

## Vad bör göras åt sjukpenningen?

*Kari Lantto har konstruerat en optimal sjukpenning som samtidigt slår vakt om tryggheten och beivrar simuleringen. Den återupprättar också förtroendet för de sjuka. Men den optimala sjukpenningen är också dubbelt orättvis: den är lägre för diffusa sjukdomar, och dessutom lägre ju tråkigare arbete den försäkrade har. Orättvisorna i det optimala systemet (och det nuvarande), liksom möjligheterna att kompensera dem, behandlas utförligt.*

Försäkringen mot arbetsförmåga på grund av sjukdom har en lång historia. I Sverige kom genombrottet bland industriarbetarna 1866–1880, då omkring 200 kassor bildades spontant. Nöd och död hotade den oförsäkrade om sjukdom förhindrade arbete. Situationen är nu en annan. Försvinnande få riskerar allvarlig nöd om sjukdom förhindrar arbete. I stället uppmärksammas, å ena sidan, flygladdare som strejkar i form av massjukskrivning, läkare som intygar falskt åt dem som vill ha pension eller semester, eller anställda som sjukskriver sig på fredag eller måndag för att förlänga veckoslutet. Å andra sidan uppmärksammas de som drabbas av orättvisa misstankar om simulering. Den 30-åring som dog i magcancer efter att förgäves ha sökt vård för smärtor i ryggen, kan ha varit ett sådant fall. *Expressen* (30 mars 1991) antyder att läkarna misstrodde honom just för att simulera

och uppger också att försäkringskassan hade dragit in sjukpenningen.

Reformförslagen på socialförsäkringsområdet kommer också tätare än någonsin, speciellt kan nämnas ett från Ekonomikommisionen under professor Lindbeck (SOU 1993:16) och ett från Riksförsäkringsverkets generaldirektör Scherman [1993]. Dessutom utreder Beredningen för en ny ordning för sjuk- och arbetsskadeförsäkringen (Kommittédirektiv 1993:44) möjligheterna att överföra sjukpenning och arbetsskadeförsäkring till arbetsmarknadens parter eller att privatisera dessa försäkringar. Dessutom utreds fusket med socialförsäkringen på riksdagens uppdrag (se Socialförsäkringsutskottets betänkande 1993/94:SfU2). Stockholms länsstyrelse arbetar med liknande frågor (SAMKO). Vad gäller sjukförsäkringen har två sänkningar av sjukpenningen och en arbetsgivarperiod redan genomförts. Det ryktas också om planer på att förlänga arbetsgivarperioden.

I min avhandling i nationalekonomi definierade jag den optimala försäkringen

*Fil dr KARI LANTTO är anställd på Riksförsäkringsverket och utreder där sjukfrånvarons variation över tiden. Lantto [1991] definierade den optimala försäkringen mot arbetsförmåga. Värderingar och åsikter i denna kommentar är författarens och inte nödvändigtvis Riksförsäkringsverkets.*

\* Jag vill tacka följande personer som kanske inte håller med om allt detta men som ändå bistått med värdefulla synpunkter: Renato Aguilar, Jan-Åke Brorsson, Allan Gustafsson, Björn Gustafsson, Stefan Fölster, Magnus Henrekson, Almas Heshmati, Kjell Jansson, Ed Palmer, Mats Persson, Per Tillander, Torbjörn Tännsjö och Kristina Zetterman.

mot arbetsoförmåga. (Lantto [1991]). Ett ytterligare diskussionsunderlag inför det fortsatta reformarbetet finns i boken *Bruk och missbruk av sjukförsäkringen* av Magnus Henrekson, Kari Lantto och Mats Persson. I denna artikel drar jag några slutsatser av diskussionerna i dessa böcker om möjligheterna att utveckla de nuvarande försäkringssystemen. Jag formulerar mig främst i termer av sjukpenning, men VAB (ersättning vid tillfällig vård av sjukt barn), arbetsskadeförsäkringen och förtidspensionen har liknande problem och bör reformeras på liknande sätt. Till frågor om koordineringen av dessa försäkringar, överlämnande till arbetsmarknadens parter och privatisering återkommer jag på annan plats. Här behandlar jag främst den optimala samordningen av självriskan och sjukkontrollen, den empiriska kunskapen om dessas effekter, och frågan om huruvida reformerna 1987, 1991 och 1993 förbättrade sjukpenningen.

### Den optimala sjukpenningen: ersättningsnivån och sjukkontrollen

I den enklaste försäkringsteorin visas det att total inkomsttrygghet<sup>1</sup> är samhällsekonomiskt önskvärt.<sup>2</sup> Det betyder att försäkringar som ger full kompensation för eventuella sjukdomar ger maximal välfärd för medborgarna. Detta resultat byggs emellertid på förutsättningen att försäkraren har perfekta kontrollmöjligheter. I verkligheten är det ofta svårt att kontrollera sjukdomen som den försäkrade drabbats av, och försäkringen är därför utsatt för bedrägerier (se Borch [1962], Arrow [1963]).

Speciellt är vissa sjukdomar så svåra att fastställa att även två läkare, som båda representerar den högsta medicinska expertis, förblir oeniga om huruvida en patient verkligen lider av en sådan sjukdom eller inte. Med andra ord, ibland kan det inte avgöras om en person som påstår sig vara sjuk

också är det, oavsett resursinsatsen. Läkarnas sjukintyg blir då endast en passiv upprepnings av de besvär som patienterna anger, därför att när läkarna inte kan konstatera annat, antar de att patienterna anger besvär som de faktiskt har. Sådana antaganden vore dock rimligare om vi inget sjukpenningssystem hade. Sjukpenningssystemet ger läkarna anledning att mistänka sina patienter för att ange symptom endast för att få sjukpenning.

Under sådana kontrollsvårigheter ger Lantto [1991] en teori för optimal försäkring mot arbetsoförmåga på grund av sjukdom. Optimal sjukpenning definieras:

*Optimal sjukpenning maximerar den försäkrades förväntade nytta, utan att locka denne att simulera, och utan att ge underskott i budgeten.*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Med trygghet menas nedan inkomsttrygghet.

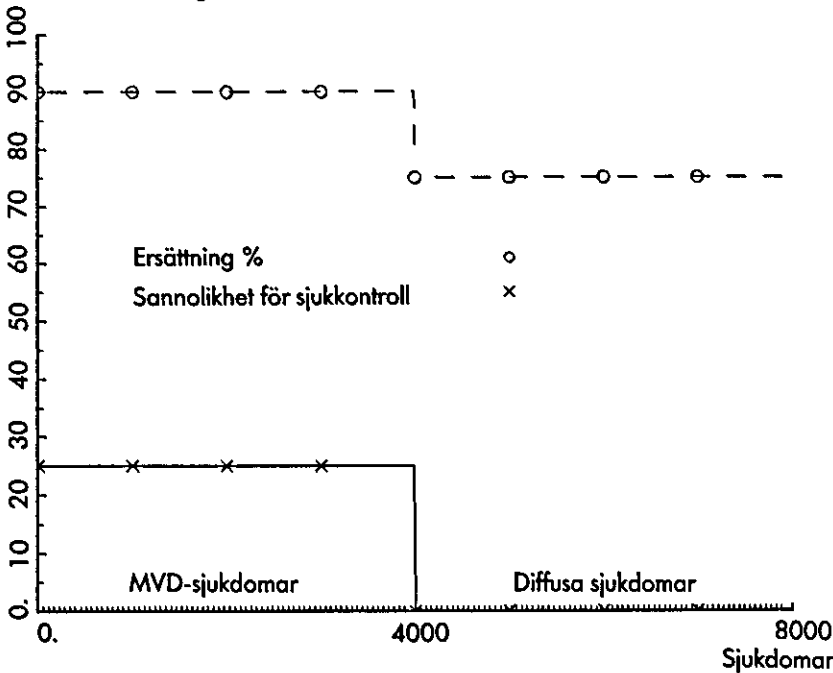
<sup>2</sup> Detta förutsätter en nytta som är separerbar i fritid och övrig konsumtion, vilket implicit antas i resten av artikeln. För det allmänna fallet, se Lantto [1991]. Försäkraren behöver ingen information om den försäkrades preferenser, dvs riskaversion eller tristess i arbetet, utan försäkringskollektiven definieras endast i termer av sannolikheten för sjukdom.

<sup>3</sup> Förväntad nytta maximeras genom att välja avgift, ersättning och sjukkontrollssannolikhet. Bisatserna beskriver incitaments- respektive resursrestriktionen. Att simulera betyder att låtsas vara sjuk för att slippa arbeta.

De med den allra största motviljan mot att arbeta bor slippa arbeta, dvs incitamentsrestriktionen behöver inte vara uppfylld för dem. Ett första problem är därför att bestämma vid vilken nivå på motviljan man bör slippa arbeta, se Lantto [1991, kap 4]. Ett andra problem är att bestämma den optimala incitamentsstrukturen för dem som inte bör slippa arbeta, och det är det problemet som diskuteras här och som också löstes i Lantto [1991, kap 5 och 6]. Till denna precisering stimulerades jag av en diskussion med Torbjörn Tännsjö.

Här, liksom i Lantto [1991], beskrivs ett pigouvianskt optimum. I en första analys bortses garna från, i och för sig, relevanta *public choice*-invändningar.

Figur 1 Optimal sjukpenning för medicinskt väldokumenterade (MVD) och diffusa sjukdomar, den optimala gränsen mellan dessa, samt den optimala sannolikheten för sjukkontroll.



Den optimala sjukpenningen ger inte längre total inkomststrygghet. Den optimala ersättningen beräknades dessutom vara lägre vid diffusa sjukdomar än vid medicinskt väldokumenterade sjukdomar. Kostnaden att diagnosticera varierar över sjukdomarna, därför varierar också kostnaden för sjukkontroll. Endast sjukdomar med en diagnoskostnad lägre än en optimalt vald övre gräns kallas för medicinskt väldokumenterade. Även en sådan gräns definieras i Lantto [1991].<sup>4</sup> Endast de medicinskt väldokumenterade sjukdomarna kontrolleras, och även där räcker det med stickprov. Stickprovets storlek koordineras med självriskens.

Figur 1 illustrerar den optimala sjukpenningen. Vi koncentrerar oss på läkares kontroll. På den vertikala axeln mäts både ersättningen (procent av lönen) och sannolikheten för sjukkontroll. Längs den horisontella axeln sorteras de, säg, 8000 sjukdomarna efter stigande diagnos-

kostnad. I detta hypotetiska exempel har de 4000 första sjukdomarna tillräckligt låg diagnoskostnad för att betraktas som medicinskt väldokumenterade, och därför ersätts med sjukpenningen avsedd för sådana. Sjukdomarna med högre diagnoskostnad betraktas som diffusa och ersätts med sjukpenningen avsedd för sådana sjukdomar. Vid samma gräns faller sannolikheten för sjukkontroll till noll. Talen (90,75 och 25) är valda utan något bättre skäl än att vara suggestiva. Det som är känt om dem är att alla tre ska vara

<sup>4</sup>Den medicinska vetenskapens utveckling kommer förhoppningsvis att göra allt fler sjukdomar väldokumenterade. Lägg märke till bristen på definition av dessa medicinskt väldokumenterade sjukdomar i regeringens proposition 1990/91:59, där termen infördes första gången. Se också s 79 av regeringens proposition 1990/91:181 som är ett förarbete till Lagen om sjuklön (1991:1047).

lägre än 100, och att den första ska vara högre än den andra, se Lantto [1991] för villkoren för detta resultat.<sup>5</sup>

För att tillämpa detta behöver försäkringsadministrationen upprätta en lista på medicinskt väldokumenterade sjukdomar. I praktiken upprättas redan liknande listor; då el-allergi inte ersätts med sjukpenning är den en av de få sjukdomar som inte finns på listan idag. För arbetsskadeförsäkringen övervägdes en sådan lista i Sverige; yrkesskadeförsäkringen som arbetsskadeförsäkringen ersatte 1977 hade en snarlik lista. EG-kommissionen antog en sådan lista 1990, och rekommenderade medlemsländerna att godkänna den som ett minimum av diagnoser på arbetssjukdomar, se SOU 1992:39, s 20 och 112.<sup>6</sup>

Den optimala sjukpenningen beror dessutom på hur tråkigt arbetet är.<sup>7</sup> För de diffusa sjukdomarna blir den lägre, ju tråkigare arbete den försäkrade har. För de medicinskt väldokumenterade sjukdomarna kan den, som det visade sig i ett numeriskt exempel i Lantto [1991], komma att vara högre för dem med tråkiga arbeten, men då kom dessa i stället att kontrolleras oftare.

### Ersättningsnivå och sjukkontrollen påverkar sjukskrivningen

Generositeten i sjukpenningen kan sägas vara större ju högre ersättningsnivå (alternativt uttryckt: lägre självrisk), och ju mindre sjukkontroll systemet har. Givet att de försäkrade simulerar om försäkringen blir alltför generös, specificeras alltså i den optimala sjukpenningen också den optimala ersättningsnivån och sjukkontrollen.<sup>8</sup> Om inte en generösare sjukpenning ökar sjukfrånvaron, finns det inte någon simulering som hotar sjukpenningen.

Även om simuleringens omfattning och variation förblir dåligt dokumenterade, ges i *Bruk och missbruk* empiriskt stöd för att en generösare sjukpenning ökar sjuk-

frånvaron, vilket betyder att simulering kan förekomma. För det första förklarades veckodagsmönstret i sjukfrånvaron med hjälp av sjukpenningreglerna. Vi studerade speciellt de ekonomiska incitamentens och sjukkontrollens roll. Det var på förhand känt att sjukfrånvaron är lägre när läkarintyg krävs tidigt i sjukfallen. Vi tillförde ytterligare bevis: den sjunde dagen krävs det läkarintyg för att få ersättning och *vart sjunde fall är sex dagar långt*. Endast en-dagarsfallen är flera. Sjukkontroll förefaller således påverka beteende. Se *Figur 2*, hämtad från *Bruk och missbruk* (s 38), som beskriver de sjukskrivnas återgång i arbete.<sup>9</sup>

<sup>5</sup> Dessa nivåer, liksom gransen för medicinskt väldokumenterad sjukdomar, blir välbestämda om information om bl a den försäkrades riskaversion, tristess i arbetet, diagnoskostnaderna för sjukdomarna och sjukdomarnas sannolikheter tillförs.

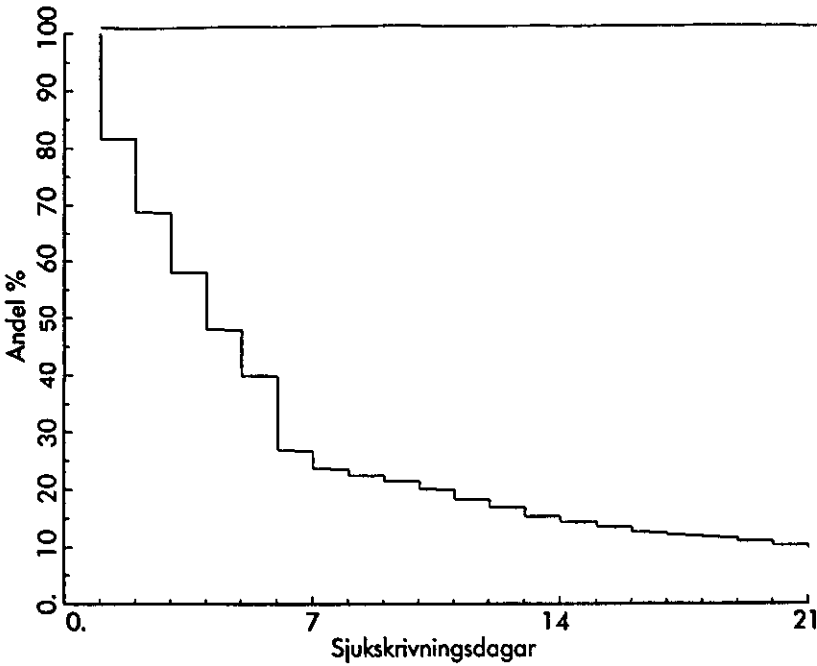
<sup>6</sup> En lista på arbetsskador bör också ange vilka sjukdomar som kan observeras vara förorsakade av vilka arbeten. I sjukpenningen räcker en lista av formen: Vilka sjukdomar kan observeras förorsaka arbetsoförmåga givet ett bestämt arbete?

<sup>7</sup> Försäkraren behöver, till skillnad från fallet med perfekta kontrollmöjligheter, information om de försäkrades preferenser, dvs minst något om fördelningen av riskaversionen och tristessen i arbetet. Om också den enskildes preferenser kan säkerställas skulle (i alla fall i en privat försäkring) försäkringskollektiven definieras, inte endast i termer av sannolikheten för sjukdom, utan också i preferenstermer. Mer om detta nedan.

<sup>8</sup> Om de försäkrade inte simulerar oavsett hur generös försäkringen blir, bör ersättningsnivån vara 100 procent och sjukkontrollen helt avvecklas, se Lantto [1991]. Forekomsten av självrisk och sjukkontroll kan därför endast förklaras med att simulering hotar sjukpenningen.

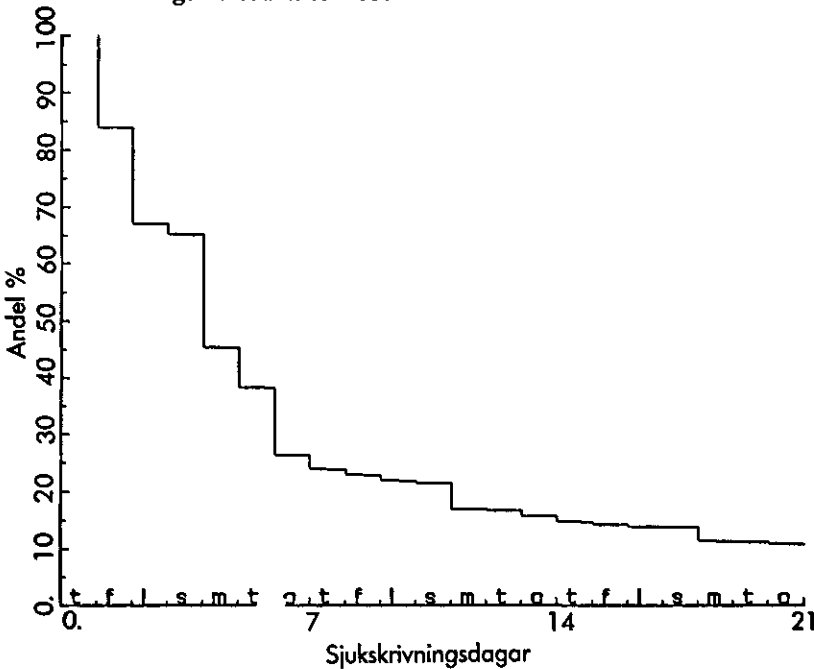
<sup>9</sup> *Figur 2* kommer från en Kaplan-Meier-estimering. Givetvis skulle beskrivningen kunna fördjupas genom en multivariat analys av denna längdfördelning.

Figur 2 Andel som ännu ej återgått i arbete. Period 1979–85.



Källa: Riksförsäkringsverket. LSRF.

Figur 3 Andel som ännu ej återgått i arbete av sjukfallen vars första ersatta dag var en torsdag. Period 1979–85.



Källa: Riksförsäkringsverket. LSRF.

Men även ekonomiska incitament påverkar beteendet. I *Figur 3 (Bruk och missbruk, s 40)* mäter höjden på trappsteget efter varje söndag<sup>10</sup> (s) delvis det som brukar kallas *läkarnas slentrianmässiga intygsskrivande to m en söndag*. Vi fann anledning att tro, att slentrianen delvis beror på att arbetsgivaren och den försäkrade kräver sådana intyg på grund av de ekonomiska incitament som sjukpenningreglerna skapar. Dessa krav har senare belagts genom en enkät till läkare, se Karlsryd [1992]. Arbetsgivaren kan tjäna på "slentrianen" genom att slippa betala för den sista helgen i längre fall. Den inte alltför nogräknade försäkrade kan genom samma "slentrian" få arbetsfria inkomster på socialförsäkringens bekostnad. Ekonomiska incitament påverkar således inte bara de försäkrade, utan också indirekt läkarna som utför sjukkontrollen.

I *Bruk och missbruk* redovisas, för det tredje, hur sjukskrivningsbeteendet har påverkats av de historiska förändringarna i sjukpenningssystemet. Till och med 1987 har varje reform av systemet ökat både generositeten och sjukfrånvaron. Reformen 1991 var den första som minskade generositeten och var också den första som sänkte sjukfrånvaron. (Se också Lantto & Lindblom [1987] och Lantto, Lidwall & Örnhall [1992]).

## Den optimala sjukpenningen och reformerna

*Bruk och missbruk*, kap 6, vidareutvecklade (om än något lättvindigt) teorin om den optimala sjukpenningen från Lantto [1991]. I den optimala sjukpenningen är vinsten i förväntad nytta av att höja ersättningsnivån, lika med förlusten i arbetade timmar från att den marginella gruppen<sup>11</sup> börjar simulera. Den marginella gruppen försäkrade är de som är så ovilliga att arbeta att de börjar simulera om ersättningsnivån ökas det minsta.

Om riksdagsbesluten 1963, 1967, 1974 och 1987 korrekt tolkar folkets värde-

ringar, förefaller vår riskaversion ha ökat eller vår värdering av förluster i arbetade timmar att ha minskat, under hela den perioden. Efter 1987 skulle, i så fall, värderingarna rört sig i motsatt riktning. Det kan också vara så att riksdagens tidigare beslut inte tolkade folkets värderingar korrekt och dess majoritet har kanske just därför ändrats i de senare valen.

En ytterligare möjlighet är, att politikerna vid dessa beslut intresserade sig främst för den ökade tryggheten som skulle uppstå, och inte korrekt uppskattade den ökade förlusten i form av arbetade timmar på grund av sjukfrånvaro (inklusive simulering och annan okynnesfrånvaro). Kostnadskalkylerna som ingår i propositionerna är beräknade under en förutsättning om konstant sjukskrivningsbeteende, se t ex regeringens proposition 1986/87:69. Eftersom benägenheten att sjukskriva sig i stället ökade varje gång då sjukpenningen blev förmånligare, så har reformernas kostnader regelmässigt underskattats. Om kostnaderna hade uppskattats korrekt hade reformerna 1963–1987 kanske aldrig genomförts.

## Reformerna 1991 och 1993 syftar båda till att hämma simulering

Reformen 1991, då ersättningen för de första tre sjukdagarna sänktes, motiverades officiellt främst med behovet att spara på statsutgifter. Förslaget om karensda-

<sup>10</sup> Den första söndagen påverkas mycket av de regler för korttidsfrånvaro som rådde 1979–85, se därför det andra och tredje "s"-et.

<sup>11</sup> Förutom i detta avsnitt diskuterar vi i termer av en homogen grupp av försäkrade. Här antar vi att alla är olika benägna att simulera. Se *Bruk och missbruk* för detaljer.

gar motiverades officiellt<sup>12</sup> dels av en önskan att åstadkomma en ökad självrisk i sjukförsäkringen och, dels av behovet att spara på statsutgifter i sjukpenningssystemet (5,6 miljarder kronor var det målsatta beloppet), se Ds 1992:49, s 10.

Det kan hända att införandet av den optimala självriskan ger en besparing av 5,6 miljarder eller mer. Om detta inte är fallet och regeringen, efter att ha infört den optimala självriskan, vill använda sjukpenningssystemet som ett skatteinstrument, innebär det antingen att höja arbetsgivaravgiften<sup>13</sup> eller att beskatta de sjuka. Varje sänkning av sjukpenningen kan omformuleras som en (komplexerad form av) beskattning av den tidigare sjukpenningen. Höjs däremot arbetsgivaravgiften så beskattas de friska, om höjningen övervältras på lönerna.

Att beskatta speciellt de sjuka är nog en främmande idé för riksdagsledamöterna. Karensdagen i reformen 1993, liksom reformen 1991, syftar förmodligen egentligen till att införa självrisk, medan besparingsmålet är en förevändning. Självrisk, i sin tur, införs förmodligen för att hämma simulering och annan okynnesfrånvaro. Låt oss som bakgrund först se på reformen 1991. Den sänkte ersättningsnivån under de 90 procent (eller ofta närmare 100 procent inklusive sjuklönstillägg från arbetsgivaren och avtalsförsäkringar) som den hade varit före reformen. Ersättningen<sup>14</sup> blev efter reformen 1991:

- 65 procent för de första tre dagarna
- 80 procent fr o m den fjärde dagen till den 90:e dagen
- 90 procent därefter.

Till detta kom maximalt 10 procents sjuklönstillägg eller avtalsförsäkringsförmån under de första 90 dagarna, se *Figur 4* (tillägget där är maximalt).

Dessa ersättningsnivåer gällde i stort sett också efter arbetsgivarperiodens och sjuklönens införande 1 januari 1992. Men

arbetsgivarnas möjligheter att välja sjuklönstillägg upp till 10 procent begränsades; sjuklönen lagstodgades till exakt 75 procent under de första tre dagarna, och till exakt 90 procent under resten av de första 14 dagarna.

Reformen 1 april 1993 ger, inklusive alla tillägg som kommer att tillåtas, följande ersättningsbild för dem med sjuklön:

- 0 för den första dagen (karensdagen)
- 75 procent för den andra och tredje dagen
- 90 procent fr o m den fjärde dagen till den 90:e dagen
- 80 procent fr o m den 91:a till den 365:e dagen
- 70 procent därefter.

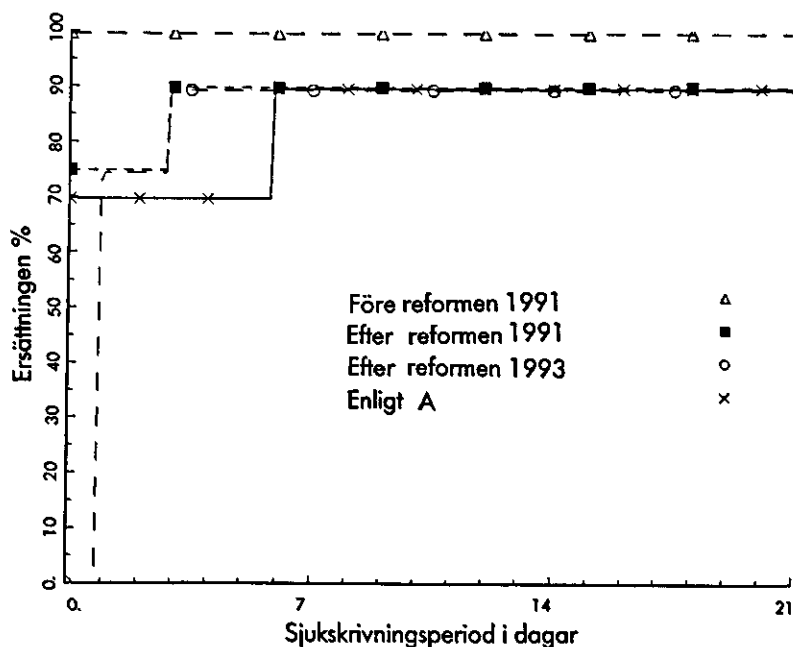
Reformen 1991 införde en självrisk över hela fallängden, och reformen 1993 införde ytterligare självrisk, men endast för de allra kortaste och de allra längsta sjukfallen. Den ökade självriskan för de längsta fallen syftar förmodligen till att öka den försäkrades incitament att avsluta sitt sjukfall. Fallet kan avslutas genom återgång i arbete, kanske efter en rehabilitering. Incitamenten till rehabilitering blir i sin tur starkare, på grund av att skillnaden mellan rehabiliteringsersättningen (95 procent) och sjukpenningen ökar. Fallet kan också avslutas genom förtidspensionering, som ofta ger mer än de

<sup>12</sup> Motiveringarna för reformerna i skattesystemet (RINK) och sjukpenningssystemet skiljer sig på ett förvånande sätt. RINK motiverades först och främst med att det tidigare skattesystemet stimulerade skatteplanering och skattefusk, se direktiven. Sällan har det föreslagits reformer för att stävja motsvarande fenomen inom sjukpenningssystemet.

<sup>13</sup> Sjukpenningavgiften är en del av arbetsgivaravgiften.

<sup>14</sup> Ersättningen uttrycks som procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI), vilket är ungefär lika med lönen.

Figur 4 Sjukpenning efter varaktigheten enligt reglerna före och efter reformen 1991 och 1993, och enligt förslaget A med dynamisk effekt.



70 procent som sjukpenningen ger efter ett år. Inte heller sänkningarna för de längre sjukfallen verkar syfta till att speciellt beskatta de sjuka, utan till att ge dem bättre incitament.

Lindbeckkommissionen och Scherman föreslår båda att ytterligare självrisk införs över hela fallängden; ersättningen föreslås bli 70–80 procent. Dessa utredningar ser uttryckligen ersättnings-sänkningen just som ett införande av självrisk, och inte som ett sätt att beskatta de sjuka, se SOU 1993:16, s 101, och Scherman [1993, s 132–140]. Dessutom relateras självrisk till sjukkontrollen på ett sätt som rentav skulle kunna ha varit stimulerad av *Bruk och missbruk* eller Lantto [1991]. Denna artikel drar konsekvenserna av detta synsätt för koordineringen av sjukkontroll och självrisk.

Men först ett intressant element i reformen 1993 som påminner om begreppet medicinskt väldokumenterade sjukdomar. Regeringen övervägde att sänka den 30-procentiga självrisk efter ett års sjukskrivning till 20 procent för dem med livshotande sjukdomar, se regeringens proposition 1992/1993:31, s 52. Beslutet blev att låta sänkningen gälla dem som genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering, se Lagen om allmän försäkring, juli 1993, par 3.4d. Detta kan tolkas i våra termer. En livshotande sjukdom, liksom en som är föremål för medicinska åtgärder, är en medicinskt väldokumenterad sjukdom. Men tyvärr är det inte lika klart att livshotande sjukdom utgör ett hinder mot arbete, varför sjukpenningrätten fortfarande kan vara oklar.

## Hade reformen 1991 någon "dynamisk" effekt?

Låt oss koncentrera oss på de korta fallen och reformen 1991, se *Bruk och missbruk*, kap 5. Reformen sänkte ersättningen till de sjukskrivna, vilket naturligtvis medför en besparing; en "statisk" effekt på budgeten. Den eventuella "dynamiska" effekten minskar okynnesfrånvaron inklusive simuleringen. Om reformen 1991 fick någon sådan effekt är ännu inte avgjort. Reformen sänkte antalet sjukfall drastiskt (ca 24 procent) och hade därför, utöver den "statiska" effekten också effekt på sjukskrivningsbeteendet, men frågan är om det verkligen var simuleringen som minskade. Om det rör sig om sjuka försäkrade som började arbeta efter reformen, så är det inte en "dynamisk" effekt, utan en effekt av ett tredje och oönskat slag.

Reformen sänkte sjukfrånvaron (antalet ersatta dagar) relativt lite (ca 2,5 procent). Sjukfrånvaron kunde ju ha ökat (vilket den också verkade göra i några försäkringskassor) eftersom reformen kan förväntas förlänga sjukfallen. Den försäkrade löper ju alltid risken för återfall med ny hög självrisk, och för att vara på den säkra sidan kanske denne nu är sjukskriven längre än om sjukpenningen hade varit konstant under sjukfallet. Dessutom minskar nu kostnaden av att vara sjukskriven för om dag fyra, vilket kanske frestar vissa att vara lediga ytterligare en tid. Simuleringen kan därför bara ha ändrat form: tidigare hade den kanske formen av att vissa skolkade en dag då och då, medan efter reformen kanske de i stället förlänger sina en och två dagars förkylningar till en hel vecka.

## Reformen 1993 jämförd med ett förslag med "dynamiska effekter"

Karensdagen som infördes 1993 förlänger förmodligen sjukfallen ytterligare, och reducerar också ytterligare antalet korta

sjukfall. Men om de korta fallen även efter reformen 1991 var för många, skulle det nog varit bättre att sänka ersättningen ytterligare för de första tre dagarna till, säg, 70 procent. För att inte förlänga de korta sjukfallen ytterligare kanske den nivån skulle gälla också resten av den första veckan, se kurvan A i *Figur 4*.

Såväl regeringen som oppositionen verkar anse att en stor del av okynnesfrånvaron är koncentrerad till 1–3 dagarsfallen. I varaktighetsfördelning i *Figur 2* går den skarpa skiljelinjen i fördelningen, inte efter andra eller tredje dagen, utan vid läkarintygsgdagen (dag 7). Såsom redan nämndes ovan, verkar det som om läkarnas kontroll påverkar de sjukskrivnas beteende; varaktighetsfördelningen blir flackare efter den sjunde dagen.<sup>15</sup>

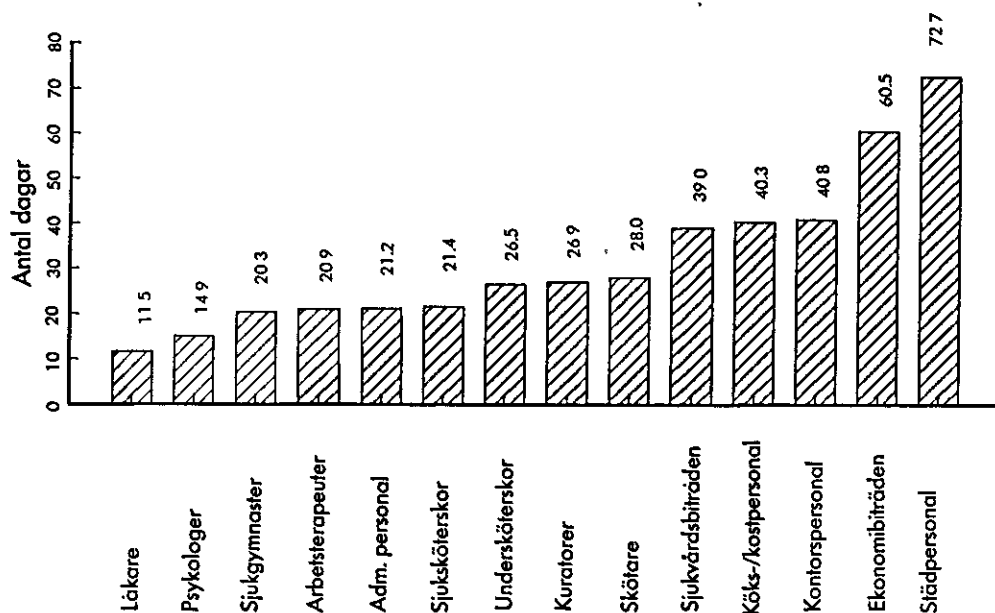
Det kan därför vara en fördel med alternativet A att det inte endast innehåller incitament mot de friskas skolk, utan också ger ett incitament för de sjuka att återgå till arbetet, när de väl blir friska, jfr *Figur 2* och *Figur 4*. En karensdag ger den som tillfrisknat efter första dagen svaga incitament att återgå, innan läkarintyget avkrävs honom. Alternativ A kan tänkas ge dynamiska effekter, för att det koordinerar självriskerna med sjukkontrollen över fallängden: självrisk ersätts med sjukkontroll på den sjunde dagen.

## Lägre sjukpenning för diffusa sjukdomar för dem med trista jobb, och reformen 1987

För de diffusa sjukdomarna blir den optimala sjukpenningen lägre ju tristare arbete den försäkrade har om, märk väl, tristessen är kontrollerbar. Det räcker inte med att den försäkrade kan jämföra tristessen i sitt jobb med vad han skulle

<sup>15</sup>En multivariat analys av längdfördelningen skulle kunna isolera kontrollens effekt från andra förklaringar, tex diagnosen, till att varaktighetsfördelningen blir flackare den sjunde dagen.

Figur 5 Antal sjukdagar per anställd under 1991 för några personalkategorier vid Stockholms landsting.



känna om han hade ett annat jobb, utan han måste också kunna komma överens om denna tristess med försäkraren. I praktiken kommer i stället för tristess någon variabel som är nära relaterad till tristess att användas, jfr användningen av fackförening sist i avsnittet.

Figur 5, som åter är hämtad från *Bruk och missbruk*, visar sjukfrånvaron bland vissa grupper av anställda vid Stockholms läns landsting 1991. Yrkesgrupperna är ordnade efter sjukfrånvaro, som dock verkar samvariera med tristessen i arbetet. Till exempel är läkare bara sjukskrivna 11 dagar per år medan sjuksköterskor är sjukskrivna 21 dagar, undersköterskor 26 dagar och sjukvårdsbiträden 39 dagar.

Läkarna har naturligtvis en god hälsa. Inte bara för att de är utbildade i att sköta den, utan också för att de redan för att komma in på sin utbildning behövde få goda gymnasiebetyg, vilket underlättas

just av god hälsa. God hälsa ökar också möjligheterna att fullfölja läkarutbildningen. Motsvarande gäller också andra grupper med relativt hög utbildning på hälsoområdet, och Figur 5 kan också ses som ordnad efter nivå på sådan utbildning.<sup>16</sup>

Dessutom kanske skillnader i smittoriskerna, eller andra faror i arbetet, delvis kan förklara skillnaderna i sjukfrånvaron.<sup>17</sup> Till sist kan också kraven på hälsa vara olika i yrkesgrupperna; vissa sjukdomar gör det kanske mindre lämpligt att arbeta i matbespisningen, än att arbeta som läkare eller sjuksköterska. Se *Bruk och missbruk*, s73–77.

Men läkarna har förmodligen också det

<sup>16</sup> Renato Aguilar påminde mig om detta selektionsproblem.

<sup>17</sup> Detta gäller knappast skillnaderna mellan tex läkare och sjukvårdsbiträden.

intressantaste arbetet, medan städarna kanske har det tristaste arbetet. Och i den mån skillnaden i 1991 års sjukfrånvaro förklaras med kontrollerbara skillnader i tristess i arbetet, och inte med skillnader i hälsa, smittorisker och hälsokrav, skulle den optimala sjukpenningen för de sjukdomar som inte är medicinskt väldokumenterade alltså variera omvänt med sjukfrånvaron. Alternativt uttryckt: givet en optimal försäkring varierar sjukfrånvaron i diffusa sjukdomar med faktorer som hälsa, smittorisker och hälsokrav, men inte med tristessen i arbetet, utom i den mån som den i sin tur påverkar hälsan.

En optimal försäkring vore alltså orättvis, men kanske inte mer orättvis än det rådande systemet. Vi tenderar att se den förlust i rättvisa som uppstår, men glömma den orättvisa som försvinner. I ett system med omfattande simulering sker stora orättvisor. De som har en "högre arbetsmoral" lider säkert mycket av detta. De ser sina kamrater försvinna från arbetet, medan de själva sliter. Vad värre är att de förmodligen ofta kan se kamrater smita just de dagar som speciellt otrevliga uppgifter dyker upp.

Märk väl, att även om den optimala sjukpenningen måste minska exempelvis biträdenas inkomsttrygghet, så behöver det ändå inte endast missgynna dem. Det minskar inte deras förväntade inkomst, för den sänkta ersättningen vid sjukdom kompenseras av en höjning i arbetsinkomst. Sjukpenningavgiften i den optimala sjukpenningen är lägre för dem med trista jobb. Dessutom kommer säkert lönen att stiga då tryggheten faller, annars blir det ännu svårare för arbetsgivaren att få någon att utföra dessa jobb.<sup>18</sup> Ännu viktigare är det att den optimala differentieringen med avseende på tristessen styr strukturomvandlingen i riktning mot färre trista jobb, vilket ju gynnar främst dem som annars hade hamnat i dessa jobb.

Om denna differentiering ändå anses alltför orättvis kan de drabbade kompenseras med bättre sjukvård. Dessutom kan

tex förbättringar av arbetsmiljön och om skolning (dvs långsiktig arbetsrotation) subventioneras.

Denna diskussion kan belysa sjukpenningreformen 1987. Före reformen fanns ett antal självriskkomponenter, bl a ersattes inte insjuknandedagen, se *Bruk och missbruk* för detaljer. TCO-grupperna hade till stor del upphävt dessa självriskkomponenter genom avtalsenliga sjuklöner, medan LO-grupperna hade lyckats sämre med detta inom sina avtalsförsäkringar. Det hade avtalsvägen uppstått en lägre ersättningsnivå för många med tråkiga arbeten. Då ersättningen var oberoende av diagnos, betydde det också en lägre ersättning för diffusa sjukdomar.

Reformen 1987 upphävde denna skillnad i sjukpenning, och gjorde det även för diffusa sjukdomar. Detta kan tolkas på två sätt. Antingen som ett misstag som medförde en onödig ökning av lockelsen att simulera, eller att de skillnader i tristess som tidigare avtal på detta indirekta sätt hade beaktat var skenbara, dvs att det finns alltför många tjänstemän som tycker att deras arbeten är tråkiga, eller alltför många arbetare som tycker att deras arbeten är stimulerande. I så fall är inte fackförbundet tillräckligt nära relaterat till tristess, och reformen var helt rationell. Även om så vore, betyder det att skillnaderna i tristess inte alls kan observeras längre?

### **Den högre sjukpenningen för medicinskt väldokumenterade sjukdomar – genomförande och rättvisa**

Reformen 1991 gav ett högkostnadsskydd för dem med medicinskt väldokumenterade sjukdomar. Frånvaro på grund av dessa sjukdomar ersätts nämligen med 90 (i stället för 75) procent från första dagen.

<sup>18</sup> Alternativt kan arbetsgivaren gora jobben mindre trista.

Försäkringskassan bedömer inte bara om en sjukdom är medicinskt väldokumenterad, utan också om den kan förväntas ge fler än 10 sjukfall per år. Hittills har de flesta ansökningar om sådant högstkostnadsskydd passerat det första kriteriet, men stupat på det andra.

Den optimala sjukpenningen är, såsom beskrevs inledningsvis, högre för de sjukdomar som är medicinskt väldokumenterade. Detta skulle kunna åstadkommas genom en förändring av detta högstkostnadsskydd: sluta med att betinga högstkostnadsskyddet på antalet förväntade sjukfall, utan betala den högre ersättningen till alla som har medicinskt väldokumenterade sjukdomar.

Vissa sjukdomar är svårare för medmänniskorna att uppfatta än andra, vilket nödvändiggör en lägre ersättning vid exakt samma tillstånd i övrigt. Horisontell rättvisa (*horizontal equity*, se Atkinson & Stiglitz [1980]) tolkas: *Ersätt dem som är lika, lika*. Denna klassiska rättvisepincip måste vägas mot effektivitetsprincipen som den optimala sjukpenningen enligt Lantto [1991] följer: *Ersätt dem som inte kan observeras vara olika, lika*.

Denna avvägning genomförs genom att jämföra två försäkringar som båda maximerar förväntad nytta, men under olika restriktioner. Den första är den som redan har definierats, se s 136, den andra garanterar dessutom horisontell rättvisa:

*HR: Optimal sjukpenning maximerar den försäkrades förväntade nytta, utan att locka denne att simulera, utan att ge underskott i budgeten, och som ger alla sjukdomar oavsett kontrollerbarhet samma ersättning.*

Nu återstår att välja den försäkring som är bäst.<sup>19</sup> Vi konstaterade ovan, att om jobben är trista blir ersättningen låg för diffusa sjukdomar i försäkringen enligt Lantto [1991], även om inga skillnader i tristess kan observeras. Detsamma gäller i försäkringen enligt *HR*, men här blir er-

sättningen också låg för de medicinskt väldokumenterade sjukdomarna. Om dessutom andelen väldokumenterade sjukdomar är stor, kommer *HR* att ge många en låg ersättning endast på grund av rättvisekravet. Begrunda, som extremfall, det samhälle där den medicinska vetenskapen nästan nått sitt slutmål och alla sjukdomar utom en är medicinskt väldokumenterade och diagnosticerbara till en försvinnande låg kostnad. Då tvingar den kvarvarande diffusa sjukdomen, även om den har en sannolikhet nära noll, *HR* att ge en mycket låg sjukpenning till alla oberoende av sjukdom. Försäkringen enligt Lantto [1991] skulle i stället ge nästan alla en total trygghet, men vara orättvis mot en försvinnande liten grupp.

Utilitaristisk paradox: den optimala försäkringen enligt Lantto [1991] är rättvis enligt utilitarismen. Att maximera förväntad nytta är nämligen, i alla fall i detta sammanhang, ekvivalent med att maximera summan av individernas nytta, dvs med utilitarism.<sup>20</sup> Det är den ofullständiga informationen som leder till att denna utilitaristiskt rättvisa försäkring inte ger horisontell rättvisa. Vid perfekt information ger samma försäkring 100 procent ersättning; den ger sjuka och friska samma inkomst, se Lantto [1991, kap 3]. En utilitaristisk analys som utgår ifrån perfekt information blir vilseledande här.

## Slutsatser

Om de försäkrade inte simulerar oavsett hur generös försäkringen blir, bör självris-

<sup>19</sup> Detta program väl genomfört skulle nog kunna resultera i ett kapitel i en avhandling, liknande kapitel 4 i Lantto [1991]. Våra slutsatser skulle nog överleva en sådan behandling, men under några preciserade villkor.

<sup>20</sup> Det observerade Diamond och Mirrlees [1978, s 298]. Min avhandling består av ett antal generaliseringar av den artikeln, varför jag vet att observationen gäller också här.

ken och sjukkontrollen helt avvecklas. Vad som bör göras åt simuleringen beror, förutom på huruvida den förekommer, också på hur omfattande den är, och kunskaperna om det senare är förvisso mycket små, jfr kapitel 4 i Lantto [1991]. Men om tillräckligt många simulerar tillräckligt mycket, bör detta bekämpas med både sjukkontroll och självrisk. De faktiskt använda medlen är i så fall de optimala, även om samordningen är tveksam.

Scherman [1993, s 135] finner, efter en genomgång av det relativa sjukdomsbegreppet och fuskdebatten, att ett svårt val aktualiseras: incitament eller kontroll. I *Bruk och missbruk* fann vi att *både* självrisk och sjukkontrollen bör användas, och att de bör *samordnas* över sjukdomarnas kontrollerbarhet. En närmast trivial slutsats om kontrollen är nämligen att man inte bör försöka kontrollera det som inte kan kontrolleras. Det som inte kan kontrolleras kan man inte heller basera något system på. Här felar sjukpenningssystemet fortfarande, eftersom diffusa sjukdomar som ingen kan kontrollera ges samma ersättning som medicinskt väldokumenterade sjukdomar. I stället borde en lägre ersättning betalas vid diffusa sjukdomar och endast frånvaro kontrolleras. Det högkostnadsskydd som infördes 1991 visar vägen.

En slutsats angående självrisk är att karensdagen förmodligen inte bara gör de korta sjukfallen färre, utan också längre. Om de korta sjukfallen fortfarande kunde anses vara för många efter reformen 1991, borde hellre ersättningen ha sänkts också för resten av den första veckan, vilket skulle ha gett en bättre koordination av självrisk och sjukkontrollen över sjukfallslängden.

Möjligheterna är många, men egentligen borde inga nya reformer genomföras innan effekterna av de redan genomförda är analyserade, oavsett all information från såväl oraklet i Delfi som valutamarknaden! Om det ändå är nödvändigt att snabbt förstärka budgeten, är det för-

modligen bättre att tillfälligt höja tex momsens, än att varaktigt beskatta de sjuka med hjälp av sjukförsäkringen.

Vi har sett att den optimala sjukpenningen slår vakt om tryggheten och beivrar simuleringen. Den återupprättar också förtroendet för de sjuka då ingen längre frestas att ljuga om sin hälsa. Men den optimala sjukpenningen är tyvärr också dubbelt orättvis, och orättvis på mycket ömtåliga punkter! Den är orättvis mot de sjuka, speciellt mot dem med diffusa sjukdomar, och dem som har tråkiga jobb. Den optimala sjukpenningen för diffusa sjukdomar blir lägre än den för medicinskt väldokumenterade sjukdomar, och dessutom lägre ju tråkigare arbete den försäkrade har. Trots att orättvisorna är hårt hopvävda, tar vi först den mellan försäkrade med olika trista arbeten, och därefter den mellan försäkrade vilkas sjukdomar skiljer sig i kontrollerbarhet.

I den mån tristess i arbetet är kontrollerbart, insisterar den optimala sjukpenningen, även om differentiering över sjukdomarna inte tillåts, ändå på en orättvisa mot dem med trista arbeten. Även den enda sjukpenningen för alla sjukdomar skulle bli lägre för dem med trista jobb. Men även om tryggheten minskar för dem med trista jobb, så är det inte så att de entydigt missgynnas, tex ökar förmodligen deras förväntade inkomst.

Alla vet att livet är orättvist; vissa är sjuka, andra friska. Ännu orättvisare är det att vissa sjukdomar är svårare för medmänniskorna att uppfatta än andra. Om det är svårt att uppfatta en sjukdom blir det också svårare att tro dem som uppger sig ha den, eftersom svårigheten att uppfatta sjukdomen också skapar en möjlighet för andra att simulera den. Den optimala försäkringen kan därför endast kompensera de drabbade upp till en viss gräns. Passeras den gränsen lockas de försäkrade att simulera, och om tillräckligt många låter sig lockas faller samhället ihop. Och då försvinner alla möjligheter

att begränsa orättvisan.

De drabbade kan alltså endast kompenseras upp till en viss gräns, beroende på sjukdomens kontrollerbarhet. Men rättvisa kan uppnås genom att ingen kompenseras utöver en gemensam gräns, utan hänsyn till att de med medicinskt väldokumenterade sjukdomar skulle kunna få mer utan att simulering uppstår. Om vi alla älskar våra arbeten så uppstår ingen välfärdslust av detta. Om arbetena däremot är mycket tråkiga och de medicinskt väldokumenterade sjukdomarna många, kan förlusten i välfärdsnivå bli mycket stor (ersättningen vid sjukdom bli mycket låg), men den låga välfärd som uppstår blir rättvist fördelad.

Mina analyser, presenterade på detta sätt, kan lätt förväxlas med den reaktionära retoriken, se Hirschman [1991]. Skillnaden är dock att jag inte hävdar att alla åtgärder för att öka rättvisan är självförstörande, utan att vissa åtgärder är det om de drivs alltför långt. Till skillnad från sådan retorik hävdar jag också att rättvisans begränsningar är möjliga och intressanta objekt för ekonomisk analys, såväl teoretisk som empirisk. Dessa frågor är inte rent ideologiska eller politiska.

## Referenser

- Atkinson, A, & Stiglitz, J, [1980], *Lectures on Public Economics*. McGraw-Hill, London.
- Diamond, P A & Mirrlees, J A, [1978], "A Model of Social Insurance with Variable Retirement". *Journal of Public Economics*, vol 10, s 295–336.
- Hirschman, A O, [1991], *The Rhetoric of Reaction*. Harvard University Press.
- Henrekson, M, Lantto, K, & Persson, M, [1992], *Bruk och missbruk av sjukförsäringen*. SNS Förlag, Stockholm.
- Holmlund, B, [1991], "Absenteeism, Worker Compensation and the Financing of Health Insurance". Working Paper 1991:18. Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet.
- Inghe, G, [1972], "Fattig i storstad". I Holgersson (red), *Socialhjälp under debatt*. Tidens förlag, Stockholm.
- Karlsryd, E, [1992], "Lakarnas sjukskrivningsmönster – en enkät till sjukskrivande läkare". Försäkringskassan Stockholms län.
- Lantto, K, & Lindblom, E, [1987], "År arbetslösheten hälsosam?" *Ekonomisk Debatt*, årg 15, nr 4, s 333–336.
- Lantto, K, [1991], *Optimal Deterrents to Malingering*. Doktorsavhandling. Nationalekonomiska institutionen, Stockholms universitet.
- Lantto, K, Lidwall, U, & Örnhall, S, [1992], "Sjukfrånvaron, sjukpenningen och arbetsmarknaden – en analys av kvartalsdata på försäkringskassenivå". Stencil. Riksförsäkringsverket, Utredningsenheten.
- Scherman, K G, [1993], *En ny socialförsäkring*. Riksförsäkringsverket.
- SOU 1992:39, *Begreppet arbetsskada*.
- SOU 1993:16, *Nya villkor för ekonomi och politik*. Ekonomikommisionens förslag.