

*isf*

INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2015:4

Arbetsgivares  
medfinansieringsansvar  
i sjukförsäkringen

Hur påverkades varaktigheten i  
sjukskrivningen?

*isf*

Rapport 2015:4

# Arbetsgivares medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen

Hur påverkades varaktigheten i  
sjukskrivningen?

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2015

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: [registrator@inspsf.se](mailto:registrator@inspsf.se)

Rapporten kan laddas ner från

[www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

© Inspektionen för socialförsäkringen

Tryckt av Elanders Sverige AB

Stockholm 2015

ISBN 978-91-88098-03-0

# Innehåll

Generaldirektörens förord .....	5
Sammanfattning .....	7
Summary .....	9
Employer co-financing of the sickness insurance .....	9
1 Inledning .....	13
2 Tidigare studier .....	17
2.1 Studier av arbetsgivarincitament i sjukförsäkringen .....	17
2.2 Tidigare studier av medfinansieringsreformen .....	19
3 Reformens förväntade effekter .....	23
3.1 Förändrade arbetsgivarincitament för att motverka sjukskrivning .....	23
3.2 Arbetsgivarens möjligheter att påverka sjukfrånvaron .....	25
4 Empirisk metod, data och datadeskription .....	29
4.1 Empirisk metod .....	29
4.2 Data och beskrivande statistik .....	31
4.2.1 Datakälla, studiepopulation och skapade variabler .....	31
4.2.2 Beskrivning av sjukskrivningarnas varaktighet .....	32
5 Resultat .....	39
5.1 Avslut av sjukskrivning på heltid .....	39
5.2 Avslut av sjukskrivning på deltid .....	41
5.3 Årsspecifika avslut .....	43
5.4 Resultat för olika arbetstagare .....	47
6 Diskussion och slutsatser .....	51

Referenser ..... 55  
Bilaga A ..... 57  
Bilaga B..... 59  
Bilaga C..... 61

## Generaldirektörens förord

I många europeiska länder har arbetsgivaren ett finansiellt delansvar för sjukfrånvaron, vilket ska motivera arbetsgivarna att förebygga och motverka sjukfrånvaro. I Sverige betalar arbetsgivaren sedan 1992 den inledande perioden av en sjukskrivning genom sjuklönen, i dag i två veckor. År 2005 infördes det så kallade medfinansieringsansvaret för arbetsgivare, vilket innebär att arbetsgivaren betalade en särskild sjukförsäkringsavgift för de arbetstagare som fick sjukpenning på heltid.

Medfinansieringen motsvarade 15 procent av den anställdas sjukpenning under den tid som den anställda var sjukskriven på heltid. Undantag gjordes för de anställda som var sjukskrivna på deltid och för vissa andra grupper. Arbetsgivare slapp betala medfinansieringsavgift för den del av den sammanlagda avgiften som understeg 12 000 kr per år. Systemet upphörde kort efter regeringsskiftet 2006. Eftersom det var i kraft i knappt två år, kan den del av anpassningen som visar sig på lite längre sikt, till exempel arbete med att förebygga sjukskrivning, inte studeras.

I föreliggande rapport redovisas en analys av effekterna på sjukskrivningens längd av de förändrade incitamenten för arbetsgivarna. Analysen försvåras av att en jämförelsegrupp saknas och att flera andra politikförändringar genomfördes samtidigt. Som väntat under dessa förutsättningar verkar den ökade kostnaden för arbetsgivarna inte ha haft någon större synlig inverkan på sjukskrivningarnas längd. Dock förefaller reformen att som avsett ha ökat användningen av deltidssjukskrivning och av rehabiliteringspenning.

Orsaker till att reformen av allt att döma inte hade några större effekter kan vara att arbetsgivarnas kunskap om reformen var begränsad, att den inte gav arbetsgivarna tillräckligt starka drivkrafter att arbeta för att motverka sjukfrånvaro och att den var i kraft alltför kort tid. För att kunna registrera tydligare effekter skulle man behöva utforma systemet på ett annat sätt och låta reformen verka under längre tid.

Rapporten har skrivits av Tove Eliasson och Daniel Hallberg. Även Per Johansson och Pathric Hägglund har bidragit till rapporten.

Stockholm i maj 2015

*Per Molander*

# Sammanfattning

Hur kostnaderna för sjukförsäkringen ska fördelas mellan stat, arbetsgivare och försäkrade är ständigt en fråga för debatt. Sedan år 1992 betalar arbetsgivaren den initiala perioden i en sjukskrivning genom sjuklönen, vilket ska motivera arbetsgivarna att förebygga och motverka sjukfrånvaro. Det är inte unikt för Sverige med ett kostnadsansvar för arbetsgivaren, utan det förekommer i flertalet europeiska länder. Den 1 januari 2005 infördes det så kallade medfinansieringsansvaret för arbetsgivare, vilket innebar att arbetsgivaren betalade en särskild sjukförsäkringsavgift (medfinansiering) för de arbetstagare som fick sjukpenning på heltid. Medfinansieringsansvaret upphörde i praktiken den 31 oktober 2006.

Medfinansieringen motsvarade 15 procent av den anställdas sjukpenning under den tid som hen var sjukskriven på heltid. Arbetsgivaren behövde dock inte betala medfinansieringsavgiften om den anställda istället var sjukskriven på deltid, beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning, fick förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning eller sjukpenning för arbetsskada. Arbetsgivaren slapp betala medfinansieringsavgift för den del av den sammanlagda avgiften som understeg 12 000 kr per år.

Rapportens syfte är att analysera hur varaktigheten i påbörjade sjukskrivningar och avslut av dessa sjukskrivningar förändrades i samband med de ökade incitamenten för arbetsgivarna att motverka sjukfrånvaro som medfinansieringsreformen innebar. I analysen används registerdata över sjukskrivningar som har påbörjats under perioden 2002–2004.

Att analysera reformens direkta effekter på sjukfrånvaron är dock besvärligt eftersom en bra jämförelsegrupp saknas. Tidpunkten för reformen präglas också av ett flertal politikförändringar vilket försvårar möjligheten att särskilja effekten av reformen från effekten av andra förändringar inom socialförsäkringsområdet. Detta gör att



resultaten bör tolkas med försiktighet. Det går inte att utesluta att resultaten visar på förändringar som uppträder i samband med att reformen införs, snarare än på effekter av själva reformen.

En övergripande slutsats är att den ökade kostnaden för arbetsgivaren inte förefaller ha haft någon större inverkan på sjukskrivningarnas varaktighet. Resultaten antyder emellertid att reformen kan ha haft viss påverkan i form av ökade möjligheter för individen att få rehabilitering. Detta visar sig genom en ökad benägenhet att lämna sjukpenning på heltid för att i stället motta så kallad rehabiliteringspenning. Resultatet är i linje med reformens intentioner och är särskilt tydligt för grupper som mer sällan genomgår rehabilitering, exempelvis unga, äldre och anställda på arbetsplatser med högst 50 anställda. Därmed skulle resultatet kunna tolkas som att reformen bidrog till att utjämna användningen av rehabiliteringspenning mellan grupper.

Vidare visar resultaten att sjukskrivning på deltid i lägre utsträckning övergick till sjukskrivning på heltid efter reformens införande, i jämförelse med perioden före reformen. Även detta resultat går i förväntad riktning utifrån reformens konstruktion och är särskilt framträdande för kvinnor, de mellan 30 och 55 år, och anställda på stora arbetsplatser. Kvinnor och medelålders var redan innan reformen överrepresenterade bland deltidssjukskrivna, och det är sannolikt lättare att anpassa arbetsuppgifter till deltidsfrånvarande på stora arbetsplatser.

Studier från andra länder visar att arbetsgivare reagerar på ekonomiska incitament som är kopplade till sjukfrånvaro, men också att så inte alltid är fallet. Ett skäl till att medfinansieringsreformen av allt att döma inte har haft några betydande effekter skulle kunna vara att arbetsgivarnas kunskap om reformen har varit begränsad. Detta bekräftas av tidigare genomförda enkätstudier. En annan möjlig förklaring är att reformen inte gav arbetsgivarna tillräckligt starka drivkrafter att i högre utsträckning arbeta för att motverka sjukfrånvaro.

Studien begränsas av att medfinansieringen var i kraft i knappt två år, varför uppföljningshorisonten för potentiella effekter är kort. Det betyder att det inte går att studera den del av anpassningen som kan visa sig på lite längre sikt, som till exempel ett intensifierat arbete med att förebygga sjukskrivning.

# Summary

## Employer co-financing of the sickness insurance

The Swedish Social Insurance Inspectorate (Inspektionen för socialförsäkringen, ISF) is an independent supervisory agency for the Swedish social insurance system. The objectives of the agency are to strengthen compliance with legislation and other statutes, and to improve the efficiency of the social insurance system through system supervision and efficiency analysis and evaluation.

The ISF's work is mainly conducted on a project basis and is commissioned by the Government or initiated autonomously by the agency. This report has been initiated by the agency.

### *Background and objectives*

How the cost of sickness absences should be divided between the state, the employer and the insured has frequently been the subject of debate in Sweden. Several European countries have adopted systems in which employers are financially responsible for a part of the sickness insurance costs of their employees. Since 1992, employers in Sweden have been liable for the initial period of sick leave, usually two weeks, through so-called sick pay (*sjuklön*). The intention is that this should motivate employers to prevent sickness absenteeism among their employees. After the initial sick pay period, the state covers the cost of all sickness benefits. In January 2005, the system was reformed, and a so-called *employer co-financing scheme* (*Medfinansieringsreformen*) was introduced, which meant that the employer had to pay 15 percent of the sickness benefits for workers who received sickness benefits full time. The employer co-financing scheme was abolished in October 2006.

The intention of the employer co-financing scheme was to create economic incentives for employers to prevent and counteract long-term sick leave among their employees. The incentives were designed so that they would encourage the prevention of sickness absences, rehabilitation and other measures to facilitate the absentee's return to work, either on a full or part-time basis.

The co-financing represented 15 percent of the employee's sickness benefits during the time the employee was on sick leave full time. The employer did not pay the co-financing fee if the employee was instead on partial sick leave or was granted a disability pension, or received other forms of sickness benefits, e.g., rehabilitation benefits. There was also a floor below which employers were exempted from paying the co-financing fee (*fribelopp*), as well as a ceiling on the co-financing fee. The floor meant that many small firms did not pay any fees.

One effect of the reform could thus have been the return of employees on sick leave to work. Another effect could have been the replacement of full-time absences by part-time sick leave, since employers benefited from employees being on part-time, rather than full-time, sick leave.

However, with their increasing financial responsibility for the costs of sickness insurance, one side-effect might have been that employers became more selective in the hiring process in order to avoid potential future costs. Groups of workers with high expected rates of sick leave may thus have been disadvantaged in the labour market, as their job opportunities may have been worsened because of the co-financing fees. The reform may also have led employers to encourage the separation of employees who were on long-term sick leave, with the employees either applying for a disability pension or leaving the workplace.

#### *The aim of this study*

While relatively much is known concerning the economic incentives for workers regarding sickness insurance, there is little evidence regarding the impact of firm incentives. The purpose of this analysis is to investigate how the introduction of the employer co-financing scheme correlates with changes in the duration of sickness leave periods and the probabilities of transitions between full-time and part-

time sickness benefits, to other sickness-related benefits, and the return to work.

### *Method and data*

Survival analysis is used to study the duration of sick leave periods. We analyse sick leave periods starting between January 2002 and December 2004, i.e., during the years before the reform was introduced in January 2005. By studying sick leave periods starting in different years before the reform, and controlling for the starting date for each sick leave period, we can estimate the change in the duration and the transition rates that coincided with the introduction of the reform (1<sup>st</sup> of January 2005).

The identification of the effect of the reform is contingent on the assumption that the changes in the duration and transition probabilities at the turn of the reform year would have been the same as for the previous years, had the reform not come into place in January 2005.

The analysis uses longitudinal individual data on sick leave periods, rehabilitation benefits and disability pensions taken from administrative registers at the Social Insurance Agency. The data also include a wide range of demographic and socioeconomic background variables and information on the workplace (in November of each year), i.e., industry codes, sectors and the size of the workplaces. The analysis is restricted to individuals with gainful employment.

### *Findings and conclusions*

Our analysis does not indicate a general decrease in the duration of sickness benefit periods, which is why the reform can be said to have had a fairly limited impact on sickness leave duration in general. The study period was characterised by major policy changes, which makes it difficult to distinguish the possible effects of the co-financing reform from the potential effects of other changes in the social security policy which occurred simultaneously.

Nevertheless, despite these difficulties, our analysis reveals a greater propensity to transfer from full-time sickness benefits to rehabilitation benefits in connection with the reform. Therefore, one effect of the reform may have been a greater shift towards rehabilitation among those with ongoing periods of full-time sickness

benefits. This is an expected effect given the design of the reform, i.e., the incentives introduced by the co-financing reform were intended to act in this direction. The results show that this took place more often in groups which normally receive less rehabilitation efforts, such as those with, at most, a high school education, those under the age of 30 and over the age of 55, and for employees in workplaces with, at most, 50 employees. The reform may thus have contributed to a levelling of the use of rehabilitation between different groups.

However, notably, increased rehabilitation benefits cannot unambiguously be interpreted as an increase in the actual rehabilitation measures taken. The reason for this is that, before the reform, it was not always the case that those given rehabilitation measures were transferred to rehabilitation benefits from sickness benefits. As a consequence, part of the results may be explained by an increased tendency to register rehabilitation benefits for this group.

Our analysis also reveals that individuals on part-time sick leave moved to full-time sickness benefits to a lesser extent after the reform, compared to before. This is also in line with the incentives created by the co-financing reform. This result seems to apply mainly to women, those between age 30 and age 55 and employees in large workplaces, which are groups for whom either part-time sick leave was common even before the reform, or the adaptation of work tasks to part-time sick leave is easier.

International studies indicate that employers are likely to respond to economic incentives to discourage employees' sick leave. One reason for the limited effect of the employer co-financing reform in Sweden found in this analysis may be that the employers had relatively little knowledge about the reform. This is shown by earlier surveys conducted concerning the co-financing reform. But the limited effects may also be due to the relatively short follow-up period (the reform was abolished after almost two years). This means that the types of adjustment that could have materialised in the long run cannot be studied, such as potentially intensified efforts to prevent sickness absences.

The limited impact of the reform could also possibly be due to the fact that the reform, on its own, provided too little economic incentive for employers to take action to prevent sickness absenteeism, or that the incentives were improperly designed.

# 1 Inledning

Hur kostnaderna för sjukförsäkringen ska fördelas mellan stat, arbetsgivare och försäkrade är ständigt en fråga för debatt. I Sverige infördes år 1992 en sjuklöneperiod som innebar att arbetsgivaren betalar den initiala perioden i en sjukskrivning (i dag de första 14 dagarna), vilket ska motivera arbetsgivarna att arbeta för att förebygga och motverka sjukfrånvaro.<sup>1</sup> Det är inte unikt för Sverige med ett kostnadsansvar för arbetsgivaren, utan det förekommer i flertalet europeiska länder, till exempel Danmark, Finland, Nederländerna och Norge (ISF, 2011). Några länder, bland annat Finland och Nederländerna, har infört ett kostnadsansvar för arbetsgivaren som är beroende av tidigare förtidspensioneringar bland de anställda.

Tidigare studier har visat att nivån på sjukfrånvaron påverkas av en mängd faktorer, såsom till exempel designen av sjukförsäkrings-systemet, hälsa och sammansättning bland de försäkrade, arbetsmarknaden, arbetsmiljö, sociala normer, sjukvårdens organisering, och sjukförsäkringens samspel med andra socialförsäkringar (se ISF, 2012). Sjukfrånvaronivån har varierat mycket över tid. Mellan år 1998 och år 2002 ökade det så kallade sjuktalet<sup>2</sup> kraftigt för att därefter minska markant (se figur 1). Nedgången i sjuktalet sammanfaller med en kraftig ökning av inflödet till sjuk- eller aktivitetsersättningen (förtidspension). Efter år 2004 minskade nybeviljandet av sjuk- eller aktivitetsersättningen. Sedan år 2010 kan en ökning av sjuktalet observeras.<sup>3</sup>

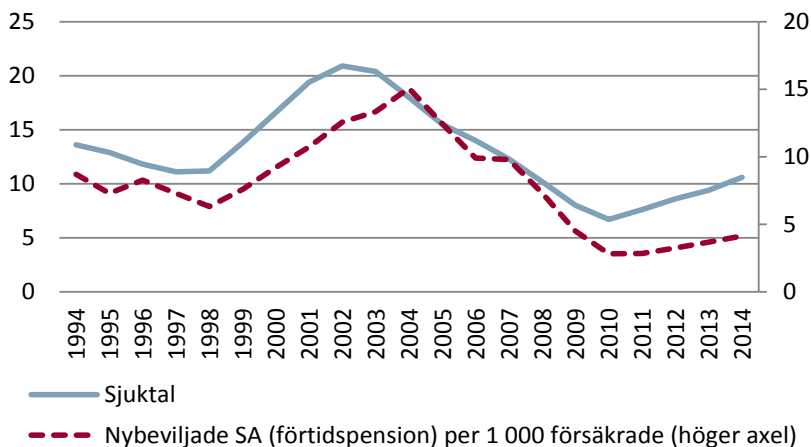
---

<sup>1</sup> Lagen (1991:1047) om sjuklön, prop. 1990/91:181.

<sup>2</sup> Sjuktalet bygger på antalet utbetalda dagar med sjukpenning. Se figur 1 för en definition.

<sup>3</sup> För en mer utförlig genomgång av sjukfrånvaron under perioden, se exempelvis Försäkringskassan (2014).

Figur 1. Sjuktalet och nybeviljade SA (förtidspension) per 1 000 försäkrade under år 1994–2014



Anm.: Till och med 1997 är sjuktalet antalet utbetalda dagar med sjukpenning per sjukpenning-försäkrad. Från och med 1998 är sjuktalet antalet utbetalda dagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64 år, exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension före år 2003). Sjuklön ingår inte. Bruttodagar. Till och med år 2002 återges inflödet till förtidspension. Från och med 2003 återges sjuk- eller aktivitetsersättning.  
 Källa: Försäkringskassan.

När sjuktalet ökade under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet uppkom återigen en diskussion om att öka de ekonomiska drivkrafterna för arbetsgivaren att förebygga och minska sjukfrånvaro bland de anställda. 1 januari 2005 infördes det så kallade medfinansieringsansvaret för arbetsgivare, vilket innebar att arbetsgivaren skulle betala en särskild sjukförsäkringsavgift (medfinansiering) för de arbetstagare som fick sjukpenning på heltid (fortsättningsvis *medfinansieringsreformen*).<sup>4</sup> Medfinansieringsansvaret gällde i praktiken till och med den 31 oktober 2006.<sup>5</sup>

Syftet med denna analys är att, med utgångspunkt i medfinansieringsreformen, undersöka hur förändrade ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren samvarierar med varaktigheten i påbörjade sjukskrivningar med sjukpenning på hel- och deltid, samt med övergången tillbaka till arbete, eller till sjukpenning med annan omfattning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

<sup>4</sup> SFS 2004:1237 och prop. 2004/05:21. Se även Ds 2004:16.

<sup>5</sup> Lagen (2004:1237) om särskild sjukförsäkringsavgift upphävdes vid utgången av år 2006. Särskild sjukförsäkringsavgift togs inte ut för sjukpenning som har utgetts till arbetstagare hos arbetsgivaren efter den 31 oktober 2006. SFS 2006:1428, prop. 2006/07:1, utgiftsområde 10, s. 55f.

Arbetsgivarnas medfinansiering motsvarade 15 procent av den anställdas sjukpenning under den tid som den anställda var sjukskriven på heltid. Under vissa förutsättningar behövde dock arbetsgivaren inte betala medfinansieringsavgiften. Det gällde till exempel om den anställda istället var sjukskriven på deltid eller beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning. Ytterligare undantag gällde om den anställda fick förebyggande sjukpenning eller rehabiliteringspenning, samt sjukpenning för arbetsskada. Vidare infördes ett fribelopp som innebar att arbetsgivare slapp betala medfinansieringsavgift om den understeg 12 000 kr per år och arbetsgivare.<sup>6</sup>

Intentionen med medfinansieringsreformen var att skapa ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att vidta åtgärder för att minska de långa sjukskrivningarna bland sina anställda. Drivkrafterna utformades så att de skulle stimulera till förebyggande insatser, rehabilitering och andra åtgärder för att underlätta för den sjukskrivne att komma tillbaka i arbete på hel- eller deltid. En effekt av reformen kan därmed ha varit en ökad återgång i arbete, eller att deltidssjukskrivningar ökade genom att det blev mer attraktivt för arbetsgivaren att de anställda var deltidssjukskrivna istället för heltidssjukskrivna.

En farhåga i samband med reformen var dock att den skulle leda till att arbetsgivarna blev mer selektiva vid personalrekryteringen för att på så sätt undvika potentiella framtida kostnader på grund av medfinansieringen (se till exempel Arbetsgivarverket, 2004). Grupper med en relativt sett större förväntad sjukskrivning kan därigenom ha missgynnats på arbetsmarknaden, antingen genom att de fick ett sämre läge som arbetssökande eller genom att de blev mindre rörliga på arbetsmarknaden. Reformen kan även ha lett till att arbetsgivare har uppmuntrat anställda som var långtidssjukskrivna med sjukpenning på heltid att ansöka om sjukersättning eller lämna arbetsplatsen.

I samband med att medfinansieringsreformen infördes förkortades sjuklöneperioden från tre till två veckor.<sup>7</sup> Förkortningen innebar att de förväntade initiala kostnaderna för en sjukskrivning minskade. Därmed fick arbetsgivare lägre ekonomiska incitament att begränsa de korta sjukskrivningarna. En förkortad sjuklöneperiod kan dock även påverka incitamenten att främja återgången i arbete för långtidssjukskrivna eftersom kostnaden för ett potentiellt återinsjuknande blir mindre för arbetsgivaren.

---

<sup>6</sup> Se bilaga A för detaljer kring andra förändringar som genomfördes samtidigt som medfinansieringsreformen.

<sup>7</sup> Den tredje sjuklöneveckan infördes den 1 juli 2003.



Medan kunskaperna kring effekterna av förändringar i individens drivkrafter för sjukskrivning är relativt väl undersökta och forskningen omfattande, är effekten av arbetsgivarens drivkrafter för att påverka och förebygga sjukskrivning däremot förhållandevis lite undersökt. Utifrån tidigare studier av medfinansieringsreformen är det oklart i vilken utsträckning arbetsgivarna faktiskt agerade för att minimera kostnaderna i enlighet med den incitamentsstruktur som medfinansieringsreformen avsåg att innebära (studierna återges i kapitel 2).

I denna rapport analyseras registerdata över sjukskrivningar som påbörjades under perioden 2002–2004 i syfte att undersöka i vilken utsträckning sjukskrivningarna har avslutats annorlunda i och med reformen. I analysen studeras varaktigheten i pågående sjukskrivningar med sjukpenning på dels heltid, dels deltid, samt övergångar till sjukpenning i annan omfattning eller till rehabiliteringspenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning. I analysen avser sjukskrivning den period då individen får ersättning i form av sjukpenning.<sup>8</sup>

Rapporten är upplagd på följande vis. I kapitel 2 sammanfattas studier av arbetsgivarens drivkrafter för att påverka sjukskrivning, samt de studier som har gjorts av medfinansieringsreformen i Sverige. Kapitel 3 presenterar en teoretisk diskussion om de incitament som reformen ger upphov till, samt en diskussion om arbetsgivarnas möjligheter att påverka sjukfrånvaron hos de anställda. Kapitel 4 presenterar analysmetod, dataunderlag och en deskription för den population som studeras. I kapitel 5 presenteras resultaten från den empiriska analysen. Rapporten avslutas i kapitel 6 med diskussion och slutsatser.

---

<sup>8</sup> Analysen avser perioden från och med sjukfrånvaroperiodens 22:a dag för att undvika att sjuklöneperioden påverkar resultaten.

## 2 Tidigare studier

I kapitlet ges en kort sammanfattning av både svensk och internationell forskning på området samt utredningar som tidigare har belyst arbetsgivarnas medfinansiering av sjukförsäkringen.

### 2.1 Studier av arbetsgivarincitament i sjukförsäkringen

Det finns förhållandevis lite studier av arbetsgivarens incitament för att påverka arbetstagarnas sjukskrivning. De internationella studier som finns visar dock att det oftast finns en koppling mellan ekonomiska incitament för arbetsgivare och sjukskrivning för arbetstagare (Fevang m.fl., 2014; Westergård-Nielsen och Pertold, 2012; Böheim och Leoni, 2011; Korkeamäki och Kyyrä, 2012; Koning, 2005; Kyyrä och Tuomala, 2013).

Fevang m.fl. (2014) studerar arbetsgivares beteende vid en reform i Norge när man undantog arbetsgivarens betalningsansvar för den initiala sjuklöneperioden i en sjukskrivning, om sjukskrivningen gällde graviditetsrelaterade besvär. Studien finner att förändringen i ekonomiska incitament för arbetsgivaren påverkade sjukskrivningarna. De visar att reformen ökade sannolikheten att påbörja en sjukskrivning för den undantagna gruppen med ungefär 5 procent. Samtidigt minskade sannolikheten för samma grupp att återkomma i arbete efter en kort sjukskrivning med ungefär 4 procent. Fevang m.fl. (2014) finner vidare att övergången från utbildning till anställning för unga kvinnor ökade. Riskgruppen för sjukskrivning på grund av graviditetsrelaterade besvär blev alltså mer anställningsbar. Därmed indikerar studien att det finns en avvägning mellan ökade arbetsgivarincitament för sjukskrivning och anställningsbarheten för en grupp med en förhållandevis högre förväntad sjukfrånvaro.

I Danmark betalar arbetsgivaren, precis som i Norge och Sverige, de första två veckorna i en sjukskrivningsperiod i form av sjuklön. Små arbetsgivare har möjlighet att försäkra sig mot risken att få betala sjuklönen genom att teckna en allmän försäkring. Försäkrade arbetsgivare slipper en del av sjuklönen som istället övertas av staten. Westergård-Nielsen och Pertold (2012) undersöker sambandet mellan att teckna en sådan försäkring och sjukskrivningsnivån på företaget. Med en analys som tar hänsyn till att valet att teckna försäkring kan vara relaterat till förväntade sjukskrivningar finner studien ett högt antal startade sjukfall för arbetstagare hos försäkrade arbetsgivare, medan arbetstagare hos oförsäkrade arbetsgivare har färre men mycket längre sjukskrivningar.

Böheim och Leoni (2011) studerar hur sjukskrivningar i Österrike påverkades av att tidigare ersättningar till arbetsgivare för sjukfrånvarokostnader avskaffades. Den tidigare ersättningen var beroende av företagets storlek och gällde enbart för arbetare, vilket innebar att den förändrade arbetsgivarkostnaden för sjukskrivningarna skiljde sig åt mellan arbetare och tjänstemän, samt mellan företag av olika storlek. Detta utnyttjar artikelförfattarna till att studera effekten av arbetsgivarkostnaden på sjukskrivningarna. Resultaten visar att sjukskrivningarna både minskade i antal och i längd när ersättningarna avskaffades, vilket är i linje med förväntningarna om hur arbetsgivarna reagerar på den ökade kostnaden för sjukskrivningar. Författarna till studien tolkar resultaten som att arbetsgivarna har fått större incitament till att övervaka sjukskrivningsbeteenden och begära in läkarintyg för sjukskrivningar.

Flera studier analyserar hur inträde till förtidspension påverkas av arbetsgivarens kostnader för detta. I Finland betalar arbetsgivarna en andel av kostnaderna för arbetstagarens förtidspension (Korkeamäki och Kyyrä, 2012). Kostnadsandelen är en funktion av företagets storlek, men kostnaderna har också förändrats över tiden. Korkeamäki och Kyyrä (2012) kan på så sätt studera effekterna av kostnaden för förtidspension. Studien visar att om arbetsgivaren får högre kostnader för att förtidspensionera leder det till att inträdet till förtidspension minskar.

En annan studie har också studerat inträdet till förtidspension i Finland. Studien använder en period som inkluderar att systemet har förändrats och arbetsgivarens kostnad för förtidspensionering har blivit närmare knuten till dess historiska grad av förtidspensionering (eng. *experience rating*). Den här studien kan inte påvisa några

effekter på inträdet till förtidspension av de erfarenhetsbaserade kostnaderna (Kyyrä och Tuomala, 2013). Författarna menar att frånvaron av beteendeeffekter kan bero på komplexiteten i systemet eller att arbetsgivarna inte var medvetna om den incitamentsstruktur som systemet skapade.

Hakola och Uusitalo (2005) visar genom ett så kallat naturligt experiment i Finland att tidig pensionering bland äldre reduceras genom kostnadssystem som grundas på arbetsgivarens historiska användning av tidig pensionering som en utträdesväg för äldre. Koning (2005) studerar det holländska systemet som även det har premier för förtidspension som delvis baseras på det historiska beteendet hos arbetsgivaren. Koning finner att förebyggande åtgärder ökar i respons till ökade premiekostnader.

Sammantaget visar de här studierna att sjukskrivningar kan påverkas av arbetsgivarnas kostnader för dem, även om en studie inte hittar belägg för detta. Som redan har diskuterats kan kostnaderna även ha effekter utöver den på sjukskrivningarna, såsom förändrade arbetsmarknadsmöjligheter för individer med sjukfrånvarohistorik.

Eriksson m.fl. (2012) studerar svenska arbetsgivares rekryteringsbeteende genom ett hypotetiskt valexperiment (eng. *stated choice experiment*). Resultaten visar att arbetsgivare väljer bort sökande som har en historik av sjukfrånvaro. De finner också att en ökning av arbetsgivarnas kostnad för osäkerhet i anställningsprocessen – genom ett ökat medfinansieringsansvar i sjukförsäkringen – riskerar att leda till att färre personer anställs, men att det inte påverkar graden av diskriminering.

Arbetsgivarincitament i sjukförsäkringen kan även ha indirekta effekter genom att påverka lönebildningen. Vikström (2009) undersöker om arbetsgivaransvaret som infördes i den svenska sjukförsäkringen i och med införandet av sjuklönen år 1992 hade en sådan påverkan, men finner inga sådana effekter.

## 2.2 Tidigare studier av medfinansieringsreformen

Försäkringskassan samlade in data kring medfinansieringsreformen under år 2005 och redovisar i Försäkringskassan (2006) arbetsgivarnas inställning till reformen. Rapporten visar att många mindre arbetsgivare hamnar under fribeloppet och att andelen arbetsgivare som betalade medfinansiering ökar med storleken på arbetsgivarna.

Bland arbetsgivare med 10–19 respektive 20–49 anställda var det 13 procent respektive drygt 30 procent som betalade medfinansieringsavgift. Bland arbetsgivare med 200 anställda eller fler var det 100 procent som betalade medfinansieringsavgift under år 2005. Rapporten visar vidare att den sammanlagda inbetalda medfinansieringsavgiften understeg sänkningen av arbetsgivaravgiften som infördes i och med reformen. Som kollektiv tjänade alltså arbetsgivarna på reformen.

Via en enkät till arbetsgivare visar rapporten att det framför allt är större arbetsgivare som känner till reformen. I genomsnitt var det 63 procent som uppgav att de känner till reformen. Av dem som kände till reformen uppgav 42 procent att de redan hade eller skulle skärpa rutinerna vid nyanställningar, vilket kan indikera att det blir en ökad selektering på arbetsmarknaden när det gäller hälsotillstånd. Av dem som har kännedom om reformen anger 14 procent att de på grund av medfinansieringen i stor utsträckning har sagt upp eller kommer att säga upp anställda som är långtidssjukskrivna. Det är till större del de små och de allra största arbetsgivarna som uppger det. Rapporten har dock inte undersökt arbetsgivarnas faktiska beteende i detta avseende.

Bland de arbetsgivare som känner till reformen uppger 23 procent respektive 12 procent att de kommer att se över sitt arbetsmiljö- respektive rehabiliteringsarbete. Samtidigt visar rapporten, via enkätsvar, att det är en förhållandevis låg andel av arbetsgivarna som vidtar rehabiliterande åtgärder, men att andelen är avsevärt högre 2005 i jämförelse med 2002. Bland heltidssjukskrivna 60 dagar eller längre uppger 36 procent att arbetsgivaren har vidtagit åtgärder för att underlätta återgång till arbete. Motsvarande andel bland deltidssjukskrivna är 32 procent. Rapporten uppger vidare att det sker en tydlig selektion av vilka sjukskrivna som erhåller rehabiliterande åtgärder från arbetsgivaren. Det är framför allt de mellan 30 och 54 år, högutbildade, personer med en diagnos för psykiska besvär och anställda på stora arbetsplatser som erhåller rehabiliterande åtgärder.

Handelshögskolan i Göteborg har utfört en enkät och ett antal fallstudier av arbetsgivare i samband med medfinansieringsreformen (Trägårdh m.fl., 2008). Rapporten visar att arbetsgivarna har bristfällig kunskap om de kostnader organisationen har haft i samband med reformen. Den visar även att arbetsgivarna i relativt liten utsträckning har påverkats av medfinansieringsreformen när det gäller hur de arbetar med förebyggande åtgärder, medan reformen i något

större utsträckning har påverkat hur de arbetar med återgång till arbete. Större arbetsgivare anser sig ha påverkats mer av reformen än de mindre arbetsgivarna.

Även Trägårdh m.fl. (2008) visar tydliga tecken på att arbetsgivarna har relativt dålig kunskap om sjukfrånvaron på arbetsplatsen. I enkäten kunde inte en majoritet av arbetsgivarna (främst de största) ange hur stor andel av sjukskrivningsdagarna under 2005 som var deltidssjukskrivning. De större företagen nämner ändå att de bedömer att dagarna med deltidssjukskrivning har ökat. Bland de mindre företagen är det också en stor andel som inte kan ange någon nivå på den inbetalda medfinansieringsavgiften.

Små arbetsgivare uppger i 12 procent av fallen att de anställer färre personer på grund av reformen. Större organisationer uppger däremot att de har ökat uppsägningarna. Men man har även (främst stora arbetsgivare) ökat insatserna för att hålla kontakt med de sjukskrivna och medverka till deltidssjukskrivning. Arbetsgivarna anger att de främsta drivkrafterna för att arbeta med ohälsan på arbetsplatsen är att komma tillrätta med störningar och att minska kostnaderna i verksamheten.

Vidare tyder fallstudierna på att arbetsgivarna menar att de antingen redan har ett strukturerat arbetsmiljöarbete eller att de saknar möjligheter att påverka arbetstagarnas sjukfrånvaro. Generellt sett verkar inte arbetsgivarna i fallstudierna anse att medfinansieringsreformen har varit en avgörande faktor som i någon större grad har påverkat hur de arbetar förebyggande och med rehabilitering.



## 3 Reformens förväntade effekter

Kapitlet redogör för medfinansieringsreformens teoretiska effekter. Vilka effekter reformen får bestäms av de incitament som reformen innebär för arbetsgivaren, samt arbetsgivarens vilja och möjlighet att agera på dessa incitament för att påverka arbetstagarnas sjukskrivning.

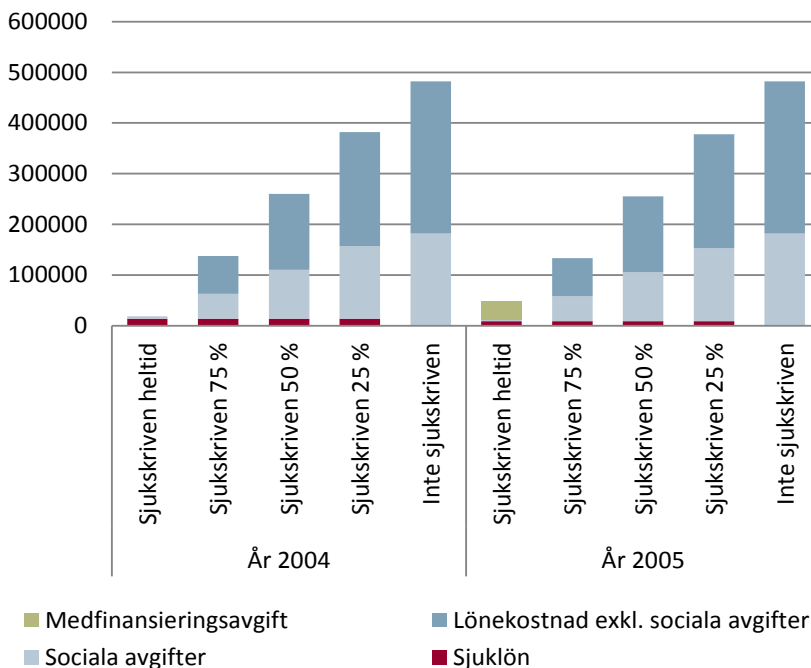
### 3.1 Förändrade arbetsgivarincitament för att motverka sjukskrivning

Sjuklöneperioden samt de direkta kostnaderna i termer av administration, produktionsavbrott och så vidare borde fungera som incitament för arbetsgivarna att arbeta förebyggande med arbetsmiljön och med friskvårdsarbete. Innan medfinansieringsreformen infördes hade arbetsgivaren, efter den initiala sjuklöneperioden, ingen kostnad för sjukskrivning annat än de direkta kostnaderna i termer av produktionsomställning och liknande. När organisationen hade anpassat sig till frånvaron, och potentiellt skolat in en ersättare, kan incitamenten ha varit små för arbetsgivaren att verka för återgång i arbete (Ds 2004:16). Det innebar att före reformen kunde arbetstagare vara långvarigt frånvarande utan att arbetsgivaren behövde uppleva detta som ett problem. I och med reformen behövde arbetsgivaren alltså även förhålla sig till långvariga sjukskrivningar, vilket kan ha ökat incitamenten för åtgärder som främjar återgång i arbete.

För att underlätta förståelsen av den incitamentsstruktur som reformen innebar ges i figur 2 en schematisk skiss över de kostnader som möter arbetsgivaren i samband med arbetstagarens sjukskrivning, samt hur dessa kostnader förändras i samband med medfinansieringsreformen. Jämförelsen är förenklad och tar bara hänsyn till direkta kostnader. Beräkningen bortser alltså från eventuella övriga kostnader som uppstår vid sjukskrivning.



Figur 2. Arbetsgivarens helårskostnad i kronor för en anställd som antingen är sjukskriven på heltid, på deltid eller inte sjukskriven



Anm.: ISF:s beräkningar. Avser lön, sjuklön, sociala avgifter och medfinansieringsavgift. Exemplet avser en månadslön på 25 000 kr och sociala avgifter (lagstadgade arbetsgivaravgifter samt avtalsförsäkringar) på 36,58 procent under 7,5 prisbasbelopp och 62,83 procent över 7,5 prisbasbelopp (källa: ekonomifakta.se). Prisbasbelopp för år 2004 används (39 400 kr). Arbetsgivarens totala medfinansieringsavgift antas vara så hög att fribeloppet inte påverkar beräkningen.

Kostnaden för att ha en arbetstagare sjukskriven på heltid år 2004 (innan reformen hade införts) består av kostnaderna av en tre veckor lång sjuklöneperiod och sociala avgifter. Under år 2005 består kostnaden istället av en kortare sjuklöneperiod på två veckor, sociala avgifter och medfinansieringsavgiften. Även om sjuklöneperioden är kortare år 2005, framgår det i figur 2 att den totala kostnaden för en arbetstagare som är sjukskriven på heltid år 2005 är högre än för samma arbetstagare och samma beteende år 2004. Om arbetstagaren istället är partiellt sjukskriven eller inte alls sjukskriven är kostnaderna ungefär lika stora de båda åren, eller något lägre år 2005 (på grund av den kortare sjuklöneperioden). Det innebär att reformen ökar arbetsgivarens incitament för att få tillbaka arbetstagaren i

arbete, antingen helt eller på deltid. Men arbetsgivaren har heller inget betalningsansvar för sjuk- och aktivitetsersättningen och därmed skulle ökande kostnader för sjukpenning på heltid även kunna ge incitament till att verka för en övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning för den sjukskrivne.

Kvalitativa studier av arbetstagares och arbetsgivares syn på rehabilitering och återgång i arbete visar att arbetsgivarens inställning till rehabilitering skiljer sig markant beroende på vilken roll den sjukskrivne har på arbetsplatsen (Seing m.fl., 2014a; 2014b). I de fall den sjukskrivne innehar en nyckelkompetens för arbetsplatsen är arbetsgivarens kompromissvilja kring rehabiliteringen stor. Om den sjukskrivne däremot arbetar i ett låglöneyrke eller är förhållandevis lätt att ersätta i produktionen tar arbetsgivarna oftare upp de svårigheter som finns med att anpassa arbetsplatsen för arbetstagarens behov inom ramarna för den rådande budgeten (Seing m.fl., 2014a; 2014b).

Arbetsgivarnas olika inställning till rehabiliteringsinsatser beroende på den sjukskrivnes roll på företaget indikerar att incitamentsstrukturen kan ha fungerat på olika sätt för olika grupper av arbetstagare. I de fall då både arbetsgivaren och arbetstagaren vill att arbetstagaren ska återkomma i arbete på heltid eller deltid, kommer arbetsgivarens ökande kostnader som uppstår i och med medfinansieringen att ytterligare förstärka de incitament arbetsgivaren har för att främja återgång i arbete. Här är det rimligt att tänka sig att arbetsgivarna arbetar för ökad partiell sjukskrivning istället för hel. I de fall då arbetsgivaren istället uppfattar en arbetstagares återgång i arbete som en påfrestning på en redan ansträngd ekonomisk situation är det möjligt att incitamenten snarare innebär en ökad vilja att främja övergång till sjukersättning eller en separation från arbetsplatsen.

### 3.2 Arbetsgivarens möjligheter att påverka sjukfrånvaron

Medfinansieringsreformen motiverades utifrån att arbetsplatsen förmodligen har en central betydelse för arbetet med att minska de långa sjukskrivningarna och att arbetsgivaren i allmänhet har god kunskap om sina anställda och kännedom om vad som kan underlätta för den sjukskrivne att börja arbeta igen (Ds 2004:16). Men för att en arbetsgivare ska kunna reagera på de ekonomiska incitamenten som reformen innebär måste denne ha en reell möjlighet att påverka inflödet till, och längden på, arbetstagarnas sjukskrivningar. Det kan ske på ett

antal olika sätt. Arbetsgivaren har möjlighet att påverka arbetsmiljön och arbetets ramar och därmed förebygga, samt förkorta, sjukskrivningar (SOU 2009:47; ISF, 2012). Arbetsgivare kan också underlätta tillbakagång i arbete genom att erbjuda rehabiliteringsinsatser och anpassningar av arbetsplatsen. Forskningen ger generellt ett svagt stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering underlättar återgång i arbete. Det finns dock ett visst stöd för att arbetsplatsnära rehabiliteringsinsatser kan ha en positiv effekt på återgång i arbete, men det finns få studier med ett tillräckligt antal observationer för att nå statistiskt säkerställda resultat (ISF, 2011).

Avstämningsmöten infördes i juli 2003 och är möten då Försäkringskassans handläggare träffar läkare, sjukskrivna och arbetsgivare för att tillsammans utverka en rehabiliteringsplan för att få den sjukskrivne tillbaka i arbete. En kvalitativ studie av nio avstämningsmöten under 2007–2008 visar att arbetsgivarna kan påverka individens återgång i arbete genom att framhålla antingen möjligheter eller svårigheter som är förknippade med arbetstagarens återgång (Seing m.fl., 2012). Studien visar att arbetsgivarnas inställning ofta får stor betydelse för bedömningen av möjligheten till återgång i arbete.

En arbetsgivare kan möjligen också påverka arbetsplatsens genomsnittliga antal sjukskrivningsdagar genom att förändra den grupp som är anställd på arbetsplatsen. Det skulle i så fall ske genom ett selektivt anställnings- och uppsägningsförfarande. Men anställda kan inte sägas upp på grund av sjukdom om inte arbetsgivaren först har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.<sup>9</sup> Trots det fanns det i samband med reformens införande farhågor om att arbetsgivare, i och med reformens incitamentsstruktur, skulle säga upp långtidssjukskrivna. Även enkätsvaren från de tidigare diskuterade studierna av reformen indikerar att arbetsgivarna såg det som ett alternativ. I de fall då arbetstagaren har en visstidsanställning är det möjligt för arbetsgivaren att inte förlänga anställningen för att på så sätt minimera kostnaderna för sjukfrånvarande personal. Hägglund och Jansson (2007) visar dock att få sjukskrivna anställda går från sjukskrivning till arbetslöshet. På grund av begränsningar i data har studien dock inte studerat visstidsanställda och tillsvidareanställda separat.

---

<sup>9</sup> Rehabiliteringsansvaret innefattar att anpassa arbetsuppgifter och arbetsplatsen för att underlätta en återgång i arbete. Om arbetsgivaren inte har fullgjort dessa skyldigheter enligt arbetsmiljölagen och socialförsäkringsbalken föreligger inte en saklig grund för uppsägning.

På kort sikt är det rimligt att den främsta anpassningen till följd av medfinansieringen sker genom övergångar från heltidssjukskrivning till partiell sjukskrivning, samt till arbetsplatsbaserad rehabilitering. Anpassningen skulle också kunna ske genom en ökad övergång till sjukersättning. Det är emellertid inte självklart hur arbetsgivaren kan påverka detta. Ytterligare en möjlig anpassning kan vara att en partiell sjukskrivning förlängs istället för att övergå till heltidssjukskrivning. På längre sikt är det vidare sannolikt att ett potentiellt ökat förebyggande arbete får effekter. Detta är dock svårt att mäta med en relativt kort uppföljningsperiod.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Vidare kan reformen leda till att fler sjukskrivningar startas som deltidssjukskrivningar. Detta utfall studeras dock inte i den här rapporten.



## 4 Empirisk metod, data och datadeskription

I kapitlet beskrivs empirisk metod, data och studiepopulation.

### 4.1 Empirisk metod

En potentiell effekt av medfinansieringsreformen är att långa sjukskrivningar med sjukpenning på heltid avslutas tidigare eller övergår till sjukpenning på deltid i ökad utsträckning (se kapitel 3). Andra potentiella effekter är att rehabilitering sätts in tidigare för att på så sätt öka återgången till arbete, eller att sjukskrivningen övergår i sjuk- eller aktivitetsersättning i ökad utsträckning. Ytterligare en potentiell effekt kan röra en minskad övergång från sjukpenning på deltid till sjukpenning på heltid och att tiden med sjukpenning på deltid därmed blir längre.

Analysens syfte är därför att undersöka hur pågående sjukskrivningsperioder utvecklas, det vill säga hur länge de pågår samt hur de avslutas. Huvudfrågeställningen är i vilken utsträckning sjukskrivningar har avslutats annorlunda i och med reformen.<sup>11</sup>

I analysen studeras därför varaktigheten av pågående sjukskrivningar med olika avslut (till exempel avslut till rehabiliteringspenning eller övergång till sjukpenning med annan omfattning).

Reformen innebar att sjukpenningdagar på heltid medförde en kostnad för arbetsgivaren från och med den 1 januari 2005. Genom att studera sjukskrivningsperioder som startade vid olika tidpunkter

---

<sup>11</sup> På metodologiska grunder studeras inte förekomsten av sjukfrånvaro. Den tydliga trenden i förekomsten av sjukfrånvaro (sjuktalet) under den period då reformen infördes (se figur 1) gör att det inte har varit möjligt att undersöka påverkan på förekomsten av sjukfrånvaro på ett tillförlitligt sätt. Inte heller personalrekrytering eller personalavgångar har varit möjligt att studera på ett tillförlitligt sätt.

innan reformen infördes samt kontrollera för startdatum för sjukskrivningen, går det att studera förändringar av pågående sjukskrivningar i samband med reformen genom så kallad överlevnadsanalys. På så sätt undersöks om det faktum att sjukskrivningen passerade den 1 januari 2005 påverkade sjukskrivningens varaktighet och avslutsorsak.

För att ta hänsyn till att det kan finnas säsongsmönster i avslutsrisk vid ett årsskifte, tas sjukskrivningar som startade upp till tre år före reformen med i analysen.<sup>12</sup> Det betyder i praktiken att skattningen relaterar avslutsrisken av att sjukskrivningen passerar årsskiftet 2004/2005 till den avslutsrisk som potentiellt uppstår av att sjukskrivningen passerar tidigare årsskiften.<sup>13</sup>

Modellantagandet som analysen bygger på är att avslutsrisken av att passera reformtidpunkten skulle ha varit liknande som vid tidigare årsskiften, i frånvaro av reformen. Detta är ett antagande som inte går att testa i formell mening. Däremot går det till viss del att undersöka om antagandet verkar rimligt genom att studera förändringar i avslutsrisken vid tidigare årsskiften, det vill säga före årsskiftet 2004/2005 (reformtidpunkten). Av detta går det dock inte att entydigt sluta sig till om modellantagandet verkar rimligt eftersom perioden före reformen präglas av tydliga politikförändringar som potentiellt också kan ha påverkat varaktigheten i sjukpenning. Trots dessa tillkortakommanden kan dock en sådan analys ge en indikation på i vilken utsträckning den grundläggande modellen faktiskt fångar förändringar till följd av reformen.

Sjukskrivning definieras här som den period då individen får ersättning i form av sjukpenning från Försäkringskassan. Genomgående delas analyserna upp på om sjukskrivningen har startat med sjukpenning på hel- eller deltid. Vidare studeras bara sjukfrånvaroperioder som är längre än tre veckor för att på så sätt undvika att den förändrade sjuklöneperioden påverkar resultaten.

---

<sup>12</sup> Begreppet *avslutsrisk* används här eftersom det är etablerat språkbruk inom denna typ av analys.

<sup>13</sup> Se bilaga B för en närmare beskrivning av metoden.

## 4.2 Data och beskrivande statistik

### 4.2.1 Datakälla, studiepopulation och skapade variabler

Till den empiriska analysen används Försäkringskassans databas Midas som innehåller longitudinell individinformation för alla som är försäkrade inom socialförsäkringssystemet. I databasen ingår uppgifter om sjukpenning och närliggande förmåner såsom bland annat rehabiliteringspenning<sup>14</sup>, sjuk- och aktivitetsersättning, samt en rad demografiska och socioekonomiska variabler.

Till dessa individdata matchas arbetsplatsinformation om det arbetsställe som individen arbetade på (i november varje år). På så sätt går det att kontrollera för arbetsplatsfaktorer så som bransch, sektor och arbetsplatsens storlek i analysen.<sup>15</sup>

För analysen används de sjukskrivningar som startade från och med januari 2002 till december 2004. Utfallet är dels sjukskrivningsperiodens varaktighet, dels formen för sjukskrivningens avslut, det vill säga om avslutet sker genom återgång till arbete<sup>16</sup> eller genom en övergång till sjukpenning i ändrad omfattning, rehabiliteringspenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning. En uppdelning görs på om sjukskrivningen startade på hel- eller deltid.

En sjukskrivning beräknas som påbörjad den fjärde veckan i en sjukfrånvaroperiod om den försäkrade inte har fått någon annan förmån (inom sjukförsäkringen) under någon av de föregående tre veckorna.<sup>17</sup> Sjukskrivningen definieras som avslutad när individen, åtminstone två veckor i följd, inte får ersättning i den förmån eller omfattning som hen fick vid sjukskrivningens start. En individ definieras som sjukskriven på heltid respektive deltid om hen mottar sjukpen-

---

<sup>14</sup> Den här kategorin innehåller ersättningarna förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukpenning vid arbetsskada. Dessa ersättningar var arbetsgivaren inte medfinansieringsskyldig till (Ds 2004:16).

<sup>15</sup> Reformen riktade sig till arbetsgivare (organisationer) och stora arbetsgivare kan ha verksamhet på ett antal olika arbetsställen (arbetsplatser). Analysen har dock inte tillgång till information om arbetsgivaren (organisationen).

<sup>16</sup> Information angående arbetsmarknadsstatus är tillgänglig endast en gång per år (i november). Det är därför inte möjligt att särskilja vad individen gör i direkt anslutning till att hen lämnar sjukförsäkringen. Även de som avslutar en sjukskrivning genom övergång till föräldrapenning eller ålderspension fångas upp i det här avslutet.

<sup>17</sup> De tre första veckorna studeras inte på grund av sjuklöneperioden som varierade mellan två och tre veckor under studieperioden. Det betyder alltså att den första veckan som studeras är den andra eller första veckan med sjukpenning, beroende på om sjukskrivningen startade före eller efter juli 2003.



ning på hel- respektive deltid och inte samtidigt får sjuk- eller aktivitetsersättning på minst deltid. Deltidssjukskrivning avser partiell sjukskrivning på högst  $\frac{3}{4}$ -nivå.

Då reformen riktar sig till arbetsgivare begränsas studien till de individer som kan kopplas till ett arbetsställe i november månad året före analysstidpunkten. Det innebär att analysen enbart inbegriper de individer som var i anställning vid den senaste mätpunkten före sjukskrivningstillfället. Dock kan måttet inte avgöra om individerna var i anställning eller inte vid den exakta tidpunkten för sjukskrivningens början. En individ som hade sin högsta årliga inkomst från egenföretagande eller var anställd på en arbetsplats med färre än tio anställda inkluderas inte i analysen.

I tabell C1 i bilaga C presenteras en beskrivning av den studerade populationen. Deskriptionen visar att under studieperioden förändras den studerade populationen mycket lite med avseende på demografiska faktorer, branschammansättning och arbetsplatsens storleksindelning.

#### 4.2.2 Beskrivning av sjukskrivningarnas varaktighet

I avsnittet ges en beskrivning av sjukskrivningarnas avslut och varaktighet.

I figur 3 och 4 visas avslutssannolikhet för påbörjade sjukskrivningar, uppdelat på typen av avslut och period (kvartal) när sjukskrivningen startade. Avsluten gäller de episoder som påbörjas med sjukpenning på heltid (figur 3) respektive deltid (figur 4) under perioden 2002–2004. Sjukskrivningarna följs som längst i två år. Om en sjukskrivning inte avslutas inom två år betecknas den som censurerad, vilket innebär att sjukskrivningen räknas som att den inte får ett avslut.

Majoriteten av alla studerade sjukskrivningsperioder på heltid avslutas genom att individen lämnar sjukförsäkringen (cirka 63 procent) eller övergår till deltidssjukskrivning (cirka 26 procent). Det är en mindre andel av sjukskrivningarna som avslutas genom övergång till rehabiliteringspenning (cirka 5 procent) eller övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning på heltid (cirka 2 procent).<sup>18</sup> Andelen heltidssjukskrivningar som avslutas genom att individen helt lämnar förmånssystemet minskar något med tiden, medan andelen som avslutas genom en övergång till sjukpenning på deltid ökar. En något lägre

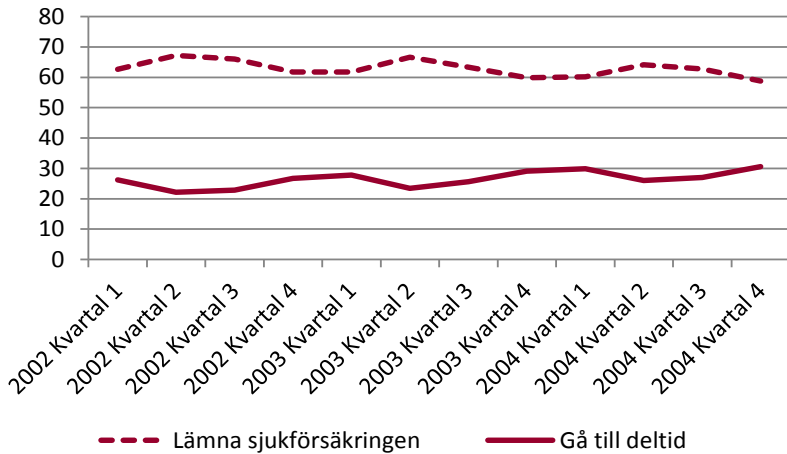
---

<sup>18</sup> Som påpekas ovan inkluderar gruppen som lämnar sjukförsäkringen både dem som de facto återvänder till arbete och dem som lämnar till arbetslöshet.

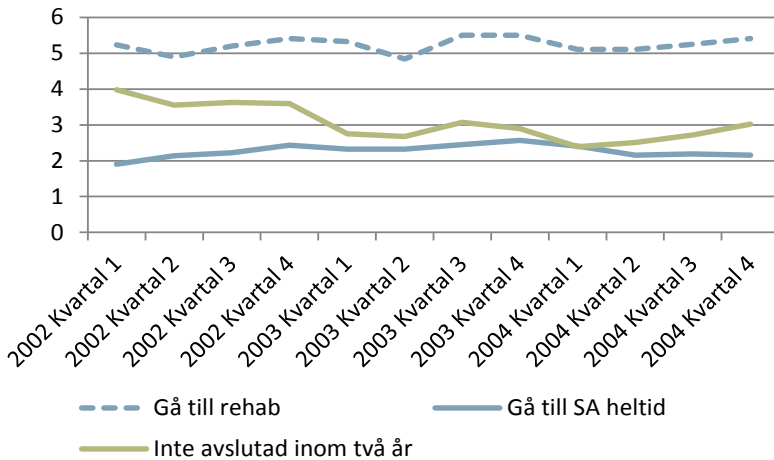
andel sjukskrivningar pågår också längre än två år senare i studieperioden i jämförelse med tidigare.

**Figur 3.** Sannolikhet för olika avslut av sjukskrivningar med sjukpenning på heltid (procent), uppdelat på startkvartal

*Panel A. Avslut genom att lämna sjukförsäkringen eller genom att övergå till sjukpenning på deltid*



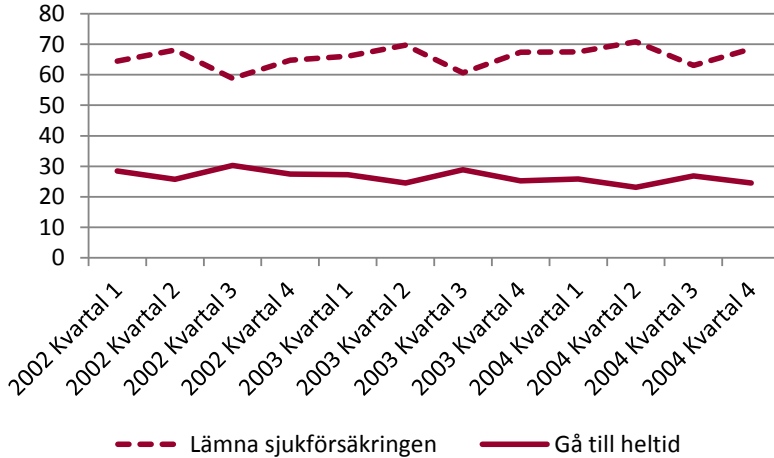
*Panel B. Avslut genom att övergå till rehabiliteringspenning, sjuk- och aktivitetsersättning på heltid eller att inte avsluta sjukskrivningen inom två år*



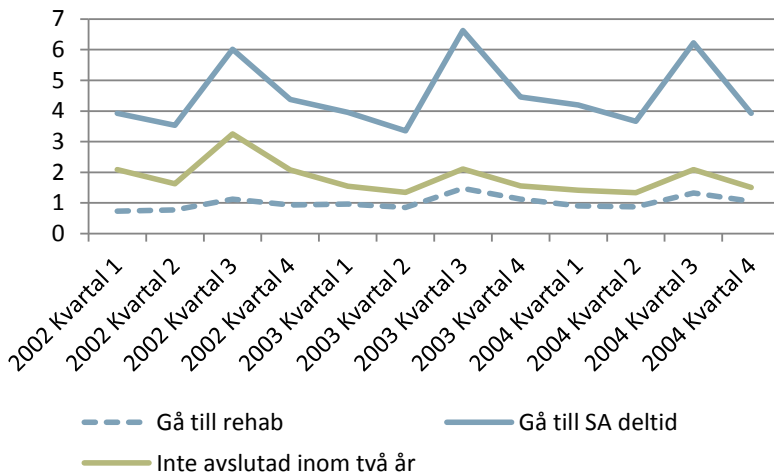
*Källa:* ISF:s egna beräkningar på Midas. Här redovisas inte de sjukskrivningar som avslutas genom att individen ersätts via en kombination av sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- eller aktivitetsersättning eftersom det är en väldigt liten del av sjukskrivningarna som avslutas så. Detsamma gäller för sjukskrivningar som avslutas genom en övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning på deltid.

Figur 4. Sannolikhet för olika avslut av sjukskrivningar med sjukpenning på deltid (procent), uppdelat på startkvartal

Panel A. Avslut genom att lämna sjukförsäkringen eller genom att övergå till sjukpenning på heltid



Panel B. Avslut genom att övergå till rehabiliteringspenning, sjuk- och aktivitetsersättning på deltid eller att inte avsluta sjukskrivningen inom två år

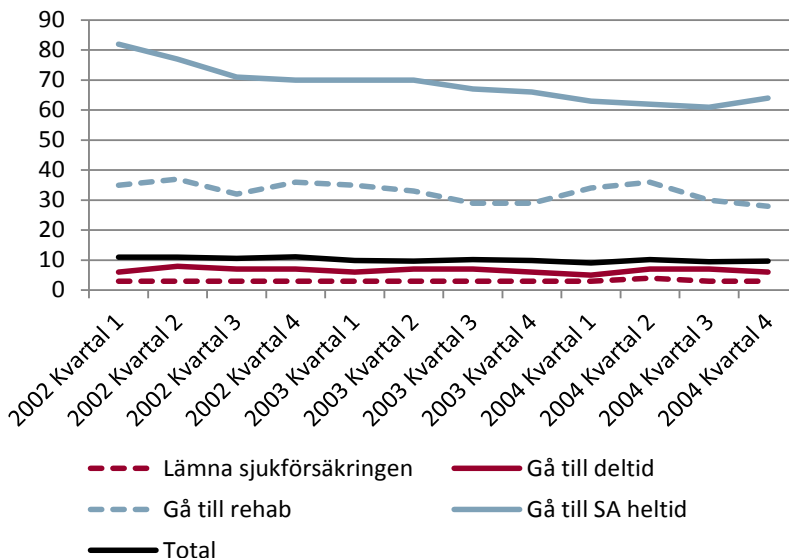


Källa: ISF:s egna beräkningar på Midas. Här redovisas inte de sjukskrivningar som avslutas genom att individen ersätts via en kombination av sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- eller aktivitetsersättning eftersom det är en väldigt liten del av sjukskrivningarna som avslutas så. Detsamma gäller för sjukskrivningar som avslutas genom övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning på heltid.

Även sjukskrivningar som har påbörjats med sjukpenning på deltid avslutas i störst utsträckning genom att individen lämnar sjukförsäkringen helt eller övergår till sjukpenning på heltid (66 respektive 26 procent). Cirka 1 procent av deltidssjukskrivningarna övergår till rehabiliteringspenning och i något högre utsträckning i sjuk- eller aktivitetsersättning på deltid (4 procent). Andelen sjukskrivningar som avslutas genom att individen lämnar förmånssystemet helt ökar något med startår, medan andelen som avslutas genom övergång till sjukpenning på heltid minskar.

I Figur 5 studeras heltidssjukskrivningarnas medianlängd, uppdelad på startkvartal och avslutsorsak.<sup>19</sup> De sjukskrivningar som avslutas genom en övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning, eller till rehabiliteringspenning, är i huvudsak långa sjukskrivningar. De som avslutas genom att helt lämna sjukförsäkringen eller genom en övergång till sjukpenning på deltid är däremot mycket kortare. Man kan notera att tiden med sjukpenning på heltid förkortas över studieperioden, innan det sker en övergång till sjuk- och aktivitetsersättning på heltid.

Figur 5. Medianlängd på sjukskrivningar med sjukpenning på heltid (veckor), uppdelat på avslutsorsak och startkvartal

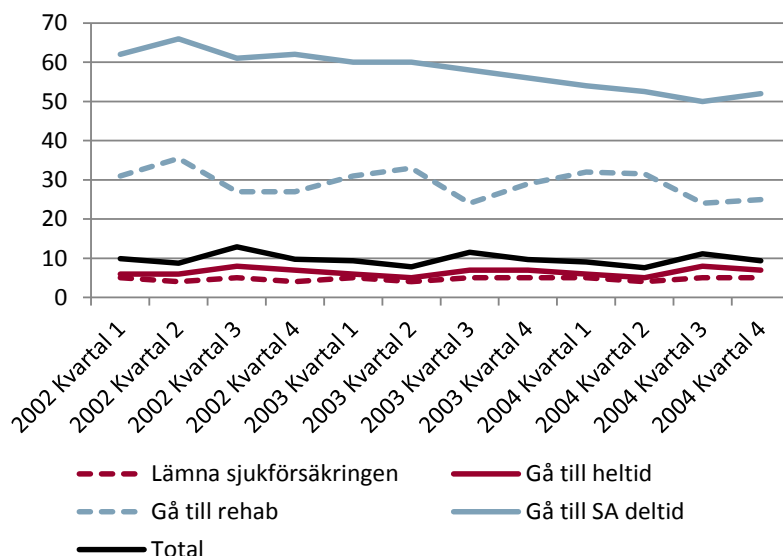


Källa: ISF:s egna beräkningar på Midas.

<sup>19</sup> Längden på sjukskrivningen räknas från sjukfrånvaroperiodens fjärde vecka, vilket innebär att en medianlängd på 35 veckor egentligen är en medianlängd på 38 veckor.

I Figur 6 studeras deltidssjukskrivningarnas medianlängd. Även här är de sjukskrivningar som avslutas genom att individen lämnar förmånssystemet eller går till sjukpenning på heltid relativt korta, medan de som avslutas genom en övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning eller till rehabiliteringspenning är betydligt längre. Även deltidssjukskrivningar som avslutas via övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning och till viss grad även till rehabiliteringspenning har förkortats under studieperioden.

Figur 6. Medianlängd på sjukskrivningar med sjukpenning på deltid (veckor), uppdelat på avslutsorsak och startkvartal



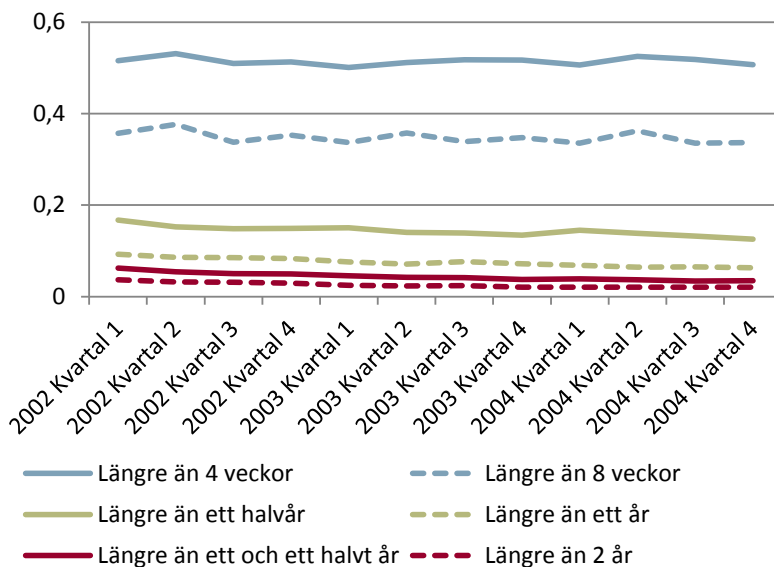
Källa: ISF:s egna beräkningar på Midas.

Då sannolikheten för de olika avsluten skiljer sig åt beroende på vid vilken längd en sjukskrivning studeras, presenterar den empiriska analysen nedan skattningar för samtliga sjukskrivningar, samt skattningar för enbart de sjukskrivningar som har pågått i över ett halvår och i över ett år.

Figur 7, slutligen, visar andelen påbörjade sjukskrivningar med sjukpenning på heltid som pågår längre än ett visst antal veckor/år, uppdelat på startkvartal. Figur 8 visar samma sak för sjukskrivningar som har påbörjats med sjukpenning på deltid. Figurerna visar att varaktigheten i sjukskrivningarna som startades under 2002–2004 inte har förändrats i någon större utsträckning, vilket tyder på att längden

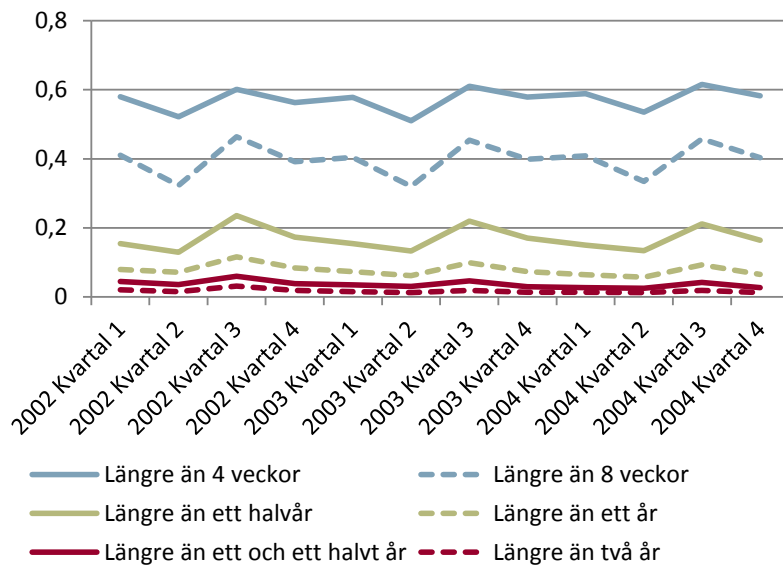
på de pågående sjukskrivningarna inte alls fluktuerar över tid på samma sätt som sjukskrivningarna gör (figur 1).

Figur 7. Andelen pågående sjukskrivningar med sjukpenning på heltid, uppdelat på sjukskrivningslängd och startkvartal



Källa: ISF:s egna beräkningar på Midas.

Figur 8. Andelen pågående sjukskrivningar med sjukpenning på deltid, uppdelat på sjukskrivningslängd och startkvartal



Källa: ISF:s egna beräkningar på Midas.

## 5 Resultat

I kapitlet redovisas resultat för hur varaktigheten i sjukskrivningen har förändrats i samband med medfinansieringsreformen, uppdelat på om sjukskrivningen har påbörjats med sjukpenning på hel- eller deltid. Därefter analyseras skillnaderna i resultat för olika grupper.

### 5.1 Avslut av sjukskrivning på heltid

I detta avsnitt studeras om det i samband med reformtillfället sker någon förändring i den relativa sannolikheten att avsluta sjukskrivningar med sjukpenning på heltid som är utöver den som sker vid tidigare årsskiften.<sup>20</sup>

Resultaten presenteras i Tabell 1 och ska tolkas på följande sätt: ett resultat på 1,1 betyder att sannolikheten för avslut i samband med reformtillfället är cirka 10 procent högre än avslut i samband med tidigare årsskiften. Ett resultat på 0,9 betyder det omvända. En ökad sannolikhet för avslut betyder att varaktigheten (det vill säga sjukskrivningens längd) i genomsnitt är kortare, en minskad sannolikhet det omvända.

Resultatet i kolumn 1, rad 1, visar att reformens införande hänger samman med en ökad relativ risk på ungefär 9 procent att en sjukskrivning med sjukpenning på heltid avslutas, i jämförelse med tidigare årsskiften. När enbart sjukskrivningsperioder längre än

---

<sup>20</sup> Se metodbeskrivning i avsnitt 4.1. Genomgående tar resultaten hänsyn till en uppsättning individkaraktäristika samt egenskaper hos den arbetsplats individen var anställd på vid sjukskrivningens början. För en fullkomlig redogörelse för dessa kontroller, se tabell C1 i Bilaga C.



ett halvår studeras, är den relativa risken för avslut istället cirka 3 procent högre.<sup>21</sup>

*Tabell 1.* Relativ risk (hasardkvot) för att avsluta en sjukskrivning på heltid efter årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet, uppdelat på sjukskrivningslängd och avslut

	(1) <i>Alla sjukskrivningar</i>	(2) <i>Sjukskrivningar som har pågått längre än ett halvår</i>	(3) <i>Sjukskrivningar som har pågått längre än ett år</i>
Alla avslut	1,093*** (0,00778)	1,035** (0,0167)	1,000 (0,0313)
Lämna sjukförsäkringen	1,035*** (0,0119)	1,048 (0,0349)	0,955 (0,0695)
Gå till sjukpenning deltid	0,993 (0,0136)	1,076** (0,0388)	1,066 (0,0857)
Gå till rehabiliteringspenning	1,202*** (0,0275)	1,148*** (0,0368)	1,106* (0,0667)
Gå till sjuk- eller aktivitetsersättning heltid	0,638*** (0,0212)	0,678*** (0,0254)	0,931 (0,0523)
<i>Observationer</i>	876 844	149 915	63 705

Anm.: Resultaten visar skillnaden i avslutssannolikhet (som hasardkvot) för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet. I skattningen ingår alla sjukskrivningar som startade på heltid under 2002–2004 och som har pågått längre än tre veckor. Sjukskrivningarna följs som längst i två år. Tid i sjukskrivning beräknas från sjukfrånvaroperiodens fjärde vecka. Kolumn 2 (3) inkluderar sjukskrivningar längre än ett halvår (ett år) plus tre veckor. Här inkluderas enbart sjukskrivningar som har pågått i ett halvår (ett år) före slutet av 2004. Resultaten tar hänsyn till period (vecka) då sjukskrivningen startade. Varje cell representerar resultatet från separata modellskattningar av varaktigheten i sjukskrivningen (Cox proportional hazard-modell). Inom parentes redovisas standardfel som tar hänsyn till att sjukskrivningar för individer på samma arbetsställe kan samvariera: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1. Resultaten tar hänsyn till kön, ålder, utbildning, utländsk bakgrund, pensionsgrundande inkomst, boendelän samt historisk sjukfrånvaro. Dessutom tar resultaten hänsyn till arbetsplatsens egenskaper såsom bransch (14 kategorier), antal anställda (5 kategorier) och sektor (privat/offentlig).

Resultaten i tabellen visar vidare att reformtillfället är associerat med en något ökad relativ risk för att lämna sjukförsäkringen helt,

<sup>21</sup> För kortare sjukskrivningar finns inget tydligt samband mellan sjukskrivningens längd och den skillnad i risk för avslut som reformen innebär, i jämförelse med tidigare årsskiftet. Se tabell C2 i bilaga C.

i jämförelse med tidigare årsskiften. Sannolikheten att övergå från sjukpenning på heltid till sjukpenning på deltid är högre efter reformtillfället, relativt andra årsskiften, för sjukskrivningar som har pågått i mer än ett halvår.

Reformtillfället är även förknippat med en ökad relativ risk att lämna sjukpenning på heltid för att gå till rehabiliteringspenning, i jämförelse med tidigare årsskiften, oavsett hur länge sjukskrivningen har pågått. Tabellen visar vidare att reformtillfället är förknippat med en minskad relativ risk att övergå till sjuk- eller aktivitetsersättning, i jämförelse med tidigare årsskiften. Det bör dock noteras att det är osäkert vad modellen fångar när det gäller avslut genom övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning eftersom de sjukskrivningar som avslutas på det här viset utgör en liten andel av alla sjukskrivningar, men framför allt för att medianlängden för dessa sjukskrivningar följer en tydlig nedåtgående trend under studieperioden (se avsnitt 4.2.2).<sup>22</sup>

## 5.2 Avslut av sjukskrivning på deltid

Nedan studeras hur sjukskrivningar som har påbörjats med sjukpenning på deltid har utvecklats i samband med reformen (årsskiftet 2004/2005) i jämförelse med tidigare årsskiften. Eftersom reformen enbart innebar extra kostnader för arbetsgivaren då arbetstagaren fick sjukpenning på heltid, förväntas reformen inte ha några effekter på deltidssjukskrivning, annat än på övergången från deltidssjukskrivning till heltidssjukskrivning.

Resultaten i tabell 2 visar att den relativa sannolikheten att lämna en deltidssjukskrivning för att övergå till sjukpenning på heltid är lägre vid reformårsskiftet än vid tidigare årsskiften. Detta resultat är emellertid inte statistiskt säkerställt. Reforminförandet är dock förknippat med en ökad risk att avsluta en sjukskrivning med sjukpenning på deltid i jämförelse med övriga årsskiften, och den förhöjda risken är ungefär lika stor, procentuellt sett, som för en sjukskrivning med sjukpenning på heltid (tabell 1). Resultaten tyder på att längre deltidssjukskrivningar (över ett halvår) avslutas i lägre utsträckning (cirka 5 procent lägre) i samband med reformen, men den skattningen är något osäker. Det förefaller dock som att reform-

---

<sup>22</sup> Svårigheterna med att studera övergångar till sjuk- och aktivitetsersättning på heltid är också förknippade med den ökning i antalet nystartade fall med sjukersättning efter år 2002 som visades i figur 1.

tillfället hänger samman med att deltidssjukskrivningar avslutas snabbare genom att individen helt lämnar sjukförsäkringen, i jämförelse med heltidssjukskrivningar (tabell 1).

*Tabell 2.* Relativ risk (hasardkvot) för att avsluta en sjukskrivning på deltid efter årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet, uppdelat på sjukskrivningslängd och avslut

	(1) <i>Alla sjukskrivningar</i>	(2) <i>Sjukskrivningar som har pågått längre än ett halvår</i>	(3) <i>Sjukskrivningar som har pågått längre än ett år</i>
Alla avslut	1,097*** (0,0139)	0,950* (0,0282)	0,944 (0,0564)
Lämna sjukförsäkringen	1,214*** (0,0223)	1,064 (0,0551)	1,080 (0,132)
Gå till sjukpenning heltid	0,965 (0,0243)	0,930 (0,0550)	0,894 (0,109)
Gå till rehabiliteringspenning	1,171 (0,123)	1,197 (0,190)	1,675* (0,496)
Gå till sjuk- eller aktivitetsersättning deltid	0,785*** (0,0372)	0,786*** (0,0457)	0,858* (0,0793)
<i>Observationer</i>	212 257	35 850	13 857

Anm.: Resultaten visar skillnaden i avslutssannolikhet (som hasardkvot) för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet. I skattningen ingår alla sjukskrivningar som startade på deltid under 2002–2004 och som har pågått längre än tre veckor. Sjukskrivningarna följs som längst två år. Tid i sjuksjukskrivning beräknas från sjukfrånvaroperiodens fjärde vecka. Kolumn 2 (3) inkluderar sjukskrivningar längre än ett halvår (ett år) plus tre veckor. Här inkluderas enbart sjukskrivningar som har pågått i ett halvår (ett år) före slutet av 2004. Resultaten tar hänsyn till period (vecka) då sjukskrivningen startade. Varje cell representerar resultatet från separata modellskattningar av varaktigheten i sjukskrivningen (Cox proportional hazard-modell). Inom parentes redovisas standardfel som tar hänsyn till att sjukskrivningar för individer på samma arbetsställe kan samvariera: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1. Resultaten tar hänsyn till kön, ålder, utbildning, utländsk bakgrund, pensionsgrundande inkomst, boendelän samt historisk sjukfrånvaro. Dessutom tar resultatet hänsyn till arbetsplatsens egenskaper såsom bransch (14 kategorier), antal anställda (5 kategorier) och sektor (privat/offentlig).

Det är inte tydligt att deltidssjukskrivningar avslutas genom en övergång till rehabiliteringspenning till följd av reformen. Det finns en viss evidens för en ökad övergång för deltidssjukskrivningar som har pågått längre än ett år. Det är dock sällsynt att deltidssjukskrivningar övergår till rehabiliteringspenning, vilket kan förklara resultatet.

Vidare visar resultaten att reformtillfället hänger samman med en lägre övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning, men medianlängden för deltidssjukskrivningar som avslutas genom övergång till sjuk- eller aktivitetsersättning förkortas trendmässigt under perioden, vilket har visats ovan (i avsnitt 4.2.2). Precis som i fallet med heltidssjukskrivning bör dessa resultat därför tolkas med försiktighet.<sup>23</sup>

### 5.3 Årsspecifika avslut

I avsnittet undersöks det modellantagande som resultaten ovan bygger på. Modellantagandet är att avslutsrisken av att passera reformtidpunkten skulle ha varit liknande som vid tidigare årsskiften, i frånvaro av reformen. Som redan har noterats går det bara att till viss del undersöka om modellantagandet verkar rimligt. Det är därmed bara möjligt att få en indikation på i vilken utsträckning den grundläggande modellen faktiskt fångar förändringar till följd av reformen.

Här undersöks om risken för ett avslut skiljer sig åt mellan (a) årsskiftena 2002/2003 och 2003/2004 på ett liknande sätt som mellan (b) årsskiftena 2003/2004 och 2004/2005. Om analysen visar att förändringen mellan de två jämförelserna (a) och (b) är likartad så innebär det att den förändrade risken för avslut vid årsskiftet 2004/2005 inte entydigt kan härledas till reformen. Om det däremot kan konstateras en förhöjd risk för avslut för (b) men inte för (a) talar det för att den förändrade avslutsrisken kan hänföras till reformen.<sup>24</sup>

Tabell 3 visar resultaten av de årsspecifika avslutssannolikheterna för sjukskrivningar som startas med sjukpenning på heltid. De visar att risken för att övergå till rehabiliteringspenning inte förändras vid årsskiftet 2004 i jämförelse med årsskiftet 2003 (a), medan årsskiftet

---

<sup>23</sup> För känslighetsanalyser, se bilaga B.

<sup>24</sup> För att kunna beräkna två likartade skattningar för (a) och (b) måste vissa databegränsningar göras. För det första studeras i (a) enbart sjukskrivningar som har startat 2002 eller 2003 och i (b) de sjukskrivningar som startar 2003 eller 2004. För det andra följs sjukskrivningarna enbart i upp till och med ett år. Dessa begränsningar gör att de här analyserna inte är helt jämförbara med den grundläggande analysen i avsnitt 5.1 och 5.2.

2005 innebär en förhöjd risk för avslut via rehabiliteringspenning i jämförelse med årsskiftet 2004 (b). Det skulle kunna indikera att för just det avslutet har reformen haft en inverkan på sannolikheten att avsluta sjukskrivningar på heltid.<sup>25</sup>

I övrigt visar tabellen att förändringen i risken för avslut inte verkar unik för reformtillfället. När det gäller den totala avslutsrisken är den förhöjd vid båda de studerade årsskiftena (a) och (b), i jämförelse med vid föregående årsskifte. När de separata avslutsanledningarna studeras är det än mer tydligt att risken för de olika avsluten har förändrats även vid årsskiftet 2004. För vissa utfall är förändringen vid 2004 till och med större än förändringen vid 2005. Det innebär att för dessa avslut finns det en osäkerhet kring hur resultaten ska tolkas.

Förändringarna i avslutssannolikhet mellan årsskiftena 2002/2003 och 2003/2004 (det vill säga (a)) kan troligtvis härröra från den politik som fördes på området under perioden med bland annat ett formulerat halveringsmål, samt den trend som visades i figur 1. De stora skillnaderna i årseffekt för de olika åren tyder på att reformen infördes under en period med stora förändringar i varaktigheten i sjukskrivningarna.

---

<sup>25</sup> En mycket översiktlig beräkning ger att ungefär 2 000 fler heltidssjukskrivningar har övergått till rehabiliteringspenning per år i samband med reformen. Siffran erhålls genom att antalet startade heltidssjukskrivningar (cirka 200 000) multipliceras med den genomsnittliga sannolikheten att övergå till rehabiliteringspenning (5 procent) och den extra risken att göra så i samband med reformen (20 procent).

*Tabell 3.* Årsspecifika avslut av heltidssjukskrivningar: Relativ risk (hasardkvot) för att avsluta en sjukskrivning på heltid uppdelat på avslut (a) efter årsskiftet 2003/2004 i jämförelse med årsskiftet 2002/2003, samt (b) årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med årsskiftet 2003/2004

	(a) Årsskifte 2004 (ingen reform)	(b) Årsskifte 2005 (reform)
Alla avslut	1,084*** (0,0104)	1,029*** (0,0103)
Lämna sjukförsäkringen	1,081*** (0,0149)	0,968** (0,0143)
Gå till sjukpenning deltid	0,942*** (0,0163)	1,003 (0,0178)
Gå till rehabiliteringspenning	0,963 (0,0379)	1,201*** (0,0500)
Gå till sjuk- eller aktivitetsersättning heltid	0,257*** (0,0433)	0,915 (0,0911)
<i>Observationer</i>	600 916	529 813

Anm.: Resultaten i kolumn (a) är skattade på data som innehåller alla sjukskrivningar som har startats med sjukpenning på heltid under 2002 eller 2003 och som har pågått längre än tre veckor. Resultaten visar skillnaden i avslutssannolikhet (som hasardkvot) för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2003/2004 i jämförelse med årsskiftet före. I kolumn (b) studeras sjukskrivningar som startas med sjukpenning på heltid under 2003 eller 2004 och som har pågått längre än tre veckor. Resultaten tolkas alltså som skillnaden i avslutssannolikhet för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med det tidigare årsskiftet. För alla skattningarna gäller att ingen sjukskrivning följs längre än ett år. I övrigt används samma kontroller som i analyserna ovan.

Tabell 4. Årsspecifika avslut av deltidssjukskrivningar: Relativ risk (hasardkvot) för att avsluta en sjukskrivning på deltid uppdelat på avslut (a) efter årsskiftet 2003/2004 i jämförelse med årsskiftet 2002/2003, samt (b) årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med årsskiftet 2003/2004

	(a) Årsskifte 2004 (ingen reform)	(b) Årsskifte 2005 (reform)
Alla avslut	1,116*** (0,0201)	1,063*** (0,0190)
Lämna sjukförsäkringen	1,151*** (0,0273)	1,124*** (0,0265)
Gå till sjukpenning heltid	1,023 (0,0339)	0,927** (0,0317)
Gå till rehabiliteringspenning	1,043 (0,187)	1,225 (0,210)
Gå till sjuk- eller aktivitetsersättning deltid	1,453*** (0,202)	0,860 (0,114)
<i>Observationer</i>	139 837	138 914

Anm.: Resultaten i kolumn (a) är skattade på data som innehåller alla sjukskrivningar som har startats med sjukpenning på deltid under 2002 eller 2003 och som har pågått längre än tre veckor. Resultaten visar skillnaden i avslutssannolikhet (som hasardkvot) för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2003/2004 i jämförelse med årsskiftet före. I kolumn (b) studeras sjukskrivningar som startas med sjukpenning på deltid under 2003 eller 2004 och som har pågått längre än tre veckor. Resultaten tolkas alltså som skillnaden i avslutssannolikhet för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med det tidigare årsskiftet. För alla skattningarna gäller att ingen sjukskrivning följs längre än ett år. I övrigt används samma individ- och arbetsplatskontroller som i analyserna ovan.

I tabell 4 presenteras motsvarande resultat för de sjukskrivningar som startas med sjukpenning på deltid. Tabellen visar att den relativa risken för att avsluta en deltidssjukskrivning genom övergång till sjukpenning på heltid är likartad vid (a), det vill säga mellan årsskiftena 2002/2003 och 2003/2004, medan risken för ett sådant avslut

är substantiellt minskad vid (b), det vill säga reformtillfället.<sup>26</sup> Det betyder att den minskade relativa risken för att avsluta en deltidssjukskrivning genom övergång till sjukpenning på heltid verkar vara påverkad av reformen.

För övriga avslut indikerar denna årsspecifika analys att den grundläggande modellen inte rakt av har kunnat särskilja den specifika förändringen kring årsskiftet 2005 från de förändringar i sjukskrivningarnas varaktighet som har uppstått vid föregående årsskiftet. Därmed bör dessa resultat tolkas med försiktighet när det gäller i vilken grad de fångar en specifik förändring vid reformtillfället eller en mer generell förändring från år till år i sjukskrivningarnas varaktighet.

## 5.4 Resultat för olika arbetstagare

Analysen ovan visade att reformen kan ha påverkat 1) heltidsfallens övergång till rehabiliteringspenning och 2) deltidssjukskrivning. Analysen visar däremot att den förändrade sannolikheten för övriga avslut inte är tydligt relaterad till reformtillfället. Därför studeras avslutningsvis om de förändrade avsluts-sannolikheterna skiljer sig åt mellan olika grupper av arbetstagare enbart för de två avslut som kan anses relaterade till reformen. Det finns skäl att studera om reformen har haft olika respons på män och kvinnors sjukskrivningar eftersom kvinnor både har fler dagar med sjukpenning och har förhållandevis fler långa sjukskrivningsfall och sjukskrivningsfall på deltid.

De tidigare kvalitativa studierna av medfinansieringsreformen indikerade även att rehabiliteringsinsatser är vanligare bland dem mellan 30 och 54 års ålder, högutbildade och anställda på stora arbetsplatser (Försäkringskassan, 2006). Därmed är det intressant att studera även dessa grupper separat då det kan finnas skillnader i hur arbetsgivare har reagerat på sjukfrånvaro för olika grupper av arbetstagare.

I tabell 5 presenteras separata resultat för män, kvinnor, olika utbildnings- och åldersgrupper samt för individer som är anställda på arbetsplatser av olika storlek.

---

<sup>26</sup> En mycket grov uppskattning ger att ungefär 1 095 sjukskrivningar har fortsatt i sjukpenning på deltid, istället för att gå till sjukpenning på heltid i samband med reformen. Siffran erhålls genom att antalet startade deltidssjukskrivningar (cirka 50 000) multipliceras med den genomsnittliga övergångssannolikheten (cirka 30 procent) och den relativa risken som modellskattningen ger (1–0,93).



Tabellen visar att den relativa risken att övergå från sjukpenning på heltid till rehabiliteringspenning vid reformtillfället ökar för alla grupper. Ökningen är dock större för unga, äldre samt de som är anställda på små arbetsplatser, i jämförelse med andra grupper. Bland utbildningsgrupper har de med gymnasium som högsta utbildningsnivå den högsta relativa risken att övergå till rehabiliteringspenning i samband med reformen.

Resultaten visar på en minskad risk att övergå från sjukpenning på deltid till sjukpenning på heltid i samband med reformen för kvinnor, individer mellan 30 och 54 års ålder, samt anställda på stora arbetsplatser. För övriga delgrupper är resultatet inte statistiskt signifikant.

Tabell 5. Relativ risk (hasardkvot) för att avsluta en sjukskrivning efter årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet, uppdelat på individegenskaper

	<i>Sjukskrivningar som påbörjas med sjukpenning på heltid</i>		<i>Sjukskrivningar som påbörjas med sjukpenning på deltid</i>	
	<i>(1)</i> Övergång till rehabiliteringspenning	<i>(2)</i> Antal obs.	<i>(3)</i> Övergång till sjukpenning på heltid	<i>(4)</i> Antal obs.
Kvinnor	1,195*** (0,0332)	535811	0,936** (0,0267)	161933
Män	1,224*** (0,0474)	341033	1,051 (0,0548)	50324
<i>Utbildningsnivå</i>				
Inte gymnasium	1,165*** (0,0637)	179789	0,973 (0,0621)	29708
Gymnasium	1,223*** (0,0359)	487120	0,968 (0,0355)	100506
Högskola	1,160*** (0,0535)	209935	0,952 (0,0401)	82043
<i>Åldersgrupp</i>				
29 år eller yngre	1,258*** (0,0799)	135262	0,967 (0,0798)	25404
30–54 år	1,177*** (0,0313)	547248	0,935** (0,0306)	131813
Äldre än 54 år	1,254*** (0,0703)	194334	0,982 (0,0470)	55040
<i>Antal anställda</i>				
Mindre än 50	1,229*** (0,0457)	307159	1,009 (0,0443)	70154
50–200	1,207*** (0,0446)	313220	0,965 (0,0406)	76619
Fler än 200	1,169*** (0,0528)	256465	0,911** (0,0415)	65484

Anm.: Resultaten visar skillnaden i avslutssannolikhet (som hasardkvot) för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet. I skattningen ingår alla sjukskrivningar som startade på heltid under 2002–2004 och som har pågått längre än tre veckor. Sjukskrivningarna följs som längst i två år. Resultaten tar hänsyn till period (vecka) då sjukskrivningen startade. Varje cell representerar resultatet från separata modellskattningar av varaktigheten i sjukskrivningen (Cox proportional hazard-modell). Inom parentes redovisas standardfel som tar hänsyn till att sjukskrivningar för individer på samma arbetsställe kan samvariera: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ . Resultaten tar hänsyn till kön, ålder, utbildning, utländsk bakgrund, pensionsgrundande inkomst, boendelän samt historisk sjukfrånvaro. Dessutom tar resultaten hänsyn till arbetsplatsens egenskaper såsom bransch (14 kategorier), antal anställda (5 kategorier) och sektor (privat/offentlig).



## 6 Diskussion och slutsatser

Under senare delen av 1990-talet påbörjades en diskussion om att skapa ytterligare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare när det gäller att förebygga ohälsa bland anställda. Motiveringen var att arbetsplatsen förmodligen har en central betydelse för arbetet med att minska de långa sjukskrivningarna och att arbetsgivare i allmänhet har god kunskap om sina anställda och kännedom om vad som kan underlätta så att den sjukskrivne kan börja arbeta igen. Bland annat diskuterades förslag om en förlängning av den generella sjuklöneperioden från 14 dagar till 60 dagar. Förslagen återges i *Åtgärdsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet* (SOU 2002:5). Dessa förslag genomfördes dock inte.

Medfinansieringsreformen som infördes den 1 januari 2005 och gällde till och med den 31 oktober 2006 syftade till att minska sjukfrånvaron på heltid. Detta låg i linje med tidigare politik inom området (se prop. 2002/03:89) och med den större kursomläggningen inom politikområdet.

I denna studie analyseras varaktigheten i påbörjade sjukskrivningar och hur avslut av dessa sjukskrivningar förändras i samband med medfinansieringsreformen. I och med reformen var arbetsgivaren tvungen att betala medfinansieringsavgift för anställda som hade sjukpenning på heltid, men slapp betala avgiften om sjukskrivningen avslutades eller övergick till sjukpenning på deltid eller till rehabiliteringspenning. Därmed är det tänkbart att reformen kan ha fått effekter på avslut av pågående sjukskrivningar och övergångar mellan olika förmånslag. Genom att ta hänsyn till den generella förändringen i varaktighet som är förknippad med att en sjukskrivning passerar över årsskiftet kan den specifika förändringen vid reformtillfället skiljas ut.

Analysen indikerar inte att den generella varaktigheten i sjukskrivning förändrades i samband med reformen, varken för sjukskrivningar på hel- eller på deltid. Reformen förefaller därmed ha haft en ganska begränsad effekt. Studieperioden präglas dock av stora politikförändringar, vilket även kan ha påverkat varaktigheten i pågående sjukskrivningar. Medfinansieringsreformen gällde dessutom alla arbetsgivare, varför det inte går att identifiera en grupp som var opåverkad av reformen. Det gör det svårt att särskilja effekter av medfinansieringsreformen från potentiella effekter av övriga förändringar på socialförsäkringsområdet som skedde samtidigt. Det går därför inte att utesluta att resultaten som presenteras i rapporten visar på förändringar som uppträder i samband med reformens införande, snarare än på effekter av själva reformen.

Resultaten antyder emellertid att reformen kan ha haft viss påverkan i form av ökade möjligheter för individen att få rehabilitering eftersom sannolikheten för att lämna sjukpenning på heltid för att övergå till rehabiliteringspenning ökar i samband med reformen. En effekt av reformen kan således ha varit en ökad övergång till rehabiliteringspenning bland dem med pågående sjukfall med sjukpenning på heltid. Det är en väntad effekt av reformen då incitamenten var tänkta att verka i den riktningen.

Tillförlitligheten i en sådan slutsats minskar emellertid av att uppgifterna om rehabiliteringsinsatser vid tillfället var osäkra. Före medfinansieringsreformen fanns det få incitament för att administrativt besluta om att en sjukskriven med sjukpenning som fick rehabiliterande åtgärder skulle få rehabiliteringspenning. Det är därför möjligt att enbart en andel av de som fick rehabiliteringsinsatser före reformen också hade rehabiliteringspenning. Reformen ökade incitamenten att besluta om rehabiliteringspenning för sjukskrivna med rehabiliteringsinsatser eftersom rehabiliteringspenning inte medförde någon medfinansieringsavgift. Därför kan resultaten till viss del tolkas som en ökad benägenhet att besluta om rehabiliteringspenning för dem som redan hade rehabiliteringsinsatser.

Övergången från sjukskrivning med sjukpenning på heltid till rehabiliteringspenning i samband med reformen är större för dem med gymnasium som högsta utbildning, för individer under 30 års ålder och över 55 års ålder, samt för anställda på arbetsplatser med högst 50 anställda. Dessa grupper har normalt sett mindre av rehabilitering, varför en tolkning är att användningen av rehabiliteringspenning utjämnades mellan olika grupper.

Resultaten antyder också att reformen kan haft viss effekt på användningen av deltidssjukskrivning. Sjukskrivningar som påbörjades med sjukpenning på deltid övergick i lägre utsträckning till sjukpenning på heltid i samband med reformen, vilket även det är i linje med hur incitamenten var tänkta att verka. Detta gäller kvinnor, de som är 30–54 år gamla och anställda på stora arbetsplatser. För dessa grupper är deltidssjukskrivning relativt vanligt, varför en tolkning är att det främst är för grupper med stor andel deltidssjukskrivning före reformen som övergången till sjukpenning på heltid har minskat.

Tidigare internationella studier av förändringar i arbetsgivarens kostnad för sjukfrånvaro bland de anställda visar på relativt tydliga effekter på sjukfrånvaron, åtminstone då incitamentsstrukturen verkar ha varit tydlig för arbetsgivaren. Studierna indikerar att arbetsgivare mest troligt reagerar på ekonomiska incitament för att motverka arbetstagarnas sjukfrånvaro. Trots att medfinansieringen av sjukpenningen teoretiskt har påverkat arbetsgivarens ekonomiska incitament, finner denna studie ändå få indikationer på att medfinansieringsreformen har påverkat sjukfrånvaron.

En grundförutsättning för att en reform ska få avsedd effekt är förstås att aktörerna känner till reformen. De tidigare enkätstudier som har gjorts av medfinansieringsreformen visar att kunskapen om reformen hos arbetsgivarna varit begränsad. Det är främst de stora arbetsgivarna som verkar ha känt till reformen.

Men avsaknaden av en tydlig och väl identifierad effekt på varaktigheten av påbörjade sjukskrivningar kan också bero på att medfinansieringen enbart var i kraft under knappt två år. Då det inte går att avgöra vilken effekt reformen har haft på sjukfrånvaron efter reformens avskaffande, inte minst eftersom det skedde stora reformer inom sjukförsäkringen under den efterföljande perioden, har uppföljningsperioden begränsats till den tid som reformen var i kraft. Det betyder att uppföljningshorisonten är relativt kort och att den del av anpassningen som kan få effekter på lite längre sikt, till exempel potentiella effekter av ett förändrat förebyggande arbete, inte kan studeras.

De begränsade reformeffekterna kan också handla om att reformen gav för svaga incitament för arbetsgivaren att agera för att motverka sjukfrånvaron eller att incitamenten var felaktigt utformade. I andra länder har man till exempel valt att lägga en kostnad på arbetsgivaren när anställda lämnar arbetsmarknaden via förtidspension. De utvärderingar som har gjorts i Finland på sådana system visar dock på blandade resultat.

Det kan inte uteslutas att medfinansieringsreformen har varit utformad på ett sådant sätt att arbetsgivarna inte har reagerat på den. Vissa av intervjuvärderna i de tidigare enkätstudierna tyder på att en del arbetsgivare har uppfattat kostnaden som låg i förhållande till den kostnad man redan har för produktionsbortfall eller omställning.

## Referenser

Arbetsgivarverket (2004): Remissvar på Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro (Ds 2004:16), 0404-0229 RÄF-94.

Böheim, R. & T. Leoni (2011): "Firm's Moral Hazard in Sickness Absences", IZA Discussion paper No. 6005, IZA.

Ds. 2004:16: Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro. Socialdepartementet. Stockholm 2004.

Eriksson, S., Johansson, P. och S. Langenskiöld (2012): "What is the right profile for getting a job? A stated choice experiment of the recruitment process", Working Paper 2012:13, IFAU.

Fevang, E., Røed, K., och S. Markussen (2014): "The Sick Pay Trap", *Journal of Labor Economics*, VOL. 32, NO.

Försäkringskassan (2006): Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering. *Försäkringskassan analyserar* 2006:18.

Försäkringskassan (2014): Analys av sjukfrånvarons utveckling – väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid, *Socialförsäkringsrapport* 2014:17.

Hakkola, T. och R. Uusitalo (2005): "Not so voluntary retirement decisions? Evidence from a pension reform", *Journal of Public Economics*, Vol 89, Issues 11–12, Dec 2005, s. 2121–2136.

Hägglund, P. och F. Jansson (2007): Arbetslösa som blir sjuka och sjuka som inte blir arbetslösa, *Samtal om socialförsäkring* nr 16.

ISF (2011): *Arbetslivsriktad rehabilitering*. Underlagsrapport 7 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen.

ISF (2012): *Stabilitet i sjukfrånvaron*. ISF Rapport 2012:15.

Koning, P. (2005): "Estimating the Impact of Experience Rating on the Inflow into Disability Insurance in the Netherlands", Discussion Paper Series nr: 05-07, Tjalling C. Koopmans Research Institute.



Korkeamäki, O. och T. Kyryä (2012): "Institutional rules, labor demand and retirement". *Journal of Population Economics*. 25(2):439–468.

Kyryä, T. och J. Toumola (2013): "Does Experience Rating Reduce Disability Inflow?" IZA DP No. 7344.

Prop. 2004/05:21: Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro.

Prop. 2002/03:89: Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.

Prop. 2006/07:1: Budgetpropositionen för 2007.

SOU 2002:5: *Åtgärdsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet*.

SOU 2009:47: *God arbetsmiljö – en framgångsfaktor?*

Seing, I., Ståhl, C., Nordenfelt, L., Bülow, P. och K. Ekberg (2012): "Policy and Practice of Work Ability: A negotiation of Responsibility in Organizing Return to Work", i *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22:553–564.

Seing, I., MacEachen, E., Ståhl, C. och K. Ekberg (2014a): "Early return to work in the context of intensification of working life and changing employment relationships" i *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1–12.

Seing, I., MacEachen, E., K. Ekberg och C. Ståhl (2014b): "Return to Work or Job Transition? Employer Dilemmas in Taking Social Responsibility for return to work in local workplace practice", i *Disability and Rehabilitation*. 1–10.

Trägårdh, B., Damm, M., Hällsten, F., Löfström, M., Stjernberg, T. och P. Svahn (2008): "Minskad sjukfrånvaro – en fråga om arbetsgivarincitament" *Working Paper in Studies of Organization and Society* 2008:02.

Westergård-Nielsen, N. och F. Pertold (2012): "Firm Insurance and Sickness Absence of Employees", IZA DP No. 6782.

Vikström (2009): *Hur påverkade arbetsgivaransvaret i sjukförsäkringen lönebildningen?* IFAU rapport 2009:11.

## Bilaga A

### *Ytterligare förändringar i samband med medfinansieringsreformen*

I samband med medfinansieringsreformen infördes ett högkostnads-skydd som begränsade medfinansieringsavgiften till maximalt 4 procent av arbetsgivarens sammanlagda lönesumma. Samtidigt infördes en allmän reducering av arbetsgivaravgiften på 0,24 procent för alla arbetsgivare för att kompensera för de ökade kostnaderna.

En annan förändring var att tidigare regler om högkostnadsskydd för sjuklönekostnader togs bort och ersattes av det högkostnadsskydd som har beskrivits ovan. Det tidigare högkostnadsskyddet ersatte upp till en årlig lönesumma om högst 160 prisbasbelopp i olika intervall med lägre ersättning för de större företagen. Därtill öppnades åter sjuklöneförsäkring för små arbetsgivare för anslutning den 1 januari 2005. Denna försäkring mot kostnader för sjuklön vände sig till arbetsgivare vars årliga lönekostnad inte beräknades överstiga 130 gånger det gällande prisbasbeloppet. Ytterligare en förändring i samband med medfinansieringsreformen var att tidpunkterna då Försäkringskassan skulle ha kallat till avstämningsmöte och upprättat en rehabiliteringsplan fastslogs till senast två veckor efter en inkommen rehabiliteringsutredning från arbetsgivaren.



## Bilaga B

För skattningen av varaktigheten (durationen) i sjukskrivningarna används en så kallad durationsmodell (*Cox proportional hazard*). Följande grundspecifikation används:

$$\theta(t|X_{it}) = \theta_0(t) \exp(\alpha D_{it} + \beta D_{it} * \text{År}2005_{it} + \delta_j I(\text{start}_i = j)),$$

där  $t$  är duration (i veckor) i sjukskrivning  $i$ .  $\theta_0(t)$  är den så kallade baseline-hasarden.  $D_{it}$  är en dikotom tidsvariat kovariat som är 0 den första veckan i sjukskrivningen och 1 efter närmast följande årsskifte (i kalendertid).  $\text{År}2005_{it}$  är en dummy för år 2005. Slutligen är  $I(\text{start}_i = j)$  en dummyvariabel för att sjukskrivningen startade i vecka  $j$  (räknat från 1:a veckan år 2002).

Urvalet för modellen utgörs av alla sjukskrivningar mellan 2002 och 2004 som är längre än tre veckor för individer som kan kopplas till en arbetsplats året innan. Sjukskrivningar längre än två år censureras.

Parametern  $\alpha$  mäter den allmänna effekten av att passera ett årsskifte och  $\beta$  mäter den ytterligare effekten av att passera årsskiftet 2004/2005, det vill säga då medfinansieringsreformen infördes. Intressantast är parametern  $\beta$ . Den exakta tolkningen av  $\beta$  beror på vilket avslut som studeras. Om avslut exempelvis definieras som att övergå från heltidssjukskrivning till deltidssjukskrivning (övriga avslut censureras), tolkas  $\exp(\beta)$  som den relativa sannolikheten av att en heltidssjukskrivning övergår i en deltidssjukskrivning, givet att sjukskrivningen har passerat årsskiftet 2004/2005, i förhållande till sannolikheten för samma övergång givet att sjukskrivningen har passerat ett tidigare årsskifte. Om  $\exp(\beta) > 1$  är det mer sannolikt att en heltidssjukskrivning övergår i en deltidssjukskrivning efter årsskiftet 2004/2005, i jämförelse med efter tidigare årsskiften. Om  $\exp(\beta) < 1$  är det mindre sannolikt. Om  $\exp(\beta) = 1$  är det lika sannolikt vid alla årsskiften.

Ytterligare kontroller i modellen är kön, ålder, utbildning, utländsk bakgrund, pensionsgrundande inkomst, boendelän samt historisk sjukfrånvaro definierat som en binär variabel som anger huruvida individen har varit sjukfrånvarande längre än tre veckor någon gång under åren 1999–2001. Dessutom tar resultatet hänsyn till arbetsplatsens egenskaper såsom bransch (14 kategorier), antal anställda (5 kategorier) och sektor (privat/offentlig).

### *Känslighetsanalys*

I en känslighetsanalys har testats i vilken utsträckning kontrollvariablerna påverkar skattningen. Resultaten påverkas i liten utsträckning av individ- och arbetsplatskontroller.

En individ kan få sjukpenning och samtidigt få sjuk- eller aktivitetsersättning på deltid. Det ska tolkas som att individen är sjukskriven på den resterande delen som hen inte redan får sjuk- eller aktivitetsersättning för. I den grundläggande analysen exkluderas den tid då sjukpenning erhålls på heltid samtidigt med aktivitets- eller sjukersättning på deltid. I en känslighetsanalys inkluderas även denna sjukskrivningstid. Resultaten är robusta för att även denna sjukskrivningstid inkluderas.

## Bilaga C

I tabell C1 visas beskrivande statistik av populationen för de olika studieåren uppdelat på det år en sjukskrivning påbörjas. Att det sammanlagda antalet observationer här inte överensstämmer med antalet observationer i de skattningar som använder samma data beror på att i skattningarna delas varje sjukskrivning upp i det antal årsskiften som sjukskrivningen övergår. Därmed kan varje sjukskrivning generera upp till tre observationer i skattningarna, medan de här bara räknas en gång.

I tabell C2 visas hur den relativa risken för att en sjukskrivning med sjukpenning på heltid avslutas i samband med reformen i jämförelse med övriga årsskiften, uppdelat på sjukskrivning av olika längd.

Tabell C1. Beskrivning (genomsnitt) av individ- och arbetsplatsvariabler, uppdelat på sjukskrivningens startår

Panel A. Heltidssjukskrivningar

	2002	2003	2004
Genomsnittsålder	42,58	42,75	43,40
Andel kvinnor	0,61	0,61	0,61
Andel utrikes födda	0,14	0,15	0,15
Andel med utländsk bakgrund	0,17	0,17	0,17
Inte gymnasium	0,21	0,20	0,19
Gymnasium	0,56	0,56	0,55
Högskola	0,23	0,24	0,26
Pensionsgrundande inkomst (1 000-tal kr)	218	223	231
Har varit sjukfrånvarande 1999–2001	0,48	0,42	0,40
Jordbruk	0,00	0,00	0,00
Gruvning	0,00	0,00	0,00
Tillverkningsindustri	0,21	0,21	0,20
El-, gas- och vattenförsörjning	0,00	0,00	0,01
Bygg	0,04	0,04	0,04
Handel	0,09	0,09	0,10
Hotell och restaurang	0,03	0,03	0,02
Transport	0,07	0,07	0,07
Finans	0,01	0,01	0,01
Företagstjänster	0,10	0,09	0,08
Offentlig förvaltning	0,05	0,06	0,06
Utbildning	0,08	0,12	0,12
Hälso- och sjukvård	0,27	0,24	0,25
Tjänster	0,03	0,03	0,03
10–19 anställda	0,13	0,13	0,13
20–49 anställda	0,21	0,21	0,21
50–99 anställda	0,19	0,19	0,19
100–199 anställda	0,16	0,17	0,17
>200 anställda	0,30	0,30	0,29
Privat sektor	0,61	0,62	0,60
<i>Antal observationer</i>	264193	231531	208869

Panel B. Deltidssjukskrivningar

	2002	2003	2004
Genomsnittsålder	43,65	43,44	43,88
Andel kvinnor	0,77	0,77	0,77
Andel utrikes födda	0,12	0,12	0,12
Andel med utländsk bakgrund	0,14	0,14	0,14
Inte gymnasium	0,14	0,14	0,13
Gymnasium	0,48	0,48	0,48
Högskola	0,38	0,38	0,39
Pensionsgrundande inkomst (1 000-tal kr)	233	238	245
Har varit sjukfrånvarande 1999–2001	0,54	0,47	0,43
Jordbruk	0,00	0,00	0,00
Gruvnäring	0,00	0,00	0,00
Tillverkningsindustri	0,17	0,17	0,17
El-, gas- och vattenförsörjning	0,01	0,00	0,01
Bygg	0,02	0,02	0,02
Handel	0,08	0,09	0,09
Hotell och restaurang	0,02	0,02	0,02
Transport	0,05	0,05	0,05
Finans	0,01	0,01	0,01
Företagstjänster	0,10	0,09	0,09
Offentlig förvaltning	0,08	0,08	0,08
Utbildning	0,14	0,18	0,19
Hälso- och sjukvård	0,28	0,24	0,25
Tjänster	0,04	0,04	0,04
10–19 anställda	0,12	0,12	0,12
20–49 anställda	0,21	0,21	0,21
50–99 anställda	0,19	0,19	0,19
100–199 anställda	0,17	0,17	0,17
>200 anställda	0,31	0,31	0,31
Privat sektor	0,52	0,52	0,51
<i>Antal observationer</i>	55172	57883	54790



*Tabell C2.* Relativ risk (hasardkvot) för att avsluta en sjukskrivning på heltid efter årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet, uppdelat på antal månader som sjukskrivningen har pågått

	(2) >1 månad	(3) >2 månader	(4) >3 månader	(5) >4 månader	(6) >5 månader
Alla avslut	1,066*** (0,00927)	1,069*** (0,0107)	1,073*** (0,0122)	1,061*** (0,0135)	1,050*** (0,0146)
<i>Observationer</i>	489676	347426	267688	215987	183308

Anm.: Resultaten visar skillnaden i avslutssannolikhet (som hasardkvot) för sjukskrivningar som passerar årsskiftet 2004/2005 i jämförelse med tidigare årsskiftet. I skattningen ingår alla sjukskrivningar som startade på heltid under 2002–2004 och som pågår längre än tre veckor. Sjukskrivningarna följs som längst i två år. Resultaten tar hänsyn till period (vecka) då sjukskrivningen startade. Varje cell representerar resultatet från separata modellskattningar av varaktigheten i sjukskrivningen (Cox proportional hazard-modell). Inom parentes redovisas standardfel som tar hänsyn till att sjukskrivningar för individer på samma arbetsställe kan samvariera: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ . Resultaten tar hänsyn till kön, ålder, utbildning, utländsk bakgrund, pensionsgrundande inkomst, boendelän samt historisk sjukfrånvaro. Dessutom tar resultaten hänsyn till arbetsplatsens egenskaper såsom bransch (14 kategorier), antal anställda (5 kategorier) och sektor (privat/offentlig).

*isf*  
INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

*adress* Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7  
*telefon* 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* [registrator@inspsf.se](mailto:registrator@inspsf.se) *webb* [www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

ISBN 978-91-88098-03-0