presenterat på sjukförsäkringsområdet har tydligt fokuserat på de strukturella problem som präglat sjukförsäkringen under många år, och som visat sig i omotiverat hög sjukfrånvaro och förtidspensionering, samt i stora variationer både geografiskt och över tid. Den mest genomgripande reformen, rehabiliteringskedjan, liksom steglös avräkning och nystartsjobb, syftar till att förstärka drivkrafterna för arbete och är väl motiverade utifrån teoretisk och empirisk forskning. En nyligen publicerad utvärdering av rehabiliteringskedjan visar att sjukskrivningstiderna har förkortats. Reformen bedöms också ha goda förutsättningar att stabilisera sjukfrånvaron på en låg nivå och bidra till att öka rättssäkerheten i sjukförsäkringen. Tvärtom har de rehabiliterings- och samverkansinsatser som syftar till att hjälpa de sjukskrivna att återfå arbetsförmåga sämre stöd inom forskningen. Detsamma gäller regeringens ambitioner om att få till stånd tidiga insatser i sjukfallen i form av rehabiliteringsåtgärder. Denna strategi kan förefalla önskvärd men förutsätter att det på ett tidigt stadium går att identifiera

de som är, respektive inte är, i behov av stöd. Detta är ingen lätt uppgift. Om fel individer placeras i insatser leder denna politik till höga kostnader både för individ och för samhälle. Här skulle regeringen kunna ta initiativ till kontrollerade försök som syftar till att öka kunskapen kring vilka insatser som förbättrar olika individers möjligheter på arbetsmarknaden.

I likhet med reformerna inom andra politikområden är arbetslinjen kärnan i reformerna inom sjukförsäkringen. En reform som kan ha haft stor betydelse för minskningen av sjukfrånvaron är jobbskatteavdraget som i själva verket inte är en sjukförsäkringsreform utan en skattereform. Avdraget innebär en betydande kostnad för att vara sjukskriven längre än 14 dagar jämfört med att arbeta. Jobbskatteavdraget förväntas därför minska antalet sjukskrivningar längre än 14 dagar men också förkorta de som pågått längre än 14 dagar.

Regeringen har avstått från några reformer som vi bedömer ytterligare kunnat bidra till att renodla försäkringen. För det första kan konstateras att arbetsgivarnas kostnadsansvar för sjukfrånvaron i Sverige även fortsättningsvis är relativt begränsad i jämförelse med många andra länder. Detta har sannolikt en negativ inverkan på arbetsgivarnas preventiva arbetsmiljöarbete och ansträngningar för att möjliggöra återgång i arbete för sjukskrivna.

För det andra tar regeringen inget samlat grepp om de ekonomiska incitament som omger sjukförsäkringen i form av ersättningsvillkoren i angränsande system. Exempelvis innebär de kollektivavtalsreglerade ersättningstilläggen att nedtrappningen av ersättningen från den allmänna sjukförsäkringen (80-75-64 procent), som syftar till att successivt öka drivkrafterna att återgå i arbete, i själva verket inte gäller för många sjukskrivna. Dessutom kan de genomgående mindre generösa villkoren inom arbetslöshetsförsäkringen förväntas ha en negativ inverkan på den sjukskrivnes drivkrafter att övergå till arbetslöshet.

Avslutningsvis reser reformernas tydliga fokus på ökat arbetsutbud den mer övergripande frågan om den arbetsmarknad som idag står till buds kan erbjuda arbete för personer som varit borta från arbete under flera år. Frågan aktualiseras inte minst av de drygt 50 000 som under 2010 når sjukförsäkringens borte gräns och som därmed blir föremål för Arbetsförmedlingens tjänster. Vi är tveksamma till om dagens tidsbegränsade lönesubventioner är tillräckliga för att erbjuda denna grupp en permanent plats på arbetsmarknaden.

Referenser

- Anderson, P och B Meyer (2000), The effects of the unemployment insurance payroll tax on wages, employment, claims and denials, *Journal of Public Economics*, 78, s. 81-106.
- Alexandersson, K och A Nordlund (2004), Sickness absence – causes, consequences and physicians. Sickness certification practice, *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Anderzén, I, I Demmelmaier, A-S Hansson, P Johansson, E Lindahl, och U Winblad (2008), Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning, rapport 2008:8, IFAU.
- Arai, M och P Skogman Thoursie (2005), Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism, *Labour Economics*, 12, s. 269-280.
- Askildsen, J E, E Bratberg, och P Nilsen (2005), Unemployment, labor force composition and sickness absence: A panel data study, *Health Economics*, 14 (11), s. 1087-1101.
- Barr, N (2004), *Economics of the Welfare State* Oxford: University Press.
- Benmarker H, E Grönqvist, och B Öckert (2009), Effects of outsourcing employment services: evidence from a randomized experiment, Working paper 2009:23, IFAU.
- Bergendorff, S och P Skogman Thoursie (2003), Utblick Europa: Är Sverige unikt? Fakta & Debatt, Nr 1:2003, Försäkringskassaförbundet.
- Björklund, A, P Fredriksson, J-E Gustafsson, och B Öckert (2010), Den svenska utbildningspolitikens arbetsmarknadseffekter: Vad säger forskningen? under publicering.
- Black, D A, J A Smith, M C Berger, och B J Noel (2003), Is the Threat of Reemployment Services More Effective than the Services Themselves? Evidence from Random Assignment in the UI System, *American Economic Review*, 93(4), s. 1313-1327.
- Carling, K, P-A Edin, A Harkman, och B Holmlund (1996), Unemployment Duration, Unemployment Benefits, and Labor Market Programs in Sweden. *Journal of Public Economics*, 59, s. 313-334.
- Chirico, G och M Nilsson (2009), Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden, Rapport 2009:2, IFAU.
- Burtless, G. (1985), Are Targeted Wage Subsidies Harmful? Evidence from a Wage Voucher Experiment, *Industrial and Labor Review*, 39, s. 105-114.
- Dagens nyheter (2009-12-02), Husmark Pehrsson: ”Svårt sjuka ska inte tvingas jobba”.
- Dagens Socialförsäkring (2009), nr 8 november 2009, Försäkringskassan.
- Dagens Socialförsäkring (2010), nr 3 april 2010, Försäkringskassan.

- Danermark, B och C Kullberg (1999), Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform. Studentlitteratur, Lund.
- Demoskop (2009), Uppföljning av hur det går för dem som ansökt om att arbeta med steglös avräkning och kännedom om de nya reglerna.
- Eissa, N och H Hoynes (2006), Behavioral Responses to Taxes: Lessons from the EITC and Labor Supply, in Tax Policy and the Economy, 20, red. James M. Poterba, s. 163-192.
- Engström, P, H Goine, P Johansson, och Edward Palmer (2009), Påverkas sjukskrivning och sjukfrånvaro av information om förstärkt granskning av läkarnas sjukskrivning? Rapport 2009:13, IFAU.
- Engström, P, H Goine, P Johansson, E Palmer, och P Tollin (2010), Hjälper tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen till tidig återgång i arbete? Kommande rapport, IFAU.
- Sjögren Lindquist, G och E Wadensjö (2007), Ett svårt pussel – kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall, rapport 2007:1, ESS.
- Eurostat (2009). The European Union Labour Force Survey. http://circa.europa.eu/irc/dsis/employment/info/data/eu_lfs/index.htm.
- Finansdepartementet (2002), Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 2002:49, Finansdepartementet.
- Forslund, A, P Johansson, och L Lindqvist (2004), Employment subsidies – A fast lane from unemployment to work? Working paper 2004:18, IFAU.
- Försäkringskassan 2006:10, Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering - aktiva åtgärder och återgång i arbete, Socialförsäkringsrapporter 2006:10, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2007:8, Unga med sjuk- och aktivitetsersättning – vilka är de? RFV analyserar 2007:8, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2007:11, Nya sjuk- och aktivitetsersättningar/förtidspensioner – med fokus på yngre diagnoser under åren 1995-2005, RFV analyserar 2007:11, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2008:2, Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning, Socialförsäkringsrapport 2008:2, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2008:8, Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering, Socialförsäkringsrapport 2008:8, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2009:5, Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar, Socialförsäkringsrapport 2009:5, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2009:7, Kartläggning av försörjningskällor efter avslutad period med sjukpenning, Socialförsäkringsrapport 2009:7, Försäkringskassan.

- Försäkringskassan 2009:8, Ohälsoskulden 2008, Socialförsäkringsrapport 2009:8, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2009:10, Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer? Socialförsäkringsrapport 2009:10, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2010, Regleringsbrev för budgetåret 2010 för Försäkringskassan, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2010-02-12, 14 300 personer nådde maximal tid i sjukförsäkringen vid årsskiftet, pressmeddelande 2010-02-12, Försäkringskassan.
- Försäkringskassan 2010-03-18, Från sjukpenning till aktivitetsstöd – februari, pressmeddelande 2010-03-18, Försäkringskassan.
- Hall, C (2009), Does making upper secondary school more comprehensive affect dropout rates, educational attainment and earnings? Evidence from a Swedish pilot scheme, Working paper 2009:9, IFAU.
- Hall, C och L Hartman (2010), Moral hazard among the sick unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform, *Empirical Economics* (kommande).
- Henrekson, M och Persson, M (2004), The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System, *Journal of Labor Economics*, 87-113.
- Hesselius, P, P Johansson, och L Larsson (2005), Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment, Working paper 2005:15, IFAU.
- Hesselius, P och M Persson (2007), Incentive and spill-over effects of supplementary sickness compensation, Working paper 2007:16, IFAU.
- Hetzler, A, D Melén, och D Bjerstedt (2005), Sjuk-Sverige – Försäkringskassan, rehabilitering, och utslagning från arbetsmarknaden, Bruno Östlings bokförlag Symposium.
- Hultberg, E-L (2005), Co-financed collaboration between welfare services - effects on staff and patients with musculoskeletal disorders, Göteborgs universitet.
- Hägglund, P (2010), Effekten av Rehabiliteringskedjan på sjukskrivningstiderna, rapport 2010:1, IFAU.
- Johansson, P och M Palme (1996), Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data, *Journal of Public Economics*, 59, s. 195-218.
- Johansson, P och M Palme (2002), Assessing the Effects of a Compulsory Sickness Insurance on Worker Absenteeism, *Journal of Human Resources*, 37, s. 381-409.
- Johansson, P. och M Palme (2005), Moral Hazard and Sickness Insurance, *Journal of Public Economics*, 89, s. 1879-1890.

- Johansson, P och M Nilsson (2008), Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro? Rapport 2008:27, IFAU.
- Johansson, P. (2010), Sjukförsäkring och sysselsättningskapande åtgärder, Stencil, IFAU.
- Koning, P (2009), Experience Rating and the Inflow into Disability Insurance, *De Economist*, 157(3), s. 315-335.
- Kärholm, J (2007), Co-operation among rehabilitation actors for return to working life, Karolinska institutet.
- Larsson, L (2006), Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance, *The Scandinavian Journal of Economics*, vol 108, s 97-113.
- LO (2009), Nitton diagram om ungas arbetslöshet, Landsorganisationen.
- Marklund, S, M Bjurvald, C Hogstedt, E Palmer, och T Theorell (red) (2005), Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar, Arbetslivsinstitutet.
- Meyer, B (2007), The U.S. Earned Income Tax Credit, its Effects, and Possible Reforms, *Swedish Economic Policy Review*, 14(2), s. 55-80.
- Moffitt, R (2003), The Negative Income Tax and the Evolution of U.S. Welfare Policy, *Journal of Economic Perspectives*, 17 (3), s. 119-140.
- OECD (2009), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers - Sweden: Will the Recent Reforms Make It?* OECD.
- Promemoria S2008/2769/SF, Flexibla finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
- Proposition 2007/08:1, Budgetpropositionen för 2008, utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.
- Proposition 2007/08:124, Från sjukersättning till arbete.
- Proposition 2007/08:136, En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- Proposition 2009/10:45, Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete.
- Proposition 2009:10/154, Utökad finansiell samordning, m.m.
- Reed Group, <http://www.reedgroup.com/>, hemsida.
- SKL (2010), Rehabiliteringsgarantin – resultat 2009, rapport, Sveriges kommuner och landsting.
- SFS (2009:1423), Förordning om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet.
- Socialförsäkringsutredningen (2006), Arbetslösa som blir sjuka och sjuka som inte blir arbetslösa, Samtal om socialförsäkring nr 16.
- Socialförsäkringsutredningen (2006), Mera försäkring och mera arbete, SOU 2006:86, Statens offentliga utredningar.

Socialstyrelsen (2009), Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008, rapport.

SOU 2009:89, Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga, Statens offentliga utredningar.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006), Metoder för behandling av långvarig smärta, rapport.

Vikström, J (2009), The effect of employer incentives in social insurance on individual wages, Working paper 2009:13, IFAU.