

# Strategier för begränsning av sjukfrånvaro och förtidspensionering

Erfarenheter från Danmark, Finland, Island,  
Norge och Sverige 1990–2007



Utgivare Försäkringskassan  
Försäkringsutveckling

Upplysningar Sisko Bergendorff  
08-786 93 17  
sisko.bergendorff@forsakringskassan.se

Hemsida: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Under de senaste två decennierna har sjukfrånvaron av anställda varit låg och stabil i Danmark, Finland och Island medan den har varit hög och varierat kraftigt över tiden i Norge och Sverige. Även förtida utträde ur arbetskraften genom förtidspension eller motsvarande har på senare år varit lägre i Danmark, Finland och Island än i Norge och Sverige. I denna rapport identifieras faktorer som kan ha bidragit till dessa skillnader i sjukfrånvaro och förtidspensionering mellan länderna. Socialförsäkringsadministrationernas strategier för tillämpningen av sjukförsäkringen och förtidspensionen är i fokus tillsammans med regelverken för dessa förmåner.

Rapporten är en förkortad version av rapporten *Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro*, Socialförsäkringsrapport 2008:1 i Försäkringskassans rapportserie. Den mera omfattande rapporten togs fram i ett nordiskt samarbete kring utvärdering av socialförsäkringen. Denna korta rapport är utarbetad av Sisko Bergendorff.

Magdalena Brasch  
Verksamhetsområdeschef  
Försäkringsutveckling

# Innehåll

<b>Sjukfrånvaro och förtidspensionering – gemensamma problem men skilda lösningar .....</b>	<b>5</b>
<b>Den nordiska välfärdsstaten i förändring .....</b>	<b>6</b>
<b>Sjukförsäkring och förtidspension i offentlig regi .....</b>	<b>7</b>
<b>Sjukfrånvaro och förtidspensionering i siffror 1990–2006 .....</b>	<b>8</b>
<b>Strategier för att begränsa sjukfrånvaro och förtidspensionering .....</b>	<b>10</b>
I Mer marknadslösningar, ekonomiska drivkrafter och fokus på individens eget ansvar (re-commodification) .....	11
II Begränsning av välfärdsförmånernas nivå, omfattning, kvalitet och tillgänglighet (cost containment) .....	15
III Effektivisering av välfärdsinstitutionernas serviceproduktion (recalibration) .....	16
<b>Genomförande av politiken – tillämpningen av regelverken .....</b>	<b>19</b>
<b>Bristande kunskap om politikens effekter .....</b>	<b>20</b>
<b>Avslutande kommentarer .....</b>	<b>20</b>
– Länder med låg sjukfrånvaro har valt andra strategier än länder med hög sjukfrånvaro .....	20
<b>Referenser .....</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>23</b>
Kompensation av inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom för anställda i de nordiska länderna 2007 .....	23
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>25</b>
Lagstadgade aktiviteter i handlägningsprocessen 2007 .....	25

# Sjukfrånvaro och förtids- pensionering – gemensamma problem men skilda lösningar

Sedan tidigt 1990-tal har sjukfrånvaron stått högt på den politiska dagordningen i flera nordiska länder. I Norge och Sverige har kraftigt ökade kostnader för utbetalningar av ersättning för inkomstbortfall vid sjukfrånvaro och varaktigt nedsatt arbetsförmåga aktualiserat frågan om hur återgång i arbete kan ökas och kostnader för sjukförsäkringen respektive förtidspensionen<sup>1</sup> minskas. Tio år senare, i början av 2000-talet, fick frågan aktualitet även i Island. Åtgärder för att minska sjukfrånvaron har haft stor politisk tyngd även i Danmark på senare år på grund av ökade utgifter för sjukförsäkringen.

Några nordiska länder har varit mera framgångsrika än andra i att begränsa sjukfrånvaro och förhindra förtida utträde ur arbetskraften genom förtidspension. En viktig uppgift för denna rapport är att finna några möjliga orsaker till detta. Mera specifikt är syftet att identifiera skillnader mellan länderna i regelverken för sjukförsäkring och förtidspension och i socialförsäkringsadministrationernas strategier för försäkringstillämpningen. Ökad kunskap om skillnaderna kan ge uppslag till förbättringar i försäkringsadministrationernas verksamhet för att få fler i arbete och färre som försörjer sig med sjukpenning eller förtidspension.

---

<sup>1</sup> Den finska sjukpensionen i folkpensionssystemet och invalidpensionen i arbetspensionssystemet, de norska förmånerna uførepensjon och tidsbegrenset uførestønad samt den svenska sjuk- och aktivitetsersättningen kallas här för förtidspension.

# Den nordiska välfärdsstaten i förändring

Moderna välfärdsstater kategoriseras ofta i modeller för att beskriva deras karakteristiska drag. Enligt en kategoriindelning av Gösta Esping-Andersen tillhör de nordiska länderna en i grunden socialdemokratisk välfärdsregim. Den kännetecknas av universella socialförsäkringssystem i offentlig regi där ersättningar är relaterade till individens egen inkomst, vanligen upp till ett inkomsttak. I den liberala välfärdsstaten, exempelvis i Storbritannien, dominerar modesta socialförsäkringar som kännetecknas av behovsprövade ersättningar och privata trygghetsarrangemang. I konservativa välfärdsstater såsom Tyskland och Frankrike hanteras socialförsäkring av korporationer för arbetsmarknadens parter. Ersättningar är relaterade till bortfall av löneinkomst och är ofta familjebaserade (Esping-Andersen 1990, Edebalk 2003).

De fem nordiska länderna delar grundtanken i den socialdemokratiska modellen om att upprätthålla en generös välfärd som omfattar hela befolkningen. Karakteristiskt för den nordiska modellen är också tanken om arbetslinjen, det vill säga att aktiva åtgärder för att hjälpa människor att försörja sig själva är att föredra framför passivt utbetalande av stöd och att välfärdsystemet ska göra det mer lönsamt att förvärvsarbeta än att avstå från det.

Sett i ett historiskt perspektiv karakteriseras de nordiska länderna av hög sysselsättning<sup>2</sup>. Hög sysselsättning har varit en förutsättning för en generös välfärd. Efter ett halvt sekel som har präglats av välfärdsstatens successiva expansion har välfärdspolitiken i Norden allt mer kommit i en ”postexpansiv” fas. I början 1990-talet drabbades Sverige och i synnerhet Finland av en djup recession och tvingades till stora nedskärningar i de offentliga utgifterna. Hjälpbehoven i samhället ökade och förutsättningarna för att vidmakthålla en hög nivå på offentliga transfereringar och tjänster minskade. Även Island drabbades av markant ökad arbetslöshet i början av 1990-talet. I Danmark och Norge var den ekonomiska utvecklingen gynnsam på 1990-talet (SCB 2007). En åldrande befolkning och en globaliserad värld där arbetsmarknaden har genomgått en strukturovandling medför ett ökat tryck på välfärdssystemen i alla nordiska länder och har i varierande grad tvingat dem till anpassningar och omstruktureringar på senare år.

---

<sup>2</sup> För närmare information se tabell 3–5 i statistikbilagan i Försäkringskassan (2008).

# Sjukförsäkring och förtidspension i offentlig regi

Den offentliga socialförsäkringen omfattar hela befolkningen till skillnad från försäkringar överenskomna i avtal mellan arbetsmarknadens parter som endast omfattar anställda i specifika samhällssektorer, branscher eller yrken. Den offentliga sjukförsäkringen ersätter inkomstförlusten vid tillfälligt nedsett arbetsförmåga med sjukpenning. Om arbetsförmågan är varaktigt nedsett ersätts förlorad inkomst med förtidspension. Därutöver kan särskilda ersättningar betalas ut exempelvis vid rehabilitering.

Sjukförsäkringen och förtidspensionen administreras av statliga myndigheter i Island (Tryggingastofnun Ríkisins), Norge (NAV) och Sverige (Försäkringskassan) och av kommuner i Danmark. I Finland administrerar en offentlig-rättslig institution, Folkpensionsanstalten, sjukförsäkringen och sjukpensionen medan privata försäkringsbolag och andra arbetspensionsanstalter<sup>3</sup> administrerar invalidpensionen. Sjukförsäkringen och förtidspensionen finansieras genom skatter i Danmark och Island, genom avgifter från arbetsgivare och arbetstagare i Finland och Norge samt genom avgifter från arbetsgivare i Sverige. En kompletterande sjukförsäkring och förtidspension administreras av fackföreningarnas sjukersättningsfonder i Island. I Sverige administrerar särskilda försäkringsbolag försäkringar som är bestämda i överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter och omfattar de flesta arbetstagare.

---

<sup>3</sup> Pensionsskyddscentralen, ett lagstadgat centralorgan för arbetspensionsanstalter, svarar för utvecklingen och verkställigheten av deras arbetspensionsskydd.

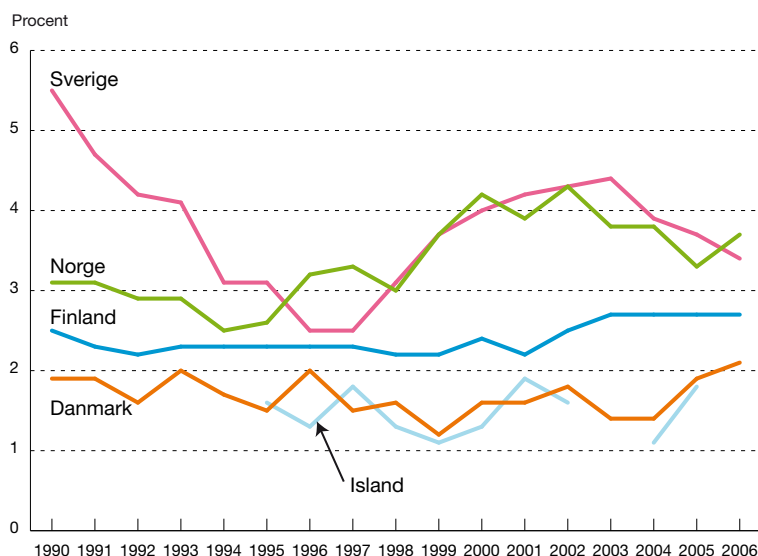
# Sjukfrånvaro och förtids- pensionering i siffror 1990–2006

Tillfälligt nedsatt arbetsförmåga blir ibland varaktig. I vilken mån och när i tiden det sker beror bland annat på regelverket för sjukförsäkringen och förtidspensionen. Sjukförsäkringen och förtidspensionen kan kallas för ”kommunicerande kärn”. I länder med en bestämd maximitid för ersättning från sjukförsäkringen, såsom exempelvis Finland, sker det ofta tidigare än i Sverige, där ingen bestämd maximitid finns (se bilaga 1). För en mera heltäckande bild av skillnaderna mellan länderna bör både sjukfrånvaro och förtidspensionering studeras.

Statistiken över sjukfrånvaro och förtidspensioner återspeglar den utveckling som har satt sjukfrånvaron på den politiska agendan i de nordiska länderna. Arbetskraftsundersökningar ger en indikation på förekomsten av sjukfrånvaro. I undersökningarna har anställda besvarat frågan om de har varit helt frånvarande från arbetet under en hel mätvecka till följd av egen sjukdom eller skada.

I Norge och Sverige var sjukfrånvaron hög för anställda i åldern 20–64 år under perioden 1990–2006, med undantag av en kortare period i mitten av 1990-talet. Frånvaron var under flera år dubbelt så hög som i Finland och tre gånger så hög som i Danmark och Island. Medan sjukfrånvaron varierade kraftigt över tiden i Norge och Sverige var den låg och jämförelsevis stabil i de tre övriga länderna under denna period (se diagram 1).

**Diagram 1 Sjukfrånvaro under en hel vecka på heltid, anställda i åldern 20–64 år, 1990–2006**



Källa: Labour Force Surveys. Eurostat

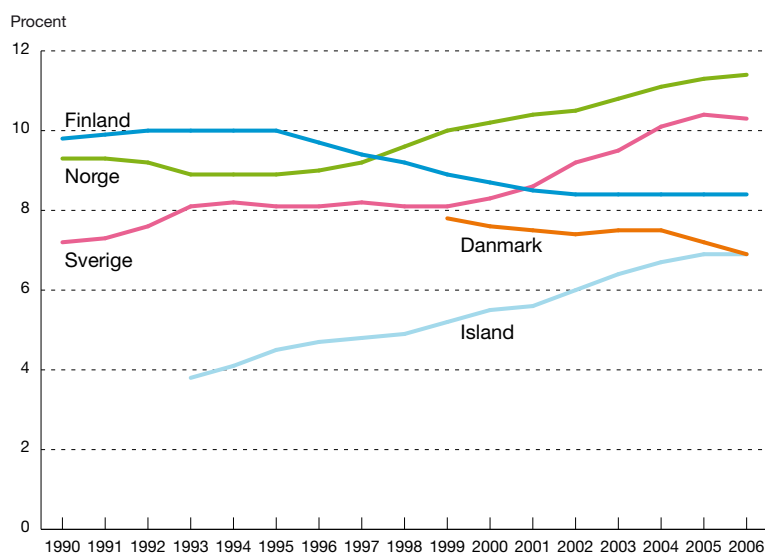
Anm. I diagrammet ingår sjukfrånvaro oavsett om arbetsgivaren betalar ut (sjuk)lön, vanligen under ett par veckor, eller om inkomstbortfallet kompenseras av sjukförsäkringen.



En jämförelse av sjukförsäkringsstatistiken för ersättningar utbetalade från och med dag 15 i sjukperioden år 2005 visar att sjukfallen var kortast i Finland och längst i Sverige<sup>4</sup>, där ingen formell gräns har funnits för hur länge sjukpenning kan betalas ut till skillnad från de andra länderna (NOSOSCO 2007).

Såväl i Finland som i Island har förtidspensionerna varit mera uppmärksammade än sjukfrånvaron (Försäkringskassan 2008). Förtidspensionärernas andel av den isländska befolkningen i aktuell ålder har nästan fördubblats sedan tidigt 1990-tal, vilket är den kraftigaste ökningen i de nordiska länderna under denna period. Andelen har ökat även i Norge och Sverige under många år. Utvecklingen har varit den motsatta i Danmark och Finland där trenden har varit nedgående under ett antal år (diagram 2).

**Diagram 2 Förtidspensionärer<sup>5</sup> som andel av befolkningen i motsvarande ålder 1990–2006, procent**



Källa: Socialförsäkringsadministrationen i respektive land

Mer än var tionde person i förvärvsaktiv ålder har på senare år lämnat arbetskraften genom förtidspension i Norge och Sverige. I de övriga nordiska länderna är andelen lägre, kring 7–8 procent (Försäkringskassan 2008).

Hög sjukfrånvaro och förtidspensionering karakteriserar således Norge och Sverige medan nivåerna är betydligt lägre i Danmark<sup>6</sup>, Finland och Island.

<sup>4</sup> I Sverige saknas en formell gräns för hur länge sjukpenning kan betalas ut fram till den 1 juli 2008 då en begränsning av den längsta ersättningstiden till ett år införs med några undantag.

<sup>5</sup> Danmark: förtidspensionärer i åldern 18–66 år t.o.m. juli 2004, 18–64 år därefter, Finland: 16–64 år, Island: 20–66 år, Norge: 20–66 år (även ”tidsbegränsat uförestönad” fr.o.m. 2004) och Sverige: 16–64 år t.o.m. 2002, 19–64 år därefter.

<sup>6</sup> Det bör noteras att många i åldern 60–64 år (närmare fem procent av befolkningen i åldern 16–64 år 2005) utträder ur arbetskraften i Danmark genom så kallad efterlön som de själva har betalat avgifter till under sin förvärvsaktiva tid (Arbejdsdirektoratet 2007), (CASA 2007)

# Strategier för att begränsa sjukfrånvaro och förtidspensionering

Välfärds politikens resultat beror på hur lagstiftningen tillämpas och hur dess reformer genomförs. Tillämpningen påverkas i sin tur av den ansvariga myndighetens resurser, ledarskap, strategier och arbetsmetoder samt personalens kvalifikationer och kompetens. En genomförandeprocess kan bli mer eller mindre framgångsrik beroende på typ av organisation och den inblandade personalens inflytande över beslut (Maynard-Moody m.fl. 1990). Välfärdsbyråkratiers handläggare (frontlinjebyråkrater<sup>7</sup>) utvecklar egna bemästringsstrategier och genvägar i handläggningen av ärenden som i slutändan kan få betydelse för tillämpningen av offentlig politik. I sista hand har deras myndighetsutövning inte bara stor inverkan på implementeringen av lagstiftningen utan påverkar även utformningen av politiken och bestämmer politikens utfall (Lipsky 1980, Hvinden 1994).

De nationella välfärds politiska initiativen och processerna i Norden har sedan 1990-talet riktats mot att på olika sätt anpassa politiken till förändrade ekonomiska villkor. I samtliga länder har utvecklingen präglats av en ökad medvetenhet om påfrestningar på hållbarheten i de sociala trygghetssystemen. Strategierna för att begränsa sjukfrånvaro och förtidspensionering skiljer sig åt i de nordiska länderna. Gemensamt för strategierna är dock att de på olika sätt syftar till att stödja arbetslinjen.

För att beskriva de anpassningar och omstruktureringar som de nordiska ”postexpansiva välfärdsstaterna” i varierande grad har genomgått används här Piersons (2001) och Julkunens (2001a, 2001b) kategorisering av metoder för att begränsa expansionen av välfärdsförmåner och -tjänster. En metod är att använda marknadslösningar inom socialpolitiken och betona vikten av ekonomiska drivkrafter och individens eget ansvar för sin välfärd (recommodification). Den andra metoden är att begränsa välfärdsförmåner i nivå, omfattning, kvalitet och tillgänglighet (cost containment). Den tredje metoden är att med hjälp av innovativa lösningar effektivisera välfärdsinstitutionernas serviceproduktion (recalibration). Ländernas välfärds politik har inslag av samtliga tillvägagångssätt.

---

<sup>7</sup> Frontlinjebyråkrat, även kallad gräsrotsbyråkrat, definieras som en tjänsteman som snarare än att vara nära samhällsmedborgarna bildar en front i mötet med samhällsmedborgarna. Se även Rothstein (1994) och Schierenbeck (2003).

## I Mer marknadslösningar, ekonomiska drivkrafter och fokus på individens eget ansvar (re-commodification)

Ekonomiska drivkrafter i de nordiska sjukförsäkringarna och förtidspensionerna är i allmänhet svaga

För att förebygga att sjukförsäkring och förtidspension överutnyttjas innehåller försäkringen ekonomiska drivkrafter, incitament, för individer och arbetsgivare. I Danmark har staten infört sådana drivkrafter även för kommunen, som administrerar försäkringen.

I början av sjukfrånvaron betalar arbetsgivaren ut full lön, enligt antingen lag eller avtal, under ett par veckor i Danmark, Finland och Norge<sup>8</sup>. Sverige utgör ett undantag med en sjuklön på 80 procent av lönen. I Island betalar arbetsgivaren lön beroende på hur länge man arbetat för arbetsgivaren och på löneavtal<sup>9</sup>. Efter denna initiala fas med lön respektive sjuklön ersätts inkomstbortfallet i samtliga länder av sjukförsäkringen upp till ett inkomsttak (se bilaga 1).<sup>10</sup>

Den ersättning för inkomstbortfallet vid arbetsoförmåga som sjukpenningen från sjukförsäkringen ger är hög i alla fem länder. De ekonomiska drivkrafterna för att motverka en felaktig användning av försäkringen är därmed tämligen svaga och i några fall till och med obefintliga. Sjukpenningen täcker hela inkomstbortfallet<sup>11</sup> för alla försäkrade i Norge, för de flesta i Danmark och för de flesta offentligt anställda i Island. I Sverige ökar den totala ersättningen från 80 till 90 procent efter sjuklöneperioden för de flesta anställda genom ett tillägg på tio procent från avtalsförsäkringar. Finland är det enda land i Norden där det finns ett kraftigt positivt incitament för individen att begränsa sin sjukfrånvaro. Full lön övergår efter ett par månaders sjukfrånvaro till en betydligt lägre ersättning, 70 procent, från sjukförsäkringen. Förtidspensionen täcker i de flesta länder en betydligt mindre del av inkomstförlusten, högst 60–65 procent. För närmare information se bilaga 1.

Starkare ekonomiska drivkrafter har införts tillfälligtvis i Sverige. Ersättningen från sjukförsäkringen sänktes i omgångar från 90 procent till som lägst 75 procent<sup>12</sup> under perioden 1992–1997. Den nuvarande nivån på 80 procent infördes år 1997. Dessutom infördes en karensdag då ingen ersättning betalas ut för att öka självrisken i försäkringen år 1993. Förändringarna genomfördes i syfte att minska de offentliga utgifterna under den ekonomiska krisen i Sverige och bidrog till att minska sjukfrånvaron under perioden 1992–1997.

---

<sup>8</sup> 15 dagar i Danmark, insjuknandedagen + 9 vardagar i Finland, 16 dagar i Norge, 14 dagar i Sverige.

<sup>9</sup> Minimum 2 dagar för varje arbetad månad, maximum ett år.

<sup>10</sup> I Finland finns inget absolut maximibelopp utan ersättningen är regressiv för inkomst över ca € 29 000/år (2006). Rehabiliteringspenningens kompensationsgrad (vid yrkesinriktad rehabilitering) är 75 procent över hela inkomstskalan.

<sup>11</sup> För en beskrivning av inkomsttak se bilaga 1.

<sup>12</sup> Komplettering med 10 procent från avtalsförsäkringar tillkom.

Drivkrafter för att förstärka arbetslinjen har införts för förtidspensionärer i Danmark, Finland, Norge och Sverige. I Finland sänktes kompensationen för inkomstbortfallet genom förtidspensionen i arbetspensionssystemet under 1990-talet för att motivera flera att fortsätta arbeta ända upp till den ordinarie pensionsåldern. Förtidspensionärer i samtliga fyra länder har fått möjlighet att pröva att arbeta med bibehållen rätt till förtidspension, så kallad vilande förtidspension. Utöver denna rätt har både Finland och Sverige infört möjlighet att betala ut både lön och förtidspension parallellt för att stimulera fler med ersättning att våga pröva att arbeta<sup>13</sup>. I Danmark och Norge saknas de ekonomiska fördelarna men inkomstryggheten garanteras dock med bibehållen rätt till förtidspension.

Flera åtgärder har införts i de nordiska länderna för att öka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter för att förbättra arbetsmiljön och arbetsförhållandena och därmed förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och skador.

I Finland bär arbetsgivaren sedan länge ett stort kostnadsansvar som inte begränsas till lön initialt utan även till en betydande del omfattar sjukpenning<sup>14</sup>, rehabiliteringsersättning och förtidspensioner. Exempelvis varierar arbetsgivarens premie till arbetspensionssystemet beroende på de kostnader som förtidspensioner hos arbetsgivaren medför.<sup>15</sup> Kostnadsansvaret utgör ett starkt incitament för förebyggande verksamhet på arbetsplatsen, organisering och finansiering av företagshälsovård<sup>16</sup> och främjande av rehabilitering på kollektiv och individuell nivå.<sup>17</sup>

Även i Island står arbetsgivaren för en del av kostnaderna för sjukpenning och förtidspension genom en avgift till fackföreningarnas sjukersättningsfonder.

I Sverige hade arbetsgivarna ett medfinansieringsansvar under en kortare period åren 2005–2006. Efter sjuklöneperiodens slut betalade arbetsgivarna 15 procent av sjukpenningkostnaden för anställda som var helt sjukskrivna och som inte var i rehabilitering. Samtidigt sänktes arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift och sjuklöneperioden minskade från tre till två veckor. Regeringen som tillträdde 2006 lättade på kraven på arbetsgivarna genom att avskaffa medfinansieringen år 2007.

Norge har valt en annan väg. Mot bakgrund av den stadigt ökande sjukfrånvaron på 1990-talet och inför hoten om en ändring av sjuklönelagen och sänkta ersättningar vid nedsatt arbetsförmåga slöt parterna på arbetsmarknaden, arbetsgivare och fackföreningar, år 2001 ett samarbetsavtal med myn-

---

<sup>13</sup> I Sverige har en tre månaders prøvotid införts i den vilande förtidspensionen under vilken både ersättning från sjukförsäkringen och lön betalas ut. Den som har förtidspension i Finland kan ha en förvärvsinkomst upp till närmare € 600 (2007) i månaden utan att det inverkar negativt på pensionsbeloppet.

<sup>14</sup> 30 procent i ett par månader beroende på avtalsområde.

<sup>15</sup> Gäller arbetsgivare med fler än 50 anställda.

<sup>16</sup> Sjukförsäkringen ersätter 60 procent av kostnaderna för företagshälsovårdens åtgärder i förebyggande syfte och 50 procent av kostnaderna för dess sjukvård.

<sup>17</sup> En separat arbetsskadeförsäkring, som finansieras av arbetsgivarna, är strikt primär i förhållande till sjukförsäkringen och sjuk- och invalidpensionen.

digheterna, ”Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv” eller IA-avtalen, som förpliktigade parterna till att arbeta för att minska sjukfrånvaron. Anslutning till avtalen var frivillig för de enskilda arbetsgivarna men i avtalen ingick incitament som gjorde det lönsamt för arbetsgivarna att förbättra arbetsförhållanden. De som tecknade ett avtal fick tillgång till bidrag och särskilda insatser samt en fast kontaktperson på försäkringsadministrationen. Ett förslag på att arbetsgivarna skulle finansiera 20 procent av kostnaderna för sjukpenningen, motsvarande den svenska medfinansieringen, presenterades i statsbudgeten i Norge år 2007. Förslaget genomfördes dock aldrig utan ersattes av ett åtgärds paket som signalerade om krav på parternas större ansvar för att minska sjukfrånvaron.

Sammanfattningsvis innehåller sjukförsäkringen och förtidspensionen svaga ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren i Danmark, Norge och Sverige för att förbättra arbetsförhållanden, förebygga sjukskrivning och att underlätta återgång i arbete. I det finska systemet finns starka incitament för både individer och arbetsgivare. Även det isländska systemet innehåller drivkrafter för arbetsgivare.

### Den enskilde individen har störst ansvar för återgång i arbete i Danmark

Av lagstiftningen i samtliga nordiska länder framgår att individen ska vara aktiv och medverka i rehabiliterande åtgärder för att kunna återgå i arbete. Om individen inte medverkar kan sjukpenningen dras in. Utöver denna generella regel har snarlika regler om aktivitetskrav på sjukskrivna införts i Danmark och Norge på 2000-talet. I Danmark lämnas individen med ett stort eget ansvar för sin situation. Anställningsskyddet är svagt och sjukskrivna kan sägas upp på grund av sjukfrånvaro, inte sällan efter 120 dagars frånvaro. Samtidigt är det lättare för individer att få en plats på arbetsmarknaden genom olika former av lönesubventionerade jobb. Hotet om uppsägning är ett starkt verktyg och innebär i praktiken att arbetsgivaren slipper kostnader för längre sjukfall samtidigt som det medför en omfattande självrisk för individen. För de individer som väl hamnar i sjukskrivning har sjukförsäkringen omvandlats till en omställningsförsäkring som ställer krav på individen att så fort som möjligt ta sig tillbaka till arbetslivet. Kraven kommer till uttryck i de regelbundna och täta uppföljningar som kommunen genomför under sjukfrånvaron. Hur stor betydelse de omfattande kraven på enskilda individer har för den danska sjukfrånvaron är omöjligt att svara på men det är bortom allt tvivel att de har en inverkan. Sjukfrånvaron är, som tidigare visats, mycket låg i Danmark. Det närmast obefintliga anställningsskyddet för sjukskrivna är unikt i Norden.

### Ökat arbetsgivaransvar för åtgärder i Norge och Sverige

Arbetsmiljön som orsak till ohälsa har varit en central fråga i den norska och den svenska debatten om sjukskrivningarna ända sedan slutet på 1980-talet. Det återspeglas tydligt i ländernas politik som successivt ökat arbetsgivarens skyldigheter och ansvar för åtgärder för återgång i arbete.

Det samarbetsavtal som parterna på arbetsmarknaden och myndigheterna ingick i Norge år 2001 betonade vikten att förebygga varaktigt nedsatt arbetsförmåga och lade ansvaret på både arbetsgivaren och arbetstagarerna. Avtalet

kan ses både som en vidareutveckling av arbetslinjens mål och nyorientering när det gäller medlen att nå målen. De norska arbetsplatserna är sedan dess en tydlig huvudarena för arbetet att planera och vidta åtgärder samt följa upp anställdas sjukfrånvaro.

I Sverige genomfördes en rehabiliteringsreform år 1992 som gav arbetsgivaren förstahandsansvaret för att utreda anställdas behov av rehabilitering och vidta åtgärder för en effektiv rehabilitering. Ansvar för finansieringen av åtgärder begränsades dock till åtgärder som kan vidtas inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställde ska kunna vara kvar inom verksamheten. Den svenska strategin ändrades år 2007 och arbetsgivarens skyldighet att utreda behov av rehabilitering avskaffades.

Frågan om sambandet mellan arbetsmiljö och sjukfrånvaro har varit viktig även i Danmark men strategin har varit annorlunda. Där har arbetsgivaren inga skyldigheter att på egen hand vidta och finansiera åtgärder under de anställdas sjukfrånvaro. I stället finns det en tradition att engagera arbetsgivare genom olika påverkansinsatser och kampanjer samt ekonomiska drivkrafter i form av lönesubventionerade anställningar, exempelvis så kallade flexjobb, för personer med nedsatt arbetsförmåga.<sup>18</sup> Därmed har en alternativ arbetsmarknad etablerats för dem (Andersen och Svarer 2006). Den danska strategin som starkt betonar arbete framför bidrag innebär att fler med sviktande hälsa trots allt får en plats på arbetsmarknaden. I det avseendet skiljer sig Danmark från resten av Norden i fråga om arbetslinjen.

I Finland har arbetsgivaren sedan länge ett indirekt ansvar för åtgärder genom sin skyldighet att anordna företagshälsovård och finansiera hälften<sup>19</sup> av dess kostnader men också ett direkt ansvar att genomföra de åtgärder som denna föreslår. Det kostnadsansvar som arbetsgivarna har för sjukpenning och förtidspensioner utgör dessutom ett starkt incitament för att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och skador samt främja rehabiliteringen i allmänhet.

Samtidigt som de danska arbetsgivarna kan säga upp personal på grund av sjukdom karakteriseras den danska strategin således av lönesubventionerade arbeten som ”morötter” till arbetsgivarna för att bidra till yrkesinriktad rehabilitering och sysselsättning av personer med nedsatt arbetsförmåga. Den norska strategin kan däremot karakteriseras som både ”morötter” och ”piskor” eftersom den premierar arbetsgivare som arbetar målinriktat för att minska sjukfrånvaron men hotar samtidigt med lagändringar om önskade resultat uteblir. I tydlig kontrast till Danmark och Norge kännetecknas den svenska strategin av enbart krav på arbetsgivarens ansvarstagande, närmast att betrakta som tämligen mjuka ”piskor”, då inga ekonomiska påföljder kan drabba arbetsgivare som brister i ansvar. Den finska strategin kännetecknas av en kombination av arbetsgivarens ansvar och socialförsäkringens ekonomiska och praktiska stöd.

---

<sup>18</sup> Så kallade flexjobb för sjukskrivna och job med löntilskud til førtidspensionister (tidigare kallade ”skånejob”) för förtidspensionärer hos privata och offentliga arbetsgivare.

<sup>19</sup> 40 procent av kostnaderna för den förebyggande verksamheten och 50 procent av kostnaderna för sjukvård.

## II Begränsning av välfärdsförmånernas nivå, omfattning, kvalitet och tillgänglighet (cost containment)

För att kunna begränsa socialförsäkringsutgifterna kan såväl förmånernas nivå som den maximala ersättningstiden för inkomstbortfall vid sjukfrånvaro och förtidspensionering regleras restriktivt. Sådana restriktioner fungerar dels som en begränsning av tillgängligheten till förmånerna, dels som ekonomiska drivkrafter för individer som har beviljats förmåner.

För att minska de offentliga utgifterna sänkte Sverige ersättningsnivåer i sjukpenningen under en period på 1990-talet. Ingen formell begränsning av ersättningstid har hittills funnits för sjukpenning i Sverige och därför har mycket långa sjukskrivningar varit möjliga. De övriga länderna har varit mer restriktiva. I Danmark, Norge<sup>20</sup> och Island kan ersättning i princip betalas ut upp till ett år. I Finland har ersättningstiden begränsats till 300 vardagar under en 2-årsperiod. En ny ersättning till följd av samma sjukdom kan beviljas först efter en karenstid på ett år.

En stark portvaktsfunktion har hittills saknats i de nordiska sjukförsäkringarna och förtidspensionerna – med Finland som undantag

Försäkringsadministrationens uppgift att bevaka att endast de som har rätt till försäkringens förmåner tar del av dem kallas ofta för portvaktsfunktion i socialförsäkringen. Sjukfrånvarons omfattning och kostnader på 1990-talet medförde en större fokusering på portvaktens roll i flera länder. Samtidigt blev vikten av aktiva åtgärder för att öka återgång i arbete centrala politiska frågor i Danmark, Norge och Sverige. Tanken om arbetslinjen blev mer framträdande i försäkringen i flera länder. Striktare regler för att begränsa inflödet i sjukförsäkringen infördes i Sverige i mitten på 1990-talet och åtstramningar av beviljandereglererna för förtidspension genomfördes i Island, Norge och Sverige. Möjligheten att bevilja förtidspension av andra skäl än strikt medicinska togs bort. Sociala, ekonomiska och arbetsmarknadsmässiga skäl godkändes inte längre i de tre länderna.

Sjukskrivande läkare har en central roll som portvakter i Finland, Norge och Sverige även om det är försäkringsadministrationen som fattar beslut om ersättning. Det formella ansvaret för portvaktsfunktionen vilar således på dessa administrationer<sup>21</sup>.

I Norge och Sverige är försäkringsadministrationens ansvar i praktiken beroende av intygsskrivande läkare som ofta har otillfredsställande kunskap om de krav som sjukskrivnas arbete ställer och inte kan sätta deras eventuella arbetsförmåga i relation till det faktiska arbetet. Nya läkarintyg fokuserar på arbetsförmågan och det har gjorts satsningar på utbildning i försäkringsmedicin för sjukskrivande läkare i båda länderna i syfte att minska sjukskrivningarna.

---

<sup>20</sup> Under ett år under en 3-årsperiod. Därutöver kan rehabiliteringspenning och ”attföringspenger” betalas ut under en längre tid. Se bilaga 1.

<sup>21</sup> Även på arbetspensionsanstalterna i Finland.

I Finland stödjer den lagstadgade företagshälsovården sjukförsäkringens portvaktsfunktion med uppgift att utreda, utvärdera och följa upp arbetstagarnas hälsotillstånd och arbetsförmåga. Störst inflytande i fråga om porten in i sjukpenning och förtidspension har försäkringsadministrationens och arbetspensionsanstaltens läkarkår. Portvaktsfunktionen är stark för förtidspensionen och tar sig uttryck i en stor andel avslag på ansökan om pension, cirka 20 procent.

I Island beslutar läkarna om rätten till både sjukpenning och förtidspension. De har traditionellt haft en stark och självständig roll i bedömningen av rätten till ersättning. Denna rätt har dock ifrågasatts på senare tid och behovet av kompletterande specialistexpertis i bedömningarna har påtalats. Porten in i försäkringen anses stå mer eller mindre öppen och en port ut som hjälper sjukskrivna med åtgärder för att återgå i arbete finns inte eftersom lagstiftning på området saknas.

I det danska systemet däremot är det kommunerna som ensamma bär ansvaret i rollen som sjukförsäkringens portvakt. I Danmark har det internt riktats kritik mot den egna portvaktsfunktionen i och med att kommunen varken har yrkesmedicinsk, psykologisk eller ergonomisk kompetens och beroende på att den inte samarbetar med arbetsgivare.

### III Effektivisering av välfärdsinstitutionernas serviceproduktion (recalibration)

Finland satsar förebyggande, Danmark söker snabb väg tillbaka

Danmark och Finland visar två olika vägar att begränsa sjukfrånvaro. I Danmark råder en stark ”tillbaka-i-arbete-kultur”, vilket innebär att arbete alltid kommer före bidrag. Införandet av en lönesubvention för yrkesinriktad rehabilitering som genomförs på arbetsplatser och av lönesubventionerade arbeten med lägre krav på arbetsförmågan än på den ordinarie arbetsmarknaden representerar ett nytänkande för att återfå sjukskrivna och förtidspensionärer i arbete i Danmark. Olika utvecklingsprojekt har genomförts för att stärka möjligheter till arbete för personer med nedsatt arbetsförmåga.

Den finska ansatsen har inneburit satsningar på förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att ta tillvara och upprätthålla arbetsförmåga i syfte att främja medborgarnas fullvärdiga deltagande under ett helt förvärsaktivt liv. Yrkesinriktade rehabiliteringskurser och -åtgärder utvecklas i samarbete med arbetsplatser, företagshälsovården och serviceproducenter. För yrkesgrupper som utsätts för fysisk, psykisk och social belastning som lätt kan leda till nedsatt arbetsförmåga har Folkpensionsanstalten utvecklat en särskild tidig yrkesorienterad medicinsk rehabilitering, som finansieras genom statsbudgeten.<sup>22</sup> Dess syfte är att långsiktigt förbättra och bevara arbetsförmågan om det finns risk för försämrad arbetsförmåga och uppenbara tecken på ohälsa. Vidare gjordes yrkesinriktad rehabilitering år 2004 till en rättighet, en lagstadgad arbetspensionsförmån, om det bedöms finnas en risk för framtida arbetsförmåga inom fem år.

---

<sup>22</sup> ASLAK®-rehabilitering.



I Danmark, Norge och Sverige har nya metoder, verktyg och riktlinjer som stöd i bedömningen av rätten till ersättning introducerats. I Sverige håller ett medicinskt beslutsstöd på att införas som både intygsskrivande läkare och försäkringsadministrationens handläggare kan använda sig av. Nya metoder och bedömningsinstrument, bland annat den så kallade ”arbejdsevne-metoden” i Danmark och en liknande metod under utveckling i Norge, betonar individers styrkor och delaktighet för att främja återgång till arbetslivet. Faktisk funktions- och arbetsförmåga lyfts fram medan sjukdom och dess begränsningar får mindre vikt (Försäkringskassan 2008). Ett utvecklingsarbete för enhetliga och effektiva handlägningsprocesser har genomförts i Danmark, Norge och Sverige. I Danmark och Norge innebär de nya processerna tätare uppföljningstidpunkter i sjukfallen med starkt fokus på att ta tillvara arbetsförmåga och möjlighet till successiv återgång i arbete. För en mera detaljerad beskrivning av de lagstadgade momenten handlägningsprocesser se bilaga 2.

### Organisationsförändringar för effektivisering av insatser för sjukskrivna

Danmark och Norge har nyligen genomfört en strategisk förändring och slagit samman arbetsmarknadsmyndigheten och socialförsäkringsadministrationen för att bättre kunna nå sina mål och effektivisera insatser för de sjukskrivna.

År 2001 skedde en omorganisation på departementsnivå i Danmark. Ansvar för frågor rörande arbetslösa, sjukskrivna och förtidspensionerade var tidigare fördelade på två olika departement men samlades nu på det nya Beskæftigelsesministeriet. Några år senare, år 2007, ombildades arbetsförmedlingen och kommunens arbetsmarknadsavdelning till lokala jobcenter.

I Norge bildades år 2006 en ny myndighet, NAV, som förutom socialförsäkringsadministrationen och arbetsmarknadsmyndigheten även omfattar delar av socialtjänsten. Sammanslagningen innebär att myndigheternas insatser har integrerats i ett gemensamt och mera omfattande åtgärds paket i regi av den nya myndigheten. Myndighetens huvudsakliga uppgift är att informera arbetsgivaren om tillgängliga åtgärder, sätta in åtgärder och bistå vid behov – både individuellt och på systemnivå – samt att kontrollera att arbetsgivaren fullföljer sitt ansvar och att den sjukskrivne deltar i planerade aktiviteter.

Även i Island planeras omfattande förändringar av organisationsstrukturen mellan arbetsmarknadsmyndigheten och delar av socialförsäkringsadministrationen.

I Sverige bildades en ny myndighet, Försäkringskassan, av 21 självständiga försäkringskassor år 2005 i syfte att skapa bättre förutsättningar att styra och leda arbetet inom myndigheten och att åstadkomma enhetlig tillämpning av försäkringen. Därefter har ett omfattande förnyelsearbete av Försäkringskassan påbörjats. Försäkringskassan samverkar sedan ett antal år med Arbetsförmedlingen. Sedan 2002 har samarbetet intensifierats och formaliserats i nationella handlingsplaner. Förutom organisationsförändringar genomför den svenska regeringen stora förändringar i sjukförsäkringen i syfte att göra försäkringen mera rättssäker, förutsägbar och för att skapa verksamma drivkrafter för återgång i arbete. Förslagen innebär bland annat en förstärkt före-

tagshälsovård, en handläggningsprocess med nya, fasta tidsgränser för olika aktiviteter, rehabiliteringsgaranti och ett ökat ansvar för den enskilde för sin rehabilitering samt lönesubventionerade arbeten för långtidssjukskrivna och förtidspensionärer som har likheter med de danska flexjobben.

Finland är det enda landet i Norden där inga omfattande omorganisationer eller sammanslagningar av myndigheter har genomförts eller planerats. Däremot har organisationen av samarbetet mellan aktörer, i synnerhet mellan Folkpensionsanstalten och Pensionsskyddscentralen, varit i fokus. Delegation av rehabiliteringsärenden koordinerar aktörernas verksamhet på riksnivå.

# Genomförande av politiken – tillämpningen av regelverken

Rapporten har beskrivit de nordiska ländernas sjukförsäkring och förtids-pension samt strategier för att begränsa sjukfrånvaron och återfå sjukskrivna i arbete. Men vad vet vi egentligen om hur väl regelverket och strategierna följs i praktiken? I handläggarens möten med den enskilde finns risk för godtycklighet och olika avvägningar som påverkar hur försäkringen tillämpas (Lipsky 1980, Hvinden 1994). OECD (2006) har funnit att socialpolitikens bristfälliga måluppfyllelse är knuten till svag implementering på lokal nivå i ett antal länder, däribland Norge. Om tillämpningen brister och handläggaren inte agerar efter lagstiftarens intentioner minskar möjligheten att utvärdera välfärdspolitikkens effekter.

Den svenska tillämpningen har hitintills varken förmått följa regelverkets tidsramar eller tillfredsställa dess krav på omfattning av insatser. Regionala skillnader i tillämpningen av försäkringen har illustrerat svårigheten med politisk styrning. Det har även funnits uppenbara problem i arbetsgivarnas ansvarstagande för rehabiliteringsutredningar samtidigt som inga sanktioner har kunnat riktas mot arbetsgivare som brister i sitt ansvarstagande. Arbetsgivarnas dröjsmål har medfört förseningar i handläggningen av sjukskrivningsärenden.

I Norge har det visat sig att den så kallade aktiva sjukskrivningen, möjligheten att trots sjukdom pröva att arbeta med andra arbetsuppgifter på arbetsplatsen, förlängde sjukfallen i stället för att förkorta dem. Aktivitetskravet för sjukskrivna, som infördes år 2004, minskade sjukfallens längd endast tillfälligt.

Både i Danmark och i Finland lämnar arbetsgivarna in en begäran till försäkringsadministrationen av den sjukpenning som betalas ut efter 14 respektive 10 dagars sjukfrånvaro. Då administrationen får kännedom om sjukskrivningen först när arbetsgivaren kommer in med sina anspråk kan detta medföra förseningar i handläggning av sjukskrivningsärendet och försena rehabiliteringen. Konsekvenser av förseningen kan bli särskilt allvarliga i Danmark där systemet riskerar att bidra till att sjukskrivna blir uppsagda på grund av sjukdom. Därmed kan förseningen till och med bidra till utstötningen av de sjukskrivna från arbetsmarknaden.

På senare år har fleksjob diskuterats i Danmark bland annat mot bakgrund av undersökningar som har visat att sjukskrivna placeras i dessa arbeten innan möjligheterna att rehabilitera dem har blivit uttömda. Ett stort antal sjukskrivna har beviljats en ersättning<sup>23</sup> i en passiv väntan på fleksjob, utan att några aktiva åtgärder har vidtagits.

---

<sup>23</sup> Ledighedsydelse. Se Försäkringskassan 2008.

# Bristande kunskap om politikens effekter

I samtliga nordiska länder finns stora kunskapsluckor om vilka resultat som uppnås i tillämpningen av sjukförsäkringen och med rehabiliterande åtgärder i sjukskrivningsprocessen. Framför allt är den *evidensbaserade* kunskapen fortfarande begränsad om effekterna av särskilda program och åtgärder för personer med nedsatt arbetsförmåga. Det finns metodologiska svårigheter att på ett tillfredsställande sätt mäta effekter av regelverkens strategier och åtgärder som syftar till att öka möjligheterna för personer med nedsatt arbetsförmåga att arbeta. Denna rapport kan inte heller peka ut några specifika åtgärder som varit mer framgångsrika än andra i strävan att göra återgång i arbete möjlig.

## Avslutande kommentarer

### – Länder med låg sjukfrånvaro har valt andra strategier än länder med hög sjukfrånvaro

Denna studie är beskrivande till sin karaktär och innehåller inga analyser av orsakssamband. Därför kan inga säkra slutsatser dras av strategiernas effekter även om studien tyder på att skilda strategier har stor betydelse för hur sjukfrånvaro och andelen förtidspensionärer utvecklas i de olika länderna. Danmarks, Finlands och Islands val av strategi förefaller ha varit mera framgångsrika än Norges och Sveriges när det gäller att begränsa omfattningen av sjukfrånvaro och förtidspensioner.

I Danmark, som har låg sjukfrånvaro och en låg andel förtidspensionärer, är de ekonomiska drivkrafterna för att förebygga och begränsa sjukfrånvaron svaga för såväl arbetsgivare som sjukskrivna. Sjukförsäkringens portvaktsfunktion är också svag. Trots detta begränsas sjukfrånvarons omfattning av en i det närmaste obefintlig anställningstrygghet. Sjukskrivna kan avskedas på grund av sjukdom. Den danska sjukförsäkringen poängterar mycket tydligt arbete framför bidrag och fungerar i hög grad som en omställningsförsäkring. Medan arbetsgivaren knappt har något ansvar för sjukskrivna arbetstagare är arbetstagarnas ansvar för sin återgång i arbete störst i Danmark. Kraven på den enskilde individen tar sig uttryck även i kommunens uppföljning av sjukfallen i täta regelbundna intervaller. Samtidigt kan människor

med nedsatt arbetsförmåga få en plats på arbetsmarknaden bland annat genom olika typer av lönesubventionerade arbeten.

I Finland, som också är ett land med låg sjukfrånvaro och en låg andel förtidspensionärer, har arbetsgivaren ett omfattande kostnadsansvar för sjukpenning och förtidspension. Detta ansvar ger starka drivkrafter att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och skador samt att främja rehabilitering. Satsningar görs även av försäkringsadministrationen på förebyggande och rehabiliterande åtgärder för att upprätthålla arbetsförmåga och främja medborgarnas fullvärdiga deltagande under ett helt förvärvsaktivt liv. Samtidigt ger relativt låga ersättningsnivåer vid långvarig sjukskrivning och förtidspension starka incitament för att återgå i arbete. Läkarna har en central roll som försäkringens portvakt och företagshälsovården har en särställning som stöd åt portvakten. Störst inflytande på hur porten in i sjukförsäkring och förtidspension fungerar har försäkringsadministrationens och arbetspensionsanstalternas läkarkår. Särskilt stark är portvakten för förtidspensionen.

I Island, ett land med låg sjukfrånvaro men där andelen förtidspensionärer ökar snabbt, beslutar läkarna självständigt om individens rätt till ersättning. Utan försäkringsadministrationens kontroll står porten in i försäkringen mer eller mindre öppen. Specifika åtgärder för att underlätta återgång i arbete finns inte i dag eftersom lagstiftning på området saknas.

Fokuseringen på arbetsgivarnas ansvar och en förstärkning av den svaga portvaktsfunktionen är något som Sverige och Norge, de två länderna med hög och varierande sjukfrånvaro, delar. De har under lång tid satsat på en strategi att öka arbetsgivarens skyldigheter och ansvar för åtgärder för återgång i arbete. Sverige har dock börjat lätta på kraven på arbetsgivaren. Incitamenten för arbetsgivarna att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och skador och satsa på rehabilitering är svaga i Norge och närmast obefintliga i Sverige. Samtidigt är de enskilda individernas ekonomiska drivkrafter att begränsa sin sjukfrånvaro svaga i båda länderna. Satsningar på utbildning i försäkringsmedicin för sjukskrivande läkare har införts i båda länderna i syfte att förstärka försäkringens portvaktsfunktion.

# Referenser

- Andersen, T. M. och Svarer, M. (2006) Flexicurity – den danska arbetsmarknadsmodellen. *Ekonomisk debatt nr 1 2006 årgång 34*
- Arbetsdirektoratet (2007) *Om at få fleksibel efterløn*. Marts 2007 Köpenhamn: Arbejdsdirektoratet
- CASA (2007) *Social Årsrapport 2007. Kvalitet i den offentlige sektor*. Köpenhamn: Socialpolitisk Forening & Center for Alternativ Samfundsanalyse
- Edebalk, P. G. (2003) Bismarck och de första socialförsäkringarna. *Socialvetenskaplig tidskrift nr 4 2003*
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press
- Försäkringskassan (2008) *Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro*. Socialförsäkringsrapport 2008:1. Stockholm: Försäkringskassan
- Hvinden, B. (1994) Legen en bakkebyrokrat. En innfalssvinkel til legens rolle som sakkyndig for trygdssystemet. *Tidsskr Nor Lægeforen nr. 12*. 1994
- Julkunen, R. (2001a) Jälkiekspansiiivinen hyvinvointivaltio. *Janus 9 (4): 277–292*
- Julkunen, R. (2001b) *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino
- Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation
- Maynard-Moody, S. W., Musheno, M., Palumbo, D. (1990) Street-wise social policy: Resolving the dilemma of street-level influence and successful implementation. *Western Political Quarterly 43 (December 1990)*
- NOSOSCO (2007) *Social Protection in the Nordic Countries 2005. Scope, expenditure and financing*. Nordic Social-Statistical Committee. København: NOSOSCO, 30:2007
- OECD (2006) *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Paris: OECD
- Pierson, P. (2001) *The New Politics of the Welfare State*. New York: Oxford University Press
- Rothstein, B. (1994) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS
- SCB (2007) *Förvärvsinkomster och bidrag i de nordiska länderna under 1990-talet*. Ekonomisk välfärdsstatistik 2007:1. Stockholm: Statistiska centralbyrån
- Schierenbeck, I. (2003) *Bakom välfärdsstatens dörrar*. Akademisk avhandling. Umeå: BoréaSummary

# Bilaga 1

## Kompensation av inkomstbortfall vid nedsatt arbetsförmåga orsakad av sjukdom för anställda i de nordiska länderna 2007

Sjuklön	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Ersättningsnivå	100 % av lönen	100 % av lönen a) enligt arbetsavtal b) enligt kollektivavtal	100 % av lönen enligt löneavtal	100 % av lönen	80 % av lönen
Period	Dag 1–15, de flesta dock under hela sjukskrivningen	a) 10 vardagar inkl. lördagar b) 1–3 månader	2 dagar–1 år beroende på anställningstid och löneavtal	Dag 1–16	Dag 2–14
<b>Sjukpenning</b>					
Ersättningsnivå	90 %, upp till inkomst på DKK 14 452/månad	Ca 70 %, regressiv ersättning av inkomst > ca € 29 000 <sup>24</sup>	Vanligen 80 % av lön men kan variera. Min. fast belopp från TR (ISK 966/dag plus ISK 264/dag för varje barn). <sup>25</sup>	100 % av lönen, upp till inkomst på 6 x grundbeloppet/år <sup>26</sup>	80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten, upp till inkomst på 7,5 x prisbasbeloppet/år <sup>27</sup> + 10 % enligt avtalsförsäkringar
Partiell ersättning	Möjlighet till partiell sjukskrivning > 4 timmar/vecka	Endast vid återgång i arbete, 50 % av sjukpenningen	Endast vid återgång i arbete	I förhållande till nedsättning av arbetsförmågan (%)	25, 50, 75 %
Maximiperiod	1 år inom 18 månader, kan förlängas	300 vardagar inkl. lördagar inom 2 år	1 år	1 år (inom 3 år)	Ingen

<sup>24</sup> 2006.

<sup>25</sup> Några av sjukersättningsfonderna har inkomsttak för sjukpenningen.

<sup>26</sup> Grunnbeløp NOK 66 812.

<sup>27</sup> Prisbasbeløp SEK 40 300.

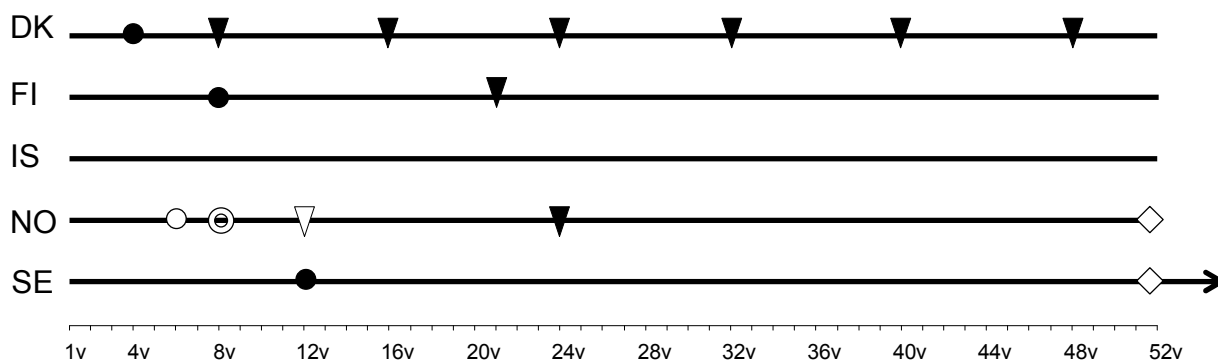
Rehabiliteringspenning	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Ersättningsnivå	Vid praktisk rehabilitering utbetalas minimilön och arbetsgivaren kompenseras efter arbetsförmåga, vid utbildning 14 452 DKK/månad	Folkpension: 75 % av den sjukpenninggrundande arbetsinkomsten vid yrkesinriktad rehabilitering  Arbetspension: 33 % högre än invalidpension	TR: Max: ca 150 000 ISK/månad för ensamstående utan annan inkomst, plus ISK 18 284/månad för varje barn. Beroende på inkomst, antal barn m.m. men inte på lön	Ca 66 %, upp till inkomst på 6 x grundbeloppet/år	80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten, upp till inkomst på 7,5 x prisbasbeloppet/år + 10 % enligt avtalsförsäkringar
Partiell ersättning	Nej	Folkpension: Nej  Arbetspension: 50 %	Partiell ersättning om inkomst m.m. lön	I förhållande till nedsättning av arbetsförmågan, minst 50 %	25, 50, 75 %
Maximiperiod	< = 5 år	Folkpension: Inte begränsad  Arbetspension: Inte begränsad	18 månader	Rehabiliteringspenning < = 1 år, kan förlängas till 2 år eller mer  Attføringspenger: så länge en åtgärd anses vara nödvändig	1 år
<b>Förtidspension*</b>					
Ersättningsnivå	Exempel: DKK 14 452 kr/månad för en ensamstående	Exempel: Folkpension: 524,85€ för en ensamstående  Arbetspension: beroende på inkomst	TR: Samma som rehabiliteringspension ca 40–43 % av historisk inkomst, kommer att närma sig 65 % de kommande 20 åren.	Ca 60 til 66 %, avhängigt av intjänande	Ca 64 % av antagandeinkomst enligt lag
Partiell ersättning	Nej	Endast i arbetspensionssystemet, 50 %	Partiell ersättning om inkomst m.m. lön	I förhållande till nedsättning av arbetsförmågan (%)	25, 50, 75 %
Maximiperiod	Varaktig, ingen omprövning	Varaktig, ingen omprövning	Omprövning vart 1–5 år om inte bedömd som varaktig från början	Uførepensjon varaktig, tidsbegränsad uførestønad < = 4 år	Omprövning < = 3 år
Rätt till vilande förmån	Under en period eller tillsvidare	< = 5 år för yngre som aldrig förvärsarbetat		< = 5 år (varaktig uførepensjon)	< = 2 år

Anm. Finland: sjukpension och invalidpension, Norge: uførepensjon (varaktig) och tidsbegränsat uførestønad (tillfällig), Sverige: sjukersättning och aktivitetsersättning



# Bilaga 2

## Lagstadgade aktiviteter i handlägningsprocessen 2007



- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p><b>Rehabiliteringsplan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Försäkringsadministration</li> <li>○ Arbetsgivare</li> </ul> <p><i>Spørgeskema (DK)</i><br/> <i>Rehabiliteringsutredning (FI)</i><br/> <i>Oppfølgingsplan (NO)</i><br/> <i>Plan for återgång (SE)</i></p> | <p><b>Möten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▼ Försäkringsadministration</li> <li>▽ Arbetsgivare</li> </ul> <p><i>Opfølgningssamtale (DK)</i><br/> <i>Intervju (FI)</i><br/> <i>Dialogmøte (NO)</i></p> | <p>⊙ <b>Krav på den enskilde</b><br/> <i>Aktivitetsplikt (NO)</i></p> | <p>◇ <b>Prövning av rätt till andra ersättningar</b></p> <p><i>Ny vurdering (NO)</i><br/> <i>Ettårsprövning för utbyte till sjuk- eller aktivitetsersättning (SE)</i></p> |
|--|---|---|---|

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2008:**

- 2008:1 Nordiska strategier för att begränsa sjukfrånvaro
- 2008:2 Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning
- 2008:3 Köns- och länsskillnader inom arbetsskadeförsäkringen. Beslut om livränta 2005–2006
- 2008:4 Ojämlighet och utanförskap. Rapport från forskarseminarium i Umeå 23–24 januari 2008
- 2008:5 Strategier för begränsning av sjukfrånvaro och förtidspensionering. Erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige 1990–2007