

Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv, 1995–2022

Diarienummer: FK 2023/017922
Ansvarig chef: Jon Dutrieux
Analysavdelningen
Upplysningar: Analytiker Johanna Nyman
010-112 61 95
johanna.nyman@forsakringskassan.se
Analytiker Ulrik Lidwall
010-116 97 26
ulrik.lidwall@forsakringskassan.se

Innehåll

Summary	4
Sickness absence in Sweden has been relatively low and stable since the mid-2000s.....	4
Many factors influence sickness absence	4
Women's sickness absence is higher than men's, particularly in Sweden.....	4
Rising employment rates are a likely partial explanation for increased sickness absence in Germany and France	5
Changes in sickness insurance legislation decreased sickness absence in Sweden and the Netherlands	5
The objectives of the Swedish sickness insurance are relatively met in international comparison	5
Sammanfattning.....	7
Den svenska sjukfrånvaron är relativt låg och stabil sedan mitten av 00-talet.....	7
Många faktorer påverkar	7
Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns, särskilt i Sverige	7
Stigande sysselsättningsgrad trolig delförklaring till ökande sjukfrånvaro i Tyskland och Frankrike	8
Förändringar i lagstiftningen har bidragit till minskad sjukfrånvaro i Sverige och Nederländerna.....	8
Målen med sjukförsäkringen relativt uppfyllda i Sverige i ett internationellt perspektiv.....	8
Inledning.....	10
Bakgrund och syfte.....	10
Metod	11
Eurostats sammanställning av arbetskraftsundersökningar	11
Förändringar jämfört tidigare analyser	12
Den svenska sjukfrånvarons utveckling i ett europeiskt perspektiv	13
Den svenska sjukfrånvaron är lägre och mer stabil	15
Sjukfrånvaron är högre bland kvinnor än män, särskilt i Sverige	18
Sjukfrånvaron stiger med åldern	22
Sysselsättningsgraden i Europa efterliknar alltmer den nordiska	23
Kopplingen mellan sysselsättning och sjukfrånvaro tydligast bland kvinnor	26
Slutsatser	31
Avslutande reflektion	32

Referenser	33
Bilaga – regelverk per land	37
Sverige	37
Norge	39
Danmark	40
Finland	41
Tyskland	42
Nederländerna	43
Frankrike.....	44
Storbritannien	45

Summary

This working paper has two main purposes. Firstly, to describe and analyse the trends in sickness absence in eight Western European countries; Sweden, Norway, Finland, Denmark, Germany, Netherlands, France and the United Kingdom. Secondly, to provide an overview of the sickness insurance systems in these countries.

Sickness absence in Sweden has been relatively low and stable since the mid-2000s

In earlier Western European comparisons, Sweden, Norway and the Netherlands have stood out with high and fluctuating rates of sickness absence during the 1980s and 1990s. However, since the mid-2000s sickness absence in Sweden has become both lower and more stable. The Netherlands has had a similar trend. Meanwhile, sickness absence in Germany and France has increased during the past two decades, and has during recent years been among the highest in Europe, alongside Norway.

Many factors influence sickness absence

Many different factors influence the level and trend of sickness absence. Apart from differences in sickness insurance models and possible early exit routes out of the labour market, labour force participation rates and workforce composition are key factors. Simultaneously, working life conditions, such as work environment factors and employment conditions also influence sickness absence. Changes in the economy and unemployment protection also play a role. Moreover, the way that sickness absence is measured is also significant.

In this working paper, sickness absence is mainly analysed in relation to differences in workforce composition and sickness insurance models between countries. The analysis is mainly based on data from Eurostat's compilation of the member countries' labour force surveys (LFS), where sickness absence is defined as absence from work due to illness or incapacity to work during the entire reference week of the survey.

Women's sickness absence is higher than men's, particularly in Sweden

Women's sickness absence is higher than men's in all of the compared countries, with the largest relative difference in Sweden. Sickness absence according to LFS among Swedish women is 3.3 percent, while sickness

absence among Swedish men is 2 percent.¹ A possible explanation for the larger gender differences in Sweden is that a relatively high share of women in Sweden work full-time compared to other countries. Furthermore, many women are working in industries and professions with more adverse work environments, for instance job strain and effort-reward imbalance. In addition, as in many other European countries, women take on greater domestic responsibilities and suffer from double burden to higher extent than men.

Rising employment rates are a likely partial explanation for increased sickness absence in Germany and France

Since the mid-1990s, employment rates have become more similar in all included countries. Apart from Finland, employment rates in the Nordic countries, where employment levels have long been relatively high, have increased marginally. In the other countries, employment growth has been stronger, with rates converging towards Nordic levels at the end of the 2010s.

The higher employment rates in the non-Nordic countries are partly due to increased labour force participation among women and older workers. This in turn influences the composition of the work force which could be one important contributing explanation for the increase in sickness absence in Germany and France over time. The fact that women more often work in different types of occupations and hold lower positions than men may have further strengthened the association between higher employment rates and increased sickness absence.

Changes in sickness insurance legislation decreased sickness absence in Sweden and the Netherlands

Despite rising employment rates, the Swedish and Dutch sickness absence has decreased. In Sweden, the past decades' changes within sickness insurance seems to be an important contributing explanation. Similarly, the changes made within Dutch sickness insurance during the mid-1990s to mid-2000s with extensive privatization, are a probable explanation for the development in the Netherlands.

The objectives of the Swedish sickness insurance are relatively met in international comparison

The Swedish sickness insurance system contributes to two important objectives for the Swedish society. Firstly, it provides economic security in

¹ Calculated as an average for 2013-2022.

the event of temporary illness or disability. Secondly, it enables high employment by supporting individual's return to work. In addition, Sweden has also set a target of a low and stable use of the sickness insurance. Since both of the previously mentioned objectives may contribute to a higher and more instable sickness absence rate, it is interesting to note that Sweden has a relatively strong insurance coverage at the event of illness, a high employment rate and simultaneously a historically low and more stable sickness absence rate.

The fact that Sweden performs well compared to other countries regarding sickness absence rates, is not to be equated with the Swedish objectives being fully met. Further, it raises questions regarding what mechanisms that have decreased the Swedish sickness absence during the past decades. At the same time, it points towards the Swedish objectives being both ambitious and, at least, relatively met in international comparison.

Sammanfattning

I denna arbetsrapport redovisas underlag som använts under arbetet med den korta analysen *Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv* (Försäkringskassan 2022a). Arbetsrapporten har i huvudsak två syften. Det ena är att komplettera den korta analysen med en mer utförlig beskrivning av de resultat som redan publicerats. Det andra är att ge en översiktlig beskrivning av sjukförsäkringssystemen i åtta västeuropeiska länder: Sverige, Norge, Finland, Danmark, Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Storbritannien. Delar av materialet har således publicerats tidigare inom ramen för den korta analysen.

Den svenska sjukfrånvaron är relativt låg och stabil sedan mitten av 00-talet

I tidigare västeuropeiska jämförelser har Sverige, Norge och Nederländerna stuckit ut med hög och varierande sjukfrånvaro under 1980- och 90-talen. Under 00-talet sågs däremot ett trendbrott för Sveriges del, då den svenska sjukfrånvaron blivit både lägre och mer stabil. Den nederländska sjukfrånvaron visar en liknande utveckling. Samtidigt har Tyskland och Frankrikes sjukfrånvaro stigit under två decennier och ligger under senare år bland de länder med högst sjukfrånvaro, tillsammans med Norge.

Många faktorer påverkar

Det är många olika faktorer som påverkar sjukfrånvarons nivå och utveckling. Utöver sjukförsäkringens utformning och möjligheter till att lämna arbetslivet i förtid är exempelvis arbetskraftsdeltagande och arbetskraftens sammansättning av stor betydelse. Samtidigt påverkar villkoren i arbetslivet, inklusive arbetsmiljö och anställningsförhållanden sjukfrånvaron. Också förändringar i konjunktur och ekonomiskt skydd vid arbetslöshet spelar in. Även sättet sjukfrånvaro mäts på har betydelse.

I den här arbetsrapporten analyseras sjukfrånvaron främst i relation till arbetskraftens sammansättning och skillnader i sjukförsäkringens utformning mellan länderna. Arbetsrapporten baseras i huvudsak på data från Eurostats sammanställning av medlemsländernas arbetskraftsundersökningar, i vilken sjukfrånvaro definieras som frånvaro från arbete på grund av sjukdom och tillfällig arbetsförmåga under hela undersökningens mätvecka.

Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns, särskilt i Sverige

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män i samtliga jämförda länder, men skillnaderna är störst i Sverige. Svenska kvinnors sjukfrånvaro är 3,3

procent jämfört mäns 2 procent.² En möjlig förklaring till de större könsskillnaderna i Sverige är att en relativt hög andel av kvinnor i Sverige arbetar heltid jämfört med andra länder och att de ofta gör det inom branscher och yrken med större social och organisatorisk arbetsmiljöbelastning samtidigt som de fortsatt tar ett större ansvar för barn och familj.

Stigande sysselsättningsgrad trolig delförklaring till ökande sjukfrånvaro i Tyskland och Frankrike

Sedan mitten av 1990-talet har sysselsättningsgraden blivit mer likartad i samtliga undersökta länder. Med undantag för Finland har sysselsättningsgraden i de nordiska länderna endast ökat marginellt, medan ökningen varit större i övriga länder i jämförelsen. Mot slutet av 2010-talet konvergerade sysselsättningsgraden mer mot de nordiska ländernas nivåer.

Den stigande sysselsättningsgraden i de utomnordiska länderna kan delvis förklaras av att kvinnor och äldre arbetar i allt högre grad vilket påverkar arbetskraftens sammansättning. Det kan vara en viktig delförklaring till att sjukfrånvaron i Tyskland och Frankrike ökat över tid. Att kvinnor oftare arbetar i lägre positioner och andra yrken än män också i dessa länder kan ha bidragit till att förstärka kopplingen mellan sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad.

Förändringar i lagstiftningen har bidragit till minskad sjukfrånvaro i Sverige och Nederländerna

I Sverige och Nederländerna har sjukfrånvaron minskat trots stigande sysselsättning. För Sveriges del tycks de senaste decenniernas förändringar inom sjukförsäkringen vara en viktig delförklaring. I Nederländerna är också de förändringar inom sjukförsäkringen som genomfördes från mitten av 90-talet till mitten av 00-talet en trolig förklaring till utvecklingen.

Målen med sjukförsäkringen relativt uppfyllda i Sverige i ett internationellt perspektiv

Den svenska sjukförsäkringen bidrar till två viktiga samhällsmål. Att ge ekonomisk trygghet vid tillfälligt nedsatt arbetsförmåga och att genom stöd för återgång i arbete möjliggöra en hög sysselsättning. Samtidigt fastslog Riksdagen 2009 en målsättning om att nyttjandet av försäkringen ska vara lågt och stabilt. Då de båda övriga målen kan bidra till en högre och varierande sjukfrånvaro är det intressant att Sverige relativt andra länder har ett starkt skydd vid sjukdom, en hög sysselsättning och samtidigt historiskt låg och mer stabil sjukfrånvaro.

² Beräknat som genomsnitt för år 2013–2022.

Att Sverige ligger bra till i relation till andra länder är inte att likställa med måluppfyllelse. Det väcker även ytterligare frågor om vilka mekanismer som minskat den svenska sjukfrånvaron under de senaste decennierna. Samtidigt pekar det på att de svenska målen både är ambitiösa och, åtminstone relativt uppfyllda i internationell jämförelse.

Inledning

Bakgrund och syfte

För att få perspektiv på den svenska sjukfrånvarons nivå och utveckling är det värdefullt att beskriva och analysera den i ett europeiskt perspektiv. Sådana jämförelser kan exempelvis användas för att belysa skillnader i sjukfrånvaro beroende på hur sjukförsäkringen är organiserad i olika länder. Skillnader i utvecklingen på arbetsmarknaden och inom andra delar av socialpolitiken är andra viktiga aspekter som har betydelse för sjukfrånvarons utveckling och nivå. Därför är jämförelser mellan Sverige och andra länder viktiga kunskapsunderlag i samhällsdebatten om den svenska sjukfrånvaron.

Sveriges sjukfrånvaro har tidigare studerats i förhållande till sju andra västeuropeiska länder av ESO (Ds 2002:49) och RFV (RFV Analyserar 2002:11) samt Försäkringskassan (Redovisar 2005:6, Socialförsäkringsrapport 2009:10, Socialförsäkringsrapport 2014:17). Rapporterna visade att Sverige, Nederländerna och Norge fram till början av 2000-talet stack ut med hög och kraftigt varierande sjukfrånvaro jämfört övriga västeuropeiska länder. Analyser pekade på att Sveriges höga sjukfrånvaro kunde förklaras av faktorer som regelsystem, arbetsmarknadsläge samt den höga sysselsättningsgraden bland kvinnor och äldre. Senare statistik från Eurostat visar emellertid på en förändrad utveckling. Sedan 2010 har den svenska sjukfrånvaron blivit lägre och samtidigt stabiliserats. Med detta aktualiserades frågan om hur den svenska sjukfrånvaron utvecklats i jämförelse med andra västeuropeiska länder under de senaste decennierna.

Under 2022 publicerade Försäkringskassan den korta analysen ”Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv”. I analysen följs utvecklingen upp med data fram till 2021 mot bakgrund av faktorer som varit betydelsefulla enligt tidigare analyser. Syftet med denna arbetsrapport är att komplettera den korta analysen med en mer utförlig beskrivning av det underlag som ligger till grund för analysen samt ge en översikt av sjukförsäkringssystemen i ett antal västeuropeiska länder. Delar av materialet i denna arbetsrapport har således publicerats tidigare inom ramen för den korta analysen.

Metod

För att följa utvecklingen av sjukfrånvaro används statistik från Eurostats sammanställning av medlemsländernas arbetskraftsundersökningar. Utvecklingen analyseras sedan mot bakgrund av resultat från tidigare analyser, teorier och en genomgång av regelverken för sjukförsäkringen i de olika länderna. I följande avsnitt ges en närmare beskrivning av statistiken.

Eurostats sammanställning av arbetskraftsundersökningar

Analysen bygger på Eurostats sammanställning av EU-ländernas arbetsmarknadsundersökningar, Eurostat Labour Force Survey (LFS). I Sverige utgörs denna av SCB:s arbetskraftsundersökning AKU. Enkätundersökningens huvudsakliga syfte är att följa utvecklingen gällande andel anställda, arbetslösa och personer utanför arbetskraften bland 35 deltagande länder³ (Eurostat 2021). I analysen presenteras årsvisa data för länderna Sverige, Norge, Danmark, Finland, Tyskland, Nederländerna, Frankrike och Storbritannien. Urvalet av länder är således detsamma som i den första internationella jämförelsen av ESO 2002, och i flertalet efterföljande studier. Då länderna valdes 2002 var det för att länderna bedömdes ha likande utvecklingsnivå och ekonomisk struktur som Sverige (Försäkringskassan 2014). Att dessa länder fortsatt studeras i denna arbetsrapport beror delvis på att det möjliggör jämförelser mot tidigare studier. I tillägg är det fortsatt rimligt att jämföra Sverige med dessa länder som haft en snarlik samhällsutveckling.

De mått som redovisas i analysen är andelen sjukfrånvarande och andelen sysselsatta i åldrarna 20–64 år. För att räknas som sjukfrånvarande krävs att personen i fråga varit frånvarande från sitt arbete på grund av sjukdom och tillfällig arbetsoförmåga under hela undersökningens mätvecka. Till anställda räknas alla personer som under mätveckan utförde arbete under minst en timme per vecka mot betalning, vinst eller vinst för familjen alternativt varit frånvarande från anställning eller verksamhet på grund av sjukdom, semester, arbetskonflikt eller utbildning. Andelen sysselsatta har beräknats som andelen anställda personer av samtliga.

Det främsta skälet till att data från LFS använts i analysen är att analysens huvudsakliga syfte är att följa upp de internationella jämförelser som tidigare genomförts av RFV, ESO och Försäkringskassan. Att använda data från LFS har emellertid fördelar utöver att möjliggöra direkta jämförelser med tidigare analyser. Till skillnad från nationella data genomförs undersökningen på samma sätt i alla länder, oberoende av sjukförsäkringens utformning, vilket innebär att data är jämförbara både mellan länder och

³ År 2021

över tid. Vidare är data tillförlitliga då undersökningen genomförs på relativt stora urval (Palme & Persson 2020).

Definitionen av sjukfrånvaro som frånvaro från arbete på grund av sjukdom och tillfällig arbetsoförmåga under hela undersökningens mätvecka medför dock vissa begränsningar. Det finns ett flertal skillnader mellan de inkluderade ländernas sjukskrivningssystem som innebär att samma sjukfall kan registreras på olika sätt beroende på land. Exempelvis medför kravet på anställning att anställningsskydd påverkar vilka som räknas till sjukfrånvarande i LFS. Om två individer har identiska sjukfall kan de alltså klassificeras olika om den ena bor i ett land med starkare anställningsskydd och den andra i ett land med svagare då den ena behåller sitt arbete och klassificeras som sjukfrånvarande medan den andre förlorar sitt och därmed exkluderas. Definitionen medför även att vissa sjukfall per automatik exkluderas helt. I de länder sjukpenning kan ges på deltid kommer dessa inte inkluderas (Proba 2014). Definitionen medför även att sjukfall kortare än undersökningens mätvecka exkluderas. Att deltidssjukskrivna exkluderas kan underskatta statistiken över sjukfrånvaron i de länder deltidssjukskrivning förekommer. Vidare medför exkluderingen av deltidssjukskrivning och korttidssjukfrånvaro att LFS kan ge en missvisande bild av frekvensen av sjukfrånvaro vid jämförelser av grupper som har systematiska skillnader i sjukfrånvarons omfattning (heltid respektive deltid) samt varaktighet.

Förändringar jämfört tidigare analyser

På grund av utträdet ur EU finns data endast tillgängligt för Storbritannien till och med 2019. Då data täcker en betydande period sedan den senaste analysen inkluderas data för Storbritannien tills dess. Till skillnad från tidigare analyser exkluderas emellertid Storbritannien från genomsnittet i denna analys, i syfte att underlätta framtida jämförelser mot denna analys.

I samband med att Tysklands Labour Force Survey integrerades i German microcensus år 2020 bröts landets tidsserie. Integrationen med den nya German microcensus innebar ett nytt rotationsschema⁴, en fast referensvecka, en ”multi-mode-design” samt nya och komplexa IT-verktyg för insamling och hantering av data. På grund av tekniska problem orsakade övergången och Covid-19 låga svarsfrekvenser och bias i den data som samlats in under 2020. På grund av detta inkluderade den korta analysen endast data för Tyskland till och med 2019. Tyskland var fortsatt inkluderat i genomsnittet då landet väntas fortsätta vara en del av dataunderlaget i kommande uppföljningar. I denna arbetsrapport inkluderas dock data och genomsnitt för Tyskland från 2020 med särskild markering.

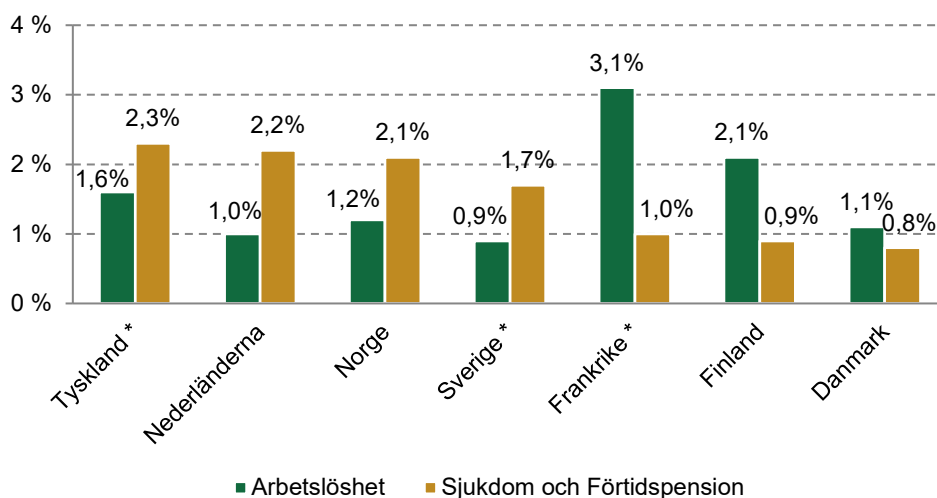
⁴ Översatt från ”rotation scheme”.

Den svenska sjukfrånvarons utveckling i ett europeiskt perspektiv

Att förklara sjukfrånvarons nivå och utveckling inom och mellan länder är en stor utmaning där många olika förhållanden måste uppmärksammas. På övergripande nivå har sjukförsäkringens utformning och organisation i olika länder stor betydelse. Exempelvis möjligheter att lämna arbetslivet i förtid genom olika typer av förtidspension. Detsamma kan sägas om utvecklingen på arbetsmarknaden och i arbetslivet som kan påverka både kortsiktigt genom ekonomiska kriser och på längre sikt genom strukturella förhållanden, t.ex. inom vilka yrken och branscher människor arbetar. En ytterligare faktor som har stor betydelse för sjukfrånvarons nivå i olika länder är hur de sociala skyddsnäten som helhet är uppbyggda i övrigt, exempelvis ekonomiskt skydd vid arbetslöshet. De nordiska länderna har relativt likartade socialförsäkringssystem men det finns också viktiga skillnader. Något förenklat kan sägas att Finland och Danmark har lagt en större vikt vid att få sjukskrivna att få sin försörjning kortsiktigt tryggad genom arbetslöshetsunderstöd och förhoppningsvis få ett nytt arbete på sikt.

I Sverige och Norge har större vikt lagts vid att via sjukförsäkringen och arbetslivsinriktad rehabilitering få individer åter i samma arbete hos samma arbetsgivare, även om Sverige under de senaste decennierna har gått mer i samma riktning som Finland och Danmark. Det kan vara en viktig delförklaring till att sjukfrånvaron historiskt varit högre i Sverige och Norge än i Finland och Danmark. Skillnaderna i olika länders socialpolitiska lösningar kan ses vid jämförelser av deras utgifter för arbetslöshet och sjukdom. I **Figur 1** visas statistik över offentliga transfereringar för sjukfrånvaro och förtidspension samt arbetslöshet. I länder med mer generös sjukförsäkring, som Sverige, Norge och Nederländerna tenderar utgifterna för sjukdom och förtidspension att vara högre än för arbetslöshet. I länder med mindre generösa villkor, som i Frankrike, Danmark och Finland tenderar kostnaderna för arbetslöshet att överstiga utgifterna för sjukdom och förtidspension.

Figur 1 Offentliga transfereringar för sjukdom och förtidspension samt arbetslöshet som procent av BNP 2020



* Preliminära värden
Källa: Eurostat.

Som nämnts har sjukförsäkringens utformning betydelse för sjukfrånvarons nivå och utveckling. Exempelvis påverkar tidsgränser, ersättningsnivå, kontroller och anställningsskydd vid sjukdom i hur hög grad personer har möjlighet att sjukskriva sig. Samtidigt kan faktorer som arbetsgivarens kostnadsansvar och anställningsskydd påverka arbetsgivarens incitament att försöka skydda sig mot sjukdom och på vilka sätt. I Tabell 1 ges en överblick av de olika ländernas regelverk under 2022. Då syftet med tabellen är att ge en kortfattad och överskådlig summering av regelverken fokuserar den på regler som gäller generellt för anställda. Mer information om varje enskilt land redovisas i Bilaga 1.

I Sverige och Norge är det främst den allmänna och obligatoriska sjukförsäkringen som ersätter sjukfrånvaron samtidigt som den försäkrade har ett relativt starkt anställningsskydd. Som kontrast betalar arbetsgivarna ersättning vid sjukfrånvaro i Storbritannien och Nederländerna och de anställda har ett svagare anställningsskydd i Danmark och Storbritannien. I Tyskland och Frankrike kännetecknas sjukförsäkringen av att de anställda är försäkrade inom branscher och via sin arbetsgivare. Både arbetsgivarperiod och självrisk varierar betydligt mellan länderna. I Finland är arbetsgivarperioden kortast, där uppgår sjuklöneperioden till tio dagar, medan Nederländerna med två år har längst arbetsgivarperiod.

Tabell 1 Ländernas regelverk år 2022 i korta drag

	Sverige	Norge	Danmark	Finland	Nederländerna	Storbritannien	Tyskland	Frankrike
Sjuklöneperiod	14 dagar (2022)	16 dagar (2022)	30 dagar (2022)	10 arbetsdagar (2022)	2 år (2022)	28 veckor (2022)	6 veckor (2022)	Varierar ⁵ (2022)
Bortre tidsgräns	Nej (2022)	52 veckor (2022)	22 veckor under 9 månader (2022)	300 dagar för samma sjukdom, exklusive arbetsgivarper riod (2022)	2 år (2022)	28 veckor SSP (2022)	78 veckor under 3 år (2022)	Max 360 dagar under en treårsperiod (2022)
Ersättningsnivå	80% av SGI år 1, därefter 75% av SGI, max SGI 10 prisbasbelopp (2022)	100 % av inkomsten upp till 6 grundbelopp. (2022)	Fast belopp, max 4 445 DKK per vecka (2022)	70 % av inkomst (2022)	70 % av lön (2022)	£96,35 per vecka (SSP) (2022)	70% (2022)	50% av daglig inkomst, upp till €47,43 (2022) ersätts av staten
Karens	1 dag (Karensavdrag) (2022)	Nej (2022)	Nej (2022)	Nej (2022)	Varierar beroende på arbetsgivare (2022)	3 dagar (2022)	Nej (2022)	3 dagar (2022)
Betalas av	Statliga Försäkringskassan	Statliga NAV (Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning) (2022)	Kommuner	Statliga Folkpensionsanstalten (FPA/KELA)	Arbetsgivare (2022)	Arbetsgivare (SSP)	Försäkringsbolag (2022)	Statliga CPAM ⁶ och Arbetsgivare (2022)
Anställningstrygghet ⁷	Ja (2022)	Ja (2022)	Nej (2022)	Nej ⁸ (2022)	Ja (2022)	Nej (2022)	Ja (2022)	Ja (2022)
Läkarintyg ⁹	From 8:e dagen (2022)	4–9:e dagen beroende på arbetsgivare (2022)	4:e dagen (2022)	1.a dagen (2022)	Ej tillämpligt (2022)	8:e dagen (2022)	4:e dagen (2022)	Dag 1 (2022)

Den svenska sjukfrånvaron är lägre och mer stabil

Tidigare har Sverige, Norge och Nederländerna haft en både hög och fluktuerande sjukfrånvaro. Under 00-talet skedde ett trendbrott i både Nederländerna och Sverige. Sjukfrånvaron i Sverige ligger numera på en lägre och mer stabil nivå jämfört före nedgången som inleddes 2003, se Figur 2. Möjliga bidragande orsaker till utvecklingen i Sverige och Nederländerna är att de båda länderna genom lagändringar och politiska mål stärkt fokus på att personer som inte kan återgå till sitt tidigare arbete i möjligaste mån ska ställa om till annat arbete.

För Sveriges del har utvecklingen präglats av flera viktiga förändringar i sjukförsäkringen: regeringens *halveringsmål* av sjukfrånvaron 2003, införandet av *rehabiliteringskedjan* 2008 med tidsgränser i sjukförsäkringen samt regeringens *9,0 mål* att minska sjukpenningtalet från 2015 10,5 till 9,0 sjukdagar i slutet av 2020.

Halveringsmålet av sjukfrånvaron innebar att sjukskrivningar från arbete skulle halveras till 2008. Målet genomsyrade från 2003 Riksförsäkringsverkets och försäkringskassornas verksamheter, såväl på lednings- som handläggarnivå. Generaldirektörens förord till RFV:s årsredovisning för 2003 och 2004 samt Försäkringskassans årsredovisningar

⁵ Ytterligare ersättning från arbetsgivare beror på avtal (European comission 2022)

⁶ Sjukdom får inte vara enda orsaken till uppsägning (Ose et al. 2022)

⁷ Gäller huruvida sjukdom innebär någon form av särskilt skydd mot uppsägning eller om sjukdom kan vara grund för uppsägning

⁸ Sjukdom får dock inte vara enda orsaken till uppsägning (Ose et al. 2022)

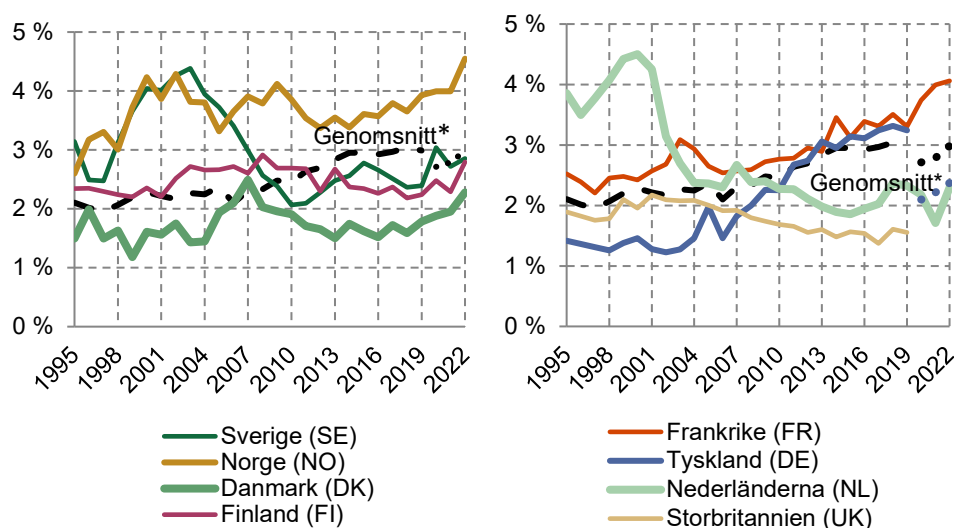
⁹ Avser arbetsgivarens rätt att kräva intyg, dvs inte när intyg *måste* vara senast tillhanda.

för 2005 till och med 2007 inleddes med en beskrivning av arbetet för att nå målet och sjuktalets utveckling. I en enkätundersökning av Statskontoret svarade 60 procent av dem som arbetade med sjukförmåner att de arbetade för att nå Halveringsmålet. Under denna period förändrades även administrationen av sjukförsäkringen då de tidigare allmänna försäkringskassorna slogs samman med RFV den 1 januari 2005 och bildade den nya myndigheten Försäkringskassan. Vidare publicerade Socialstyrelsen ”Försäkringsmedicinskt beslutsstöd” 2007 och uppdaterades 2008 och 2009. De uppföljningar som gjorts sedan dess visade att sjukskrivningarna minskat både sett till nybeviljande och längd. Den största minskningen kunde ses inom diagnoserna rörelseorganens sjukdomar och psykiska sjukdomar. Halveringsmålet nåddes under perioden då antalet ersatta nettodagar för sjukfall halverades (Försäkringskassan 2014).

Rehabiliteringskedjans infördes 2008 och medförde en mer aktiv handläggning av sjukfall och tidigare insatser. En studie från 2010 visade på att Rehabiliteringskedjan haft effekt både på sannolikheten att avsluta sjukfallet både innan prövningen vid 91 dagars sjukskrivning och vid 181 dagar (Lidwall 2013). Effekten var tydligast vid den senare tidsgränsen. Trots den större sannolikheten för avslut och den mer aktiva handläggningen ökade antalet sjukskrivningar 2011. En granskning från Försäkringskassan fann inte stöd för att ökningen skulle ha orsakats av en förändrad tillämpning (Försäkringskassan 2014).

9,0 målet lanserades 2015 som del av regeringens åtgärdsprogram med syfte att göra sjukförsäkringen tryggare, effektivare och mer förutsägbar (ISF 2018). Målet innebar att minska sjukpenningtalet från dåvarande 10,5 till 9,0 sjukdagar till slutet av år 2020.

Figur 2 Sjukfrånvaro per land och genomsnitt 1995-2022



I samband med att Tysklands Labour Force Survey integrerades i German microcensus år 2020 bröts landets tidsserie. Åren 2020–2022 (markerade som prickar) visas därför som separata tidsserier för Tyskland och genomsnittet.

Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Ett trendbrott liknande det svenska kan ses i Nederländerna där sjukfrånvaron legat på en lägre och mer stabil nivå sedan 2004. Landets nedåtgående trend kan förklaras av ett flertal åtgärder Nederländerna genomförde under åren 1994–2006. Bland annat flyttades det ekonomiska ansvaret vid sjukfrånvaro till arbetsgivare med ett års sjuklöneperiod 1996, vilken utökades till två år 2004. I samband med detta infördes bedömningskriterier gällande rätt till sjukpenning samt regler kring arbetsgivarens ansvar för att de sjukskrivna skulle återgå i arbete (Palme & Persson 2019).

I både Danmark och Storbritannien har istället sjukfrånvaron varit relativt låg över tid. Det förklaras delvis av att personer som varit sjukfrånvarande längre än de har anställningsskydd sägs upp och därmed exkluderas från statistiken (Proba 2014:7). Vidare kan både lägre ersättningsnivåer och svagare anställningsskydd bidra till att höja tröskeln för att vara sjukfrånvarande i dessa länder. På motsvarande sätt ett generöst system utan självrisker skapa utrymme för en hög och varierande sjukfrånvaro, vilket är fallet i Norge. I Tyskland och Frankrike ses en uppåtgående trend i sjukfrånvaron sedan 2006. I dessa länder skedde i början av 2000-talet vissa regeländringar som kan ha bidragit till utvecklingen. År 2000 expanderades den franska lagstadgade sjukförsäkringen (SHI) då den även började gälla för arbetslösa. Samma år infördes även ett universellt hälsoskydd (CMU), för de franska invånare som inte var berättigade den lagstadgade försäkringen (The Commonwealth Fund 2020). År 2008 genomförde Frankrike en reform vilken både innebar en minskning av väntetiden tills arbetsgivare gör kompletterande utbetalningar från tio till sju dagar och en kortare tidsfrist för att vara berättigad till försäkringsskydd, från tre år till ett. De generösare villkoren hade en ökande effekt på sjukfrånvaron (Halima & Koubi 2022). I samband med lagen om universellt hälsoskydd 2016 (PUMa) blev samtliga invånare berättigade till den lagstadgade försäkringen

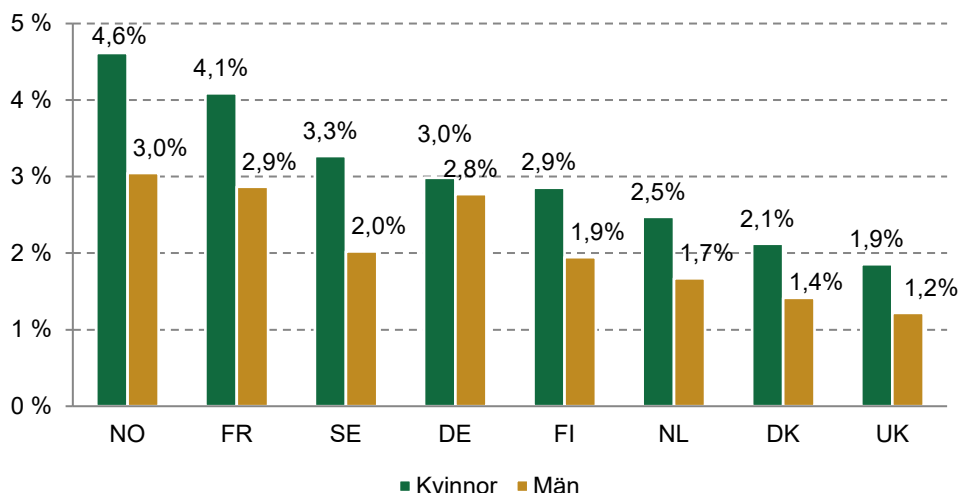
(The Commonwealth Fund 2020). Perioden har också inneburit förändringar i pensionssystemet, år 2010 höjdes den franska pensionsåldern från 60 till 62 år.

För Tysklands del ses en uppåtgående trend i sjukfrånvaron från 2006. En möjlig förklaring till utvecklingen är den ökande sysselsättning som följt av de arbetsmarknadspolitiska reformer som genomfördes 2003–2006 (exempelvis höjd pensionsålder). Dessa diskuteras närmare i senare avsnitt. En faktor som också kan ha påverkat nivån av sjukfrånvaro är att sjukförsäkringen utvidgades 2017 till att omfatta samtliga medborgare eller permanenta boende i landet (Busse et al. 2017). Fram till mitten av 00-talet låg Tysklands sjukfrånvaro på en förhållandevis låg nivå, men med viss variation. Variationen förklaras delvis av förändringar gällande ersättningsnivån. Ersättningsnivån sänktes till 80 procent av bruttolönen 1996, vilket har estimerats minska den tyska sjukfrånvaron (Karlsson & Ziebarth 2010). Ersättningsnivån höjdes därefter till 100 procent 1999, vilket omvänt ledde till såväl ökad frekvens som varaktighet av sjukfrånvaro (Halima & Koubi 2022).

Sjukfrånvaron är högre bland kvinnor än män, särskilt i Sverige

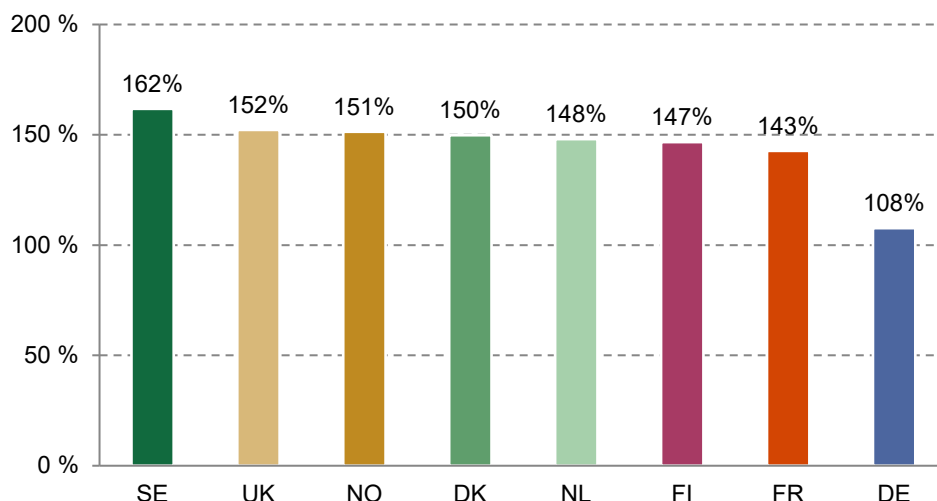
Kvinnors sjukfrånvaro är högre än mäns i samtliga inkluderade länder. I **Figur 3** och **Figur 4** nedan redovisas genomsnittlig sjukfrånvaro under perioden 2013–2022 för kvinnor och män samt de relativa skillnaderna mellan könen inom respektive land. Störst är skillnaden i Sverige där kvinnor har 62 procent högre sjukfrånvaro än män. Också i Storbritannien och Norge är könsskillnaderna stora. Minst är skillnaderna i Tyskland där sjukfrånvaron var lägre för kvinnor än män under 1990-talet. I takt med att kvinnors arbetskraftsdeltagande stigit i Tyskland har kvinnor dock gått om män i sjukfrånvaro. Att Sverige har så stora könsskillnader skulle kunna förklaras av att en relativt hög andel kvinnor i Sverige arbetar heltid och fortfarande tar ett större ansvar för barn och familj. Kvinnors större ansvar för barn och familj än män gäller generellt i Europa, men i många länder leder det till att färre kvinnor arbetar heltid vilket ger lägre sjukfrånvaro. Det finns fler möjliga förklaringar till den lägre sjukfrånvaron bland kvinnor i länder där färre kvinnor arbetar heltid. Exempelvis har de som arbetar deltid lägre total arbetsbelastning.

Figur 3 Sjukfrånvaro per kön, genomsnitt 2013–2022



* För Storbritannien beräknas genomsnitt för 2013–2019.
Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Figur 4 Kvinnors sjukfrånvaro som andel av mäns 2013–2022



* För Storbritannien beräknas genomsnitt för 2013–2019.
Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Frågan om vad kvinnors högre sjukfrånvaro beror på är komplex och undersöks inom såväl medicin som samhällsvetenskap och kulturvetenskap (Nordens välfärdscenter 2016). Ett stort antal studier visar att sjukfrånvaro beror på en kombination eller interaktion mellan olika faktorer. Dessa påverkar sjukfrånvaro genom olika typer av könsrelaterade omständigheter. En sådan omständighet är de biologiska skillnaderna till följd av att ha en manlig eller kvinnlig kropp. En andra är sociokulturella uppfattningar om maskulinitet och feminitet (genus). I tillägg finns också möjliga medlande faktorer mellan genus och sjukfrånvaro, som könsbias vid diagnostik och behandling samt skillnader i vardags- och arbetsliv (Bekker et al. 2009). Dessa samverkar även med och påverkas av personliga egenskaper. Vid inkludering av ett flertal länder tillkommer ytterligare aspekter som

kulturella skillnader och skillnader på arbetsmarknaden. Det är därför svårt att dra generella slutsatser kring varför kvinnor och mäns sjukfrånvaro skiljer sig åt (Bekker et al. 2009).

Tre tvärvetenskapliga hypoteser som återkommer i forskning och samhällsdebatt och ändå kan nämnas är *Dubbelarbetshypotesen*, *Arbetsmiljöhypotesen* och *Kvinnohälsahypotesen*. Enligt *Dubbelarbetshypotesen* förklaras kvinnors högre sjukfrånvaro av att kvinnor har en högre belastning än män då de både förvärvsarbetar och tar ett större ansvar för det obetalda hem- och omsorgsarbetet. *Arbetsmiljö hypotesen* utgår från forskning som visar att kvinnor i större utsträckning än män arbetar inom yrken med risk för brister i den psykosociala arbetsmiljön. Sådana risker antas inom ramen för hypotesen kunna leda till stress och känslor och av otillräcklighet, vilket kan resultera i en ökad risk för sjukskrivning på grund av psykiatriska diagnoser. *Kvinnohälsohypotesen* utforskar huruvida kvinnor har en sämre hälsa än män. Dessa hypoteser har undersökts i olika omfattning inom forskningen. Resultaten indikerar emellertid en begränsad förmåga att förklara könsskillnaderna (Nordens välfärdscenter 2016).

Ett sätt att få en förståelse för möjliga förklaringsfaktorer gällande Sveriges relativt stora könsskillnader är att jämföra indikatorer på i hur hög grad kvinnor tar del av lika villkor som män mellan olika länder. I denna rapport använder vi oss av EIGES gender equality index. Indexet sammanställs årligen och visar kvinnors jämställdhet som procentuell andel av mäns livssituation i livsaspekter som arbete, pengar, kunskap, tid, makt och hälsa. Aspekten arbete mäter i vilken grad kvinnor och män tar del av lika möjligheter till anställning och goda anställningsvillkor. Ju närmare index är 100, desto närmare är landet jämställdhet. Måttet baseras delvis på *deltagande* mätt i FTE (heltidsekvivalenter) och arbetslivets längd samt *segregation och arbets kvalitet* mätt som flexibilitet i arbetstid, framtidsutsikter, anställningstrygghet och utvecklingen av antal anställda på arbetsplatsen. I jämförelse med övriga västeuropeiska länder ligger Sverige högst, 83, i index för arbete. Ett skäl till detta är att Sverige har ett mer jämställt deltagande mellan män och kvinnor (95,9), vilket tyder på att kvinnor i Sverige i högre grad kombinerar arbets- och familjeliv jämfört kvinnor i andra länder. Samtidigt ligger Sverige mer genomsnittligt sett till kategorin segregation och kvalitet. Vilket tyder på att svenska kvinnors arbetsvillkor inte är jämställda i lika utsträckning som deras arbetsdeltagande.

Tabell 2 Arbete, Gender Equality Index 2022

	Arbete	Deltagande	Segregation och arbets kvalitet
DK	79,5	88,4	71,5
DE	72,9	84,9	62,5
FR	73,2	83,5	64,2
NL	78,7	83	74,5
FI	75,4	89,7	63,4
SE	83	95,4	72,2

Källa: European institute for gender equality

Aspekten tid mäter i vilken grad kvinnor och män spenderar lika mycket av sin tid på hem- och omsorgsarbete samt sociala aktiviteter. Måttet baseras delvis på *omsorg*, som inkluderar omhändertagande och utbildning av exempelvis barn, barnbarn och äldre samt matlagning och hushållsarbete. Måttet baseras även på *sociala aktiviteter*, som mäter hur många kvinnor respektive män som är engagerade i fritidsaktiviteter utanför hemmet som sport eller kultur eller välgörenhetsaktiviteter. Sverige ligger i topp, 90,1 i index, men kvinnor lägger ändå mer tid än män på det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Samtidigt deltar de inte i sociala aktiviteter utanför hemmet i lika hög grad som män.

Tabell 3 Tid, Gender Equality Index 2022

	Tid	Omsorg	Sociala aktiviteter
DK	83,1	86,1	80,2
DE	65	71,3	59,3
FR	67,3	70,4	64,4
NL	83,9	79,3	88,7
FI	77,4	82,2	72,9
SE	90,1	90,9	89,3

Källa: European institute for gender equality

Mätningar visar dock att kvinnor och män ägnar sig åt olika typer av aktiviteter inom omsorg. Exempelvis är obetald omsorg till äldre, sjuka anhöriga eller barn med funktionsnedsättning rent tidsmässigt jämnt fördelat mellan könen. Däremot tar kvinnor i högre utsträckning ansvar för tillsyn och socialt umgänge på ett mer övergripande plan medan män i högre grad gör praktiska punktinsatser (Jämställdhetsmyndigheten 2023).

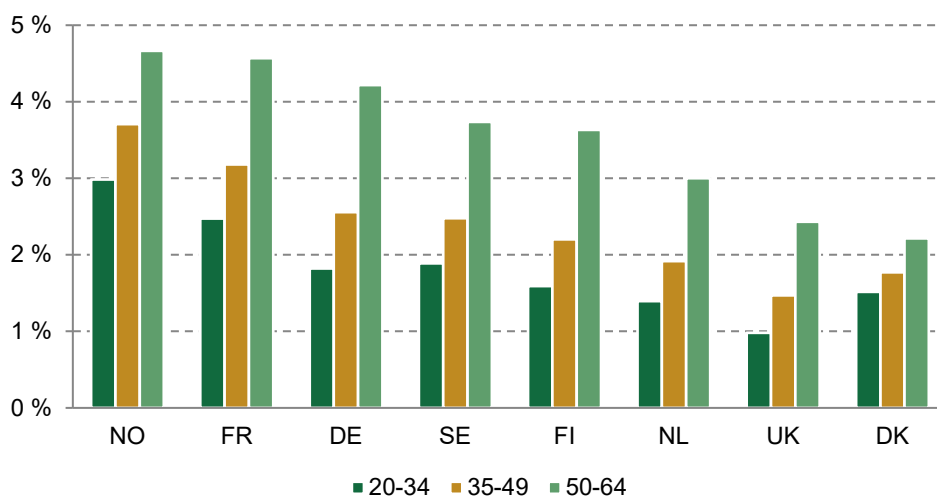
Att kvinnor har sämre villkor än män på arbetsmarknaden är inte unikt för Sverige i jämförelsen. Däremot sticker Sverige ut med ett relativt jämställt arbetskraftsdeltagande. Att de svenska relativa skillnaderna skulle kunna förklaras av att kvinnor i hög grad deltar i arbetslivet men saknar lika förutsättningar på arbetsmarknaden är i linje med en tidigare rapport om könsskillnader (Försäkringskassan 2020). Denna pekade på att dubbelarbete och strukturella problem i arbetslivet som arbetsmiljö eller arbetsrelaterad stress påverkar sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Resultaten pekade även på att en högre grad av dubbelarbete påverkar sjukfrånvaron för såväl män som kvinnor. Att Sverige har så stora könsskillnader skulle således kunna förklaras av att kvinnor i Sverige arbetar heltid i hög utsträckning och att de ofta gör det inom branscher och yrken med större social och organisatorisk arbetsmiljöbelastning samtidigt som de fortsatt tar större ansvar för barn och familj.

Sjukfrånvaron stiger med åldern

Sjukfrånvaro påverkas även av ålder. I **Figur 5** visas hur sjukfrånvaro varierar mellan olika åldersgrupper. För samtliga länder visas ett likande mönster då sjukfrånvaron stiger i högre åldersgrupper.

Precis i vilken grad sjukfrånvaro stiger med ålder är däremot svårt att mäta med data från LFS. Då yngre har kortidssjukfrånvaro i högre grad än äldre riskerar LFS att underskatta yngre personers sjukfrånvaro och därmed överskatta åldrandets effekt på sjukfrånvaro. Samtidigt ökar risken för att lämna arbetskraften vid åldrande, exempelvis genom förtidspension eller annan anledning. Vilket medför att de med sämst hälsa lämnar arbetskraften. Detta bortfall riskerar att underskatta den faktiska effekten av åldrande på sjukfrånvaro.

Figur 5 Sjukfrånvaro per land och åldersgrupp, medelvärde 2013–2022 (UK 2019)



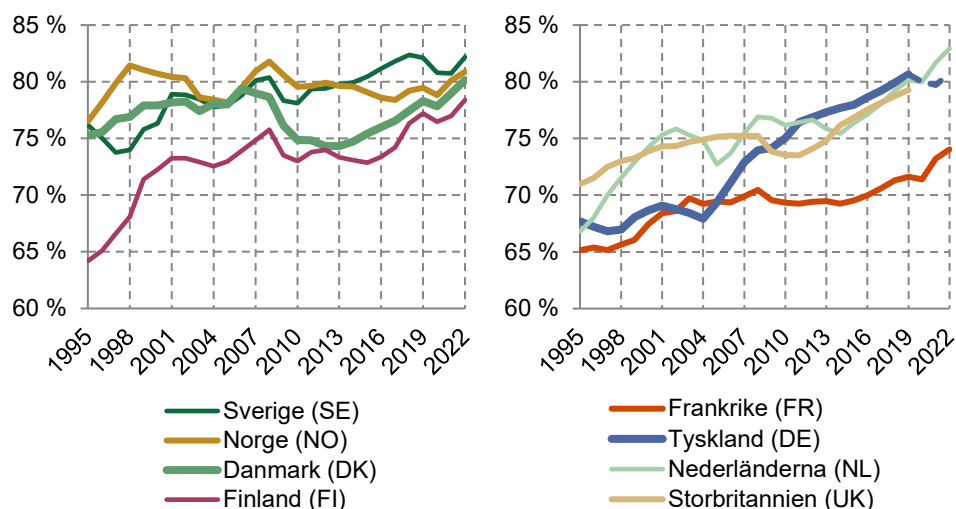
Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Sysselsättningsgraden i Europa efterliknar alltmer den nordiska

Sysselsättningsgraden, det vill säga hur många som förvärvsarbetar, påverkar hur många som *kan* räknas som sjukfrånvarande i respektive land. När sysselsättningsgraden förändras i olika utsträckning bland olika åldersgrupper eller kön påverkas även arbetskraftens sammansättning, vilken har betydelse för sjukfrånvaron. Exempelvis får en hög sysselsättningsgrad bland äldre en stor betydelse eftersom sjukfrånvaron stiger med åldern. Vid en låg sysselsättningsgrad minskar sjukfrånvaron om arbetsgivare i första hand väljer att anställa personer med låg sjukfrånvaro genom en så kallad *selektionseffekt*. Omvänt bidrar en hög sysselsättningsgrad till att fler personer med högre risk för sjukfrånvaro anställs, vilket leder till en högre sjukfrånvaro. En svag arbetsmarknad och låg sysselsättning kan också innebära att anställda i möjligaste mån undviker sjukfrånvaro för att inte belasta relationen till arbetsgivaren genom en så kallad *disciplineringsseffekt*.

I Figur 6 visas sysselsättningsgraden i de olika länderna under perioden 1995 – 2022. Sedan 1995 har sysselsättningsgraden stigit i de länder vi studerar och blivit mer likartad. Bortsett från Finland, som i hög grad led ekonomiskt av Sovjetunionens kollaps i början av 1990-talet, har sysselsättningsgraden ökat marginellt i de nordiska länderna där den var hög redan under 1990-talet (Gorodnichenko et al. 2012). Sysselsättningsgraden ökar däremot mer i övriga länder och med undantag för Frankrike konvergerar ländernas sysselsättningsgrad kring åttio procent i slutet av perioden.

Figur 6 Sysselsättningsgraden i åldern 20–64 år per land 1995–2022



Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

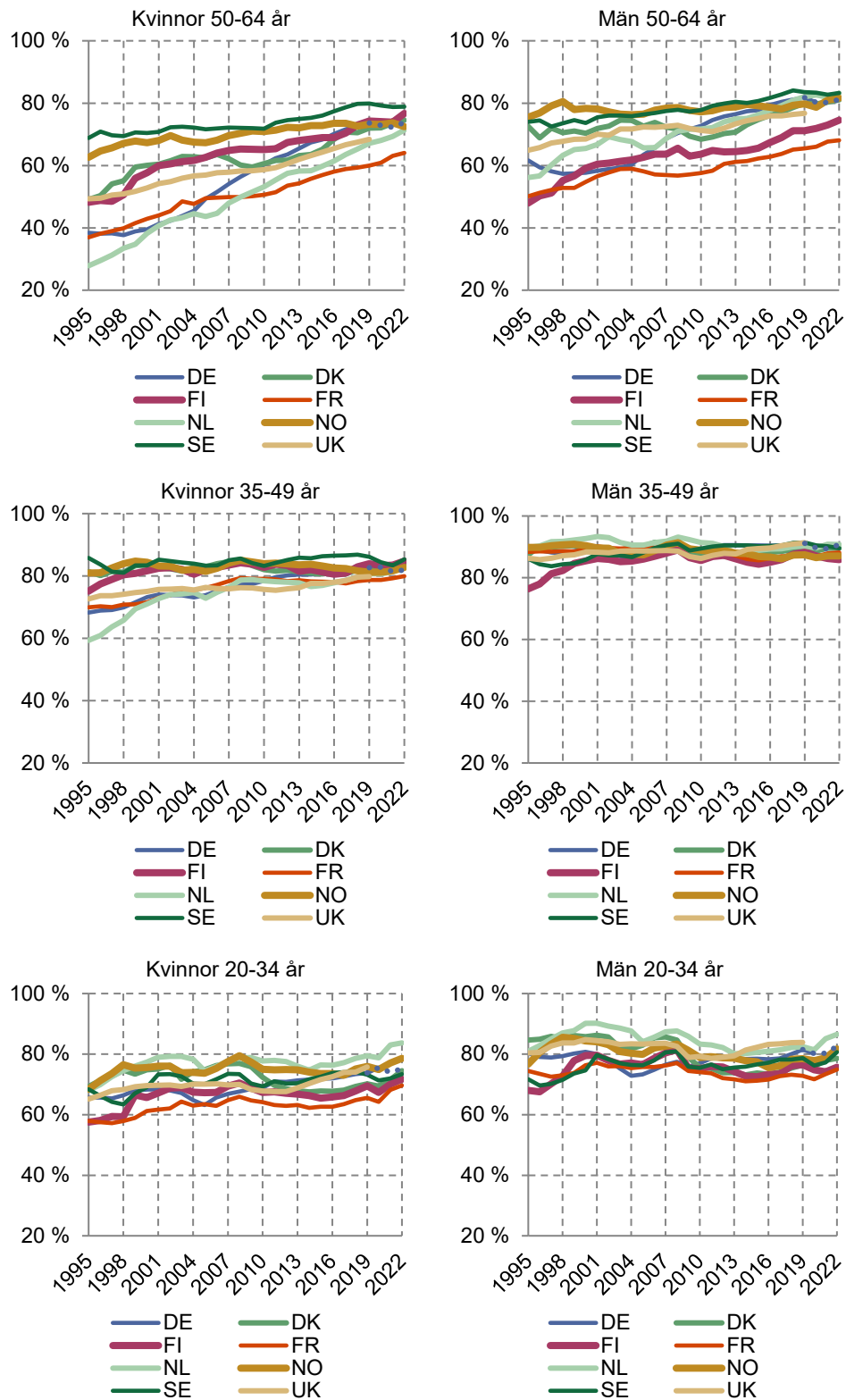
I topp över länder där sysselsättningsgraden ökat som mest ligger Nederländerna, Tyskland och Finland. En förklaring till den ökade sysselsättningen i Tyskland är genomförandet av Hartzreformerna under 2003–2005, vilka syftade till att vända landets utveckling av hög och stigande arbetslöshet (13,4 procent år 2002). Reformerna innebar bland annat stärkta incitament för att starta nya verksamheter, att anställa fler och att arbeta i form av bidrag för entreprenörer (egenföretagare), deltidsarbeten med minimilön¹⁰ och repressalier för den som nekade ett skäligt anställningserbjudande med upp till 30 procent minskad arbetslöshetsersättning. Reformerna innebar också satsningar med syfte att förenkla och effektivisera processen att hitta ett nytt arbete. Nya agenturer¹¹ med syfte att placera arbetslösa hos arbetsgivare inrättades och en nationell myndighet upprättades med arbetsförmedlingar vilka skulle assistera arbetssökande. Reformerna innebar även att socialbidrag slogs samman med långtidsarbetslöshetsersättning (Centre for Public Impact 2019). I tillägg till reformerna höjdes 2007 den tyska pensionsåldern till 67 år (Bonin 2009).

I Figur 7 visas sysselsättningsgraden per kön och åldersgrupp under perioden 1995–2022. Figuren visar att den ökade sysselsättningsgraden till stor del beror på att fler kvinnor och äldre arbetar. Numera arbetar fler kvinnor i alla åldrar, och en särskild ökning ses i åldersgruppen 50–64 år. En liknande utveckling ses bland äldre män. I topp över länder där sysselsättningsgraden ökat som mest för kvinnor i åldersgruppen 50–64 år ligger Nederländerna och Tyskland. Tendenser till konvergens kan främst ses inom åldersgrupperna 34–49 och 50–64 för kvinnor samt 50–64 för män.

¹⁰ S.k. mini- och midiarbeten (översatt från mini and midi-jobs)

¹¹ Översatt från Personal Service Agencies

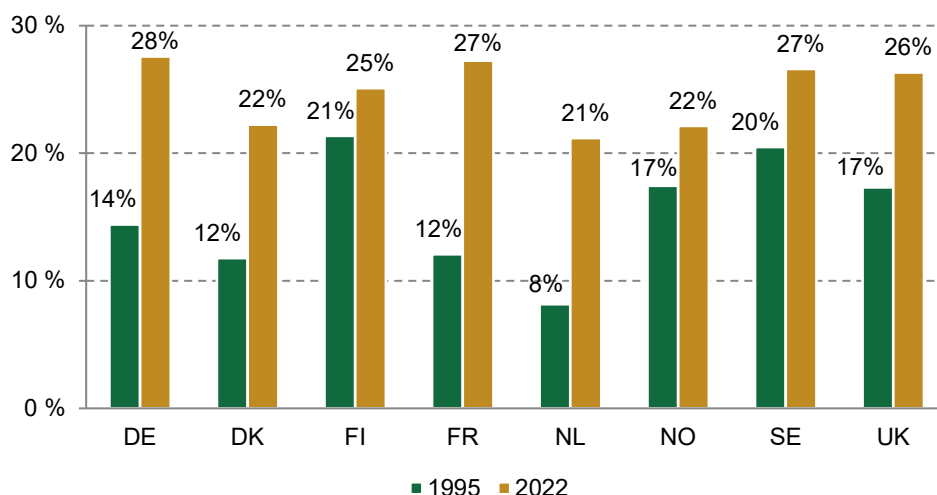
Figur 7 Sysselsättning per kön och åldersgrupp, 1995–2022



Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

I takt med att sysselsättningsgraden bland äldre kvinnor stigit och konvergerat har även deras andel av sjukfrånvaron ökat i samtliga länder. I **Figur 8** visas hur stor andel av samtliga sjukfrånvarande som var kvinnor i åldrar 50–64 år 1995 jämfört 2022. I samtliga länder syns en ökning av gruppens andel. I Sverige är förändringen relativt liten över tid då gruppens andel stigit från 20 till 27 procentenheter. Förändringen är desto större i Tyskland, Frankrike och Nederländerna. I Tyskland har gruppens andel fördubblats, och i Frankrike och Nederländerna mer än så.

Figur 8 Kvinnor 50–64 år andel av samtliga sjukfrånvarande år 1995 jämfört 2022 (DK 1998, UK 2019)



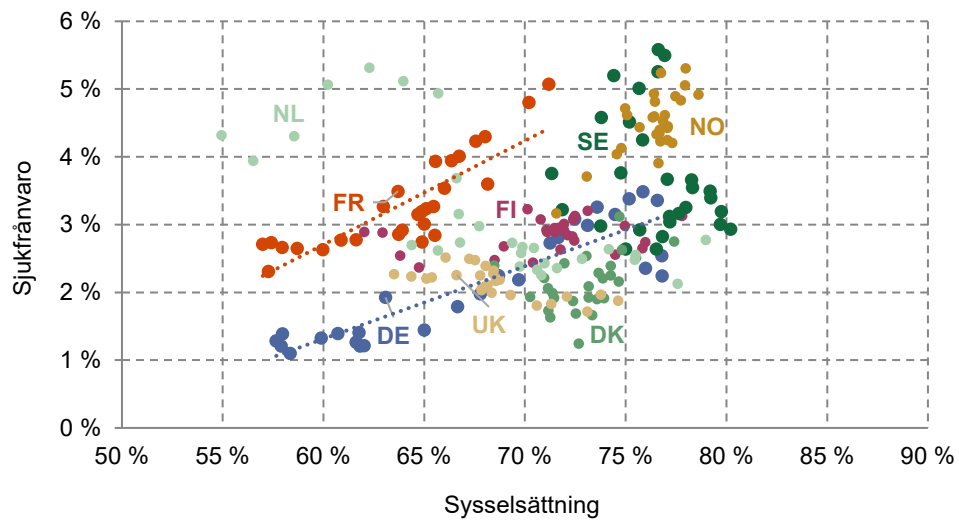
Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Kopplingen mellan sysselsättning och sjukfrånvaro tydligast bland kvinnor

I **Figur 9** och **Figur 10** visas spridningsdiagram med sjukfrånvaro med år på y-axeln och sysselsättningsgraden på x-axeln för kvinnor respektive män.

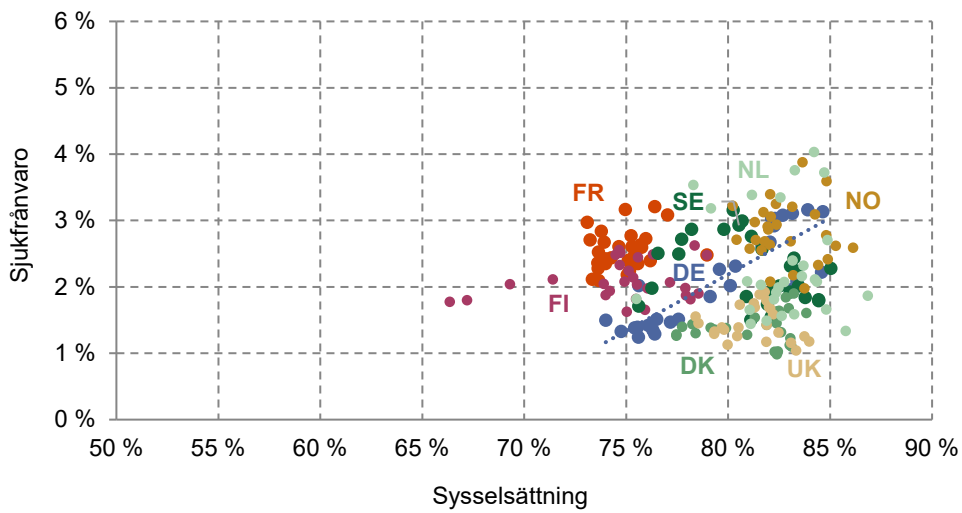
I de flesta länder har kvinnor haft en betydligt lägre och föränderlig sysselsättningsgrad med större variationer i sjukfrånvaron än män. I samband med större förflyttning i sysselsättning ses i de flesta länder en positiv korrelation med ökad sjukfrånvaro för både kvinnor och män. Ett tydligt exempel är Tyskland där både sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro stigit för såväl kvinnor som män. Samtidigt har Norges sjukfrånvaro varit relativt oförändrad, vilket är i linje med en stabil sysselsättningsgrad. I Sverige och Nederländerna har sjukfrånvaron minskat trots stigande sysselsättningsgrad, och detta förklaras som nämnts troligtvis av stora förändringar i sjukförsäkringens regelverk i dessa länder. En ytterligare förklaring till Nederländernas lägre sjukfrånvaro kan vara att deltidsarbete är mycket vanligt bland kvinnor i barnfamiljer. Något som kan ha betydelse både för sysselsättningsgrad och sjukfrånvaro i olika länder, är om det exempelvis finns föräldraförsäkring och tillgång till barnomsorg till rimlig kostnad.

Figur 9 Sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad för kvinnor per land 1995–2022



Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Figur 10 Sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad för män per land 1995–2022



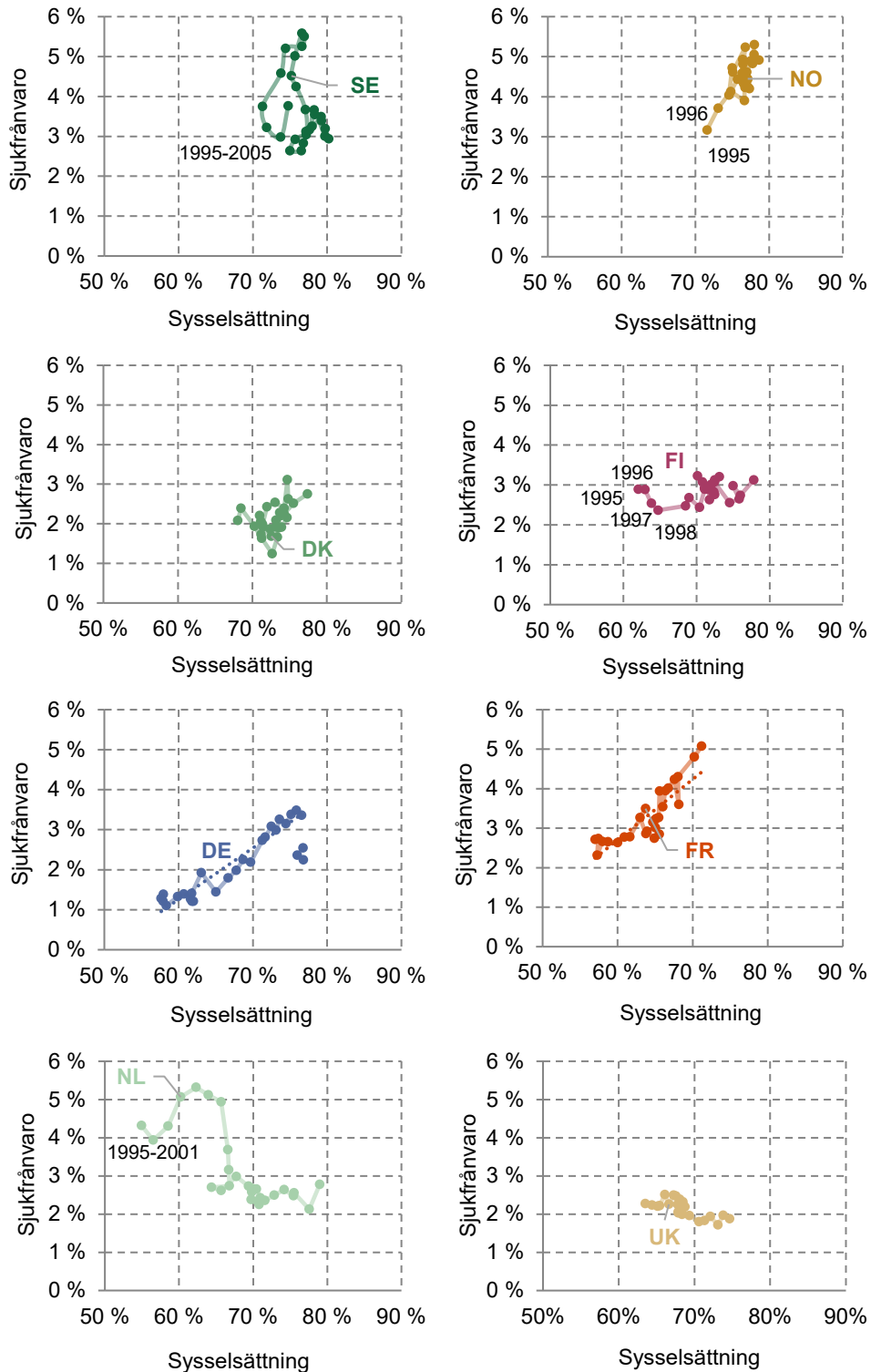
Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

I Figur 11 och Figur 12 visas sjukfrånvaro och sysselsättning för varje enskilt land för kvinnor respektive män. I figurer för Sverige ses att korrelationen mellan sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad varierar beroende på tidsperiod. Under 1995–2005 ses en positiv korrelation, dvs. att år med högre sysselsättning också innebar högre sjukfrånvaro, men efterföljande år tycks sambandet upphöra för både män och kvinnor. En möjlig förklaring till detta skifte skulle kunna vara de regeländringar som genomförts i Sverige. Förvisso påverkades sjukfrånvaron redan efter införandet av halveringsmålet 2003, men efterföljande regeländringar kan vara skälet till att sambandet tycks förändras under perioden. En ytterligare förklaring skulle kunna vara att det skett relativt små förändringar i sysselsättningsgraden för både kvinnor och män i Sverige under perioden.

Under perioden fram till mitten av 00-talet visade den svenska sjukfrånvaron även ett pro-cykliskt mönster. Sjukfrånvaron steg då vid högkonjunktur och sjönk vid lågkonjunktur. Att detta samband försvagats kan ha att göra med att regeländringar genomförts under högkonjunktur, vilket skulle förklara att sjukfrånvaron minskat trots konjunkturen. Det finns emellertid fortfarande indikationer på ett samband mellan sjukfrånvaro och konjunktur (Försäkringskassan 2022b).

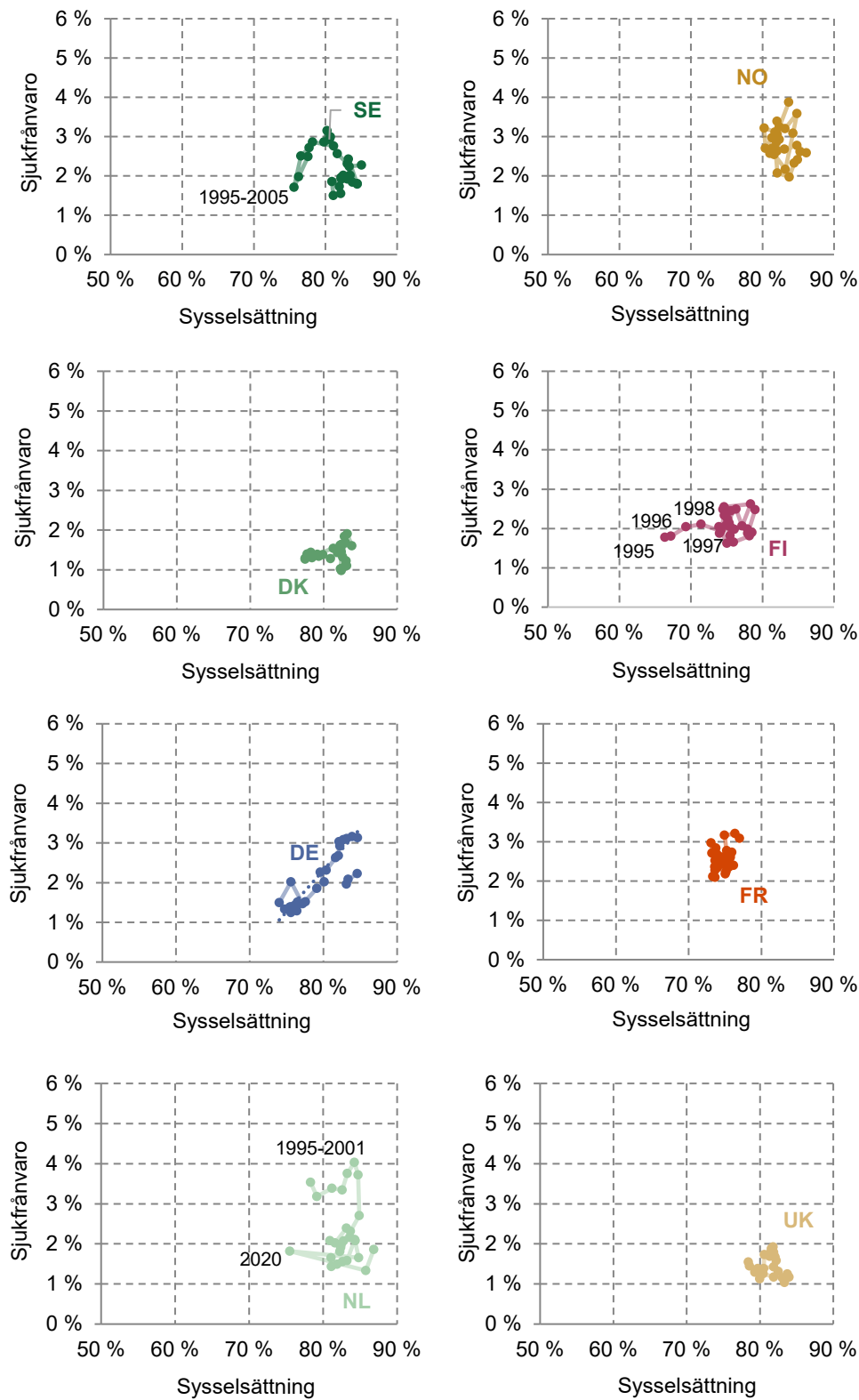
Även för Nederländerna tycks olika samband råda beroende på tidsperiod. Under perioden 1995 – 2001 kan en positiv korrelation mellan sjukfrånvaro och sysselsättning skönjas, medan efterföljande år visar på ett mindre tydligt samband. Korrelationen har till och med varit negativ för kvinnor. Trots att införandet av landets åtgärder inleddes redan 1994 dröjde det tills 2000 innan den kraftiga nedgången i sjukfrånvaron inleddes. Det är möjligt att det dröjde en tid innan reformerna som genomfördes under 90-talet fick genomslag och att de reformer som infördes efter 2000 därefter gav en större effekt på sjukfrånvaron. Det skulle kunna förklara att vi ser olika mönster under olika tidsperioder. En förklaring till att det negativa sambandet endast syns för kvinnor under den senare perioden skulle kunna vara att kvinnor haft en större ökning i sysselsättning under perioden.

Figur 11 Sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad för kvinnor per land 1995-2022



Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Figur 12 Sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad för män per land 1995–2022



Källa: Egna beräkningar av data från Eurostat.

Slutsatser

I tidigare europeiska jämförelser av sjukfrånvaron har Sverige, Norge och Nederländerna stuckit ut med både hög och varierande sjukfrånvaro medan Danmark, Tyskland och Storbritannien legat på lägre nivåer. De senaste 15 åren har emellertid en förändring i utvecklingen skett. Sjukfrånvaron i Sverige och Nederländerna har minskat och har de senaste åren legat på lägre och mer stabila nivåer. Parallellt har sjukfrånvaron i Tyskland och Frankrike stigit och under de senaste åren legat högst bland länderna, tillsammans med Norge.

Att förklara sjukfrånvarons nivå och utveckling inom och mellan länder är en stor utmaning där många olika förhållanden kan ha betydelse. Lagar, politiska mål och försäkringens utformning påverkar både i vilken mån individer har möjlighet att sjukskriva sig och arbetsgivares incitament att skydda sig mot att anställda sjukskriver sig. I de nordiska länderna är socialförsäkringssystemen förhållandevis lika medan ländernas strategier för att sjukfrånvarande personer ska återgå i arbete skiljer sig åt. I ett längre perspektiv har sjukförsäkringen och arbetslivsinriktad rehabilitering används i högre utsträckning i Sverige och Norge för att få sjukskrivna att i första hand återgå i samma arbete hos samma arbetsgivare. I Finland och Danmark har istället arbetslöshetsunderstöd i större utsträckning används för att få personer i ett nytt arbete när de inte längre kunnat försörja sig inom det yrke eller bransch de redan arbetar. Dessa socialpolitiska skillnader är en möjlig förklaring till att sjukfrånvaron historiskt varit högre och mer varierande i Sverige och Norge jämfört med Danmark och Finland. Samtidigt påverkar även andra faktorer sjukfrånvaron, som arbetskraftens sammansättning, sysselsättningsgrad och inom vilka branscher och yrken människor arbetar.

Vad det gäller de senaste decenniernas utveckling har sannolikt både förändringar inom sjukförsäkringen och sysselsättningsgrad påverkat sjukfrånvarons utveckling. Men i olika mån beroende på land. I Nederländerna sammanfaller nedgången i sjukfrånvaro med de reformer som genomfördes 1994–2006, då arbetsgivare övertog det ekonomiska ansvaret för sjukfrånvaron. Utvecklingen i Sverige präglades under 00-talet av lagändringar och politiska mål, med bland annat ett starkare fokus på omställning. Att sjukfrånvaron i Sverige och Nederländerna minskat trots högre sysselsättningsgrad tyder på att genomförda lagändringar och reformer av försäkringens utformning har haft större betydelse för utvecklingen i dessa länder. Att sjukfrånvaron stigit i Frankrike och Tyskland skulle delvis förklaras av att en stigande sysselsättningsgrad bland kvinnor och äldre bidragit till att förändra arbetskraftens sammansättning i de båda länderna, en utveckling som Sverige upplevde för decennier sedan. Att kvinnor oftare arbetar i lägre positioner och andra yrken än män i dessa länder kan ha bidragit till att ytterligare förstärka kopplingen mellan sjukfrånvaro och sysselsättningsgrad för kvinnor.

Avslutande reflektion

I denna arbetsrapport sätts utvecklingen av sjukfrånvaron under 1995–2022 i samband med några tänkbara förklaringar. Jämförelsen bidrar till perspektiv på sjukfrånvarons nivå och utveckling i förhållande till främst sysselsättningsgrad och arbetskraftens sammansättning. Som avslutande reflektion vill vi sätta sjukfrånvarons nivå och utveckling i förhållande till en ytterligare aspekt: den svenska sjukförsäkringens mål och syfte.

Den svenska sjukförsäkringen bidrar till två viktiga samhällsmål. Att ge god ekonomisk trygghet vid tillfällig arbetsförmåga och att genom stöd för återgång i arbete möjliggöra en hög sysselsättning. Sedan 2009 har Sverige även haft ett samhällsmål om att nyttjandet av sjukförsäkringen ska vara lågt och stabilt. Utifrån resultaten i denna rapport tycks emellertid uppfyllelse av de två första målen medföra mekanismer som försvårar uppfyllelsen av målet om en låg och stabil sjukfrånvaro. En mer omfattande sjukförsäkring ger ökad sjukfrånvaro och ökade försäkringsutgifter. Samtidigt som möjligheten att vara sjukskriven under en längre tid medför en risk att individer blir kvar i sjukförsäkringen under längre perioder om rehabiliteringen brister. En hög sysselsättning innebär att även individer med sämre hälsa arbetar, vilket också innebär en risk för en högre sjukfrånvaro.

Jämförelse av de olika ländernas regelverk visar att Sverige har ett relativt starkt skydd vid sjukdom. Parallellt ligger även den svenska sysselsättningen i topp - både sett till befolkningen som helhet och bland kvinnor och äldre. Utifrån detta skulle det alltså vara förväntat att den svenska sjukfrånvaron var hög och fluktuerande. Det är därför intressant att den svenska sjukfrånvaron istället ligger på en västeuropeiskt sett genomsnittlig och mer stabil nivå.

Att alla tre målen tycks vara relativt uppfyllda vid jämförelse mot andra länder är givetvis inte att likställa med att de svenska målen uppfyllts. Det väcker även frågor om vilka mekanismer som minskat den svenska sjukfrånvaron under de senaste decennierna. Samtidigt pekar det på att de svenska målen både är ambitiösa och, åtminstone relativt uppfyllda i ett internationellt perspektiv.

Referenser

Arbetsgivarverket (2023). Avslut av anställningen på grund av sjukdom.
Länk: [Avslut av anställningen på grund av sjukdom \(arbetsgivarverket.se\)](https://arbetsgivarverket.se)
[Hämtad 2023-03-01]

Bekker Marrie H.J. Rutte Christel G. van Rijswijk Karen (2009) Sickness absence: A gender-focused review, *Psychology, Health & Medicine*, 14:4; 405-418, DOI:10.1080/13548500903012830

Bonin H. (2009). 15 Years of Pension Reform in Germany: Old Successes and New Threats.
DOI: 10.1057/gpp.2009.20

Busse R. Blumel M. Knieps F. Bärnighausen T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet* 2017;390: 882-97.
Länk: [Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition \(thelancet.com\)](https://www.thelancet.com)
[Hämtad 2022-08-01]

Centre for Public Impact (2019). The Hartz employment reforms in Germany.
Länk: [The Hartz employment reforms in Germany | Centre For Public Impact \(CPI\)](https://www.cpi.org.uk) [Hämtad 2022-08-03]

ESO (2002). Den svenska sjukan. Ds 2002:49

Eurostat (2021).
Länk: [Overview - Employment and unemployment \(LFS\) - Eurostat \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat) [Hämtad 2022-08-01]

European Commission (2022). Denmark – Health benefits in cash.
Länk: [Denmark - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat) [Hämtad 2023-02-20]

European Commission (2021). France – Health benefits in cash.
Länk: [France - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat) [Hämtad 2022-08-01]

European Commission (2021). Germany – Health insurance cash benefits in the event of illness.
Länk: [Germany - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/eurostat) [Hämtad 2022-08-01]

European Commission (2021). Netherlands – Sick pay and benefits in the event of illness.

Länk: [Netherlands - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission \(europa.eu\)](#) [Hämtad 2022-08-01]

European Commission (2022). Sweden – Benefits during sickness.

Länk: [Sweden - Employment, Social Affairs & Inclusion - European Commission \(europa.eu\)](#) [Hämtad 2022-08-04]

European Institute for gender equality (2021). Gender equality index.

Länk: [Sweden | Index | 2021 | Gender Equality Index | European Institute for Gender Equality \(europa.eu\)](#) [Hämtad: 2022-08-02]

Försäkringskassan (2005). Sjukfrånvaron i Sverige i ett europeiskt perspektiv 1983 – 2004. Redovisar 2005:6

Försäkringskassan (2009). Sjukfrånvaron i Sverige – på väg mot europeiska nivåer? Socialförsäkringsrapport 2009:10

Försäkringskassan (2014). Analys av sjukfrånvarons variation. Socialförsäkringsrapport 2014:17.

Försäkringskassan (2020). Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. Socialförsäkringsrapport 2020:8.

Försäkringskassan (2021). Social Insurance in Figures 2021.

Försäkringskassan (2022a). Den svenska sjukfrånvaron i ett europeiskt perspektiv. Korta analyser 2022:4.

Försäkringskassan (2022b). Utgiftsprognos för budgetåren 2022–2026. FK 2022/002244.

Gorodnichenko Y. Mendoza E. G. Tesar, L. L. (2012). The Finnish Great Depression: From Russia with Love. *American Economic Review*, 102(4), 1619–44.

GOV.UK (2022a). Statutory Sick Pay (SSP).

Länk: [Statutory Sick Pay \(SSP\) : Eligibility - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#) [Hämtad 2022-08-01]

GOV:UK (2022b). Dismissal: your rights.

Länk: [Dismissal: your rights: Reasons you can be dismissed - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#) [Hämtad 2022-08-01]

GOV:UK (2022c). Employment and Support Allowance (ESA).

Länk: [Employment and Support Allowance \(ESA\): Your ESA claim - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#) [Hämtad 2022-08-01]

- Halima M.A.B. Koubi M. (2022). The effects of expanding the generosity of statutory sick leave insurance: The case of a French reform.
Länk: [The effects of expanding the generosity of statutory sick leave insurance: The case of a French reform - ScienceDirect](#) [Hämtad 2022-08-01]
- Hytti H. (2006). Why are Swedes sick but Finns unemployed? *International Journal of Social Welfare* 15(2):131-141
- Jämställdhetsmyndigheten (2023). Delmål 4: Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet.
Länk: [Delmål 4: Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet | Jämställdhetsmyndigheten \(jamstalldhetsmyndigheten.se\)](#) [Hämtad 2023-06-05]
- Krakenkassen zentrale (2021). Sjukförsäkringen i Tyskland.
Länk: [Sjukförsäkringen i Tyskland - Krankenkassen-Zentrale \(krankenkassenzentrale.de\)](#) [Hämtad 2022-08-01]
- L&G global (2022). Employment Law Overview Germany 2021-2022.
Länk: [LEG-Employment-Law-Overview-2021-2022_Germany.pdf \(pwwl.de\)](#) [LEG-Employment-Law-Overview-2021-2022_Germany.pdf \(pwwl.de\)](#) [Hämtad 2023-03-01]
- Lidwall, U. (2013). Termination of sickness benefits or transition to disability pension after changes in sickness insurance: a Swedish register study. *Disabil Rehabil*, 35(2), 118-124. doi:10.3109/09638288.2012.689920
- ISF (2018). Regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar. Socialförsäkringsrapport 2018:17
- Nordens välfärdscenter (2016). Sjukskrivning och genus i Norden.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Leinonen, T., Verstappen, S., de Rijk, A., Spasova, S., . . . Kalseth, J. (2022). Follow-up regimes for sick-listed employees: A comparison of nine north-western European countries. *Health Policy*, 126(7), 619–631.
doi: 10.1016/j.healthpol.2022.05.002
- Palme, M. and M. Persson (2020). Sick pay insurance and sickness absence: some European cross-country observations and a review of previous research. *Journal of Economic Surveys* 34(1): 85–108
- PROBA (2014). Internasjonal semmenligning av sykefravaer. Proba - rapport nr. 2014–03
- RFV (2002). Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv. RFV ANALYSERAR 2002:11
- Service Public (2023). Can employer require proof of absence for a day.
Länk: [Can the employer require proof of absence for a day? | Service-public.fr](#) [Hämtad 2023-03-01]

Sveriges kommuner och regioner (2021). Rehabiliteringsansvar.

Länk: [Rehabilitering, ansvar | SKR](#) [Hämtad 2022-03-01]

Försäkringskassan (2021). Social Insurance in Figures 2021.

The Commonwealth Fund (2020). France.

Länk: [France | Commonwealth Fund](#) [Hämtad 2022-08-02]

Ziebarth N.R Karlsson M. (2010). A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence and labor costs.

Länk: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.09.001> [Hämtad 2022-08-01]

Öresunddirekt (2022). Sjukskriven personal i Danmark.

Länk: [Regler för sjuklön i Danmark - företag Öresunddirektbusiness \(oresunddirektbusiness.se\)](#) [Hämtad 2022-08-01]

Öresunddirekt (2022). Sjukfrånvaro och sjukpenning i Danmark.

Länk: [Sjukfrånvaro och sjukpenning - om du jobbar i Danmark \(oresunddirekt.se\)](#) [Hämtad 2022-08-01]

Bilaga – regelverk per land

I denna bilaga sammanfattas de åtta inkluderade ländernas regelverk. Sammanställningens syfte är att ge en överblick av hur ländernas regelverk för sjukpenning är uppbyggda och baseras på ett flertal källor, vilka har publicerats vid olika tidpunkter. Sammanställningen kan därför innehålla regler som inte längre är aktuella.

Sverige

I Sverige administreras sjukförsäkringen av Försäkringskassan.

Under de första 14 dagarna betalar arbetsgivaren en ersättning som uppgår till 80 procent av ordinarie lön. Egenföretagare och arbetslösa kan få ersättning från Försäkringskassan under den period då anställda har sjuklön. Under sjukskrivningens första vecka görs ett karensavdrag på 20 procent per dag. Den anställda ska lämna sjukintyg den åttonde dagen. Efter 14 dagar kan den sjukskrivna ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan (Försäkringskassan 2021, European Commission 2022).

För att ha rätt till sjukpenning krävs att personen i fråga har en nedsatt arbetsförmåga om minst 25 procent, har en löneinkomst och årsinkomst om minst 24 procent av ett prisbasbelopp, arbetar i Sverige eller kan räknas arbeta i Sverige (exempelvis vid fall av utstationering). Beroende på i vilken grad arbetsförmågan bedöms vara nedsatt kan personen i fråga beviljas sjukpenning på 25 procent, 50 procent, 75 procent eller 100 procent. Sjukpenningen är lite mindre än 80 procent av inkomsten upp till ett tak på 10 prisbasbelopp. Arbetslösa kan som mest få 543 kr per dag. Under de första 90 dagarna bedöms arbetsförmåga i förhållande till personens ordinarie arbetsuppgifter. Efter 90 dagar bedöms arbetsförmågan i förhållande till andra arbetsuppgifter som arbetsgivaren kan erbjuda vid omplacering. Efter dag 180 görs bedömningen mot alla arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Undantag görs vid de tillfällen då Försäkringskassan bedömer att det är troligt att personen i fråga kommer att kunna återgå till sitt normala arbete inom 364 dagar. Undantag görs även om det anses oskäligt att bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Om en person är fortsatt sjukskriven efter 364 dagar kan denna i normalfallet få 75 procent av inkomsten upp till taket på 10 prisbasbelopp. I vissa fall kan personen i fråga fortsatt beviljas ersättning på 80 procent (Försäkringskassan 2021, European Commission 2022).

I Sverige kan arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ses som ett förstärkt anställningsskydd som aktualiseras i de fall en anställd får en sjukdom eller skada som minskar arbetsförmågan (SKR 2021). Arbetsgivaren har ansvar för att upprätta en plan för återgång i arbete i de fall då den anställda antas ha nedsatt i arbetsförmåga i mer än 60 dagar. Arbetsgivare ska då ta fram

planen senast den 30:e dagen i sjukperioden. Försäkringskassan utreder behovet av arbetslivsinriktade insatser och samordnar insatser mellan hälso- och sjukvården, arbetsförmedlingen, socialtjänsten, arbetsgivare eller andra aktörer för att individen ska kunna återgå i arbete (Försäkringskassan 2021, European Commission 2022).

För att en arbetsgivare ska kunna säga upp en anställd på grund av sjukdom krävs att arbetsgivaren fullgjort sitt rehabiliteringsansvar, arbetstagaren har en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som gör att hen inte längre kan utföra arbete av betydelse för arbetsgivaren inom ramen för arbetskyldighetslagen eller ordinarie arbetsuppgifter samt att omplaceringsmöjligheterna är uttömda. Arbetsgivaren kan även säga upp en anställd om hen beviljas sjukersättning som vinner laga kraft (Arbetsgivarverket 2023).

Norge

I Norge är sjukpenningen en arbetsbaserad förmån som registreras av myndigheten NAV (Ny- Arbeids- og vekferdsforvaltning). För att kvalificera sig krävs att personen i fråga har en medicinskt betingad arbetsoförmåga, har varit anställd i minst fyra veckor och en inkomst på minst femtio procent av basbeloppet. (Nordens välfärdscenter 2016)

Under de första 16 dagarna får den anställda sjuklön från sin arbetsgivare, vilken betalas utan karens. Egenföretagare har en vänteperiod (karens) på 16 dagar men kan teckna försäkring för detta. Arbetsgivaren kan kräva läkarintyg från och med den nionde dagen på IA¹²-anslutna arbetsplatser och den fjärde vid övriga. Läkarintyg kan utfärdas av läkare, tandläkare, kiropraktorer och manuellterapeuter¹³. Om den anställda fortfarande är sjuk efter den sextonde dagen kan denna beviljas sjukpenning. Sjukpenningen täcker upp till 100 procent av bortfallet upp till ett tak om sex grundbelopp under en period om max 260 dagar för anställda och 248 dagar för egenföretagare under en ramtid på tre år. Vid kortare sjukfall bedöms individens arbetsförmåga mot individens yrke och vid längre görs bedömningen utifrån alla lämpliga arbeten (ibid). Den anställda har anställningsskydd under det första året vilket innebär att denna inte kan bli uppsagd med anledning av sjukdom. (Proba 2014)

Arbetsgivare ska initiera en plan för återgång i arbete som ska vara upprättad senast fyra veckor efter sjukskrivningens start. Arbetsgivaren ska även kalla till ett första dialogmöte efter sju veckor av sjukfrånvaro. I dialogmötet delar arbetstagaren, arbetsgivaren och, i de fall då antingen arbetstagaren eller arbetsgivaren önskar, sjukskrivande läkare. Andra parter kan också bjudas in till mötet. (Nordens välfärdscenter 2016)

¹² IA-avtalet är ett avtal mellan arbetsmarknadens parter. Motsvarande 60 procent av alla arbetstagare i Norge berörs av avtalen (Nordens välfärdscenter 2016:16).

¹³ Manuellterapeut avser fysioterapeut med universitetsutbildning (Nordens välfärdscenter 2016:16)

Danmark

I Danmark administreras sjukförsäkringen av landets kommuner. (Nordens välfärdscenter 2016).

Anställda som har arbetat minst 74 timmar de senaste åtta veckorna får sin lön betald av arbetsgivaren under sjukfallets första 30 dagar. Om sjukperioden överstiger 14 dagar har arbetsgivaren rätt att kräva läkarintyg (Öresunddirekt 2022).

Om en anställd fortfarande är sjuk efter trettio dagar kan hen få sjukpenning från kommunen. Sjukpenning är en arbetsbaserad rättighet och för att ha rätt till sjukpenning ska hen ha en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada som inte är permanent (Nordens välfärdscenter 2016). Personen i fråga ska även bo i Danmark eller omfattas av EU:s förordning om samordning av de sociala trygghetssystemen¹⁴ och betala skatt på sin inkomst (European Commission 2022). Utöver detta krävs att hen uppfyller minst ett av följande krav. (i) Personen i fråga har varit anställd i minst 240 timmar de senaste sex avslutade kalendermånaderna före den första sjukfrånvarodagen. I minst fem av dessa månader ska anställningen ha omfattat 40 timmar i månaden, (ii) om hen inte varit sjuk skulle hen ha varit berättigad inkomst från arbetslöshetsförsäkringen, (iii) hen har inom den senaste månaden avslutat en yrkesutbildning som varade minst 18 månader, (iv) medborgaren är en elev i en viss typ av avlönad utbildningspraktik, (v) hen är anställd i flexjobb (Nordens välfärdscenter 2016:12). Personen i fråga är skyldig att lämna ett läkarintyg till kommunen senast åtta veckor efter första dagen i sjukfallet (Nordens välfärdscenter 2016).

I Danmark är det lagstadgade anställningsskyddet vid sjukdom svagt. Det är däremot vanligt att stärka anställningsskyddet genom avtal. Ett sådant exempel är den s.k. 120-dagarsregeln, vilken tillämpas i stor utsträckning i den privata sektorn. Regeln innebär att den anställda kan vara sjukfrånvarande upp till 120 dagar under en period på 12 månader utan att sjukfrånvaron utgör lagligt skäl för uppsägning (Proba 2014).

För anställda beräknas sjukpenningen baserat på genomsnittlig timlön och arbetstid per vecka under de tre senaste månaderna innan personen i fråga blev sjuk. Sjukpenningen kan maximalt uppgå till 4 465 DKK per vecka, vilket motsvarar 120,68 DKK per timme (European Commission 2022). Ersättningen betalas som längst under 154 dagar, med vissa undantag. Efter den maximala tiden för ersättning nåtts kan den anställda beviljas en annan typ av ersättning¹⁵ med lägre ersättningsnivå och högre krav på aktiveringsinsats (Nordens välfärdscenter 2016). Ersättningen är skattepliktig (Öresunddirekt 2022).

¹⁴ EC No 883/04

¹⁵ S.k jobafklaringsydelse

Finland

I Finland administreras den allmänna sjukförsäkringen av Folkpensionsanstalten (FPA/KELA). Försäkringen omfattar stadigvarande bosatta i Finland¹⁶ (Nordens välfärdscenter 2016).

För att ha rätt till sjukdagpenning krävs att arbetsförmågan är nedsatt av medicinska skäl och i normalfallet att en person har varit anställd i minst tre månader innan sjukdomen eller skadan inträffade. Arbetsgivare kan kräva ett läkarintyg av den anställda från och med den första dagen. I Finland betalar arbetsgivaren ersättning från och med insjuknandedagen och följande nio dagar. Därefter kan den anställda beviljas sjukdagpenning av Folkpensionsanstalten. Sjukdagpenningen beräknas i regel utifrån arbetsinkomst som konstaterats vid beskattning och justerats med en lönekoeficient. För inkomster upp till €30 000 är ersättningsnivån 70 procent av årsarbetsinkomsten. Ersättningsnivån faller gradvis med högre inkomster men saknar tak. Ersättning betalas som mest ut under 300 dagar för samma sjukdom utan bortre tidsgräns. Sjukdom är inte ett skäl för uppsägning men innebär inte heller något särskilt skydd (Nordens välfärdscenter 2016). Om den anställda har kroniska besvär som medför att denna inte kommer att kunna utföra sina normala arbetsuppgifter kan denna sägas upp (Proba 2014).

Personer i åldrar 16–57 år som är arbetslösa kan beviljas ett minibelopp om de, under de tre månader före arbetsoförmågan inträffade, varit anställda, egenföretagare, studerat eller varit närståendevårdare eller familjevårdare, skött eget hushåll, fullgjort väringstjänst/civiltjänst eller varit alterneringsledig (Nordens välfärdscenter 2016).

Folkpensionsanstalten har även ansvar för att främja funktions- och arbetsförmågan hos personer i arbetsför ålder (ibid).

¹⁶ Till stadigvarande bosatta räknas de som i regel vistas i landet och har sitt egentliga hem i Finland (Nordens välfärdscenter 2016:14).

Tyskland

I Tyskland kan de anställda vara försäkrade via två system; lagstadgad sjukförsäkring och privata sjukförsäkringar. Samtliga tyska medborgare och permanenta boende täcks av någon av formerna.

Majoriteten av de anställda i Tyskland är försäkrade via den lagstadgade sjukförsäkringen, vilken består av konkurrerande, icke-vinstdrivande, icke-statliga sjukförsäkringsplaner. Alla anställda som tjänar mindre än €60 750 är försäkrade via den lagstadgade sjukförsäkringen. Anställda som tjänar mer kan välja huruvida de vill fortsätta vara försäkrade via den lagstadgade sjukförsäkringen eller betala för privat sjukförsäkring (Krakenkasse zentrale 2021).

Vid sjukdom har personer som varit anställda i minst fyra veckor i en följd rätt till sjuklön i upp till sex veckor från arbetsgivaren. För att ha rätt till sjuklön krävs ett läkarintyg som styrker den anställdas oförmåga att arbeta. I regel gäller rätten till sjuklön från och med det datum som läkaren intygar att den anställda är sjuk till och med att sjukintygets giltighet upphör. Intyget ska senast tillhandhållas arbetsgivaren dag fyra, men arbetsgivare har även rätt att kräva läkarintyg tidigare än så. Det krävs även att den anställda går på bokade läkartider. Om en anställd underlåter att gå på bokade läkartider kan utbetalningen av sjuklön upphöra (European Commission 2021).

Vid sjukfall som varar längre än den sex veckor långa sjuklöneperioden får personen ersättning från försäkringsbolag. Ersättningen uppgår till sjuttio procent av senaste ordinarie/regelbundna lön men kan ej överstiga nittio procent av nettolönen. Ersättningen betalas ut så länge den anställda har ett giltigt läkarintyg. Ersättning för samma sjukdom betalas i regel längst ut under en period på 78 veckor under en tidsram på tre år, men under vissa omständigheter kan den anställda även beviljas ersättning för ytterligare tre år vid slutet av den första tidsfristen (European Commission 2021).

Den anställda är skyldig att lämna uppgifter om huruvida hen får andra förmåner (exempelvis pension) eller om arbetsförmågan orsakats av en arbetsskada eller yrkessjukdom. Den anställda får inte lämna landet utan tillstånd från försäkringsbolaget så länge denna har ersättning och giltigt läkarintyg. Om den anställda underlåter detta kan utbetalningen stoppas (European Commission 2021).

I Tyskland är inte sjukdom i sig ett skäl för uppsägning, men kan vara skäl vid omfattande och sjukfrånvaro samt minskad arbetsförmåga. (L&E global 2022).

Nederländerna

Sedan 2004 betalar arbetsgivare sjukpenning till sina anställda. Tillfälligt anställda eller personer som får arbetslöshetsersättning får ersättning från UWV (the Employee Insurance Agency) medan egenföretagare kan försäkra sig mot sjukdom via UWV eller ett privat försäkringsbolag (European Commission 2021).

Om en anställd blir sjuk måste hen anmäla detta till sin arbetsgivare senast den andra sjukdagen. Arbetsgivare kan använda sig av kontrollkrav¹⁷ vilka den anställda måste följa (European Commission 2021). I Nederländerna är inte den anställda skyldig att lämna läkarintyg vid sjukdom på samma sätt som i andra länder. Istället kan den anställda behöva träffa en läkare som är anställd av arbetsgivaren. Läkaren får därefter dela information angående huruvida personen i fråga är sjuk, när hen kan väntas återvända till arbetet och i vilken omfattning hen kan arbeta.

Sjukpenningen är sjuttio procent av lönen under de första två åren av sjukdom. Under denna period är den anställdas anställning skyddad från uppsägning. Om den anställda är sjuk även efter att perioden nått sitt slut har den anställda rätt till ersättning från UWV. Ersättningen baseras då på den sjukskrivnes senaste lön upp till och med inkomster på € 223,40 per dag. De fall 70 procent av den sjukskrivnes inkomst understiger minimilön kan denna vara berättigad till ett tillägg. (European Commission 2021)

¹⁷ Översatt från checking conditions

Frankrike

I Frankrike är en anställd berättigad till sjukdagpenning och, i vissa fall, ytterligare kompensation från arbetsgivaren (European Commission 2021).

Vilka krav som gäller för att vara berättigad sjukdagpenning beror på sjukfrånvarons längd. För att vara berättigad ersättning under de första sex månaderna krävs att den anställda, vid det tillfälle hen slutar att arbeta har arbetat minst 150 timmar under de tre senaste månaderna eller senaste 90 dagarna. Alternativt att hen har mottagit en lön som motsvarar minst 1,015 gånger den lagstadgade minimilönen per timme under sex månader. Efter den sjätte månaden krävs att den anställda kan bevisa att denna gjort tolv månaders inbetalning till sjukpenningssystemet. I tillägg ska denna antingen ha arbetat minst 600 timmar under dessa tolv kalendermånader eller 365 dagar vid det tillfälle denna slutar att arbeta eller ha mottagit inkomst motsvarande minst 2,030 gånger den lagstadgade minimilönen per timme under de tolv kalendermånaderna eller 365 dagarna innan denna slutar arbeta. Arbetsgivare har rätt att kräva läkarintyg från första dagen av sjukfrånvaro (Service public 2023).

Den dagliga ersättningen motsvarar 50 procent av dagsgrundlönen, däremot som mest €46 då brottreferenslönen uppgår till €2 798,25 brutto per månad. Den dagliga ersättningen kan komma att omprövas efter tre månader. Ersättning betalas ut efter tre karensdagar. Undantag gällande karens görs i de fall då återgång till arbete sker mellan två arbetsuppehåll som inte överskrider 48 timmar eller vid successiv sjukfrånvaro till följd av en långvarig sjukdom. Ersättningen ges som längst under 360 dagar under en treårs period. I de fall den anställda lider av en långvarig sjukdom betalas ersättningen för ett obegränsat antal dagar under treårsperioden. Den anställda kan även beviljas en period på ytterligare tre år om denna återgått i arbete under ett år mellan de två treårsperioderna (European Commission 2021).

Rätt till ytterligare ersättning från arbetsgivaren regleras i anställningsavtal eller gemensam överenskommelse. I vissa fall kan denna ersätta hela den anställdas lön. Såvida hen inte har bättre villkor har den som arbetat för företaget under minst ett års tid rätt till ytterligare kompensation till ett belopp som uppgår till 90 procent av bruttobeloppen som den anställda skulle ha fått om hen hade fortsatt att arbeta (inklusive dagpenning) under de första trettio dagarna. Ersättningen betalas då från och med den åttonde dagen av sjukfrånvaro. Efterföljande trettio dagar betalas två tredjedelar av den tidigare ersättningen (inklusive dagpenning). Var femte anställningsår utökas båda dessa trettiodagarsperioder med tio dagar. Maximal utbetalningstid uppgår till 180 dagar (då de två perioderna uppgår till 90 dagar vardera) (ibid). I Frankrike är sjukdom inte ett skäl för uppsägning.

Storbritannien

I Storbritannien betalar arbetsgivaren lagstadgad sjukpenning¹⁸ vid sjukfrånvaro.

För att ha rätt till ersättning från arbetsgivaren måste personen i fråga vara klassad som anställd och ha utfört arbete för arbetsgivaren. Hen ska även ha en genomsnittlig inkomst om minst £120 per vecka. Vidare ska hen ha varit sjuk eller själv-isolerad minst fyra dagar i rad (inklusive helgdagar).

Arbetsgivaren kan kräva läkarintyg från och med den åttonde dagen. Den anställda är även skyldig att meddela sin arbetsgivare om denna inte kan arbeta inom tidsgränsen som kommits överens om med arbetsgivaren. Om tidsgräns saknas ska den anställda meddela arbetsgivaren senast inom sju dagar. Om den anställda underlåter att meddela sin arbetsgivare kan denna förlora rätten till sjukpenning.

Den anställda har tre karensdagar innan denna kan få ersättning från arbetsgivaren (Proba 2014:45). Ersättningen uppgår till £99,35 per vecka (den anställda kan även få mer om arbetsgivaren har ett sjuklönesystem) och betalas ut som längst under 28 veckor (GOV.UK 2022a). En anställd riskerar uppsägning vid upprepad eller långvarig sjukfrånvaro som innebär att hen inte kan utföra sitt arbete. Innan den anställda sägs upp ska arbetsgivaren vidta åtgärder. Den första är att se över sätt att stötta den anställda, exempelvis genom att utvärdera om det är arbete i sig som gör hen sjuk och därmed behöver ändras. I tillägg måste arbetsgivaren ge den anställda rimlig tid att tillfriskna från sin sjukdom. I de fall den anställda har en funktionsvariation (i vissa fall inkluderas långtidssjukdom) har arbetsgivaren en skyldighet enligt lag att stötta den funktionsvarierade på arbetsplatsen. Uppsägning på grund av en funktionsvariation kan vara olaglig diskriminering (GOV.UK 2022b).

De personer som inte kvalificerar sig för sjukpenning eller som har fått ersättning i 28 veckor kan beviljas anställnings- och understödsbidrag¹⁹. Ersättningsnivån skiljer sig beroende på den sjukskrivnes ålder och huruvida den sökande har arbetsförmåga eller ej. Under en inledande utredningsperiod får de sökande som är under 25 år en ersättning på som mest £61,05 per vecka och sökande över 25 år ersättning på £77,00. Därefter kan de som bedöms ha en permanent arbetsoförmåga få upp till £117,60 per vecka medan de som bedöms ha tillfällig arbetsoförmåga får upp till £77,00 per vecka. För personer med nedsatt arbetsförmåga finns ingen tidsbegränsning för ersättningen. Personer utan nedsatt arbetsförmåga kan få ersättning (exempelvis för att få stöd att återgå i arbete) under som längst 365 dagar (GOV.UK 2022c).

¹⁸ Översatt från Statutory sick pay (SSP).

¹⁹ Översatt från Employment and support allowance (ESA).

I serien *Arbetsrapport* publicerar Försäkringskassans analysavdelning resultat som kan vara av intresse utanför myndigheten men där det inte bedöms nödvändigt att genomgå hela den process för beredning och kvalitetssäkring som krävs för våra övriga analyser. Det kan handla om att kunna dela med sig av aktuella resultat i underlagsrapporter till större analyser som kommer att publiceras i framtiden, om mer tekniska resultat av intresse för färre personer, eller om enklare beskrivningar utan fördjupad analys. Kvalitetssäkringen av att allt som står är korrekt är densamma som i alla våra analyser.