

En reform av sjukförsäkringen

Antalet förtidspensionärer överstiger nu en halv miljon och situationen förvärras av att risken att förtidspensioneras har ökat för 30–40-åringar. Förtidspensionering är slutet på en process som börjar med sjukskrivning och sjukskrivningen i Sverige sammanhänger i hög grad med förhållandena på arbetsplatsen. Den viktigaste åtgärden som har vidtagits under 90-talet – sjuklöneperioden – tycks inte ha hjälpt. Sverige är inte ensam med detta problem. Holland, som haft en sjuklöneperiod på ett år, är det land som jämte Sverige har den högsta sjukfrånvaron i Europa. En sjuklöneperiod har också klara inläsnings- och utslutningseffekter. I artikeln argumenteras för en stramare skadeförebyggande försäkringsadministration för att minska sjukfrånvaron i Sverige.

EDWARD PALMER

är adjungerad professor i socialförsäkringsekonomi vid Uppsala universitet och chef för forsknings- och utvecklingsenheten på Riksförsäkringsverket. edward.palmer@sfv.sfa.se

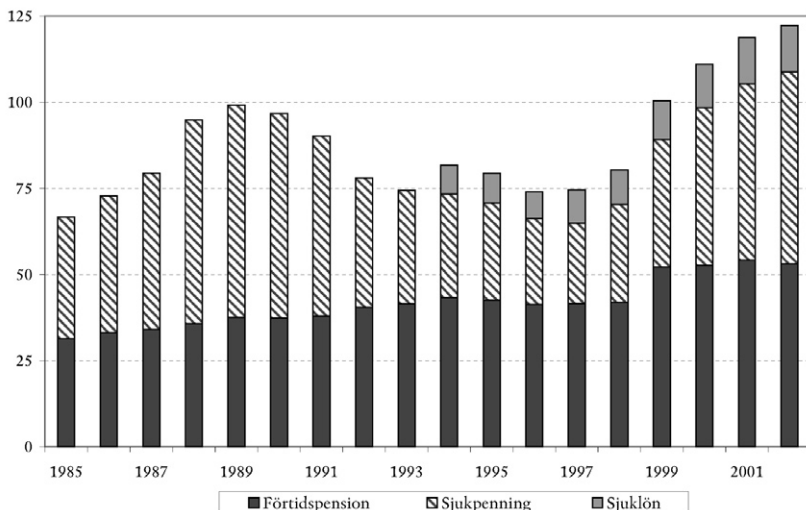
I dag uppbär ca 14 procent av Sveriges befolkning i åldern 16–64 år sjukpenning eller förtidspension (Palmer 2004).¹ Statens utgifter för dessa ersättningar uppgick till drygt 120 miljarder kronor 2003, se figur 1, vilket motsvarar ca 5 procent av BNP. Sedan 1985 har denna andel fördubblats, dvs ökat med ca 2,5 procentenheter. Denna ökning förklaras huvudsakligen av kostnaderna för att finansiera förtidspensionerna trots att fokus i den allmänna debatten har varit riktad mot kostnaderna för sjukfrånvaron.

Med utgångspunkt från att sjukfrånvaron är betydligt högre i Sverige än i de flesta andra EU-länderna diskuterar jag i artikeln eventuella orsaker till detta. Eftersom införandet av arbetsgivarinträde med sjuklöneperiod har setts som ett sätt att lösa problemet med den höga sjukfrånvaron i Sveriges analyseras effekterna av ett sådant system. Men man kan argumentera emot ett system med sjuklöneperiod utifrån såväl teoretiska som empiriska grunder: utifrån teoretiska grunder kan hävdas att det leder till minskad rörlighet på arbetsmarknaden och en empirisk iakttagelse är att i Nederländerna, där man praktiserat detta system, är den genomsnittliga årliga sjukfrånvaron ungefär som i Sverige. Samtidigt har länder i Sveriges närhet, Finland och Tyskland, haft både höga ersättningar och låg sjukfrånvaro. I uppsatsens sista avsnitt diskuteras ett alternativt sjukförsäkringssystem som bygger på vad som kan identifieras som troliga framgångsfaktorer i Finland och Tyskland.

De åsikter som framförs i uppsatsen är författarnas egna och kan inte tas som uttryck för Riksförsäkringsverkets uppfattning i dessa frågor.

¹ Från 2003 har sjukbidrag (en tillfällig förtidspension för upp till 3 år) och förtidspension döpts om till sjukersättning för personer 30 år och äldre och aktivitetsersättning för personer upp till 29 år gammal. Jag kommer att använda den gamla benämningen förtidspension.

Figur 1
Utvecklingen av
sjukförsäkrings-
kostnader, miljarder
kronor i 2002 års
prisnivå



Anm. Sjuklöneperioden infördes 1992. Uppgifterna för sjuklöneperioden har beräknats av Riksförsäkringsverket med hjälp av befintligt underlag från 1994. Sålunda finns ingen beräkning för 1992–93. Enligt tidigare källor svarade sjukskrivningar på upp till två veckor för ca 40 procent av de totala kostnaderna 1991, vilket tyder på en kraftig minskning i korttidssjukfrånvaron därefter. Uppskattningen av kostnaderna under sjuklöneperioden är sålunda osäkra.

1. Kostnaderna för sjukskrivning och förtidspension

År 2003 uppnådde Sverige den magiska siffran, en halv miljon förtidspensionärer! Detta är en fördubbling sedan 1985 samtidigt som antalet arbetade timmar i stort sett har varit oförändrade. Antalet förtidspensionärer och därmed kostnaderna för denna pension har ökat oavbrutet sedan inkomstbaserad förtidspension infördes i samband med ATP reformen 1960.² Sjukskrivningarna har för tillfället minskat som en följd av en svagare konjunktur vilket är ett typiskt mönster för Sverige.³ Sjukskrivningen minskas också genom att långtidssjuka personer förtidspensioneras. Även om det principiellt borde vara möjligt att återgå i arbete efter en tid med förtidspension sker det praktiskt taget aldrig. Sannolikt kommer sjukskrivningen att återigen öka när konjunkturen förbättras samtidigt som antalet förtidspensionärer fortsätter att öka.

Palme och Svensson (2003) har visat att efter ålderspensionering vid 65 års ålder är sjukskrivning den vanligaste ”ingången” till vägen ur arbetskraften i Sverige. Det finns inte hellre något som tyder på något trendbrott av denna utveckling. Snarare tvärtom, vilket framgår av en undersökning som bekräftar att risken för förtidspensionering har ökat kraftigt lågt ned i åldrarna samtidigt som risken, relativt sett, har minskat för personer över

² De kostnader som redovisas i figur 1 underskattar det verkliga försäkringsutfallet eftersom det i regel tillkommer ett tillägg för avtalspension med ca 10 procent i förhållande till slutlönen samt i en del fall en arbetsskadelivränta, vilket kan ge en 100 procentig ersättning vid förtidspensionering.

³ Numera ett välkänt faktum sedan Lantto och Lindblom (1987) riktade vår uppmärksamhet på detta samband. För aktuella uppgifter om sjukfrånvaron, se Nyman m fl (2002).

60 års ålder (Cohen Birman m fl 2004). Genomsnittsåldern för förtidspensionärer blir sålunda lägre och lägre.

Vid en genomsnittlig lön på 200 000 kronor per år per förtidspensionerad innebär en förtidspensionering av en 35-åring en kostnad för samhället på ca 7 miljoner kronor (ca 3,5 miljoner med en diskonteringsränta på 2 procent). Den stora förloraren är emellertid individen som inte har kunnat arbeta och därmed inte haft möjlighet till att erhålla en högre inkomst. Rigiditeter på den svenska arbetsmarknaden kombinerad med ett passivt försäkringssystem leder allt för lätt till förtidspensionering. Drygt 50 procent av dem som är sjukskrivna 15 dagar eller längre anser att deras sjukskrivning beror helt eller delvis på arbetsförhållandena och inte orsakade av rena hälsoproblem (Eklund 2003).

2. Är det möjligt att sänka nivån på sjukskrivningen i Sverige?

Kostnaderna för sjukskrivning och förtidspensioneringen tycks bara stiga. Inkörsporren till förtidspensionering är som nämnts, sjukskrivning. Kunde sjukskrivningen begränsas skulle rimligtvis också förtidspensioneringen minska. Men finns det en anledning att tro att man kan få ner sjukskrivningen i Sverige? Ett sätt att svara på frågan är att studera utvecklingen i andra länder.

I Nyman m fl (2002) framgår att sjukfrånvaron bland anställda i Sverige är högst bland alla EU länder. Med hjälp av arbetskraftsundersökningar kan man mäta sjukfrånvaron i olika länder på ett likartat sätt. I undersökningarna har anställda tillfrågats om de har varit frånvarande från arbete under minst fem dagar på grund av sjukdom och undersökningsperioden sträckte sig från mitten av 1980-talet till och med 2001. Resultaten visar att Sverige och Holland hade de högsta sjuktagen med 4,2 procent medan Finland och Tyskland (f d Västtyskland) låg bland de lägsta, 2,3 respektive 1,4 procent, se tabell 1. Skillnaderna i sjukfrånvaron mellan Sverige och andra länder indikerar att det är möjligt att minska denna i Sverige.

Skillnaderna i sjukfrånvaron mellan länderna skulle kunna bero på demografiska faktorer eller på skillnader i arbetsmarknadens funktionssätt. Häri ligger en del av förklaringen men långt ifrån hela. Arbetskraften var äldre i Norge och Sverige men inte Holland. Kvinnor arbetar i något större utsträckning i Norge och Sverige men så var inte fallet i Nederländerna. Dessutom hade Sverige och Finland ungefär samma andel kvinnor som arbetar inom den offentliga sektorn, men finländska kvinnor hade betydligt lägre sjukfrånvaro än sina svenska systrar, ca 60 procent.

Det finns inget entydigt bevis på att arbetsmiljön är sämre i Sverige än i andra EU länder. Det skulle emellertid kunna vara så att man lyckas hantera eventuella negativa konsekvenser av en dålig arbetsmiljö bättre i andra länder än i Sverige vilket skulle kunna tyda på ett svenskt systemfel av något slag.

Hälsoindikatorer som dödlighet, rökning osv, tyder på att hälsan är bätt-

Tabell 1
Sjukfrånvaron bland
anställda enligt de oli-
ka ländernas arbets-
kraftsundersökning-
ar, 1983–2001*

	Genomsnitt	Lägst	Högst	Skillnad mellan högst och lägst
Sverige	4,2	2,5	5,7	3,2
Nederländerna	4,1	3,1	5,3	2,2
Norge	3,2	2,6	4,2	1,6
Frankrike	2,4	2,1	3,0	0,9
Finland	2,3	2,2	2,6	0,4
Storbritannien	2,0	1,7	2,3	0,6
Danmark	1,7	1,2	2,6	1,4
Tyskland	1,4	1,3	1,7	0,4

* Norge från 1989, Sverige från 1987, Finland från 1984.

Källa: Nyman m fl (2002) samt Bergendorff och Skogman Thoursie (2003).

re i Sverige än i Danmark, Finland och Tyskland. Med andra ord är det introligt att en sämre svensk hälsa förklarar länderskillnaden i sjukfrånvaron. Slutsatsen är att det borde gå att minska sjukfrånvaron i Sverige. Men frågan kvarstår varför sjukfrånvaron är så hög i just Holland, Norge och Sverige?

Europa har ungefär samma tekniska nivå på sjukvården och det finns inte någon anledning att tro att den tekniska kvaliteten inom sjukvården är sämre i just Holland, Norge och Sverige. Däremot skulle det kunna vara så att sjukvården används på ett mer effektivt sätt i syfte att förebygga sjukfrånvaron i Finland och Tyskland där sjukfrånvaron bland anställda är låg. Jag återkommer till denna fråga i sista avsnittet av artikeln.

Kan skillnaderna bero på försäkringssystemens regler och administration? Ersättningsnivån kan vara en förklaring till skillnaderna mellan länder. Sverige är ensam om att tillåta sjukskrivningen att pågå med en hög ersättningsnivå utan bortre gräns. De flesta i Holland, Norge och Sverige har en kompensationsgrad på 90–100 procent inklusive avtalstillägg. Länder som Frankrike och Storbritannien har en betydligt lägre kompensationsgrad, vilket kan förklara varför sjukfrånvaron är lägre där. Tyskland har dock en ersättningsnivå på 100 procent under de första sex veckorna och sedan 90 procent av nettolönen. Såväl Tyskland som Nederländerna har en sjuklöneperiod, dvs arbetsgivaren betalar avgifter respektive premie i förhållande till utfallet, men frånvaron bland anställda är nästan tredubbelt så hög i det sistnämnda landet. Sjuklöneperioden verkar således inte vara någon lösning på de holländska problemen som dessutom har haft ett arbetsgivaransvar på ett år från 1996. Eftersom detta ansvar inte hade avsedd effekt har perioden utökats till två år från 2004.

3. Sjuklöneperiod – är privatisering lösningen?

Enligt ekonomisk teori vill riskaverta individer ha en försäkring mot inkomstbortfall på grund av såväl kort- som långvarig arbetsförmåga. Den individuella och den kollektiva välfärden blir större med än utan försäkringar. Den försäkring individerna efterfrågar skulle kunna tillhandahållas av

arbetsgivaren som en del av anställningskontraktet. I princip skulle vilken arbetsgivare som helst kunna ordna en försäkring, som blir en kostnad inom ramen för den normala verksamheten. Eftersom den anställde efterfrågar denna försäkring skulle denne i princip vara villig att avstå från en del av sin lön för att täcka försäkringskostnaderna. Försäkringsbolag skulle kunna erbjuda en återförsäkring för de enskilda företagen. Troligen skulle inte alla arbetsgivare vara intresserade av att tillhandahålla denna försäkring och de anställda på dessa arbetsplatser skulle då behöva teckna individuella försäkringskontrakt med privata försäkringsbolag.

Individer med kända risker skulle finna det omöjligt att teckna en individuell försäkring till en för dem rimlig kostnad. Konsekvensen är en lägre välfärdsnivå för dessa samt en högre ”belastning” på samhällets andra stödssystem, dvs kostnaden överförs indirekt på dem som är inne i systemet. Med hänsyn till dessa välfärdsluster är en allmän socialförsäkring att föredra – antingen i form av en försäkring som tillhandahålls av staten eller i form av en skyldighet för arbetsgivare att tillhandahålla ersättning under en viss period, dvs en sjuklöneperiod.

Låt oss börja med att överväga alternativet att försäkringen tillhandahålls genom att införa en obligatorisk privat försäkring i form av en sjuklöneperiod. Sjuklöneperioden skulle kunna täcka sjukskrivning under en lång period, minst 90 dagar och kanske upp till ett år eller ännu mer. Man kan motivera det på ungefär följande sätt. Sjukdomsrisker som inte har någon koppling till arbetet bör vara slumpmässigt fördelade bland alla individer men inte nödvändigtvis bland alla arbetsgivare. Det kan nämligen finnas en selektion av vissa människor till vissa yrken. I den utsträckning att hälsoproblem inte är kopplade till en viss grupp av människor på vissa arbetsplatser belastas inte arbetsgivare i detta avseende av en obligatorisk försäkring. Fördelen med en obligatorisk försäkring är dessutom att varje arbetsgivare (verksamhet, bransch eller sektor) skulle bära sina egna ”extra” kostnader, dvs kostnader relaterade till den egna arbetsplatsens fysiska och psykiska arbetsmiljö, organisation och ledning. I priset för varor och tjänster skulle således även kostnader för arbetsplatsrelaterad sjukfrånvaro ingå. Dessutom skulle arbetsgivaren kunna tjäna på att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och skador genom att vidta förebyggande åtgärder.

En annan fråga är om arbetsgivaren har någon uppfattning om vad det är i organisationen som leder till sjukfrånvaro och om arbetsgivaren finner det möjligt att på ett kostnadseffektivt sätt vidta förebyggande åtgärder. Dessutom är det i praktiken så att kostnaderna för en onormalt hög sjukfrånvaro kan övervältras på löntagaren i form av lägre kontant löner eller på priserna. Det är inte givet att vinsten behöver bli lägre vilket tycks vara utgångspunkten hos dem som förespråkar en sjuklöneperiod som lösning på de höga sjukfrånvarokostnaderna i Sverige, se t ex SOU 2002:5. Vad som faktiskt sker från fall till fall beror på ett antal omständigheter, bl a arbetsgivarens medvetenhet om dessa kostnader och deras orsaker, priselasticitet från den producerade varan eller tjänsten, konkurrensen inom området, osv.

Argumentationen hittills tyder på att en sjuklöneperiod skulle kunna vara en lösning för att minska sjukfrånvaron i Sverige och som konsekvens härav även förtidspensioneringen. Emellertid behöver modellen kompletteras med hur arbetsgivare kan förväntas reagera visavi individer med långa perioder av frånvaro. Den billigaste förebyggande åtgärden är att se till att man anställer personer som inte kan förväntas ge upphov till mer än genomsnittliga frånvarokostnader. Empirin tyder på att den som har haft en frånvaro under minst 60 dagar har en förhöjd risk att få ett eller flera fall av ytterligare lång frånvaro pga sjukdom (Andrén 2001, s 138). En kostnadsmedveten arbetsgivare undviker sålunda denna extra risk. Dessutom ger statistiken stöd för uppfattningen att kvinnor och äldre arbetskraft ger förhöjda risker och därmed sannolikt högre kostnader.

Selektionen skulle kunna ta ännu mer subtila och icke önskvärda uttryck. De anställda som råkar ut för en svår sjukdom har mindre möjligheter och svagare incitament att byta jobb, trots att detta skulle kunna vara en självklar lösning. Individens ekonomiska kalkyl blir en spegelbild av arbetsgivarens. Det lönar sig inte att säga upp sig från ett arbete som är olämpligt av hälsoskäl och utbilda sig till något nytt om sannolikheten är stor att man selekteras bort på grund av tidigare hälsoproblem. Systemet med sjuklöneperiod leder till att många människor blir kvar i ett jobb som de istället borde lämna. Den svenska arbetsmarknaden har redan många inbyggda stelheter som minskar rörligheten och det är inte lämpligt att ytterligare öka dessa.

Många individer väljer redan idag en fortsatt sjukskrivning istället för att ta risken att avbryta en anställning genom att byta jobb. Ur individens synvinkel kan en förtidspension te sig vara det bästa alternativet i synnerhet för de lite äldre, som inte har något försörjningsansvar för barn och för övrigt tror sig få en tillräckligt bra ekonomisk situation med denna pension.

Men en förväntad effekt av en längre sjuklöneperiod – när arbetsgivarens och individens beteende beaktas – är en starkare selektion från arbetsgivaren vid ny rekrytering och ännu större tryck på förtidspensionering från individen. Denna tendens mot en ökad sk ”moral hazard” skulle säkert få stöd av arbetsgivare som inte har något intresse av att behålla anställda som är långtidssjukskrivna samt facket som i första hand värnar om dem som finns på arbetsplatsen och som allierar sig med arbetsgivaren i samband med nödvändiga rationaliseringar av arbetskraften. Däremot skulle ett system med sjuklöneperiod kunna tänkas fungera på en arbetsmarknad med stor rörlighet som t ex USA där man lätt anställer och friställer arbetskraft.

I den utsträckning som rörligheten på arbetsmarknaden minskar, förtidspensionering blir högre och inträde i arbetskraften försvåras, ger en sjuklöneperiod en klar välfärdslust. Om privatiseringen leder till bättre arbetsmiljöer och sålunda bättre arbetsvillkor för många är det en vinst. Ingen har studerat om sjuklöneperioden som varit i kraft sedan 1992 har minskat sjukfrånvaron i Sverige. Den allmänna nivån på sjukfrånvaron ligger i nivå med perioden före 1992 (Nyman m fl 2002). Dessutom tyder den kraftiga expansionen i sjukfrånvaron 1997–2003 på ingen nämnvärd effekt.

4. Effektivisering av försäkringsadministrationen

Vad som tycks skilja Finland och Tyskland från Holland och Sverige är en välfungerande försäkringsadministration med en ”optimal” integration av å ena sidan hälso- och sjukvården och å andra sidan arbetsgivarna. Socialförsäkringen i de två förstnämnda länderna fungerar som en regelrätt försäkringsadministration med skadereglering och uppföljning av försäkringsutfallet (se Bergendorff och Larheden 2003).

Försäkringsadministrationen är stram i Finland och Tyskland i den bemärkelse att de anställda redan den första till tredje dagen måste kontakta en företagsläkare eller motsvarande. I Finland är det en läkare inom företagshälsovården som till hälften är finansierad av socialförsäkringen med en redovisningsskyldighet. Systemet kan sägas motsvara en skadereglering. I det första samtalet för den sjukskrivne med en läkare kan problem som direkt berör arbetsplatsen diskuteras. Redan i början av sjukfallet kan de som är frånvarande pga t ex influensa sorteras ut från dem som mår dåligt pga en konflikt på arbetsplatsen. I Sverige, Holland och Norge finns inte denna skadereglerande verksamhet. I Sverige leder t ex arbetsplatskonflikter som stress på grund av omorganisation, smärta i nacken eller ryggen på grund obekväma arbetsställning till en lång process utan omedelbar koppling till arbetsplatsen. Ett skadereglerande system – Finland och Tyskland – är också skadeförebyggande. Fokus sätts direkt på problemet och en eventuell lösning, inklusive det medicinska stöd som kan behövas.

I Finland och Tyskland förs statistik kring sjukskrivning på arbetsstäl-lenivå. I Finland är, som nämnts, detta en del i företagshälsovården och i Tyskland utförs det av försäkringsadministrationen. Detta möjliggör förebyggande arbete; med hjälp av insamlad statistik identifieras problem och lösningar kan diskuteras och vidtas. I Finland samarbetar försäkringen och företagshälsovården kring förebyggande åtgärder och samma sak sker i Tyskland mellan försäkringen och arbetsgivaren.

I Holland insamlas inte sådan statistik eftersom det inte finns någon central försäkringsgivare utom en mängd enskilda arbetsgivare som sköter sig själva, eller återförsäkrar sig. Inte heller i Sverige insamlas sådan statistik. Emellertid är förekomsten av statistik bara den ena pusselbiten. Den andra är att den måste användas i analyser och professionella diskussioner samt utmynna i åtgärder som håller tillbaka sjukskrivningarna.

Med individen och försäkringen utgör läkarna en tredje part - men i Sverige utan kostnadsansvar. För att motivera försäkringskostnaderna borde läkarnas sjukskrivningar följas upp och riktlinjer finnas för vad som är ”normal” sjukskrivningstid. För närvarande finns det ett kraftigt *regional* variation i Sverige av sjukskrivningstiden för samma sjukdom (Haglund 2003). Uppföljningar och analyser ger ett underlag för diskussion inom läkarkåren samt mellan läkarkåren och försäkringen. Detta kan i sin tur leda till en minskning av det sk tredje partsproblemet.

Det finns en hel del evidensbaserade behandlingar som aldrig kommer individer till godo därför att de råkar anlita en läkare som inte tillämpar dessa.

Även detta är ineffektivt inom ramen för en allmän försäkring liksom långa väntetider för behandling. Dessutom vidtas många rehabiliteringsåtgärder utan att det finns bevis på att de fungerar. Ett minsta krav skulle vara att åtgärdernas effektivitet studeras för att få kunskap om vad som fungerar bäst.

5. Avslutning

Det mesta tyder på att den låga sjukfrånvaron i Finland och Tyskland, trots den höga ersättningsnivån, beror på att administrationen är upplagd med skadereglerande och skadeförebyggande insatser. Detta är sannolikt förklaringen till varför Holland, Norge och Sverige, som också har höga ersättningar, har hög sjukfrånvaro. Självfallet skulle finansministern få ner sjukfrånvaron och eventuellt förtidspensioneringen i Sverige genom att kraftigt försämra ersättningsvillkoren. Men detta leder till en sämre välfärd för många individer som behöver ett bra försäkringskydd. Inte heller är införandet av en längre sjuklöneperiod en lösning. För att detta skulle kunna lyckas måste arbetsgivarna fungera som bra försäkringsgivare i den bemärkelse som beskrivits här. Den holländska erfarenheten styrker knappast att så har varit fallet. Dessutom kan ett system med en längre sjuklöneperiod resultera i en minskad flexibilitet på den svenska arbetsmarknaden. Snarare skulle systemet med sjuklöneperiod avskaffas och administrationen läggas upp som en riktig skadereglerande och förebyggande organisation i linje med Finland och Tyskland. På det sättet kan socialförsäkringen fungera som den borde även i Sverige.

REFERENSER

Andrén, D (2001), *Long-term Absenteeism due to Sickness: The Swedish Experience 1986-1991*, Ekonomiska Studier, nr 107, Nationalekonomiska Institutionen, Göteborgs universitet.

Eklund, M (2003), "Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning", *RFV Analyser* 2003:10, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Bergendorff, S och P Skogman Thoursie (2003), "Sjukskrivning – försäkring eller försörjning?", Rapport från forskarseminariet i Umeå, *Fakta & Debatt*, nr 1, Försäkringskassaförbundet, Stockholm.

Cohen Birman M, K Nyberg och P Skogman Thoursie (2004), "Nybeviljade förtidspensioner – Utvecklingen av riskfaktorer under 1990-talet", *RFV Analyser* 2004:1, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Bergendorff, S och Larheden H (2003), "Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro – erfarenhet från fyra länder", *RFV Analyser* 2003:16, Riksförsäkringsverket, Stockholm.

Haglund, B (2003) "Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer – finns det re-

gionala skillnader?", Forskningsrapport från CUF och EpC, 2003-112-1, Socialstyrelsen.

Lantto K och E Lindblom (1987), "År arbetslöshet ohälsosam?" *Ekonomisk Debatt*, årg 15, nr 4, s 333-336.

Nyman K, och S Bergendorff, E Palmer (2002), *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*, Rapport till ESO, DS 2002:49, Finansdepartementet, Stockholm.

Palme, M och I Svensson (2003), "Pathways to retirement and retirement incentives in Sweden", i Andersen, T M och P Molander (red), *Alternatives for Welfare Policy. Coping with internationalisation and demographic change*, Cambridge University Press.

Palmer, E (2004), "Sjukskrivning i Sverige och den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens", i Hogstedt C m fl, *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm.

SOU 2002:5, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*, Slutbetänkande, del 1, Socialdepartementet, Stockholm.