

Karenstak och högriskskydd

– en översyn av karensavdraget och förslag
på utökade undantag

Ds 2023:33



Regeringskansliet
Socialdepartementet

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss

Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0824-4 (tryck)

ISBN 978-91-525-0825-1 (pdf)

ISSN 0284-6012

Förord

Den 26 januari 2023 beslutade regeringen att Karensutredningens (S2022:02) arbete skulle upphöra i dess dåvarande form. Behovet av en översyn av karensavdraget kvarstod alltjämt, men det bedömdes att uppdraget behövde förändras och förtydligas samt knytas närmare till Regeringskansliets övriga arbete. Därför fattade Regeringskansliet (Socialdepartementet) beslut om att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att göra en översyn av nuvarande utformning av karensavdraget och vid behov föreslå förändringar. Genom ett tilläggsuppdrag som beslutades den 31 januari 2023 utvidgades uppdraget till att särskilt analysera förutsättningarna att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån, till exempel vissa anställda inom vård, skola och omsorg, och ta fram en modell för detta.

Arbetsgruppen har bestått av Kristina Erikson, Fanny Jatko och Niklas Österlund.

Med denna promemoria är uppdraget slutfört.

Stockholm den 15 december 2023

Kristina Erikson
Fanny Jatko
Niklas Österlund

Innehåll

Förord	1
Sammanfattning	9
1 Författningsförslag	21
1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken	21
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön	26
1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan	34
1.4 Förslag till förordning om ändring i studiestödsförordningen (2000:655)	35
2 Uppdraget och dess genomförande	37
2.1 Uppdraget.....	37
2.2 Syfte och avgränsningar.....	38
2.3 Vägledande principer vid utformning av självrisk i form av karens	39
2.4 Kriterier för ett ändamålsenligt karensavdrag	43
2.5 Genomförande	43
2.6 Promemorians disposition	46
3 Gällande rätt	49

3.1	Karensregler för ersättning vid sjukdom finns i olika regelverk.....	49
3.2	Sjuklönen och karensavdrag för arbetstagare	50
3.3	Sjukpenning och karensavdrag för anställda som inte har rätt till sjuklön.....	53
3.4	Undantag från karensavdrag för anställda i sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen.....	58
3.5	Sjukpenning och karensdagar eller karenstid för egenföretagare.....	66
3.6	Ersättning vid sjukfrånvaro och karens för en individ som är både anställd och egenföretagare.....	68
3.7	Sjukpenning och karens för vissa individer som inte är sjukfrånvarande från ett förvärvsarbete	69
3.8	Ersättning vid sjukfrånvaro och karens för vissa andra grupper	74
3.9	Internationell reglering med betydelse för utformningen av karens i sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen.....	76
4	Karensregler i förändring	79
4.1	Framväxten av karensregler i sjuklönesystemet och den allmänna sjukförsäkringen	79
4.2	Karensfrågan i dagens kontext.....	92
5	Svenska regler i ett nordiskt perspektiv	99
5.1	Utformning av sjukpenning och sjuklön skiljer sig mellan de nordiska länderna.....	99
5.2	Sverige är i dagsläget det enda nordiska landet som har karens för anställda som omfattas av sjuklönen	102
5.3	Kontrollfunktioner i form av krav på läkarintyg och uppföljning av sjukfall.....	105

5.4	Några sjukförsäkringar i Norden innehåller särskilda skydd för försäkrade och arbetsgivare	107
6	Korttidsfrånvaro vid sjukdom	109
6.1	Utvecklingen av korttidsfrånvaron vid sjukdom	109
6.2	Stora skillnader i den korta sjukfrånvaron mellan olika grupper av arbetstagare	115
6.3	Majoriteten av alla arbetstagare har korta sjukperioder	119
6.4	Korttidsfrånvaron vid sjukdom och vård av barn samspelar till viss del.....	125
7	En arbetsmarknad på lika villkor?.....	131
7.1	En skattning av hur många som är försäkrade för arbetsbaserade förmåner.....	131
7.2	Vanligast med tillsvidareanställning, särskilt bland män	133
7.3	Deltid är fortfarande vanligt bland kvinnor i arbetaryrken	136
7.4	Arbete på dagtid är vanligast	139
7.5	Könssegregerad arbetsmarknad	141
7.6	Distansarbete har ökat sedan pandemin, men hälften av arbetstagarna arbetar inte hemifrån	143
8	Karensens betydelse för användningen av sjukförsäkringen	147
8.1	Självrisk och kontroll används för att motverka överutnyttjande.....	148
8.2	Utformningen av självrisken påverkar användningen av sjukförsäkringen.....	153
8.3	Flera andra faktorer än självrisken har betydelse för individers beslut att sjukanmäla sig.....	162
8.4	Sjuknärvaro - ett tecken på underutnyttjande?	167

8.5	Andra kringliggande system kan också påverka benägenheten att sjukanmäla sig vid sjukdom.....	179
9	Ekonomiska konsekvenser av karensavdraget	183
9.1	Konsekvenser av karensavdraget ur arbetsgivarens perspektiv.....	184
9.2	Konsekvenser av karensavdraget ur individens och hushållens perspektiv	189
9.3	Konsekvenser av karensavdraget ur den offentliga förvaltningens perspektiv.....	197
10	Karensavdragets ändamålsenlighet	201
10.1	Karensavdragsreformen bidrog till en mer rättvis självrisk.....	203
10.2	Allmänt högriskskydd utgör ett ytterst begränsat skydd mot ett alltför omfattande inkomstbortfall	213
10.3	Det särskilda högriskskyddet utgör ett visst skydd mot inkomstbortfall vid återkommande sjukperioder.....	227
10.4	Återinsjuknanderegeln är motiverad.....	245
11	Differentierat karensavdrag – en möjlighet?	249
11.1	Uppdraget att utforma ett differentierat karensavdrag för avgränsade yrkesgrupper.....	250
11.2	Rättsliga förutsättningar för en författningsreglering om ett differentierat karensavdrag	253
11.3	Två alternativa modeller för differentierat karensavdrag ...	258
12	Överväganden om möjliga förändringar av karensreglerna.....	265
12.1	Generella eller riktade regleringar av självrisken vid sjukfrånvaro?.....	265
12.2	Möjliga generella åtgärder för en mer ändamålsenlig självrisk.....	267

12.3	Riktade åtgärder för en mer ändamålsenlig självrisk	276
13	Förslag om utökade skydd mot inkomstbortfall till följd av karens.....	291
13.1	En mer generös begränsningsregel i form av karenstak	292
13.2	Ändrat namn för och ändrad administration av högriskskydd	294
13.3	Utökat högriskskydd.....	300
13.4	Behov av följdändringar i andra regleringar	303
13.5	Sekretess, tystnadsplikt och integritetsskydd	304
13.6	Behov av informationsinsats om karenstak och högriskskydd	317
13.7	Behov av uppföljning av högriskskydd.....	319
14	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	323
15	Konsekvensanalys.....	329
15.1	Konsekvenser för individer	329
15.2	Konsekvenser för sjukfrånvaro och arbetsutbud	335
15.3	Konsekvenser för arbetsgivare	337
15.4	Konsekvenser för Försäkringskassan	342
15.5	Konsekvenser för den offentliga sektorns finanser	344
15.6	Konsekvenser för domstolsväsendet	347
15.7	Konsekvenser för fusk och felaktiga utbetalningar	348
15.8	Konsekvenser för hälso- och sjukvården.....	349
15.9	Konsekvenser för närliggande system	349
15.10	Konsekvenser för jämställdhet.....	351
15.11	Konsekvenser för Sveriges internationella åtagande.....	354
15.12	Övriga konsekvenser	355

16	Författningskommentar	357
16.1	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken.....	357
16.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön.....	363
	Referenser.....	375
Bilaga 1	Tillsättande av arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget.....	399
Bilaga 2	Tilläggsuppdrag till arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget (S 2023:A)	401
Bilaga 3	Sjukförsäkringssystem i Norden.....	403
Bilaga 4	Metodbeskrivning kvantitativ analys	429
Bilaga 5	Typfall för analys av karensavdragsreformen	443
Bilaga 6	En känslighetsanalys av karensavdragets beteendeeffekter	453

Sammanfattning

Uppdraget och dess genomförande

En arbetsgrupp i Regeringskansliet (Socialdepartementet) har haft i uppdrag att göra en översyn av karensavdraget (S 2023:A). Det huvudsakliga syftet med översynen har varit att analysera karensavdragets ändamålsenlighet, samt att baserat på den analysen bedöma om det finns behov av att göra några förändringar av karensavdraget. Översynen har avgränsats till att omfatta de bestämmelser om karensavdrag samt undantag från karensavdrag i form av allmänt och särskilt högriskskydd som regleras i sjuklönelagen och i socialförsäkringsbalken.

Översynen innehåller en genomgång av kunskapsläget om självrisk, karens, sjuknärvaro och korttidssjukfrånvaro. Översynen innehåller även nya kvantitativa analyser av korttidssjukfrånvaro, och utfall av regler om karensavdrag, samt undantag i form av allmänt och särskilt högriskskydd. Denna kartläggning har varit en grundförutsättning för arbetsgruppens analys, samt de bedömningar och förslag som arbetsgruppen presenterar. Vår nulägesanalys blir samtidigt ett bidrag till ny kunskap om sjukfrånvaron. I sammanfattningen delar vi några resultat från vår nulägesanalys, men fokuserar på arbetsgruppens förslag och bedömningar, samt på konsekvenserna av de presenterade förslagen.

Översynen innehåller en bred nulägesanalys

Vår nulägesanalys innehåller bland annat skattningar av den korta sjukfrånvaron, återkommande sjukfrånvaro, utfall av regler om karensavdrag, och undantag från detsamma, samt en analys av karensavdragsreformen.

Nya skattningar av den korta sjukfrånvaron visar stora skillnader mellan grupper

Det finns stora skillnader i den korta sjukfrånvaron mellan grupper av individer. Kvinnor är sjukfrånvarande i större utsträckning än män. Sjukfrånvaron är också högre bland arbetstagare inom kommuner och regioner, jämfört med arbetstagare i andra sektorer. Sedan covid-19 pandemin syns ett tydligt trendbrott, med både fler sjukfall och sjukdagar. Störst ökning har skett bland arbetstagare inom kommuner och regioner. Från och med första kvartalet 2023 syns en delvis återgång till nivåerna innan pandemin, men det är för tidigt att bedöma om pandemin har medfört ändrade sjukfrånvaromönster på längre sikt.

Av redovisningen framgår också att majoriteten av alla sjukfall endast varar i några dagar samt att det finns tydliga trösklar med fler avslutade sjukfall både vid dag 7 och dag 14 i sjukperioden. Vi bedömer att trösklarna till viss del kan förklaras av kontrollfunktionen i sjuklönesystemet och den allmänna sjukförsäkringen, där läkarintyg krävs efter sju dagars sjukfrånvaro och där arbetstagare behöver ansöka om sjukpenning från dag 15.

Karensavdraget begränsar arbetsgivares sjuklönekostnader och statens inkomster

Vår analys visar att karensavdraget ur arbetsgivarnas perspektiv är betydelsefull för att begränsa kostnaderna för sjukfrånvaro, framför allt för kommuner och större privata företag och organisationer. Ur individens perspektiv har karensavdraget en negativ påverkan på den ekonomiska standarden och främst när det gäller berörda hushåll i den nedre delen av inkomstfördelningen. Karensavdraget har även viss budgetpåverkan för staten, kommuner och regioner. Karensavdragets påverkan på statsbudgeten sker främst på inkomstsidan, genom att indirekt begränsa statens inkomster för arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift. På motsvarande sätt begränsar karensavdraget kommuners och regioners skatteinkomster.

Karensavdragsreformen bidrog till en mer rättvis och försäkringsmässig självrisk

Arbetsgruppen bedömer att karensavdragsreformen 2019 uppnådde sitt syfte. Vi bedömer att den nuvarande regleringen av karensavdraget innebär en mer rättvis och försäkringsmässig självrisk i början av en sjukperiod jämfört med tidigare karensdag. Kvarstående skillnader i karensavdragets påverkan på inkomstbortfallet mellan grupper är små. Införandet av karensavdraget medförde en förändrad självrisk för flertalet arbetstagare med oregelbunden arbetstid och koncentrerad tjänstgöring. Vidare är det inte längre möjligt för individer att påverka självriskens storlek genom att sjukanmäla sig mot slutet av en arbetsdag.

Karensavdraget motverkar överutnyttjande men kan vara belastande för individer med återkommande sjukperioder

Arbetsgruppen bedömer att en generell högre självrisk i början av en sjukperiod är motiverad utifrån syftet att motverka ett överutnyttjande av den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet. Regleringen med den högre självrisk i början av en sjukperiod genom ett karensavdrag är också ändamålsenlig utifrån syftet att självriskerna så långt som möjligt ska träffa individer i lika stor utsträckning. Däremot får den högre självrisk i början av en sjukperiod vissa oönskade konsekvenser för individer med återkommande sjukperioder och för individer med små ekonomiska marginaler. Vi bedömer att nuvarande undantagsregler genom ett allmänt- och ett särskilt högriskskydd inte bidrar tillräckligt väl till att begränsa dessa oönskade konsekvenser.

Allmänt högriskskydd utgör ett begränsat skydd mot ett alltför omfattande inkomstbortfall

Allmänt högriskskydd är en begränsningsregel som innebär att en arbetstagare inte ska få ett karensavdrag om hen redan haft tio karensavdrag under de senaste tolv månaderna. Syftet är att individer ska skyddas från ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av

karensreglerna. Arbetsgruppen bedömer att det allmänna högriskskyddet är träffsäkert utifrån vilka som nås av skyddet. Vi bedömer dock att skyddet skulle kunna användas som verktyg för att i större utsträckning än idag begränsa de negativa konsekvenserna av karensreglerna. Vad som kan anses vara ett alltför omfattande inkomstbortfall är förvisso subjektivt, men vi kan konstatera att det är få som berörs av stödet. Av dem som berörs, är stödet ofta både kortvarigt och litet, i relation till det totala inkomstbortfallet. Arbetsgruppen bedömer även att det allmänna högriskskyddet sannolikt är okänt bland många individer. Arbetsgruppens sammantagna bedömning är därför att det allmänna högriskskyddet utgör ett begränsat skydd mot ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karensreglerna.

Det särskilda högriskskyddet utgör ett visst skydd mot inkomstbortfall vid återkommande sjukperioder

Det särskilda högriskskyddet i form av undantag från karens ska skydda individer med sjukdomar som innebär risk för återkommande sjukfrånvaro från ett allt för stort inkomstbortfall till följd av karensreglerna. Arbetsgruppen bedömer att det särskilda högriskskyddet delvis uppnår detta syfte. Det särskilda högriskskyddet är också tänkt att förbättra arbetsmarknads-situationen för personer som är frekvent eller långvarigt sjuka genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar. Arbetsgruppen bedömer att det är mer tveksamt om det syftet uppnås.

Arbetsgruppen bedömer vidare att kunskapen och kännedomen om det särskilda högriskskyddet är begränsad. Det särskilda högriskskyddet omfattar årligen runt 12 000 individer. För de individer som beviljas skyddet på grund av att de har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder, eller för att de ska genomgå en donation eller transplantation, är skyddet reellt och begränsar inkomstbortfallet som beror på karensregler. För personer som beviljas det särskilda högriskskyddet för att de riskerar längre sjukperioder, eller för att de haft period med aktivitetsersättning, medför skyddet inte något undantag från karens, men en rätt för arbetsgivaren till

kompensation för de sjuklönekostnader som denne har haft för arbetstagaren.

Arbetsgruppen bedömer att det sannolikt finns ett stort mörkertal av berättigade individer som inte ansöker om särskilt högriskskydd. Det finns också ett mörkertal av arbetsgivare som inte ansöker om kompensation för sjuklönekostnader för arbetstagare med särskilt högriskskydd.

Återinsjuknanderegeln är motiverad

Reglerna om återinsjuknande innebär att en sjukperiod som börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ses som en fortsättning på den tidigare sjukperioden, och att något nytt karensavdrag därför inte ska göras. Arbetsgruppen bedömer att återinsjuknanderegeln sannolikt är motiverad. Det är förhållandevis vanligt att regeln tillämpas vid korttidsfrånvaro vid sjukdom och för individer medför regeln ett skydd från karensavdrag. Även för arbetsgivaren medför återinsjuknanderegeln delvis ett skydd, då arbetsgivaren inte riskerar att behöva betala sjuklön för mer än två veckor för arbetstagare.

Arbetsgruppens bedömningar och förslag

Arbetsgruppen bedömer att det finns behov av utökade skydd mot inkomstbortfall till följd av karens för grupper med återkommande sjukfrånvaro. Arbetsgruppen föreslår en mer generös begränsningsregel i form av karenstak som ersätter nuvarande reglering av det allmänna högriskskyddet. Arbetsgruppen föreslår vidare att det särskilda högriskskyddet framöver ska benämnas högriskskydd. Vi föreslår en ändrad administration och ett utökat högriskskydd. Vi föreslår ikraftträdande av dessa förslag tidigast den 1 januari 2025.

Även med dessa förslag så kommer karensavdraget fortsätta att fungera som en inledande självrisk för de flesta individer och kan därmed fortsätta att hantera risk för överutnyttjande inom sjuklönesystemet och den allmänna sjukförsäkringen.

Ett differentierat karensavdrag baserat på yrke är inte lämpligt

Arbetsgruppen har haft ett särskilt uppdrag att analysera förutsättningarna för att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån, t.ex. vissa anställda inom vård, skola och omsorg, och ta fram en modell för detta. Arbetsgruppen bedömer att det inte finns något rättsligt hinder för en författningsreglerad differentiering av karensavdrag för arbetstagare inom olika yrkesgrupper. Arbetsgruppen bedömer dock att det inte finns något enkelt och heltäckande sätt att avgränsa vilka yrkesgrupper och arbetstagare som bör omfattas av ett sådant differentierat karensavdrag. Denna gränsdragningsproblematik medför en risk för att en sådan reglering blir otydlig, svårt att tillämpa, och inte blir tillräckligt träffsäker. Arbetsgruppen bedömer därför att ett differentierat karensavdrag baserat på yrke inte är lämpligt.

En mer generös begränsningsregel i form av karenstak

Karenstaket innebär att karensavdrag inte ska göras från sjuklön eller från sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning, om sådant avdrag har gjorts för en individ vid sex tillfällen under de senaste tolv månaderna. Den nuvarande begränsningsregeln, som kallas det allmänna högriskskyddet, innebär motsvarande skydd för individer som haft fler än 10 karensavdrag under en tolv månadersperiod. Namnbytet från allmänt högriskskydd till karenstak föreslås då det bättre anses beskriva vad regeln innebär.

Förslaget om karenstak innebär att fler individer med återkommande sjukperioder kommer att omfattas, och omfattas av reglerna under längre tid. Genom sänkta gränser bedömer arbetsgruppen att det finns ökade förutsättningar för att inkomstbortfallet till följd av karensavdrag inte blir alltför stor för personer med återkommande sjukfrånvaro.

Ett förbättrat skydd mot inkomstbortfall för individer med återkommande sjukperioder har särskild betydelse för yrkesgrupper med hög korttidssjukfrånvaro som har svårt att arbeta hemifrån, däribland vårdbiträden, undersköterskor, barnskötare och förskollärare. Vidare skulle arbetstagare i den nedre delen av

inkomstfördelningen, liksom med nuvarande begränsningsregler, i högre grad ta del av skyddet.

Arbetsgruppen bedömer att reformen är träffsaker eftersom det även efter reformen endast är individer som ofta är sjukfrånvarande som kommer att omfattas av karenstaket. Regeländringen i sig bör vara okomplicerad för arbetsgivare och Försäkringskassan att implementera.

Nygamalt namn och ändrad administration av högriskskydd

Arbetsgruppen föreslår att det särskilda högriskskyddet åter ska benämnas högriskskydd, i enlighet med ursprunglig benämning från sjuklönelagens införande 1992. Vidare föreslår arbetsgruppen att arbetstagare med högriskskydd ska ansöka om sjukpenning från början av sjukperioder. Arbetsgivare ska därmed inte vara skyldiga att betala ut sjuklön för arbetstagare som omfattas av ett beslut om högriskskydd.

Att ge arbetstagare med högriskskydd möjlighet att ansöka om sjukpenning från början av en sjukperiod bedömer vi sammantaget är enklare och mer administrativt effektivt än nuvarande system. Nuvarande bestämmelser om särskilt högriskskydd i sjuklönelagen innebär en förhållandevis omständlig administration med moment i flera steg, där individer ansöker hos Försäkringskassan om högriskskydd, arbetsgivare betalar sjuklön vid sjukfrånvaro och har senare möjlighet att ansöka hos Försäkringskassan om att få ersättning för dessa sjuklönekostnader.

Genom en förändrad administration där Försäkringskassan både får ansvar att bedöma rätten till högriskskydd och sjukpenning, samt betala ut sjukpenning direkt till individerna hanteras risker för såväl under- som överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare.

En reformerad administration där Försäkringskassan får ett helhetsansvar för detta högriskskydd, innebär att myndigheten på ett mer effektivt sätt kan säkerställa att arbetsgivares kostnader för sjukfrånvaro för arbetstagare med särskilt högriskskydd minskar.

Arbetsgruppen bedömer också att en reformerad administration av det särskilda högriskskyddet skapar bättre förutsättningar för

uppföljning av skyddet, samt möjlighet till sammanhållen uppföljning av sjukfrånvaro för individer som beviljats högriskskydd.

Utökat högriskskydd för individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukfrånvaro

Arbetsgruppen bedömer att det finns behov av att utöka undantag för karensavdrag i form av högriskskydd för fler individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder. Skyddet har tidigare endast omfattat individer med sjukdomar som kan antas medföra fler än tio sjukfall under en tolv månaders period. Arbetsgruppen föreslår att skyddet i stället ska gälla för dem som har en sjukdom som under en tolv månaders period kan antas medföra minst sju eller annars återkommande sjukperioder. Med annars återkommande avses individer med en sjukdom som går i skov.

Arbetsgruppen bedömer att det nuvarande skyddet exkluderar många individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder. Arbetsgruppen skattar att runt 12 000 individer årligen har nuvarande högriskskydd, varav merparten har det på grund av en sjukdom som kan antas medföra återkommande sjukperioder. Arbetsgruppens förslag om utökat högriskskydd innebär en mer generös reglering.

Behov av informationsinsats och adekvat uppföljning

Arbetsgruppen bedömer att Försäkringskassan bör få i uppdrag att genomföra informationsinsatser om karenstak och högriskskydd. Information om karenstak bör framför allt riktas till mindre arbetsgivare, eftersom mindre arbetsgivare med i högre grad manuell lönehantering har större risk att missa att implementera regler om karenstak.

Arbetsgruppen bedömer att det generellt är låg kännedom om högriskskydd bland försäkrade, arbetsgivare och vårdgivare. Det är troligt att det finns ett stort mörkertal och att fler individer skulle kunna omfattas, men inte ansöker om högriskskyddet.

Arbetsgruppen bedömer att Försäkringskassan behöver undersöka hur individer, arbetsgivare och vårdgivare bättre kan nås

av information om högriskskydd och att det sannolikt krävs en bred informationsinsats som riktas till dessa parter. En sådan informationsinsats kan bidra till att fler individer än idag skulle kunna ansöka om och beviljas högriskskydd. Behovet av informationsinsatser gäller oberoende av arbetsgruppens förslag om karenstak, ändrad administration och utökat högriskskydd.

Arbetsgruppen bedömer vidare att det idag saknas förutsättningar för att göra en tillräcklig uppföljning av högriskskyddet, inklusive uppföljning av förmånens måluppfyllelse och risk för under- och överutnyttjande. Arbetsgruppen bedömer därför att Försäkringskassan behöver skapa förutsättningar för regelbunden uppföljning av högriskskyddet.

Arbetsgruppen bedömer att det finns ett särskilt behov av en översyn av de delar av högriskskyddet som omfattar individer med risk för längre sjukperioder och individer som haft period med aktivitetsersättning. Dessa delar har inte ingått i arbetsgruppens uppdrag. Högriskskyddet vid dessa situationer fungerar sannolikt inte enligt lagstiftarens intentioner med tanke på att mycket få individer ansöker och beviljas högriskskydd vid dessa situationer samtidigt som betydligt fler individer ingår i personkretsen för dessa delar av högriskskyddet.

Konsekvenser av förslag om karenstak och högriskskydd

Fler arbetstagare kommer att omfattas av karenstak och högriskskydd

Förslag om karenstak förväntas medföra att andelen arbetstagare som omfattas av taket, i bemärkelsen får ett undantag från karensavdrag, ökar från cirka 2 procent till mellan 6 och 7 procent. Det motsvarar en ökning från 100 000–150 000 individer till mellan 300 000 och 400 000 individer.

Särskilt arbetstagare inom kommuner och regioner förväntas omfattas av karenstaket, eftersom återkommande sjukfrånvaro är särskilt vanligt inom dessa sektorer. Vidare kommer relativt fler arbetstagare i den nedre delen av inkomstfördelningen att omfattas av karenstaket.

Förslaget om en ändrad administration för högriskskyddet kommer att medföra att arbetstagare i genomsnitt får en något lägre ersättning vid sjukfrånvaro under de första 14 dagarna av en sjukperiod. Det beror främst på omräkningsfaktorn för sjukpenning som gör att sjukpenningen för många är 2–3 procent lägre än sjuklönen. För individer med höga inkomster blir skillnaden dock större, med anledning av inkomsttaket för sjukpenning. Arbetsgruppen skattar att runt 10 procent av de individer som idag har särskilt högriskskydd har arbetsinkomster över inkomsttaket för sjukpenning.

Förslaget om ett utökat högriskskydd innebär att fler individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder kan omfattas av skyddet. Dagens mörkertal, tillsammans med bristande möjligheter till uppföljning av det särskilda högriskskyddet, gör det svårt att skatta hur ett utökat högriskskydd påverkar antalet individer som kommer beviljas skyddet framöver. Arbetsgruppen skattar att runt 12 000 individer årligen har högriskskydd, varav merparten har det på grund av en sjukdom som kan antas medföra återkommande sjukperioder. En preliminär skattning är att mellan 18 000 och 36 000 individer med sjukdomar som kan antas leda till återkommande sjukperioder skulle kunna beviljas högriskskydd om förslagen genomförs. I det fall t.ex. informationsinsatser bidrar till ett minskat mörkertal bland individer, så förväntas ökningen bli större än så.

Andra grupper av försäkrade, som föräldralediga, arbetslösa, och behovsanställda har i lägre grad återkommande sjukfrånvaro, och påverkas därför i mindre utsträckning av förslagen om karenstak och högriskskydd.

Förslaget om ett karenstak och högriskskydd kan medföra fler sjukfall bland de individer som omfattas

Arbetsgruppens förslag kan få viss inverkan på både sjukfrånvaron och arbetsutbudet, i de fall som förslagen skulle medföra beteendeffekter i form av fler påbörjade sjukperioder och fler frånvarodagar. Arbetsgruppen bedömer dock att sådana beteendeffekter av förslagen sammantaget är begränsade. På totalen förväntas förslagen endast innebära små förändringar av individens och hushålls

disponibla inkomst, vilket gör att inverkan på arbetsutbudet sannolikt är liten.

Förslagen medför ökade sjuklönekostnader för arbetsgivare på kort sikt, men minskade kostnader på längre sikt

Förslaget om karenstak kommer att medföra kostnader för arbetsgivare, främst i form av ökade sjuklönekostnader, och administrativa kostnader. Förslaget om ändrad administration av högriskskyddet kommer att medföra lägre sjuklönekostnader för arbetsgivare som i dag inte ansöker om ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för arbetstagare med (särskilt) högriskskydd. Förslaget om utökat högriskskydd kommer på sikt medföra lägre sjuklönekostnader för de arbetsgivare som har arbetstagare som omfattas av högriskskyddet. Vi förväntar oss dock att det kan dröja några år innan ett utökat högriskskydd får genomslag i antalet ansökningar och beviljanden av högriskskydd.

Förslagens sammantagna konsekvenser för arbetsgivare förväntas skilja sig på kort och lång sikt. På kort sikt förväntas förslagen medföra ökade sjuklönekostnader för arbetsgivare och på längre sikt i genomsnitt minskade sjuklönekostnader jämfört med idag. Arbetsgivare som i högre grad än andra har arbetstagare med sjukdomar som medför en förhöjd risk för återkommande sjukperioder kan förväntas få minskade sjuklönekostnader. Kommuner och regioner kommer generellt att påverkas mer av förslagen än privata arbetsgivare.

Förslagen innebär ökade kostnader för Försäkringskassan

Förslagen om karenstak och högriskskydd innebär kostnader för Försäkringskassan i form av implementering, utbildning och IT-utveckling. Förslag om karenstak förväntas endast att medföra marginellt ökade kostnader för sjukpenning eftersom antalet sjukpenningärenden där inget karensavdrag görs med hänvisning till karenstaket kommer att vara få. Sammantaget förväntas förslagen som rör högriskskydd medföra ökade kostnader för handläggning av högriskskyddet, samt handläggning av sjukpenninganspråk för individer med högriskskydd.

Förslagen innebär en negativ påverkan på statens budget

Arbetsgruppens förslag kommer att påverka både statens inkomster och utgifter. Vi bedömer att påverkan på utgifterna är större än på inkomsterna, vilket sammantaget innebär en negativ påverkan på statens budget. Precis som för arbetsgivarna beror kostnadernas storlek på hur stort genomslag som förslaget om utökat högriskskydd får på antalet ansökningar och beviljanden av högriskskydd.

Förslaget om ett karenstak i sjuklönelagen kommer att medföra ökade inkomster för staten i form av arbetsgivaravgifter, allmän löneavgift och statlig inkomstskatt. Inkomsterna till staten förväntas öka med mellan 280 och 330 miljoner kronor 2025 om förslaget om karenstak genomförs.

Förslaget om ändrad administration samt utökning av högriskskyddet innebär i stället minskade inkomster och ökade utgifter för staten. På kort sikt förväntas förslag om högriskskydd medföra en kostnadsökning för staten på 560 miljoner kronor 2025. På längre sikt bedömer arbetsgruppen att kostnaderna för högriskskyddet ökar ytterligare.

Förslagen påverkar kommuners och regioners finanser på både inkomst- och utgiftssidan

Förslag om karenstak innebär sammantaget en kostnadsökning med mellan 90 och 130 miljoner kronor för kommuner och regioner. Arbetsgruppen bedömer att förslag om ändrad administration tillsammans med ett utökat högriskskydd innebär minskade inkomster och minskade utgifter för kommuner och regioner. På kort sikt bedömer vi att förslag om ändrad administration och utökat högriskskydd innebär ett positivt resultat om 90 miljoner kronor för kommuner och regioner. På längre sikt, när fler individer förväntas ansöka om och få högriskskydd blir påverkan större, och kommuner och regioner förväntas då få ytterligare minskade utgifter, främst i form av minskade sjuklönekostnader.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

Härigenom föreskrivs i fråga om socialförsäkringsbalken

dels att 27 kap. 1, 18, 27 och 39–44 §§ samt rubrikerna närmast före 27 kap. 39 och 40 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 27 kap. 44 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

27 kap.

1 §¹

I detta kapitel finns bestämmelser om

- rätten till sjukpenning i 2–8 §§,
- samordning med sjuklön i 9 §,
- sjukpenning för anställda och vissa andra vid kortare sjukdomsfall, m.m. i 10–16 a §§,
- sjukanmälan i 17 och 18 §§,
- ersättningsnivåer i 19 §,
- förmånstiden och karens i 20–38 §§,
- *allmänt högriskskydd* i 39 – *karenstak* i 39 och 39 a §§, och 39 a §§,
- *särskilt högriskskydd* i 40– – *högriskskydd* i 40–44 a §§, 44 §§,
- förmånsnivåer och arbetsförmåga i 45 §,
- bedömning av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan) i 46–55 b §§, och
- arbetsgivarinträde m.m. i 56–61 §§.

¹ Senaste lydelse 2021:1240.

18 §

Om den försäkrades arbetsgivare ska anmäla sjukdomsfallet enligt 12 § första stycket lagen (1991:1047) om sjuklön, ska sjukpenning som grundas på inkomst av anställning lämnas utan hinder av det som anges i 17 §.

Om den försäkrades arbetsgivare ska anmäla sjukdomsfallet enligt 12 § första *eller andra* stycket lagen (1991:1047) om sjuklön, ska sjukpenning som grundas på inkomst av anställning lämnas utan hinder av det som anges i 17 §.

27 §²

Om sjukperioden inleds med sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning och inte något annat följer av 27 a §, 28 §, 28 b §, 39 §, 39 a § eller 40–44 §§ ska ett karensavdrag göras från och med den första dagen med sjukpenning.

Om sjukperioden inleds med sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning och inte något annat följer av 27 a §, 28 §, 28 b §, 39 §, 39 a § eller 40–44 a §§, ska ett karensavdrag göras från och med den första dagen med sjukpenning.

Om sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas under de första 14 dagarna i en sjukperiod, görs ett karensavdrag som motsvarar ersättningen för en hel dag med sjukpenning.

Om sjukpenningen ska arbetstidsberäknas under de första 14 dagarna i en sjukperiod, görs ett karensavdrag som motsvarar 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen beräknas få under en vecka.

*Allmänt högriskskydd**Karenstak*39 §³

Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning till följd av bestämmelsen i 27 § vid sammanlagt *tio* tillfällen under de senaste tolv månaderna, kan

Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning till följd av bestämmelsen i 27 § vid sammanlagt *sex* tillfällen under de senaste tolv månaderna, kan

² Senaste lydelse 2018:647.

³ Senaste lydelse 2018:647.

sjukpenning lämnas utan karensvdrag som avses i 27 § (*allmänt högriskskydd*). Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelsen i 27 a § under fem sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för dagar som avses i 27 a § från och med den sjukperiod som inträder efter det att den försäkrade gått miste om sjukpenning för sammanlagt minst 21 dagar.

Om den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelserna i 27 a § eller 30 § under minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.

39 a §⁴

För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket gäller, i fråga om *allmänt högriskskydd*, 39 § andra stycket.

För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket gäller, i fråga om *karens-tak*, 39 § andra stycket.

Särskilt högriskskydd

Efter ansökan av den försäkrade får Försäkringskassan besluta att sjukpenning kan lämnas utan beaktande av sådan karensv som av-

Högriskskydd

40 §⁵

Efter ansökan av den försäkrade får Försäkringskassan besluta att sjukpenning kan lämnas utan beaktande av sådan karensv som av-

⁴ Senaste lydelse 2012:932.

⁵ Senaste lydelse 2018:647.

ses i 27 och 27 a §§ (*särskilt* högriskskydd).

Försäkringskassan får även efter ansökan av den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § besluta att sjukpenning kan lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.

Detsamma gäller i förhållande till en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket.

41 §

Ett beslut om *särskilt* högriskskydd får meddelas om den försäkrade har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra *ett större antal* sjukperioder.

Ett beslut om högriskskydd får meddelas om den försäkrade har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra *minst sju eller annars återkommande* sjukperioder.

42 §

Ett beslut om *särskilt* högriskskydd får även meddelas för en sjukperiod när den försäkrade, som givare av biologiskt material enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m., har rätt till sjukpenning till följd av ingrepp för att ta till vara det biologiska materialet eller förberedelser för sådant ingrepp.

Ett beslut om högriskskydd får även meddelas för en sjukperiod när den försäkrade, som givare av biologiskt material enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m., har rätt till sjukpenning till följd av ingrepp för att ta till vara det biologiska materialet eller förberedelser för sådant ingrepp.

43 §

Ett beslut om *särskilt* högriskskydd enligt 41 § gäller från och med den kalendermånad när ansökan gjordes, om inte annat anges i beslutet.

Ett beslut om högriskskydd enligt 41 § gäller från och med den kalendermånad när ansökan gjordes, om inte annat anges i beslutet.

Högriskskyddet ska gälla för viss tid som anges i beslutet eller, om det finns särskilda skäl, tills vidare.

44 §

Ett beslut om *särskilt* högriskskydd enligt 41 § ska upphävas om det villkor som anges där inte längre är uppfyllt.

Ett beslut om högriskskydd enligt 41 § ska upphävas om det villkor som anges där inte längre är uppfyllt.

44 a §

Om ett beslut om högriskskydd enligt 13 § första stycket 1 eller andra stycket lagen (1991:1047) om sjuklön gäller för den försäkrade, lämnas sjukpenning utan karensavdrag som avses i 27 §.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.
 2. I fråga om sjukpenning för sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet gäller fortfarande 27 kap. 39 § i den äldre lydelsen.
 3. Bestämmelsen i 27 kap. 41 § i den äldre lydelsen gäller fortfarande för beslut om särskilt högriskskydd som till någon del avser tid före ikraftträdandet, dock längst för tid till och med den 31 december 2025.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1047) om sjuklön¹

dels att 17 a § ska upphöra att gälla,

dels att 2 a, 4 a, 6, 12, 13, 15, 16, 17, 26 och 28 §§ samt rubriken närmast före 13 § ska ha följande lydelse.

dels att det ska införas två nya paragrafer, 6 a och 6 b §§ av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 a §²

Regeringen får meddela föreskrifter om

1. undantag från de begränsningar i rätten till ersättning som anges i 17 §,

2. avvikelser från vad som sägs i 17 b § andra stycket, och

3. de ytterligare undantag från 17 a–17 d §§ som föranleds av föreskrifter enligt 1 eller 2.

3. de ytterligare undantag från 17 b–17 d §§ som föranleds av föreskrifter enligt 1 eller 2.

Föreskrifter enligt första stycket får meddelas endast vid extraordinära händelser i fredstid.

4 a §³

En arbetsgivare är inte skyldig att betala ut sjuklön vid sjukdom

1. för sådan tid som arbetstagaren omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt 13 §,

1. för sådan tid som arbetstagaren omfattas av bestämmelserna i 37 kap. 3 § socialförsäkringsbalken, eller

2. för sådan tid som arbetstagaren omfattas av bestämmelserna i 37 kap. 3 § socialförsäkringsbalken, eller

2. om arbetstagaren inte helt har återgått i arbete och utfört arbete under minst en dag hos arbetsgivaren efter det att sjuk-

3. om arbetstagaren inte helt har återgått i arbete och utfört arbete under minst en dag hos arbetsgivaren efter det att sjuk-

¹ Senaste lydelse av 17 a § 2014:1476.

² Senaste lydelse 2020:190.

³ Senaste lydelse 2012:349.

lön för en hel sjuklöneperiod har betalats ut av arbetsgivaren.

lön för en hel sjuklöneperiod har betalats ut av arbetsgivaren.

6 §⁴

För dagar i en sjuklöneperiod enligt 7 § som arbetstagaren gått miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedsättningen i arbetsförmågan utgör sjuklönen 80 procent av anställningsförmånerna före avdrag enligt andra stycket.

Från sjuklönen ska ett karensavdrag göras. Avdraget ska motsvara 20 procent av den sjuklön som belöper på summan av de anställningsförmåner som arbetstagaren genomsnittligen beräknas få under en vecka.

Om arbetstagaren under de senaste tolv månaderna till följd av bestämmelserna i andra stycket fått avdrag från sjuklönen vid *tio* tillfällen, ska avdrag för ytterligare sjuklöneperioder inte göras.

Om avvikelser från vad som följer av andra stycket föreskrivs i 15 §.

Om arbetstagaren under de senaste tolv månaderna till följd av bestämmelserna i andra stycket fått avdrag från sjuklönen vid *sex* tillfällen, ska avdrag för ytterligare sjuklöneperioder inte göras (*karenstak*).

6 a §

Karensavdrag enligt 6 § andra stycket ska inte göras om sjuklöneperioden har börjat en dag då arbetstagaren omfattades av ett beslut om högriskskydd enligt 13 §.

6 b §

Till en sjöman på fartyg som inte uteslutande går i inre fart betalas sjuklön ut utan sådant avdrag som avses i 6 § andra stycket.

Med inre fart avses detsamma som i 64 kap. 6 § inkomstskattelagen (1999:1229).

⁴ Senaste lydelse 2018:648. Ändringen innebär bl.a. att fjärde stycket tas bort.

12 §⁵

Arbetsgivaren ska till Försäkringskassan anmäla sjukdomsfall som har gett arbetstagare hos honom rätt till sjuklön, om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. Anmälan ska göras inom sju kalenderdagar från denna tidpunkt. I anmälan ska uppgift lämnas om

1. arbetsgivarens organisationsnummer, personnummer eller samordningsnummer,
2. arbetstagarens personnummer eller samordningsnummer, och
3. det datum när sjuklöneperioden började.

Arbetsgivaren ska till Försäkringskassan även anmäla sjukdomsfall för arbetstagare som omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt 13 § och som har anmält sjukdomsfallet till arbetsgivaren. Arbetsgivarens anmälan ska göras inom sju kalenderdagar från dagen då arbetstagaren har anmält sjukdomsfallet. I arbetsgivarens anmälan ska sådana uppgifter som anges i första stycket 1 och 2 lämnas. Arbetsgivaren ska även lämna uppgift om datumet för den första dagen i sjukperioden.

Om anmälningsskyldighet vid inträffad arbetsskada finns föreskrifter i 42 kap. 10 § socialförsäkringsbalken.

*Särskilt högriskskydd**Beslut om högriskskydd*13 §⁶

Försäkringskassan får, efter skriftlig ansökan, besluta om *särskilt högriskskydd* för en arbetstagare som är försäkrad för sjuk-

Försäkringskassan får, efter skriftlig ansökan, besluta om *högriskskydd* för en arbetstagare som är försäkrad för sjukpen-

⁵ Senaste lydelse 2011:1073.

⁶ Senaste lydelse 2011:1073. Ändringen innebär bl.a. att fjärde stycket tas bort.

penning enligt 24–28 kap. socialförsäkringsbalken. Ett sådant beslut får meddelas om den sökande har en sjukdom som under en tolv månadersperiod

1. kan antas medföra *ett större antal* sjukperioder, eller

2. medför risk för en eller flera

längre sjukperioder. Ett beslut som avses i första stycket första meningen får även meddelas för en sjukperiod när den sökande som givare av biologiskt material enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m. *har* rätt till sjuklön till följd av ingrepp för att ta till vara det biologiska materialet eller förberedelser för sådant ingrepp. *Det samma gäller när den sökande uppburit eller bedömts ha haft rätt till aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken under någon av de senaste tolv kalendermånaderna före månaden för ansökan hos Försäkringskassan.*

För den som avses i första stycket 1 och andra stycket första meningen ska 15 och 16 §§ tillämpas på sökanden och dennes arbetsgivare. För den som avses i första stycket 2 och andra stycket andra meningen ska endast 16 § tillämpas.

Ett beslut enligt första och andra styckena ska avse den sökandes samtliga anställningar. Ett beslut enligt första stycket ska

ning enligt 24–28 kap. socialförsäkringsbalken. Ett sådant beslut får meddelas om den sökande har en sjukdom som under en tolv månadersperiod

1. kan antas medföra *minst sju eller annars återkommande* sjukperioder, eller

längre sjukperioder.

Ett beslut som avses i första stycket första meningen får även meddelas för en sjukperiod när den sökande som givare av biologiskt material enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m. *skulle ha* rätt till sjuklön till följd av ingrepp för att ta till vara det biologiska materialet eller förberedelser för sådant ingrepp, *om han eller hon inte omfattades av ett beslut om högriskskydd.*

Ett beslut som avses i första stycket första meningen får även meddelas när den sökande uppburit eller bedömts ha haft rätt till aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken under någon av de senaste tolv kalendermånaderna före månaden för ansökan hos Försäkringskassan.

gälla från och med den kalendermånad då ansökan gjordes hos Försäkringskassan eller från och med den senare kalendermånad som anges i beslutet. Detta beslut gäller till och med den dag som anges i beslutet eller, om det finns särskilda skäl, tills vidare. Beslutet ska upphävas om villkoret enligt första stycket andra meningen 1 eller 2 inte längre är uppfyllt. Om beslutet upphävs ska Försäkringskassan på lämpligt sätt underrätta arbetsgivaren om detta. Ett beslut enligt andra stycket andra meningen ska gälla under tolv kalendermånader, räknat från och med månaden efter den då beslutet meddelades.

15 §⁷

Om ett beslut enligt 13 § första stycket 1 eller andra stycket första meningen gäller för arbetsgivaren betalas sjuklön ut till arbetstagaren utan sådant avdrag som avses i 6 § andra stycket.

Till en sjöman på fartyg som inte uteslutande går i inre fart betalas sjuklön ut utan sådant avdrag som avses i 6 § andra stycket.

Ett beslut enligt 13 § ska avse den sökandes samtliga anställningar.

Ett beslut enligt 13 § första stycket ska gälla från och med den kalendermånad då ansökan gjordes hos Försäkringskassan eller från och med den senare kalendermånad som anges i beslutet. Detta beslut gäller till och med den dag som anges i beslutet eller, om det finns särskilda skäl, tills vidare. Beslutet ska upphävas om villkoret enligt 13 § första

⁷ Senaste lydelse 2018:648.

Med inre fart avses detsamma som i 64 kap. 6 § inkomstskattelagen (1999:1229).

stycket andra meningen 1 eller 2 inte längre är uppfyllt.

Ett beslut enligt 13 § tredje stycket ska gälla under tolv kalendermånader, räknat från och med månaden efter den då beslutet meddelades.

16 §⁸

En arbetsgivare hos vilken ett beslut enligt 13 § gäller har rätt till ersättning av Försäkringskassan för de kostnader för sjuklön som han har haft för arbetstagaren enligt denna lag.

När ett beslut om att bevilja en arbetstagare högriskskydd enligt 13 § har meddelats ska Försäkringskassan skyndsamt underrätta arbetstagarens arbetsgivare om att ett sådant beslut har fattats och för vilken tidsperiod beslutet gäller.

Utbetalning görs av Försäkringskassan efter skriftlig ansökan av arbetsgivaren.

Om ett beslut om högriskskydd upphävs ska Försäkringskassan skyndsamt underrätta arbetstagarens arbetsgivare om detta och vid vilken tidpunkt beslutet upphör att gälla.

Ersättning får inte lämnas för längre tid tillbaka än tolv månader före ansökningsmånaden.

17 §⁹

En arbetsgivare vars kostnader för sjuklön enligt 6 §, inklusive därpå belöpande avgifter och skatt, under ett kalenderår överstiger en viss del av arbetsgivarens totala lönekostnader, inklusive därpå belöpande avgifter och skatt får, med den begränsning som följer av 17 a §, ersättning med högst 250 000

En arbetsgivare vars kostnader för sjuklön enligt 6 §, inklusive därpå belöpande avgifter och skatt, under ett kalenderår överstiger en viss del av arbetsgivarens totala lönekostnader, inklusive därpå belöpande avgifter och skatt, får ersättning med högst 250 000 kronor för överskjutande del av sjuklöne-

⁸ Senaste lydelse 2010:1248. Ändringen innebär bl.a. att tredje stycket tas bort.

⁹ Senaste lydelse 2014:1476.

kronor för överskjutande del av kostnaden enligt följande. Ersjuktönekostnaden enligt följande. Ersättning för sjuktönekostnaden lämnas till den del kostnaden lämnas till den del överstiger

kostnaden överstiger

– 0,5 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad uppgår till högst 3 miljoner kronor årligen,

– 0,9 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 3 men inte 6 miljoner kronor årligen,

– 1,2 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 6 men inte 12 miljoner kronor årligen,

– 1,3 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 12 men inte 20 miljoner kronor årligen, och

– 1,5 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 20 miljoner kronor årligen.

Med avgifter och skatt enligt första stycket avses avgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och lagen (1994:1920) om allmän löneavgift samt skatt enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster.

26 §¹⁰

I fråga om Försäkringskassans handläggning av ärenden enligt 10, 11, 13, 14, 16, 17, 17 d och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket tillämpas följande föreskrifter i socialförsäkringsbalken:

- 107 kap. 9 och 10 §§ om förbud mot utmätning och överlåtelse,
- 107 kap. 12 § om preskription,
- 108 kap. 2, 11 och 22 §§ om återbetalningsskyldighet,
- 108 kap. 15, 16, 19 och 21 §§ om ränta,
- 110 kap. 13 § och 31 § första stycket samt 115 kap. 4 § om skyldighet att lämna uppgifter,
- 110 kap. 14 § 1 och 2 om utredningsåtgärder,
- 110 kap. 39 och 42 §§ om undantag från sekretess,
- 110 kap. 52 § första stycket 2 och andra stycket samt 53 § om indragning eller nedsättning av ersättning,

I fråga om Försäkringskassans handläggning av ärenden enligt 10, 11, 13, 14, 17, 17 d och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket tillämpas följande föreskrifter i socialförsäkringsbalken:

¹⁰ Senaste lydelse 2014:1476.

- 112 kap. 2 och 3 §§ samt 108 kap. 10 § om interimistiska beslut.

28 §¹¹

De föreskrifter om omprövning och ändring av Försäkringskassans beslut som finns i 113 kap. 3–9 §§ socialförsäkringsbalken ska tillämpas på motsvarande sätt i fråga om

- beslut enligt 10 eller 13 §, 14 § andra meningen, 16, 17, 17 d eller 20 § eller 24 § andra stycket, samt
- beslut enligt 10 eller 13 §, 14 § andra meningen, 17, 17 d eller 20 § eller 24 § andra stycket, samt

- beslut att inte avge yttrande enligt 27 § andra stycket.

Vidare ska föreskrifterna i 113 kap. 10–17, 19, 20 och 21 §§ socialförsäkringsbalken om överklagande av Försäkringskassans eller domstols beslut tillämpas på motsvarande sätt i fråga om beslut enligt 10 § första stycket 2, 13 §, 14 § andra meningen, 16, 17, 17 d eller 20 § eller 24 § andra stycket.

Vidare ska föreskrifterna i 113 kap. 10–17, 19, 20 och 21 §§ socialförsäkringsbalken om överklagande av Försäkringskassans eller domstols beslut tillämpas på motsvarande sätt i fråga om beslut enligt 10 § första stycket 2, 13 §, 14 § andra meningen, 17, 17 d eller 20 § eller 24 § andra stycket.

I övrigt får Försäkringskassans beslut enligt denna lag inte överklagas.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

2. För sjuklöneperioder som har påbörjats före ikraftträdandet gäller fortfarande 6 § tredje stycket i den äldre lydelsen.

3. Äldre bestämmelser om särskilt högriskskydd gäller fortfarande för beslut om särskilt högriskskydd, sjuklön och beslut om ersättning för kostnader som till någon del avser tid före ikraftträdandet, dock längst för tid till och med den 31 december 2025.

4. Bestämmelserna i 2 a och 17 §§ i den äldre lydelsen och bestämmelsen i den upphävda 17 a § gäller fortfarande i fråga om ersättning som har betalats ut till en arbetsgivare med stöd av 16 § i den äldre lydelsen.

¹¹ Senaste lydelse 2014:1476.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan

Härigenom föreskrivs att 2 § förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹

Försäkringskassan får meddela föreskrifter om

1. skyldighet för den som är försäkrad eller som i övrigt har rätt till ersättning enligt 8–13 eller 23–37 kap. socialförsäkringsbalken att lämna de uppgifter som är av betydelse för tillämpningen av balken,

2. att uppgifter om sjukdomsfall enligt 12 § första stycket lagen (1991:1047) om sjuklön får lämnas genom automatiserad behandling,

2. att uppgifter om sjukdomsfall enligt 12 § första *och andra* stycket lagen (1991:1047) om sjuklön får lämnas genom automatiserad behandling,

4. särskild ersättning enligt 33 kap. 25 § socialförsäkringsbalken som kan utges för kostnader för en försäkrad med anledning av de aktiviteter som han eller hon deltar i,

5. avstämningsmöte enligt 110 kap. 14 § 4 socialförsäkringsbalken samt ersättning för kostnader som den enskilde eller en läkare har med anledning av ett sådant möte, och

8. i vilken utsträckning en enskild inom Försäkringskassans verksamhetsområde får använda självbetjäningstjänster enligt 111 kap. 4 § socialförsäkringsbalken samt om användningen av elektroniska underskrifter, certifikat och andra metoder för identifiering enligt 5 och 6 §§ samma kapitel.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

¹ Senaste lydelse 2018:1634.

1.4 Förslag till förordning om ändring i studiestödsförordningen (2000:655)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 26 § studiestödsförordningen (2000:655) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

26 §¹

I 27–32 §§ finns bestämmelser om studiemedel vid sjukdom i vissa fall.

I nämnda paragrafer avses med

1. *sjukperiod*: tid då en studerande på grund av sjukdom oavbrutet har varit

a) helt oförmögen att bedriva sina studier, eller

b) till hälften oförmögen att bedriva sina heltidsstudier och det rör sig om ett sådant medicinskt väldokumenterat sjukdomstillstånd som motsvarar villkoren för *särskilt* högriskskydd enligt 13 § första stycket 2 lagen (1991:1047) om sjuklön,

b) till hälften oförmögen att bedriva sina heltidsstudier och det rör sig om ett sådant medicinskt väldokumenterat sjukdomstillstånd som motsvarar villkoren för högriskskydd enligt 13 § första stycket 2 lagen (1991:1047) om sjuklön,

2. *studietid*: den del av ett kalenderhalvår då en studerande bedriver studier och den del av kalenderhalvåret då den studerande skulle ha bedrivit studier om han eller hon inte hade blivit sjuk.

Bestämmelserna om studiemedel under sjukdom gäller även vid utlandsstudier enligt 20–25 b §§. De frågor som enligt 28–32 §§ ska skötas av Försäkringskassan ska då hanteras av Centrala studiestödsnämnden.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

¹ Senaste lydelse 2017:846.

2 Uppdraget och dess genomförande

I kapitel 2 beskrivs arbetsgruppens uppdrag, syfte med översyn av karensavdrag, samt avgränsningar. Kapitlet innehåller även en genomgång av vägledande principer vid utformning av självrisk i form av karens och arbetsgruppens kriterier för ett ändamålsenligt karensavdrag. Därefter ges en kort beskrivning av genomförandet, samt en genomgång av promemorians innehåll och disposition.

2.1 Uppdraget

Den 26 januari 2023 beslutade regeringen att Karensutredningens (S 2022:02) arbete skulle upphöra i dess dåvarande form. Behovet av en översyn av karensavdraget kvarstod alltjämt, men det bedömdes att uppdraget behövde förändras och förtydligas samt knytas närmare Regeringskansliets arbete. Därför fattade Regeringskansliet (Socialdepartementet) beslut om att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att göra en översyn av nuvarande utformning av karensavdraget och vid behov föreslå förändringar (se bilaga 1). Enligt uppdraget ska arbetsgruppen bland annat

- analysera ändamålsenlighet, fördelningseffekter, inklusive jämställdhetseffekter, samt övriga konsekvenser av karensavdraget i sjukförsäkringen,
- och om det bedöms motiverat föreslå förändringar av karensavdraget.

Den 31 januari 2023 fattade Regeringskansliet (Socialdepartementet) ett beslut om ett tilläggsuppdrag till arbetsgruppen (se bilaga 2). Enligt beslutet ska arbetsgruppen

- särskilt analysera förutsättningarna att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån, t.ex. vissa anställda inom vård, skola och omsorg, och ta fram en modell för detta,
- och om det bedöms motiverat, föreslå förändringar av karensavdraget i övrigt.

Tilläggsuppdraget innebar även att en parlamentariskt sammansatt referensgrupp skulle inrättas till stöd för arbetsgruppens arbete.

2.2 Syfte och avgränsningar

Nuvarande regler om karensavdrag trädde i kraft 2019, och ersatte då tidigare reglering av karensdagen. Syftet med införandet var att uppnå en mer rättvis och försäkringsmässig självrisk i sjuklönesystemet och sjukförsäkringen. Det huvudsakliga syftet med översynen har varit att, i enlighet med uppdragsbeskrivningen, analysera ändamålsenligheten, fördelningseffekterna och övriga konsekvenser av karensavdraget samt att baserat på den analysen bedöma om det finns behov av att göra några förändringar av karensavdraget.

En kartläggning av kort och återkommande sjukfrånvaro har varit en grundförutsättning för analys och bedömningar av ändamålsenlighet. Vår kartläggning blir samtidigt ett bidrag till ny kunskap om den korta sjukfrånvaron.

Arbetsgruppen har avgränsat översynen till att omfatta de bestämmelser om karensavdrag samt undantag från karensavdrag i form av allmänt och särskilt högriskskydd som regleras i 6 och 12–16 §§ lagen (1991:1047) om sjuklön, förkortad sjuklönelagen eller SjlL, samt i 27 kap. 27 och 39–44 §§ socialförsäkringsbalken, förkortad SFB.

Översynen omfattar därmed inte bestämmelser om karenstid för egenföretagare (27 kap. 29–31 §§ SFB). Inte heller omfattas bestämmelser om karenstid vid sjukfrånvaro för studerande med studiestöd från Centrala studiestödsnämnden (CSN) (2 kap. 18 och 19 §§ och 3 kap. 27–29 §§ studiestödsförordningen [2000:655]) och deltagare i arbetsmarknadspolitiska program (4 kap. 3 § förordning

[2017:819] om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser).

2.3 Vägledande principer vid utformning av självrisk i form av karens

I översynen av karensavdraget och undantag från detsamma har vi utgått från några vägledande principer för utformning av självrisk vid kort sjukfrånvaro. Vi tar stöd av dessa principer i vår analys av nuvarande reglering, samt vid ställningstagande till behov av att ändra utformningen av självrisk vid kort sjukfrånvaro. De vägledande principerna ligger särskilt till grund för hur vi bedömer karensavdragets ändamålsenlighet. I nästa avsnitt (2.4) sammanfattar vi kriterier för ett ändamålsenligt karensavdrag.

Generella likformiga regleringar i första hand, men riktade regleringar vid avgränsade behov

Sjukförsäkringen är en del av den nordiska välfärdsmodellen som bland annat karaktäriseras av allmänna och obligatoriska socialförsäkringar. Allmänna, obligatoriska och generella regleringar leder till stordriftsfördelar vid administration och en gemensam förvaltning. Många förmåner och bidrag, både generella och behovsprövade, präglas av likformighet med gemensamma regleringar för alla försäkrade. Vissa förmåner och bidrag är villkorade och riktas till avgränsade grupper.

Karensavdraget är ett exempel på en generell reglering som är gemensam för individer med inkomst från anställning. För att inte karensavdraget ska bli alltför ekonomiskt belastande för individer har riksdagen beslutat att införa vissa begränsningsregler och undantag från huvudregeln som omfattar avgränsade grupper. Nuvarande reglering av den inledande självrisk i en sjukperiod avviker därmed delvis från principen om likformighet.

En generell reglering av självrisk i början av en sjukperiod i kombination med vissa riktade undantag kan vara motiverad om den generella regleringen fyller sitt syfte utan att medföra alltför omfattande oönskade konsekvenser. Undantag från en generell

reglering bör utformas på ett sådant sätt så de uppfyller syftet med regleringen och är träffsäkra i det att den grupp individer som är tänkt att omfattas av ett undantag också gör det. De grupper som uppfyller kraven för att omfattas av undantag från karens ska kunna identifieras och omfattas av regleringen. Undantag bör var avgränsade i bemärkelsen att de inte riktas till en alltför stor del av försäkringskollektivet. Undantag som avser en för stor grupp riskerar att uppfattas som orättvisa och därmed vara mindre legitima.

En utformning av självrisk vid kort sjukfrånvaro som inte inkräktar på principen om avtalsfrihet

En mycket stor del av de villkor som gäller på svensk arbetsmarknad regleras i kollektivavtal som förhandlas och sluts direkt mellan arbetsmarknadens parter (fackförbund och arbetsgivarorganisationer). Genom lagstiftning reglerar staten generella villkor på arbetsmarknaden kring exempelvis anställningsskydd, arbetsmiljö, arbetstider, semester och sjuklön. Utöver detta har arbetsmarknadens parter ett stort ansvar för att reglera anställningsvillkor och löner genom kollektivavtal enligt den så kallade svenska modellen.

Runt 90 procent av alla anställda i Sverige omfattas av kollektivavtalad sjukförsäkring, utöver den statliga sjukförsäkringen. Avtalsförsäkringarna kompletterar den statliga sjukförsäkringen genom att höja ersättningsnivån under en period med sjukpenning. Ansvaret för inkomstrygghet vid sjukdom kan därmed sägas vara delat mellan den statliga sjukförsäkringen och kollektivavtalad sjukförsäkring.

Vid utformningen av självrisk vid kort sjukfrånvaro behöver det säkerställas att ny reglering inte inkräktar på den svenska modellen där arbetsmarknadens parter förhandlar om löner, ersättningar och anställningsvillkor genom kollektivavtal.

Staten bör inte detaljreglera sådana delar som bättre kan lösas genom överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter. Större förändringar som omfattar stora grupper försäkrade och som kan genomföras brett passar generellt bättre för lagstiftning. Behov av förändringar som rör avgränsade grupper på arbetsmarknaden inom exempelvis en viss bransch kan i stället lösas genom förhandling inom ramen för kollektivavtal.

Utformning av självrisk vid kort sjukfrånvaro behöver balansera mål om ekonomisk trygghet vid sjukdom och drivkrafter till arbete

Den allmänna sjukförsäkringen försäkrar inkomstbortfall vid händelse av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Ett grundläggande syfte med försäkringen är att ge ekonomisk trygghet för individen. Den allmänna sjukförsäkringen finansieras genom de socialavgifter som arbetsgivare och egenföretagare betalar in till staten.¹⁹ Samtidigt delas risk för inkomstbortfall vid sjukdom över ett större kollektiv med den allmänna sjukförsäkringen.

Sjuklönesystemet är formellt inte en del av den allmänna sjukförsäkringen. Sjuklönesystemet är inte ens en försäkring, där ett försäkringskollektiv går samman med en gemensam finansiering för att hantera en gemensam risk. Arbetsgivares sjuklöneansvar är i stället en lagstadgad rätt för arbetstagaren att under de första 14 dagarna av en sjukperiod få behålla en viss del av den lön och andra anställningsförmåner som arbetstagaren går miste om vid sjukfrånvaro. Syftet med införandet av sjuklöneansvaret var att ge arbetsgivare ett ökat ansvar för de anställdas arbetsmiljö och hälsa samt att arbetsgivarna ska få ett större ekonomiskt intresse att förbättra arbetsvillkoren för de anställda för att därigenom minska sjukfrånvaron.²⁰

Ur arbetstagarens perspektiv har arbetsgivares sjuklöneansvar och den allmänna sjukförsäkringen liknande funktioner – att ge ersättning för ett inkomstbortfall som uppstår vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Båda bygger därmed på inkomstbortfallsprincipen, som är gemensam för stora delar av den arbetsbaserade delen av socialförsäkringen.²¹ Under sjuklöneperioden ges ersättning i form av sjuklön från arbetsgivaren och därefter i form av sjukpenning från Försäkringskassan. Det kan därför argumenteras att sjuklönen likt sjukförsäkringen för arbetstagaren har ett primärt syfte att ge ekonomisk trygghet vid sjukdom. Likaså bedömer arbetsgruppen att karensavdraget, både i den allmänna sjukförsäkringen och i sjuklönesystemet, är en del av

¹⁹ Se lag (2000:980) om socialavgifter och lag (2000:981) om fördelning av socialavgifter.

²⁰ Prop. 1990/91:181, s. 36f.

²¹ Socialförsäkringsbalken består av bosättningsbaserade, arbetsbaserade och övriga förmåner (5–7 kap. socialförsäkringsbalken). Sjukpenning, inkomstrelaterad sjukersättning och inkomstpension är exempel på arbetsbaserade förmåner, som ges till individer som arbetar i Sverige.

den självrisk som individer får stå för vid händelse av ett försäkringsfall (se vidare avsnitt 8.1). Genom att den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet inte ersätter hela inkomstbortfallet vid sjukfrånvaro så ger konstruktionen vidare drivkrafter till arbete. Självrisk i form av karens gör att individen själv får stå för kostnaden för sjukfrånvaro i början av sjukfall innan sjuklön eller sjukförsäkringen kompenserar för inkomstbortfall vid sjukdom. Karens kan därmed påverka valet att sjukanmäla sig. Självrisk i form av en ersättningsnivå som inte fullt ut kompenserar individer för inkomstbortfall vid sjukdom påverkar i sin tur beslut att återgå i arbete (se kapitel 8).

Hög sysselsättning tillsammans med ett högt arbetskraftsdeltagande, där så många som möjligt kan och får förvärvsarbeta, skapar välstånd och finansierar sjukförsäkringen. Vetskapen om att vara försäkrad kan också bidra till att individer tar större önskvärda risker, som att byta arbete eller starta företag, vilket i sin tur kan bidra till en ökad tillväxt i samhället.

Regleringen av självriskan bör vara enkel, transparent och administrativt effektiv

En allmän princip som blir vägledande för arbetsgruppens bedömningar är att de regleringar som finns bör sträva mot att vara enkla, effektiva och transparenta. Sådana regleringar har större förutsättningar att förstås och följas av individer och arbetsgivare, samt lättare att både förvaltas och följas upp av berörda myndigheter. För individer behöver det vara möjligt att uppskatta hur stor ersättningen skulle bli vid sjukfrånvaro, och vilka villkor som gäller. Ett exempel är arbetsgivares sjuklöneansvar där det ska vara tydligt för alla inblandade parter om en arbetstagare omfattas av sjuklön eller ska söka ersättning från den allmänna sjukförsäkringen vid sjukfrånvaro.

En utformning med alltför stort tolkningsutrymme kan göra det svårt för en enskild att förutse sitt försäkringsskydd. I förlängningen kan det få konsekvenser för rättsväsendet. Att sträva mot en enkel och transparent utformning av självrisk innebär också mindre risk för felaktiga utbetalningar, där individer kan få ersättning som de inte har rätt till och i förlängningen drabbas av återkrav. En enkel och transparent reglering av självrisk i form av karens, samt

undantag från detsamma kan också minska risk för underutnyttjande, där individer inte ansöker om ersättning eller att omfattas av undantag från karens som de skulle ha rätt till.

En ändrad reglering av självrisk i form av karens och undantag från detsamma ska heller inte innebära för stora negativ påverkan i form av administrativ belastning för hälso- och sjukvården. Innan det görs förändringar som kan få betydelse för intygsskrivande läkare, bör påverkan för vårdens belastning analyseras och tas i beaktan.

2.4 Kriterier för ett ändamålsenligt karensavdrag

Utifrån syftet med karensavdraget och undantagen från detsamma, samt våra vägledande principer har vi tagit fram fem kriterier som vi använder för att kunna analysera och ta ställning till karensavdragets ändamålsenlighet. Arbetsgruppen bedömer att karensavdraget, inklusive nuvarande undantag från karensavdraget i sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken, är ändamålsenligt om

1. Karensavdraget så långt som möjligt träffar individer och grupper i lika stor utsträckning.
2. De undantag från karensavdraget som finns är avgränsade, träffsäkra och fyller sina respektive formulerade syften.
3. Karensavdraget fungerar som ett verktyg att motverka överutnyttjande av sjukförsäkringen och sjuklönesystemet.
4. Karensavdraget inte medför alltför omfattande oönskade konsekvenser.
5. Karensavdraget, inklusive undantag från detsamma, är enkla att förstå och administrera för individer, arbetsgivare och Försäkringskassan.

2.5 Genomförande

För att kunna göra en översyn av dagens regler för karensavdrag och ta ställning till behov av att förändra reglerna har arbetsgruppen tagit del av och arbetat vidare med det material som sammanställdes inom

ramen för Karensutredningen. Arbetsgruppen har genomfört en större databeställning från SCB och Försäkringskassan som ligger till grund för nya kvantitativa analyser av korttidssjukfrånvaro, återkommande sjukfrånvaro och utfall av regler om karensavdrag, samt undantag från detsamma.

Arbetsgruppen har även gjort en bred bakgrundsbeskrivning som innehåller en genomgång av kunskapsläget om självrisk, karens, sjuknärvaro och korttidssjukfrånvaro.

Vi har genomfört analyser av karensavdragets konsekvenser för individer, arbetsgivare, arbetsutbud och sjukfrånvaro. Det inbegriper såväl kvantitativa analyser som analyser av den information och de synpunkter som olika parter har lämnat gällande nuvarande reglering av karensavdrag, samt undantag från karens. Våra analyser och vår bedömning av ändamålsenlighet ligger till grund för våra överväganden och de förslag vi presenterar.

Arbetsgruppen har tagit del av och arbetat vidare med material från Karensutredningen

Arbetsgruppen har tagit del av det material som sammanställdes inom ramen för Karensutredningens arbete, däribland

- Litteratursökningar med fokus på tidigare forskning, och offentligt tryck rörande karens, självrisk, sjuklön, korttidssjukfrånvaro och sjuknärvaro. Sökningarna gällde främst förhållanden i Sverige och Norden men även internationella studier.
- En komparativ genomgång av ersättning vid kort sjukfrånvaro, och självrisk i övriga nordiska länder. Arbetsgruppen har vid behov haft fortsatt kontakt med sakkunniga för departement och förvaltningsmyndigheter med ansvar för sjukförsäkringen i de olika nordiska länderna.
- Den rättsliga genomgång som gjordes inom ramen för Karensutredningens arbete, däribland en kartläggning av framväxten av karens sedan 1940-talet som baseras på lagtext, förarbeten, propositioner och tidigare statliga offentliga utredningar.

- Dokumentation från de möten som Karensutredningen hade med olika intressenter. Det handlar bland annat om möten med arbetsmarknadens parter på central nivå, och andra relevanta organisationer som representanter för patient- och brukarorganisationer genom Funktionsrätt Sverige. Dessa olika parter har bland annat bidragit med inspel kring utformningen av dagens karensavdrag och undantag från karens.

Nya kvantitativa analyser av korttidssjukfrånvaro och undantag från karensavdrag som baseras på omfattande registerdata

Arbetsgruppens analyser av korttidssjukfrånvaro, karensavdrag och undantag från karens baseras på en relativt omfattande insamling av registerdata från SCB och Försäkringskassan. Arbetsgruppen har använt data från SCB:s konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju), lönestrukturdata, lönesummor och registerdata från Försäkringskassan för perioden 2012–2022. Arbetsgruppen har även använt SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT för analyser och beräkningar.

Arbetsgruppen har haft möten med relevanta intressenter

Arbetsgruppen har inhämtat synpunkter och upplysningar från relevanta myndigheter och organisationer, däribland Försäkringskassan, representanter för lönehanteringssystem genom Srf²², Sveriges Läkarförbund, och Svenska Distriktsläkarföreningen. Arbetsgruppen har haft två möten med arbetsmarknadens parter på central nivå²³ under 2023.

Till stöd för arbetsgruppens arbete inrättades en parlamentariskt sammansatt referensgrupp bestående av representanter från samtliga riksdagspartier (C, KD, L, M, MP, S, SD och V). Arbetsgruppen har haft möten med referensgruppen vid fyra tillfällen under 2023.

²² Srf konsulterna är branschorganisationen för verksamma konsulter inom redovisning, lön och rådgivning.

²³ Möten har genomförts med Arbetsgivarverket (AGV), Landsorganisationen i Sverige (LO), Offentliganställdas förhandlingsråd (OFR), Förhandlings- och samverkansrådet PTK (PTK), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Sveriges kommuner och regioner (SKR), Kommunala företagens arbetsgivarorganisation (Sobona), Svenskt näringsliv och Tjänstemännens centralorganisation (TCO).

Arbetsgruppen har även haft återkommande möten med sakkunniga från Socialdepartementet, Arbetsmarknadsdepartementet, Klimat- och näringslivsdepartementet och Finansdepartementet.

2.6 Promemorians disposition

Första delen av promemorian består av en bred bakgrundsbeskrivning, som bland annat innehåller en genomgång av gällande rätt och framväxten av karensregler, utvecklingen av korttidsfrånvaron vid sjukdom och en genomgång av tidigare forskning kring karens, självrisk och sjuknärvaro. Den andra delen består av en analys av ändamålsenlighet och ekonomiska konsekvenser av nuvarande reglering. Därefter följer en genomgång av förutsättningarna för differentierad självrisk för avgränsade yrken, arbetsgruppens överväganden och förslag, och konsekvensanalys.

Bred nulägesbeskrivning i kapitel 3 till 8

Första delen av promemorian tillägnas en bred bakgrundsbeskrivning. Kapitel 3 innehåller en genomgång av gällande rätt rörande karens och undantag från karens inom sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen. Utifrån arbetsgruppens uppdrag ligger fokus på bestämmelserna om karensavdrag för anställda i sjuklönelagen (1991:1047), och i socialförsäkringsbalken. I kapitel 4 beskrivs framväxten av karensreglerna i den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet från 1940-talet fram till i dag. Kapitlet innehåller även en genomgång av de ändringar av karensreglerna som gjordes under covid-19-pandemin och nya krav på ändrade karensregler därefter. Kapitel 5 innehåller en beskrivning av hur sjukförsäkringssystemen är utformade i övriga länder i Norden (Norge, Danmark, Finland och Island), med fokus på ersättning vid kortare sjukfrånvaro och självrisk i systemen. I kapitel 6 redovisas utvecklingen av korttidsfrånvaron vid sjukdom sedan 2012. Vi undersöker vilka grupper som är sjukfrånvarande i större utsträckning än andra, och undersöker sjukfallens varaktighet. Den mesta av statistiken är ny information som inte tidigare har

presenterats. Kapitel 7 innehåller en kartläggning av några av de olika förutsättningar som råder på arbetsmarknaden och som kan ha betydelse för effekterna av regler kring karens. Kapitlet innehåller en skattning av hur många som är försäkrade för arbetsbaserade förmåner och beskriver anställningsformer, omfattning på arbete och arbetstidens förläggning, samt möjlighet till arbete på distans. Kapitel 8 innehåller en genomgång av tidigare forskning kring karensens betydelse för sjukförsäkringen. Kapitlet redovisar hur självrisk och kontroll används för att motverka överutnyttjande enligt ekonomisk teori, och hur självrisken påverkar användningen av sjukförsäkringen. Kapitlet innehåller vidare en beskrivning av andra faktorer än självrisken som har betydelse för individers beslut att sjukanmäla sig. Ett avsnitt behandlar tidigare forskning kring sjuknärvaro, som kan ses som ett underutnyttjande av sjukförsäkringen. Slutligen innehåller kapitlet en genomgång av hur andra kringliggande system kan påverka individers benägenhet att sjukanmäla sig.

Analys av ändamålsenlighet och ekonomiska konsekvenser av nuvarande reglering i kapitel 9 och 10

I kapitel 9 tittar vi närmare på de ekonomiska konsekvenserna av karensavdraget ur individens, arbetsgivarens och den offentliga förvaltningens perspektiv. Till grund för analysen ligger arbetsgruppens insamling av registerdata, simuleringar med mikrosimuleringsmodellen FASIT och samtal med representanter från berörda aktörer. Kapitel 10 innehåller en bedömning av karensavdragets ändamålsenlighet samt en analys av om karensavdragsreformen har bidragit till en mer rättvis och försäkringsmässig självrisk vid korttidsfrånvaro vid sjukdom. Kapitlet innehåller även en analys av måluppfyllelse av nuvarande begränsningsregler och undantag från karens i form av allmänt- och särskilt högriskskydd, samt återinsjuknanderegeln.

Alternativa lösningar presenteras i kapitel 11 och 12

I kapitel 11 går vi igenom de rättsliga förutsättningarna för ett differentierat karensavdrag och två alternativ till att utveckla en

sådan självrisk, med olika karensregler för olika grupper av individer med syfte att förbättra villkoren för vissa avgränsade yrkesgrupper. Kapitel 12 innehåller en redovisning av de alternativ till generella respektive riktade regleringar som arbetsgruppen har övervägt. Med utgångspunkt i vår nulägesanalys och våra vägledande principer presenterar vi för- och nackdelar med vart och ett av dessa tänkbara alternativ.

Kapitel 13 till 16 innehåller arbetsgruppens förslag, konsekvensanalys, ikraftträdande och övergångsbestämmelser, samt författningskommentarer

I kapitel 13 presenteras arbetsgruppens förslag till utökade skydd mot inkomstbortfall till följd av karens i form av karenstak och högriskskydd. Kapitlet innehåller även arbetsgruppens övriga bedömningar, om behov av följdändringar och integritetsskydd kopplat till förslagen, samt behov av uppföljning och informationsinsatser. Kapitel 14 innehåller förslag till ikraftträdande och övergångsbestämmelser. Kapitel 15 innehåller arbetsgruppens bedömning av konsekvenserna av förslag och kapitel 16 innehåller författningskommentarer.

Mer information finns i bilagor

Till promemorian finns en referenslista och även flera bilagor, däribland arbetsgruppens uppdrag (bilaga 1–2), mer information om sjukförsäkringssystem i Norden (bilaga 3), en metodbeskrivning för den kvantitativa analysen (bilaga 4), en beskrivning av de typfall som används vid analysen av karensavdraget (bilaga 5) samt en känslighetsanalys av självriskens beteendeeffekter (bilaga 6).

3 Gällande rätt

Kapitlet innehåller en genomgång av gällande rätt rörande karens och undantag från karens inom sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen. Utifrån arbetsgruppens uppdrag ligger fokus på bestämmelserna om karensavdrag för anställda i lagen (1991:1047) om sjuklön, förkortad sjuklönelagen eller SjLL, och i socialförsäkringsbalken, förkortad SFB. För att sätta dessa regleringar i sitt sammanhang beskrivs även bestämmelserna om rätt till sjuklön respektive sjukpenning i stora drag. Eftersom karensavdrag påverkar ersättningen vid inledningen av en sjukperiod är det regleringen som berör den inledande perioden som lyfts fram.

Det görs även en kort genomgång av regler om ersättning och karens för vissa andra grupper som har rätt till olika förmåner och stöd vid kortvarig sjukfrånvaro från arbete eller annan aktivitet.

Slutligen beskrivs översiktligt vissa internationella regleringar som är av betydelse för utformningen av den svenska regleringen om karens i sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen.

3.1 Karensregler för ersättning vid sjukdom finns i olika regelverk

Dagens karensregler inom sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen påverkar hur de berörda individerna kompenseras för inkomstbortfall på grund av sjukdom. Karensregler finns både i sjuklönelagen och i socialförsäkringsbalken. Karens i detta sammanhang har formen av karensavdrag, karensdag eller karenstid. I stora drag innebär karensavdrag att ett visst beloppsmässigt avdrag görs från den ersättning som individen har rätt att få från arbetsgivaren eller staten vid sjukfrånvaro från arbetet. Karensdag eller karenstid innebär att

sådan ersättning över huvud taget inte lämnas för viss tids sjukfrånvaro.

Olika grupper av individer som berörs av regleringarna om ersättning vid sjukfrånvaro omfattas delvis av olika regler om karenslösa. Exempelvis omfattas i stora drag anställda av bestämmelserna om karenslösa i sjuklönelagen eller i socialförsäkringsbalken medan egenföretagare omfattas av bestämmelser om karenslösa dagar och karenstid i socialförsäkringsbalken.

Ett syfte med karenslösa i sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen är att den ska motverka ett omotiverat nyttjande av dessa system (prop. 2017/18:96 s. 46). Den karenslösa som finns i sjuklönelagen och i sjukförsäkringen ska så långt som möjligt träffa de berörda individerna i lika hög utsträckning (prop. 1992/93:31 s. 42 och prop. 2017/18:96 s. 25). Innan karenslösa infördes för anställda hade dessa en karenslös dag. Syftet med att ersätta tidigare karenslös dag med ett karenslösdrag var i första hand att uppnå en mer rättvis självrisk i samband med sjukfrånvaro. Syftet var också att draget ska bli samma för de berörda individerna oavsett när sjukfrånvaron inträffar. Genom regleringen om karenslösdrag bedömdes en högre grad av försäkringsmässighet uppnås genom minskad möjlighet för den enskilde försäkrade att disponera sin självrisk. Den försäkrades självrisk i försäkringen ska stå i rimlig proportion till den försäkrades inkomst och vara mindre kopplad till hur arbetstiden är förlagd än vad en karenslös dag innebar. Draget ska i stället kopplas till hur arbetstagaren genomsnittligen arbetar (prop. 2017/18:96 s. 25, 34 och 40).

Utöver regleringarna i sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken finns i andra författningar särskilda bestämmelser om ersättning vid sjukfrånvaro och karenslösa regler för vissa grupper, däribland arbetslösa som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och har ersättning i form av aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning och studerande som får studiestöd.

3.2 Sjuklön och karenslösdrag för arbetstagare

Personkrets

Det är arbetstagare som omfattas av regleringen om sjuklön i sjuklönelagen och som har rätt till sjuklön. Vem som ska ses som arbets-

tagare definieras inte i lagen utan får läggas fast i rättstillämpningen med utgångspunkt i en civilrättslig begreppsbestämning (prop. 1990/91:181 s. 67, se även RÅ 1997 not 221). Arbetstagarbegreppet förutsätter dock att det finns ett arbetsgivar-arbetstagarförhållande och utesluter därmed uppdragstagare och egenföretagare.

Individer som har s.k. intermittenta anställningar (exempelvis timanställning, behovsanställning, plattformsanställning och sms-anställning) kan hamna utanför sjuklönelagens personkrets beroende på bl.a. hur anställningsavtalet är formulerat (se t.ex. RÅ 2004 ref. 103).

Rätten till sjuklön

En arbetstagares rätt till sjuklön gäller fr.o.m. den första dagen av anställningstiden. Om den avtalade anställningstiden är kortare än en månad inträder dock rätten till sjuklön först när arbetstagaren har tillträtt anställningen och därefter varit anställd 14 kalenderdagar i följd (3 § SjLL). Rätten till sjuklön gäller oavsett i vilken omfattning arbetstagaren är anställd.

En arbetstagare har, med vissa undantag, rätt till sjuklön från sin arbetsgivare under en sjuklöneperiod. Sjuklöneperioden omfattar de första 14 dagarna av en sjukperiod. En sjukperiod är sådan tid under vilken arbetstagaren i oavbruten följd lider av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan (1 och 4–5 §§ samt 7 § första och andra stycket SjLL). För att en sjuklöneperiod ska inledas krävs, förutom att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, att arbetstagaren avhåller sig från arbete åt den aktuella arbetsgivaren (7 § första stycket SjLL). Rätten till sjuklön är inte förenad med något krav på att sjukfrånvaron ska ha varat en viss minsta tid eller haft en viss minsta omfattning under en dag (jfr rätten till sjukpenning, se avsnitt 3.3 under *Rätten till sjukpenning*).

Om arbetstagaren har flera arbetsgivare gäller skyldigheten att betala sjuklön för varje arbetsgivare utifrån situationen i förhållande till den aktuella arbetsgivaren.

Ersättningsperiod

Under sjuklöneperioden lämnas sjuklön för dagar då arbetstagaren har gått miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedsättningen i arbetsförmågan (6 § första stycket SjLL).

Ersättnings storlek

Sjuklönen utgör 80 procent av den lön och andra anställningsförmåner som arbetstagaren har gått miste om till följd av nedsättningen i arbetsförmågan (6 § första stycket SjLL).

Från sjuklönen ska ett karensavdrag göras. Avdraget ska motsvara 20 procent av den sjuklön som beräknas på summan av de anställningsförmåner som arbetstagaren i genomsnitt beräknas få under en vecka (6 § andra stycket SjLL). Detta motsvarar lön för en dag för en arbetstagare som arbetar fem dagar per vecka och har en jämn fördelning av arbetstiden.

Avvikelser från sjuklönelagens bestämmelser

Sjuklönelagen är i huvudsak tvingande till arbetstagarens förmån. Ett avtal som innebär att arbetstagarens rättigheter enligt lagen upphävs eller inskränks är ogiltigt i den delen (2 § första stycket SjLL). Från vissa av lagens bestämmelser får dock avvikelser som är till arbetstagarens nackdel göras genom kollektivavtal som på arbetstagar sidan har slutits eller godkänts av en sådan central arbetstagarorganisation som avses i lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet (se 6 § den lagen och 2 § andra stycket första meningen SjLL). En sådan avvikelse kan t.ex. avse krav på läkarintyg (2 § andra stycket första meningen SjLL).

Någon detaljerad reglering om hur sjuklönen ska beräknas finns inte i sjuklönelagen. Den närmare beräkningen av sjuklönens storlek och karensavdrag får bestämmas genom sådant kollektivavtal som avses ovan (2 § andra stycket andra meningen SjLL), vilket ofta görs. Avsikten enligt förarbetena är att den närmare beräkningen ska kunna anpassas t.ex. till förhållanden inom respektive bransch eller arbete. Någon principiell avvikelse från lagens krav på sjuklönen eller från bestämmelserna om karensavdrag är inte avsedd att ske avtals-

vägen (prop. 1990/91:181 s. 43 och prop. 2017/18:96 s. 67 och 68). Ett kollektivavtal är giltigt även om den närmare beräkningen av sjuklönen eller karensavdraget enligt avtalet skulle leda till ett något lägre belopp än vad bestämmelserna i sjuklönelagen förutsätter (prop. 1990/91:181 s. 71 och 72 samt prop. 2017/18:96 s. 68).

För ytterligare information om kollektivavtal, se Bilaga 5 Typfall för analys av karensavdragsreformen.

Twister om sjuklön

Twister mellan arbetstagare och arbetsgivare om tillämpningen av sjuklönelagen handläggs enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister och prövas därmed av tingsrätt och/eller Arbetsdomstolen (se 2–3 §§ den lagen, se även 27 § SjLL).

För det fall en tvist har uppkommit om en arbetstagares rätt till sjuklön kan Försäkringskassan under vissa förutsättningar, på ansökan av arbetstagaren, besluta att utge ersättning för tid som den omtvistade sjuklönen avser, s.k. sjuklönegaranti (20–24 §§ SjLL).

3.3 Sjukpenning och karensavdrag för anställda som inte har rätt till sjuklön

Personkrets

Anställda som inte omfattas av rätten till sjuklön vid sjukfrånvaro från arbetet kan ha rätt till sjukpenning enligt socialförsäkringsbalken direkt från början av en sjukperiod. Sjukperiod definieras i detta fall som tid då en försäkrad bl.a. i oavbruten följd lider av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan på sätt som ger rätt till sjukpenning eller har rätt till sjukpenning på grund av att hen genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering (27 kap. 26 § samt 2 och 6 §§ SFB).

Rätten till sjukpenning och rätten till sjuklön samordnas genom en reglering i socialförsäkringsbalken. Där anges att sjukpenning inte lämnas på grundval av anställningsförmåner för tid som ingår i en sjuklöneperiod när den försäkrades arbetsgivare ska svara för sjuklön enligt sjuklönelagen (27 kap 9 § SFB). Detta innebär att en anställd som omfattas av en sjuklöneperiod hos en arbetsgivare inte

samtidigt kan få sjukpenning för sjukfrånvaron hos den arbetsgivaren, även om den anställde skulle uppfylla förutsättningarna i övrigt för sjukpenning. Detta gäller oavsett om sjuklön betalas eller inte. Samordningen gäller i förhållande till en enskild arbetsgivare. Det innebär att en anställd som har flera arbetsgivare kan ha rätt till sjukpenning för sjukfrånvaron hos en av dem men inte för sjukfrånvaron hos en annan, beroende på respektive arbetsgivares sjuklöneansvar.

Rätten till sjukpenning

En grundläggande förutsättning för att en individ ska kunna få sjukpenning är att hen har ett gällande försäkringsskydd för förmånen (23 kap. 4 § första stycket SFB). Sjukpenning är en arbetsbaserad förmån, vilket innebär att den som arbetar i Sverige är försäkrad för den (6 kap. 2 och 6 §§ SFB). För arbetstagare gäller försäkringen fr.o.m. den första dagen av anställningstiden. För andra gäller försäkringen fr.o.m. den dag då arbetet har påbörjats (6 kap. 8 § första stycket SFB). Försäkringen för sjukpenning upphör enligt huvudregeln att gälla tre månader efter den dag då arbetet har upphört av någon annan anledning än ledighet för semester, ferier eller motsvarande uppehåll, s.k. efterskyddstid (6 kap. 8 § andra stycket första meningen SFB). Försäkringen kan under vissa förutsättningar upphöra att gälla vid en tidigare eller en senare tidpunkt (6 kap. 8 § andra stycket andra meningen samt 9 och 10 §§ SFB).

Rätten till sjukpenning förutsätter att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom (27 kap 2 § SFB). Vid inledningen av ett sjukfall bedöms nedsättningen i förhållande till den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder hen (27 kap. 46 § första stycket SFB). Till skillnad från vad som gäller för sjuklön krävs således att arbetsförmågan är nedsatt i en viss omfattning.

För en försäkrad som får sjukpenning i egenskap av behovsanställd, dvs. som vid behov kallas in för att arbeta i en tidsbegränsad anställning eller som är anställd för att arbeta vid behov, gäller vidare att förmånen lämnas för de första 90 dagarna endast under förutsättning att det kan antas att hen skulle ha förvärvsarbetat om hen inte hade varit sjuk (27 kap. 16 a § SFB). Om det inte kan antas att

den försäkrade skulle ha arbetat om hen inte varit sjuk, ska rätten till sjukpenning i stället prövas enligt de regler som gäller för arbetslösa (prop. 2021/22:1 utg.om. 10 s. 63 och 65, se avsnitt 3.7 under *Individer som är arbetslösa* angående regleringen för arbetslösa).

Även för behovsanställda gäller att nedsättningen av arbetsförmågan vid inledningen av ett sjukfall bedöms i förhållande till den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder hen (27 kap. 49 b § första stycket SFB).

Sjukpenning för de första 14 dagarna

För att sjukpenning ska lämnas för de första 14 dagarna i en sjukperiod, dvs. i det fallet att en anställd har rätt till sjukpenning direkt från början av en sjukperiod, krävs vidare att hen skulle ha förvärvsarbetat om hen inte hade varit sjuk (27 kap 10 § SFB).

Om det inte kan utredas hur den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat under sjukperiodens första 14 dagar får sjukpenning lämnas efter vad som kan anses skäligt utifrån vissa faktorer (27 kap. 11 § SFB). Detta tar i första hand sikte på behovsanställda som arbetar så regelbundet att de inte behöver anmäla sig som arbetssökande på Arbetsförmedlingen (prop. 1999/2000:95 s. 17).

Ersättningens storlek

Sjukpenninggrundande inkomst

Beräkningen av sjukpenning grundar sig på den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst (SGI), vilket är den årliga inkomst i pengar som en försäkrad kan antas komma att tills vidare få för eget arbete antingen som arbetstagare i allmän eller i enskild tjänst (inkomst av anställning) eller på annan grund (inkomst av annat förvärvsarbete) (25 kap. 2 § SFB). Det krävs således att SGI kan fastställas för att en försäkrad ska kunna få sjukpenning. För att SGI ska fastställas krävs bl.a. att den försäkrades årliga inkomst kommer från arbete i Sverige, kommer från arbete som kan antas vara under minst sex månader i följd eller vara årligen återkommande och kan antas uppgå till minst 24 procent av prisbasbeloppet (25 kap. 3 § SFB). För 2023 är 24 procent av prisbasbeloppet 12 600 kronor.

Det finns ett tak för hur hög SGI som kan läggas till grund för beräkningen av en arbetsbaserad förmån. När det gäller sjukpenning uppgår det taket till tio prisbasbelopp (25 kap. 5 § andra stycket SFB), dvs. 525 000 kronor för 2023. Inkomster som överstiger det beloppet räknas således inte med.

Om en arbetsgivare ska svara för sjuklön för samma dag som sjukpenning kommer i fråga, ska sjukpenningens storlek beräknas på grundval av en SGI som inte omfattar anställningsförmåner från den arbetsgivaren (28 kap. 8 § första stycket SFB). Detta gäller oavsett om den försäkrade faktiskt får sjuklön eller inte. En sådan situation kan t.ex. uppstå om den försäkrade utöver att vara sjuk från en anställning med rätt till sjuklön, är sjuk från en annan anställning i vilken hen under samma tid inte har rätt till sjuklön men däremot sjukpenning. I det fallet ska sjukpenningen beräknas på en SGI som endast omfattar anställningsförmånerna från den senare arbetsgivaren.

Beräkningsunderlaget för sjukpenning utgör en viss andel av den försäkrades SGI efter att inkomsten har multiplicerats med talet 0,97²⁴. Vid kortare sjukfrånvaro utgör beräkningsunderlaget för sjukpenning i de flesta fall 80 procent av det framräknade beloppet, men kan också utgöra 75 procent av detsamma beroende på omfattningen av tidigare sjukfrånvaro (28 kap. 7 § SFB, se även 27 kap. 19–24 §§ SFB).

Sjukpenning kan kalenderdagsberäknas eller arbetstidsberäknas

Sjukpenning är en dagersättning. Förmånen kalenderdagsberäknas eller arbetstidsberäknas. Kalenderdagsberäkning innebär i stort att hel sjukpenning lämnas med ett belopp som motsvarar den försäkrades beräkningsunderlag, som avser en period om ett år, delat med 365 (28 kap. 10 § SFB). Sjukpenning lämnas i detta fall för alla dagar i veckan, oavsett om den försäkrade skulle ha utfört förvärvsarbete eller inte (28 kap. 3 § första stycket SFB). Arbetstidsberäkning innebär i stora drag att beräkningsunderlaget delas med den försäkrades årsarbetstid (28 kap. 12–16 §§ SFB). Sjukpenning lämnas i detta fall

²⁴ Talet 0,97 är en omräkningsfaktor och innebär i praktiken att sjukpenningen blir något lägre än 80 respektive 75 procent av SGI. Syftet med införandet av faktorn var att minska statens utgifter för sjukpenning (prop. 2002/03:100 s. 175).

för timmar eller dagar när den försäkrade skulle ha förvärvsarbetat (28 kap. 3 § andra stycket SFB).

Huvudregeln för försäkrade med inkomst av anställning är att sjukpenningen kalenderdagsberäknas. Sjukpenningen ska dock arbetstidsberäknas för de första 14 dagarna i en sjukperiod, dvs. för den period när det krävs att den försäkrade för att få sjukpenning skulle ha förvärvsarbetat om hen inte hade varit sjuk (28 kap. 5 § första stycket 1 samt 27 kap. 10 och 11 §§ SFB, se ovan under *Sjukpenning för de första 14 dagarna*).

Om en arbetsgivare ska svara för sjuklön för samma dag som sjukpenning kommer i fråga, ska årsarbetstiden beräknas på grundval av det beräknade antalet timmar i förvärvsarbete hos arbetsgivare som inte ska svara för sjuklön (28 kap. 8 § andra stycket). Detta avser situationen att den försäkrade har flera arbetsgivare.

Vissa övriga bestämmelser

Sjukpenningen samordnas med samtidig lön under sjukdom från den berörda arbetsgivaren genom att sjukpenningbeloppet minskas med det belopp som lönen under sjukdomen överstiger tio procent av vad den försäkrade skulle ha fått i lön om han eller hon hade arbetat (28 kap. 19 § SFB).

Sjukpenning lämnas som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån (27 kap. 4 och 45 §§ SFB), beroende på i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt.

Karensavdrag

Om en sjukperiod inleds med sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning, dvs. för anställda som inte har rätt till sjuklön utan som får sjukpenning även för de första 14 dagarna i sjukperioden, är huvudregeln att ett karensavdrag ska göras fr.o.m. den första dagen med sjukpenning (27 kap. 27 § första stycket SFB).

Det finns olika metoder för att beräkna karensavdraget (kalenderdagsberäkning eller arbetstidsberäkning), vilket följer av att även sjukpenningens storlek beräknas enligt olika metoder. Eftersom sjukpenningen i de situationer som nu avses ska arbetstidsberäknas under de första 14 dagarna i sjukperioden, görs i dessa fall ett

arbetstidsberäknat karensavdrag. Ett sådant karensavdrag motsvarar 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen beräknas få under en vecka (27 kap. 27 § tredje stycket SFB). (Jfr vad som gäller för arbetslösa och föräldralediga, se avsnitt 3.7.) Avdraget kan behöva göras på flera dagars ersättning.

Beslut om sjukpenning och överklagande

Försäkringskassan fattar beslut om sjukpenning på ansökan av den försäkrade (23 kap. 5 § och 110 kap. 4 § SFB, se dock även 110 kap. 6 § första stycket 2 samma balk). Försäkringskassans beslut kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol, efter att myndigheten har omprövat beslutet (113 kap. 7 och 10 §§ SFB).

3.4 Undantag från karensavdrag för anställda i sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen

För att karensavdraget inte ska bli för ekonomiskt belastande har lagstiftaren infört två begränsningsregler som skyddar individer från allt för stort inkomstbortfall till följd av karensreglerna. Den ena begränsningsregeln avser återinsjuknande och den andra upprepad sjukfrånvaro.

Det finns även situationer avseende vilka lagstiftaren har gjort bedömningen att karensavdrag inte ska göras alls vid sjukfrånvaro från arbete eller att ersättning ska lämnas för gjort karensavdrag. Sådana undantag från karens återfinns i regleringarna om särskilt högriskskydd, om sjukpenning vid medicinsk behandling och rehabilitering och om extraordinära händelser i fredstid. Undantag gäller också vid godkänd arbetsskada och under vissa förutsättningar för sjömän.

Återinsjuknande

Den första begränsningsregeln avser återinsjuknande. En sjukperiod som börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ses som en fortsättning på den första sjuk- eller sjuklöne-

perioden (7 § tredje stycket SjLL och 27 kap. 32 § SFB). Något nytt karensavdrag görs inte vid återinsjuknandet.

Regleringen innebär i fråga om sjuklön att arbetsgivaren bär kostnaden för att karensavdrag inte görs, samtidigt som beräkningen av tiden för arbetsgivarens sjuklöneansvar inte börjar på nytt vid återinsjuknandet. När det gäller sjukpenning är det staten som står för kostnaden av att ett nytt karensavdrag inte görs vid återinsjuknande.

Allmänt högriskskydd

Den andra begränsningsregeln avser upprepad sjukfrånvaro. När det gäller anställda finns ett tak som innebär att inte mer än tio karensavdrag ska göras under en tolv månadersperiod (6 § tredje stycket SjLL och 27 kap. 39 § SFB). De som har haft en sådan upprepad sjukfrånvaro kan således få sjuklön eller sjukpenning fr.o.m. den första dagen i en ny sjuklöneperiod eller sjukperiod inom ramtiden om tolv månader. I socialförsäkringsbalken omnämns detta som det allmänna högriskskyddet. Kostnaden för det allmänna högriskskyddet bärs av arbetsgivaren för arbetstagare med sjuklön och av staten i det fall individen inte får sjuklön.

Syftet med det allmänna högriskskyddet är att individer med omfattande sjukfrånvaro ska skyddas från ett allt för omfattande inkomstbortfall till följd av karensreglerna (prop. 1992/93:31 s. 48).

Antalet karenstillfällen räknas var för sig hos arbetsgivare och hos Försäkringskassan. Det innebär att en arbetstagare som har flera arbetsgivare kan drabbas av karensavdrag fler än tio gånger under en tolv månadersperiod utan att omfattas av skyddet. Skälen till att antalet karenstillfällen inte beräknas samlat är att lagstiftaren har valt att prioritera värdet av en förenklad administration (prop. 1992/93:31 s. 49).

Särskilt högriskskydd

Inom sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen finns också särskilda högriskskydd, som är mer varaktiga än begränsningsreglerna och i huvudsak bygger på ett antagande om den berörda individens framtida sjukfrånvaro. I dessa fall är det inte bara individen som kan omfattas av ett skydd genom ett undantag från karens, utan även

arbetsgivaren genom en möjlighet till ersättning för sjuklönekostnader för individen i fråga.

Syftet med det särskilda högriskskyddet är i stort att skydda bl.a. personer med hög sjuklighet. De särskilda högriskskydden i form av undantag från karens skyddar de berörda individerna från ett allt för stort inkomstbortfall till följd av karensreglerna. Avsikten med det särskilda högriskskyddet i form av ersättning till arbetsgivare är att förbättra arbetsmarknadssituationen för de berörda arbetstagarna genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar (prop. 1990/1991:59 s. 23, 1990/91:181 s. 51–52 och prop. 1996/97:63 s. 65–67).

Allmänna förutsättningar för att omfattas av särskilt högriskskydd

Enligt både sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken gäller särskilt högriskskydd efter beslut från Försäkringskassan. Den berörda individen måste ansöka om sådant skydd (13 § första stycket första meningen SjLL och 27 kap. 40 § första stycket SFB). En arbetsgivare kan inte ansöka om skyddet för en arbetstagares räkning.

En grundförutsättning för att en individ ska kunna omfattas av särskilt högriskskydd enligt både sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken är att hen är försäkrad för sjukpenning (13 § första stycket första meningen SjLL och begreppet ”den försäkrade” i 27 kap. 40 § första stycket SFB).

Ett större antal sjukperioder

Skydden enligt båda regleringarna omfattar individer som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder (13 § första stycket 1 SjLL och 27 kap. 41 § SFB).

Enligt förarbetena krävs i dessa fall att sjukdomen kan antas medföra att individen kommer att drabbas av betydligt fler kortvariga sjukdomsfall under ett år än vad som är normalt. Det anges att med uttrycket större antal avses att antalet avslutade sjukperioder under en tolv månadersperiod kan bedömas bli fler än tio (prop. 1990/91:59 s. 30 och prop. 1990/91:181 s. 78 och 79).

Tillämpningen av skyddet i dessa fall ska enligt förarbetena vara restriktiv och avse individer med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd (bet. 1990/91:SfU9 s. 12).

I denna situation skyddas individen från karensavdrag (15 § första stycket SjLL och 27 kap. 40 § första stycket SFB) och arbetsgivaren har enligt sjuklönelagen rätt till ersättning för de kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagaren (16 § första stycket SjLL).

Donation

Båda regleringarna omfattar även individer som har rätt till sjuklön respektive sjukpenning till följd av ingrepp för att ta till vara biologiskt material vid donation eller förberedelser för ett sådant ingrepp (13 § andra stycket första meningen SjLL och 27 kap. 42 § SFB).

Även i denna situation innebär skyddet att det inte görs karensavdrag från individens ersättning och att arbetsgivaren har rätt till ersättning för de kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagaren (15 § första stycket SjLL och 27 kap. 40 § första stycket SFB samt 16 § första stycket SjLL).

Längre sjukperioder

Särskilt högriskskydd enligt sjuklönelagen kan dessutom beviljas den som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod riskerar att medföra en eller flera längre sjukperioder (13 § första stycket 2 SjLL).

Av förarbetena framgår att skyddet omfattar den som har eller har haft en fastställd sjukdom som enligt medicinsk vetenskap medför en uppenbar risk för en eller flera längre sjukperioder eller återfall. Vidare framgår att mot bakgrund av sjuklöneperiodens längd, som vid tidpunkten i fråga var 28 dagar, bör med uttrycket längre sjukperiod menas att sjukdomen medför en uppenbar risk för fler än 28 dagars sjukfrånvaro i en följd (prop. 1996/97:63 s. 67). När sjuklöneperioden därefter ändrades till 14 dagar angavs inte annat om detta skydd än att det bör bibehållas (prop. 1997/98:1 utg.omr. 10 s. 15).

Även i dessa fall anges i förarbetena att tillämpningen ska vara restriktiv och endast avse individer med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd (prop. 1996/97:63 s. 67).

I denna situation skyddas inte individen från karensavdrag men arbetsgivaren har rätt till ersättning för de kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagaren (16 § första stycket SjLL).

Aktivitetsersättning

Enligt sjuklönelagen kan vidare den som har haft rätt till aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken under någon av de senaste tolv kalendermånaderna beviljas särskilt högriskskydd, oavsett vad som kan antas om framtida sjukperioder (13 § andra stycket andra meningen SjLL).

Även i denna situation innebär skyddet endast att arbetsgivaren har rätt till ersättning för de kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagaren (16 § första stycket SjLL).

En översikt över situationerna och innebörden av skyddet

Som framgår ovan kan de särskilda högriskskydden dels innebära ett undantag från karensavdrag, dels kompensation till arbetsgivare för sjuklönekostnader. I tabell 3.1 nedan redovisas vilka situationer som skyddet omfattar enligt sjuklönelagen respektive socialförsäkringsbalken och om skyddet är utformat som ett undantag från karensavdrag eller som kompensation till arbetsgivare för sjuklönekostnader.

Tabell 3.1 Situationer som särskilt högriskskydd omfattar

Fördelat efter typ av skydd

	Sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder	Donation/transplantation	Sjukdom som medför risk för en eller flera längre sjukperioder	Haft aktivitetsersättning det senaste året
Undantag från karensavdrag för arbetstagare (SjLL)	Ja	Ja	Nej	Nej
Undantag från karensavdrag för andra individer (SFB)	Ja	Ja	Nej	Nej
Ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare (SjLL)	Ja	Ja	Ja	Ja

Anm.: 13–16 §§ SjLL och 27 kap. 40–44 §§ SFB.

Beslut om särskilt högriskskydd

Ett beslut om särskilt högriskskydd enligt sjuklönelagen gäller för arbetstagarens samtliga anställningar (13 § fjärde stycket första meningen SjLL).

Beslut om särskilt högriskskydd på grund av ett större antal sjukperioder eller längre sjukperioder gäller enligt huvudregeln fr.o.m. den kalendermånad när ansökan gjordes t.o.m. den dag som anges i beslutet eller, om det finns särskilda skäl, tills vidare (13 § fjärde stycket andra och tredje meningen SjLL och 27 kap. 43 § SFB). Dessa beslut ska upphävas om villkoren inte längre är uppfyllda (13 § fjärde stycket fjärde meningen SjLL och 27 kap. 44 § SFB).

Ett beslut på grund av donation gäller för den aktuella sjukperioden (13 § andra stycket första meningen SjLL och 27 kap. 42 § SFB). Ett beslut på grund av aktivitetsersättning gäller under tolv kalendermånader räknat fr.o.m. månaden efter den då beslutet meddelades (13 § fjärde stycket sjätte meningen SjLL).

Ersättning till arbetsgivaren för sjuklönekostnader

En arbetsgivare som önskar få ersättning för sjuklönekostnader enligt ovan behöver ansöka om det hos Försäkringskassan. Sådan ersättning betalas inte för längre tid tillbaka än tolv månader före ansökningsmånaden (16 § SjLL).

I beräkningen av ersättningen för sjuklönekostnader ingår de kostnader som arbetsgivaren har haft för sjuklön för arbetstagaren, beräknade lönekostnader i form av arbetsgivaravgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och avgift enligt lagen (1994:1920) om allmän löneavgift (prop. 1990/91:181 s. 80, se även RÅ 1998 ref. 38).

Överklagande av beslut

Både Försäkringskassans beslut om särskilt högriskskydd och myndighetens beslut om ersättning till arbetsgivaren kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol, efter att beslutet har omprövats av myndigheten (28 § SjLL och 113 kap. 7 och 10 §§ SFB).

Sjukpenning i förebyggande syfte

Försäkrade som genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förbygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller positivt påverka arbetsförmågan kan ha rätt till sjukpenning i den utsträckning som den försäkrade på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärvsarbeta (27 kap. 6 och 7 §§ SFB). I dessa fall krävs inte att arbetsförmågan är nedsatt. Det finns inte heller något krav på att den försäkrade ska ha gjort en inkomstförlust för att hen ska kunna få sjukpenning i förebyggande syfte (jfr lydelsen av 28 kap. 19 § första stycket som hänvisar till lön under "sjukdom" och HFD 2019 ref. 41). När sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning betalas ut på denna grund görs inget karensavdrag (27 kap. 28 § första stycket SFB).

Smittbärappenning

En försäkrad som t.ex. har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen kan ha

rätt till smittbärrpenning (46 kap. 3 och 5 §§ SFB). Ersättningen beräknas utifrån det som gäller för beräkning av sjukpenning (46 kap. 14 och 15 §§ SFB). Ersättning lämnas från och med första dagen i ersättningsperioden, dvs. utan karens (46 kap. 7 § SFB).

Godkänd arbetsskada

En försäkrad vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom har rätt till sjuklön och sjukpenning enligt de grundläggande regleringarna om dessa ersättningar även när sjukdomen beror på en arbetsskada (se t.ex. 40 kap. 2 § SFB). Även individer som inte är försäkrade för sjukpenning kan ha rätt till ersättning som motsvarar sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen (40 kap. 3 § SFB). För det krävs dock en av Försäkringskassan godkänd arbetsskada.

En försäkrad som beviljas ersättning för inkomstförlust till följd av arbetsskada, t.ex. sjukpenning från arbetsskadeförsäkringen enligt 40 kap. 3 § SFB eller livränta enligt 41 kap. SFB, har rätt till en schablonberäknad arbetsskadesjukpenning för inkomstförlust som avser två sjukdagar (40 kap. 4 § SFB). Detta ska kompensera för karens för dem som har en godkänd arbetsskada (prop. 2001/02:81 s. 59–63). Om den försäkrade kan visa att han eller hon har haft fler än två sjukdagar med inkomstförlust under sjukdomsperioder till följd av arbetsskada har han eller hon rätt till arbetsskadesjukpenning för dessa ytterligare dagar (40 kap. 5 § första stycket SFB).

Frågan om den försäkrade har fått en arbetsskada prövas endast i den utsträckning det behövs för att bestämma arbetsskadeersättning enligt socialförsäkringsbalken eller sjukpenning (42 kap. 12 § SFB, se dock vad Försäkringskassan anger om sjukpenningssituationen i myndighetens vägledning [2003:4, version 20] om förmåner vid arbetsskada, s. 23). Ersättningen för inkomstbortfall på grund av karens bör prövas och betalas ut vid ett tillfälle i samband med att Försäkringskassan beslutar om annan ersättning på grund av arbetsskadan (prop. 2001/02:81 s. 63).

Sjömän

Till sjömän som arbetar på fartyg som inte uteslutande går i inre fart lämnas sjuklön och sjukpenning som svarar mot inkomst av anställ-

ning utan karensavdrag (15 § andra stycket SjLL och 27 kap. 28 a § första stycket SFB). Med inre fart avses fart inom landet till övervägande del i hamnar eller på floder, kanaler, insjöar, inomskärs vid kusterna eller i Kalmarsund (15 § tredje stycket SjLL, 27 kap. 28 a § andra stycket SFB och 64 kap. 6 § andra stycket inkomstskattelagen [1999:1229]).

3.5 Sjukpenning och karensdagar eller karenstid för egenföretagare

Personkrets

Även egenföretagare som är försäkrade för sjukpenning har rätt till förmånen. Med egenföretagare avses den grupp av försäkrade som har inkomst av annat förvärvsarbete än anställning, t.ex. inkomst av näringsverksamhet, och som betalar egenavgift.

Rätten till sjukpenning

Egenföretagare har rätt till sjukpenning i samma situationer som anställda, dock alltid direkt från början av en sjukperiod.

Vid inledningen av ett sjukfall bedöms nedsättningen på grund av sjukdom i dessa fall i förhållande till den försäkrades vanliga arbete, dvs. arbete i företaget (27 kap. 46 § första stycket SFB).

Ersättningsens storlek

Till egenföretagare som har en SGI som består av endast inkomst av annat förvärvsarbete lämnas kalenderdagsberäknad sjukpenning (28 kap. 4 § SFB, se även 28 kap. 6 § första stycket 3 samma balk). I övrigt beräknas sjukpenningens storlek på samma sätt som för försäkrade med inkomst av anställning (se avsnitt 3.3 under *Ersättningsens storlek*).

Egenföretagare omfattas av särskilda karensregler i socialförsäkringsbalken, som avser karensdag och karenstid i stället för karensavdrag. Om inget annat har anmälts har en egenföretagare sju karensdagar (27 kap. 27 a § första stycket SFB), dvs. sjukpenning lämnas inte för de första sju dagarna i en sjukperiod. Egenföretagare

har dock möjlighet att anmäla en annan karenstid till Försäkringskassan, 1 dag eller 14, 30, 60 eller 90 dagar (27 kap 29 § SFB). Sjukpenning lämnas i sådana fall inte för den första dagen eller de första 14, 30, 60 eller 90 dagarna av varje sjukperiod, inklusive insjuknandedagen (27 kap. 30 § SFB). Ju längre karenstid desto lägre sjukförsäkringsavgift betalar egenföretagaren till staten (3 kap. 17 § socialavgiftslagen [2000:980] och Försäkringskassans föreskrifter [FKFS 2022:12] om sjukförsäkringsavgift vid karenstid för sjukpenning avseende år 2023).

En egenföretagare som har anmält karenstid får, om hen inte har fyllt 55 år, anmäla kortare eller ingen karenstid (27 kap. 31 § SFB).

Undantag från karens för egenföretagare

Det finns även för egenföretagare bestämmelser som ska hindra att karensen blir allt för ekonomiskt belastande.

För en egenföretagare som antingen inte har anmält karenstid (och därmed har sju karensdagar) eller har anmält en karenstid på 1 dag gäller, såsom för anställda, att två sjukperioder ska anses som samma sjukperiod vid återinsjuknande inom fem dagar efter den tidigare sjukperiodens slut (27 kap. 32 § jämte 27 kap. 27 a § SFB samt 27 kap. 33 § andra stycket jämte 27 kap. 32 § SFB). För egenföretagare som har anmält en längre karenstid gäller motsvarande vid återinsjuknande inom 20 dagar (27 kap. 33 § första stycket SFB).

Egenföretagare som har högst sju karensdagar omfattas av ett allmänt högriskskydd vid återkommande sjukperioder (för innebörden av skyddet i sig, se avsnitt 3.4 under *Allmänt högriskskydd*). För en egenföretagare som inte har anmält karenstid (och alltså har sju karensdagar) gäller skyddet om hen har gått miste om sjukpenning på grund av karens under fem sjukperioder under de senaste tolv månaderna. De tidigare sjukperioderna inom ramtiden ska dessutom ha omfattat sammanlagt minst 21 dagar (27 kap. 39 § första stycket andra meningen SFB). Egenföretagare som har anmält karenstid på 1 dag omfattas av liknande regler som anställda. Om de har gått miste om sjukpenning på grund av karens under minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna, så kan sjukpenning lämnas även för den första dagen i en sjukperiod (27 kap. 39 § andra stycket SFB). De tillfällen som egenföretagaren ska ha gått miste om

sjukpenning omfattar i båda fallen endast sådana som avser sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete, dvs. i beräkningen av antalet karenstillfällen räknas inte karensavdrag kopplat till inkomst av anställning med.

Egenföretagare som inte har anmält karenstid, och alltså har sju karensdagar, eller som har anmält karenstid på 1 dag kan efter ansökan beviljas särskilt högriskskydd enligt socialförsäkringsbalken under samma förutsättningar som anställda (27 kap. 40 § första och andra stycket SFB). Se mer om detta skydd i avsnitt 3.4 under *Särskilt högriskskydd*.

Liksom för försäkrade med inkomst av anställning gäller för egenföretagare som antingen inte har anmält karenstid (och därmed har sju karensdagar) eller som har anmält karenstid på 1 dag att karensavdrag inte ska göras om egenföretagaren har rätt till sjukpenning under medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering (27 kap. 28 § andra stycket SFB).

Egenföretagare kan även omfattas av de undantag från karens i fråga om andra förmåner som har beskrivits ovan avseende anställda (se avsnitt 3.4).

3.6 Ersättning vid sjukfrånvaro och karens för en individ som är både anställd och egenföretagare

För en individ som är både anställd och egenföretagare, som i sjukförsäkringstermer har en SGI som består av både inkomst av anställning och inkomst av annat förvärvsarbete, lämnas ersättning vid sjukfrånvaro utifrån förutsättningarna i respektive del, dvs. sjuklön eller sjukpenning i anställningsdelen och sjukpenning i egenföretagardelen. Denna fördelning omfattar även de olika regleringarna om karens.

När det gäller sjukpenning finns för dessa situationer särskilda beräkningsbestämmelser i vissa delar. I fråga om SGI ska inkomst av anställning och inkomst av annat förvärvsarbete beräknas var för sig för att därefter summeras. Om SGI överstiger taket på tio prisbasbelopp (se avsnitt 3.3 under *Ersättningens storlek*), ska i första hand bortses från inkomst av annat förvärvsarbete (25 kap. 5 § SFB). Även beräkningen av sjukpenning ska göras separat för respektive inkomsttyp för att därefter summeras (28 kap. 17 § SFB).

3.7 Sjukpenning och karens för vissa individer som inte är sjukfrånvarande från ett förvärvsarbete

Vissa försäkrade kan få sjukpenning, direkt från början av en sjukperiod, trots att de inte är frånvarande på grund av sjukdom från ett förvärvsarbete, t.ex. vissa i fall då den försäkrade får en ersättning som har trätt in i stället för förvärvsinkomst (prop. 1986/87:69 s. 38). En förutsättning för sjukpenning i dessa situationer är att den försäkrade har en skyddad SGI, vilket i sin tur förutsätter att den försäkrade har haft förvärvsinkomst som uppfyller villkoren för att vara SGI. Skyddet innebär att SGI för tid då den försäkrade avbryter eller inskränker sitt förvärvsarbete beräknas med utgångspunkt i förhållandena närmast före avbrottet eller inskränkning, om SGI:n därigenom blir högre än om den hade beräknats utifrån förhållandena under avbrottet eller inskränkning (26 kap. 9 § SFB). SGI-skydd gäller under vissa förutsättningar för t.ex. individer som är arbetslösa eller föräldralediga.

Utöver att SGI skyddas i vissa särskilda situationer finns även ett allmänt SGI-skydd för kortare avbrott i förvärvsarbete. Det innebär att SGI skyddas under högst tre månader i följd för en försäkrad som avbryter sitt förvärvsarbete, oavsett om avsikten är att förvärvs-avbrottet ska pågå längre tid. Detta gäller endast för tid före 66 års ålder (26 kap. 18 § SFB).

Individer som är arbetslösa

Personkrets

SGI-skydd gäller bl.a. under tid då den försäkrade står till arbetsmarknadens förfogande, dvs. är beredd att anta erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot fastställd SGI samt aktivt söker sådant arbete och är anmäld som arbetssökande hos den offentliga arbetsförmedlingen eller söker arbete på det sätt som Försäkringskassan föreskriver (26 kap. 13 § första stycket 2 SFB och 3 § förordningen [2000:1418] om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst).

När det gäller ersättning vid sjukfrånvaro för vissa arbetslösa som deltar i en arbetsmarknadspolitisk insats, se avsnitt 3.8.

Rätten till sjukpenning

I de nu aktuella fallen bedöms nedsättningen på grund av sjukdom i förhållande till arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden (prop. 2007/08:136 s. 101).

Den som är arbetslös kan få sjukpenning i förebyggande syfte (27 kap. 6 § SFB samt HFD 2019 ref. 41). Enligt Försäkringskassans vägledning (2015:1, version 18) om sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning kan den försäkrade i detta fall få ersättning för tid när hen är förhindrad att söka arbete på grund av behandlingen eller rehabiliteringen (s. 49), jfr 27 kap. 7 § SFB.

Sjukpenning för de första 14 dagarna

En försäkrad som är helt eller delvis arbetslös har rätt till sjukpenning för de första 14 dagarna i en sjukperiod endast om hen är anmäld som arbetssökande hos den offentliga arbetsförmedlingen och är beredd att ta ett erbjudet arbete i en omfattning som svarar mot den bestämda SGI:n (27 kap. 11 a § och 28 kap. 6 § tredje stycket SFB). Det handlar i stort sett om samma personkrets som har skyddad SGI under arbetslöshet (se ovan).

Även om förutsättningarna för rätt till sjukpenning för de första 14 dagarna i sjukperioden inte är uppfyllda får sjukpenning lämnas för de dagarna om det annars skulle framstå som oskäligt, t.ex. för att den försäkrades sjukdom hindrar densamma från att anmäla sig som arbetssökande (samma paragrafer, se även prop. 2010/11:1 utg.omr. 10 s. 41 och 42). Den som saknar arbete, men inte uppfyller villkoren ovan har inte rätt till sjukpenning över huvud taget för de första 14 dagarna i sjukperioden, om hen inte har en skyddad SGI på annan grund.

Ersättningens storlek

För en försäkrad som är helt eller delvis arbetslös ska sjukpenningen alltid kalenderdagsberäknas (28 kap. 6 § första stycket 1 SFB). Till den del den försäkrade är arbetslös lämnas hel sjukpenning med högst 543 kronor om dagen. Detta tak gäller dock inte för sjukpen-

ning i förebyggande syfte eller för sjukpenning till behovsanställda för de första 90 dagarna (28 kap. 11 § SFB).

Vilken karens som kan vara aktuell följer i grunden det som gäller för den inkomsttyp inom SGI som den arbetslösa individen har. I förhållande till inkomst av anställning gäller således regleringen om karensavdrag (se avsnitt 3.3 under *Ersättningens storlek*). Eftersom sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas för de 14 första dagarna görs i dessa fall också ett kalenderdagsberäknat karensavdrag, som motsvarar ersättningen för en hel dag med sjukpenning (27 kap. 27 § andra stycket SFB).

I fråga om sjukpenning till försäkrade som är arbetslösa finns emellertid särskilda regleringar i förhållande till inkomst av annat förvärvsarbete, för att upplägget ska vara samma för alla arbetslösa oavsett vilken typ av yrke de hade före arbetslösheten. De särskilda regleringarna gäller för försäkrade med inkomst av annat förvärvsarbete som blir arbetslösa och, i de fall det är aktuellt, inte längre uppfyller villkoren för karenstid på grund av att de är arbetslösa, t.ex. inte längre betalar egenavgift (27 kap. 28 b § SFB). För de arbetslösa som nu avses gäller samma bestämmelser om karensavdrag som för en försäkrad med inkomst av anställning (27 kap. 28 b § första stycket jämte 27 kap. 27 § SFB).

Undantag från karens

I förhållande till inkomst av anställning gäller för arbetslösa även de regleringar om undantag från karens vid sjukpenning som gäller för anställda (se avsnitt 3.4).

De särskilda regleringarna för försäkrade med inkomst av annat förvärvsarbete som blir arbetslösa innebär att samma återinsjuknandetid gäller som för en försäkrad med inkomst av anställning, dvs. en sjukperiod som börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska ses som en fortsättning på den tidigare perioden (27 kap. 33 a § och 27 kap. 32 § SFB).

För samma kategori försäkrade gäller ett allmänt högriskskydd som för egenföretagare med 1 karensdag, dvs. i stora drag när de har gått miste om sjukpenning på grund av karens under minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna (27 kap. 39 a § och 27 kap.

39 § andra stycket SFB, se mer i avsnitt 3.5 under *Undantag från karens för egenföretagare*).

De försäkrade i fråga omfattas dessutom av det särskilda högriskskyddet, även de som tidigare har haft karenstid om mer än 1 dag (27 kap. 40 § tredje stycket SFB, jfr samma paragraf andra stycket).

Slutligen lämnas i nu aktuella fall sjukpenning i förebyggande syfte utan karens, även till dem som tidigare har haft karenstid om mer än 1 dag (27 kap. 28 b § andra stycket SFB, jfr 27 kap 28 § andra stycket SFB).

Förhållandet till arbetslöshetsersättning

En individ som är arbetslös kan inte få sjukpenning och arbetslöshetsersättning för samma tid. Det följer av att ett allmänt villkor för arbetslöshetsersättning är att den arbetslöse är oförhindrad att åta sig arbete under den tid hen gör anspråk på ersättning (9 § 1 lagen [1997:238] om arbetslöshetsförsäkring). När individen i fråga är sjuk är det villkoret för arbetslöshetsersättning inte uppfyllt.

Individer som är föräldralediga

Personkrets

Även under föräldraledighet med barn som inte har fyllt ett år skyddas SGI (26 kap. 15 § SFB), oavsett om föräldrapenning tas ut eller inte.

I Försäkringskassans allmänna råd till bestämmelsen i socialförsäkringsbalken anges, med hänvisning till praxis, att SGI skyddas även efter att barnet har fyllt ett år om den försäkrade i oavbruten följd är helt eller delvis ledig från förvärvsarbete och under den tiden får föräldrapenning (Riksförsäkringsverkets allmänna råd [RAR 2002:2] om sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid). I det fallet krävs alltså att föräldrapenning tas ut i viss omfattning.

Rätten till sjukpenning

Vid prövningen av rätt till sjukpenning för tid när den försäkrade annars skulle ha fått föräldrapenning bedöms nedsättningen på

grund av sjukdom i förhållande till förmågan att vårda barn (27 kap. 52 § SFB).

I Försäkringskassans rättsliga ställningstagande (FKRS 2010:05) om bedömning av arbetsförmåga för olika grupper anger myndigheten att samma gäller för tid då den försäkrade är föräldraledig med stöd av föräldraledighetslagen (1995:584) men inte tar ut föräldrapenning. I det fall ledigheten inte har stöd i föräldraledighetslagen bedöms nedsättningen i stället i förhållande till förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

I det rättsliga ställningstagandet anges vidare att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras på motsvarande sätt för arbetslösa och egenföretagare, som om de hade omfattats av föräldraledighetslagen. Det innebär att bedömningen av arbetsförmågan ska göras i förhållande till förmågan att vårda barnet om den försäkrade hade kunnat vara ledig för att vårda barn med stöd av föräldraledighetslagen om han eller hon hade varit anställd.

Sjukpenning för de första 14 dagarna

Enligt Försäkringskassans vägledning om sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning kan sjukpenning för de första 14 dagarna i en sjukperiod lämnas till en försäkrad som är föräldraledig för tid när hen går miste om föräldrapenning för att hen inte kan vårda sitt barn, dvs. det krävs att den försäkrade har ett pågående uttag av, eller har ansökt om, föräldrapenning (s. 145, se även prop. 1986/87:69 s. 38), jfr 27 kap. 10 § SFB. Den som är föräldraledig utan att ta ut föräldrapenning har i enlighet därmed inte rätt till sjukpenning för de första 14 dagarna i sjukperioden, om hen inte har en skyddad SGI på annan grund.

Ersättningens storlek

Sjukpenningen kalenderdagsberäknas för tid när den försäkrade annars skulle ha fått föräldrapenning, dvs. även för de 14 första dagarna i en sjukperiod för den vars SGI består av inkomst av anställning (28 kap. 6 § första stycket 2 SFB). Eftersom sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas för de 14 första dagarna görs i dessa fall också

ett kalenderdagsberäknat karensavdrag, som motsvarar ersättningen för en hel dag med sjukpenning (27 kap. 27 § andra stycket SFB).

Övriga bestämmelser

Rätten till sjukpenning, beräkningen av densamma och frågan om karens utgår i övrigt från vilken inkomsttyp den skyddade SGI:n omfattar, inkomst av anställning eller inkomst av annat förvärvsarbete, eller båda.

Föräldrapenning och sjukpenning kan inte lämnas för samma tid. Samordningen görs genom att föräldrapenning inte lämnas för tid när den försäkrade får sjukpenning (11 kap. 14 § SFB).

3.8 Ersättning vid sjukfrånvaro och karens för vissa andra grupper

Det finns även andra grupper än anställda och egenföretagare som kan få ersättning vid sjukfrånvaro från en aktivitet. Inom ramen för de regleringarna finns det särskilda karensregler. Några exempel är följande.

En försäkrad som har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel kan få *rehabiliteringspenning* under tid då hen deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden, eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan (31 kap. 2 § 1 och 3 § SFB). Den försäkrade får behålla rehabiliteringspenningen under högst 30 kalenderdagar i följd när hen på grund av sjukdom är helt eller delvis ur stånd att delta i rehabiliteringen (31 kap. 5 § första stycket 3 SFB). I det fallet lämnas ersättning utan karens.

Arbetslösa som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och har ersättning i form av aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning omfattas av bestämmelserna om ersättning vid sjukfrånvaro i förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser. Sådan ersättning lämnas vid kortare frånvaro även om individen inte deltar i insatser som ingår i programmet på grund av sjukdom (4 kap. 1 § 1 förordningen). I det fallet gäller dock 1 karensdag. Som karensdag räknas endast den dag under vilken ersättning skulle ha lämnats, om inte bestämmelsen om

karensdag hade gällt (4 kap. 3 § första stycket första och andra meningen förordningen).

De berörda individerna skyddas mot effekterna av karens på liknande sätt som de som omfattas av regleringarna om sjukpenning och sjuklön. Om en sjukperiod börjar inom fem kalenderdagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats ska bestämmelsen om karensdag tillämpas som om den senare sjukperioden är en fortsättning på den tidigare sjukperioden (4 kap. 3 § andra stycket första meningen förordningen). Vidare ska en individ inte få avdrag under mer än tio karensdagar under en period om tolv månader (4 kap. 3 § andra stycket andra meningen förordningen). Därutöver gäller inte karensdagen om individen omfattas av ett beslut om särskilt högriskskydd enligt socialförsäkringsbalken eller sjuklönelagen (4 kap. 3 § första stycket tredje meningen förordningen).

När en individ deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning är sådan SGI som beräknas utifrån i förhållandena närmast före deltagandet i programmet skyddad men vilande. Det innebär att individen inte kan få sjukpenning under tiden som SGI-skyddet gäller. Om de individer som nu avses har ett förvärvsarbete vid sidan av deltagandet i det arbetsmarknadspolitiska programmet, kan de dock under vissa förutsättningar få sjukpenning utifrån särskilda bestämmelser i socialförsäkringsbalken (se 26 kap. 13 § första stycket 1 om SGI-skydd, 26 kap. 19 § om en särskild beräkning av SGI, 27 kap. 14 § 1 om ett förlängt krav att den försäkrade skulle ha arbetat om hen inte hade varit sjuk och 28 kap. 5 § om arbetstidsberäknad sjukpenning).

Studerande med studiehjälp eller studiemedel som på grund av sjukdom är oförmögen att bedriva sina studier får behålla sin studiehjälp eller sina studiemedel trots att hen inte studerar. I vissa fall krävs anmälan till och godkännande av Försäkringskassan (2 kap. 18 och 19 §§ och 3 kap. 26–31 §§ studiestödsförordningen [2000:655]). Därutöver avskrivs studielån som avser den del av en sjukperiod som följer efter en karenstid om 30 dagar. Karenstiden omfattar, i nu aktuell situation, studietid då den studerande har haft rätt att behålla studiemedel under tid då hen har varit sjuk. Två eller flera sjukperioder räknas som en sammanhängande sjukperiod om den senare perioden börjar inom 20 dagar efter det att den tidigare slutade (4 kap. 10 och 11 §§ studiestödsförordningen).

Liksom för arbetslösa som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och får viss ersättning är sådan SGI som beräknas utifrån i förhållandena närmast före studierna skyddad men vilande, varför inte heller studerande kan få sjukpenning under tiden som SGI-skyddet gäller. Även studerande som har ett förvärvsarbete vid sidan av studierna kan dock under vissa förutsättningar få sjukpenning enligt särskilda bestämmelser i socialförsäkringsbalken (se bl.a. 26 kap. 11 § om SGI-skydd, 26 kap. 19 § om en särskild beräkning av SGI, 26 kap. 22 § om SGI under studieuppehåll och 27 kap. 12 § om ett förlängt krav att den försäkrade skulle ha arbetat om hen inte hade varit sjuk och 28 kap. 5 § om arbetstidsberäknad sjukpenning).

Även *försäkrade som utan att vara egenföretagare har inkomst från annat förvärvsarbete* kan ha rätt till sjukpenning. Den inkomst som avses är t.ex. inkomst av arbete för egen räkning som inte utgör inkomst av näringsverksamhet men som i SGI-sammanhang inte ska räknas som inkomst av anställning, såsom inkomster av hobbyverksamhet, och under vissa förutsättningar ersättning för arbete för annans räkning som betalas av en fysisk person eller ett dödsbo (25 kap. 8 och 13 §§ SFB). De försäkrade i fråga omfattas av huvudregeln för karens i förhållande till sjukpenning som svarar mot sådan inkomst, dvs. sju karensdagar (27 kap. 27 a § SFB). Om någon ur denna grupp av försäkrade blir arbetslös ska hen, liksom egenföretagare, vid sjukdom i stället få sjukpenning med sedvanligt karensavdrag enligt regleringen som gäller för sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning (27 kap. 28 b § och 27 kap. 27 § SFB).

3.9 Internationell reglering med betydelse för utformningen av karens i sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen

De olika internationella regelsystemen som kan aktualiseras vid utformningen av de svenska sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen och skyddet vid sjukdom kan knytas till Förenta nationerna (FN), Europarådet och Europeiska unionen (EU).

I FN-systemet finns dels övergripande deklarationer och konventioner som innehåller bestämmelser om mänskliga sociala och ekonomiska rättigheter (däribland konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter och kvinnokonventionen), dels

konventioner utarbetade inom Internationella arbetsorganisationen (ILO).

Inom ramarna för ILO har den konvention som föreskriver en huvudregel om förbud mot karensdagar vid arbetsskada haft direkt betydelse för utformningen av nu gällande svenska regelverk om arbetsskadeförsäkringen (konvention [nr 121] angående förmåner vid yrkesskada, se artikel 9.3, se prop. 2001/02:81 s. 59–64).

Frågan om karens berörs också explicit i Europarådets europeiska balk om social trygghet. I artikel 18 stadgas att sjukförmåner från socialförsäkringssystemen inte måste betalas under de första tre dagarna av inkomstbortfall.

I övrigt har Europarådets två centrala konventioner om mänskliga rättigheter, konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna samt europeiska sociala stadgan, bestämmelser som på en mer generell nivå är av hög relevans för både utformning och tillämpning av system för social trygghet och som har utvecklats i praxis.

Inom det EU-rättsliga systemet finns bindande regelverk som ska säkerställa att enskilda individers möjlighet till fri rörlighet inte begränsas (Europaparlamentets och rådets förordning [EG] nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen) och ett flertal väl etablerade regelverk om icke-diskriminering.²⁵ Därutöver kan nämnas Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna och det arbete som pågår inom ramarna för den europeiska pelaren för sociala rättigheter. I det sammanhanget har uppmärksammats de utmaningar som olika nya typer av tillfälliga arbetskontrakt utgör för de etablerade socialförsäkringssystemen.

Gemensamt för dessa olika system av deklARATIONER, konventioner, direktiv och förordningar är att de innehåller centrala principer som skyddar individens rätt till grundläggande social trygghet, icke-diskriminering, jämlikhet och processuell rättvisa samt, i fråga om EU-regleringarna, fri rörlighet (inom Europa). Det finns en tydlig och artikulerad strävan i dessa regelsystem att stegvis åstad-

²⁵ Exempel på EU-rättsliga regelverk om icke-diskriminering är rådets direktiv 2000/78/EG av den 27 november 2000 om inrättande av en allmän ram för likabehandling i arbetslivet, Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/54/EG av den 5 juli 2006 om genomförandet av principen om lika möjligheter och likabehandling av kvinnor och män i arbetslivet (omarbetning) och Europaparlamentets och rådets direktiv 2010/41/EU av den 7 juli 2010 om tillämpning av principen om likabehandling av kvinnor och män som är egenföretagare och om upphävande av rådets direktiv 86/613/EEG.

komma förbättringar av den sociala tryggheten, något som ställer kvalificerade krav på argument för åtstramningar och försämringar. Det finns således i den internationella rätten ett yttre ramverk som syftar till att säkerställa och utveckla grundläggande social trygghet och likabehandling samt begränsa möjligheterna till diskriminering och omotiverad åtstramning.

4 Karensregler i förändring

I kapitlet beskrivs framväxten av karensreglerna i den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet från 1940-talet fram till i dag. Kapitlet avslutas med en genomgång av de ändringar av karensreglerna som gjordes under covid-19-pandemin och nya krav på ändrade karensregler därefter.

4.1 Framväxten av karensregler i sjuklönesystemet och den allmänna sjukförsäkringen

I avsnittet nedan tar vi avstamp i det stegvisa införandet av en obligatorisk sjukförsäkring under efterkrigstiden, beskriver hur den statliga sjukförsäkringen först innehåller tre dagars karens, hur karensen delvis slopas på 1960-talet, diskussionen om behov av ökad självrisk på 1980-talet och återinförandet av karens under 1990-talet. Vi beskriver därefter hur karensregler fortsätter att utformas i början av 2000-talet och avslutar med karensavdragsreformen.

I tabell 4.1 sammanfattas förändringar i karensregler och sjuklöneperiod sedan 1955.

Tabell 4.1 Förändringar av antal karensdagar och antal dagar i sjuklöneperioden från 1955 till 2019

Fördelat på tidpunkt för förändring

Tidpunkt för förändring	Antal karensdagar	Sjuklöneperiod (antal dagar)
Januari 1955	3	-
Januari 1967	1	-
Januari 1983*	3*	-
Januari 1983*	1*	-
December 1987	0	-
Januari 1992		14
April 1993	1	
Januari 1997		28
April 1998		14
Juli 2003		21
Januari 2005		14
Januari 2019	Karensavdrag ersätter karensdag	

Anm.* Dessa förändringar genomfördes aldrig. Den borgerliga regeringen fattade i februari 1982 beslut om ökad karens fr.o.m. januari 1983 men den socialdemokratiska regeringen som bildade regering efter valet i september 1982 beslutade i november 1982 om minskad karens till 1 dag fr.o.m. januari 1983.

Frivilliga sjukkassor och utformning av en obligatorisk försäkring på 1940-talet

Före framväxten av en statlig obligatorisk sjukförsäkring i Sverige fanns frivilliga sjukkassor där medlemmar kunde försäkra sig mot risken att drabbas av inkomstbortfall vid sjukdom. I allmänhet fanns bestämmelser om tre dagars karenstid, insjuknandedagen inräknad, då sjukkassorna inte fick utge sjukpenning.

Riksdagen beslutade 1946 att införa en allmän och obligatorisk försäkring och resultatet blev 1947 års lag om allmän försäkring som var tänkt att implementeras år 1950. Beslutet om implementering sköts dock upp, först ett år och därefter mer obestämt, med hänvisning till de kostnader för staten som reformen skulle få. Den sjukförsäkring som ritades upp på 1940-talet var allmän, vilket betydde att den var mer inkluderande än föregående sjukförsäkring, och inkluderade större delar av befolkningen. Likt tidigare bestämmelser för frivilliga sjukkassor föreslogs den allmänna försäkringen att innehålla tre dagars karenstid. Det med hänvisning till att det saknades anledning att frånga den karenstid som funnits

av hävd inom de erkända sjukförsäkringarna (SOU 1944:15 och prop. 1946:312).

Sjukförsäkringslagen med tillhörande karens träder i kraft på 1950-talet

Det dröjde så länge med implementeringen av 1947 års lag om allmän försäkring att delar av den inte längre ansågs adekvat. En kommitté fick därför uppdrag att göra en översyn av den allmänna sjukförsäkringen (Socialförsäkringsutredningen). Utredaren förordade att tre dagars karens skulle behållas i den nya sjukförsäkringslagen, eftersom fler karensdagar än så kunde antas medföra betydande ekonomiska konsekvenser för en stor del av de försäkrade och färre dagar inte ansågs möjligt av kostnadsskäl och administrativa skäl (SOU 1952:39).

Sjukförsäkringslagen trädde i kraft den 1 januari 1955 och innehöll tre karensdagar (inklusive insjuknandedagen). Frågan om karens komplicerades dock av att sjukförsäkringen nu skulle samordnas med yrkesskadeförsäkringen. Samma antal karensdagar i de båda försäkringarna förordades eftersom det ansågs att olika karensstider för olika kategorier försäkrade inte vore önskvärt.

Förslaget innebar dock en försämring av skyddet vid yrkesskada eftersom försäkrade som drabbats av sådan skada tidigare fått ersättning från och med dagen efter olycksfallet. Förslaget fick på grund av det kritik från många håll (SOU 1981:22, s. 221).

Karensfrågan återkom under följande år i olika riksdagsmotioner med motiveringen att förbättra för försäkrade som drabbats av yrkesskada. Andra motioner yrkade på slopad eller minskad karens för alla försäkrade. Argumenten för att bibehålla karensstiden baserades på att de ekonomiska och administrativa hindren att minska karensen var för stora (SOU 1981:22, s. 221).

Bland förslagen till reform av karensstiden fanns en idé om villkorad karensstid. Med detta avsågs en modell där sjukpenning skulle lämnas från och med den första dagen om sjukdomen varade tre dagar eller längre. En sådan modell avvisades med argumentet att den sannolikt skulle leda till längre sjukskrivningstider (SOU 1981:22, s. 221).

Socialförsäkringen blir allmän och obligatorisk på 1960-talet och karensen slopas delvis

När en mer samlad reglering av socialförsäkringen presenterades genom lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) fanns tre dagars karens kvar.

I avtalsrörelserna 1962 och 1964 lyftes frågan om olikheterna mellan hur olika kollektivavtal kompenserade för karensdagarna. Stora grupper av arbetstagare hade haft skydd genom kollektivavtal från och med den första dagen, men många hade också varit hänvisade till enbart det skydd som fanns i den allmänna sjukförsäkringen. Grupperna med sämre skydd förde fram krav på ett bättre skydd i den allmänna försäkringen mot inkomstbortfall vid sjukdom.

En första reform av karensen beslutades 1966, efter att Socialdepartementet lagt fram en promemoria om förbättring av sjukförsäkringen. Promemorian innehöll förslag om slopad karenstid och att sjukpenning skulle lämnas från och med den första dagen. Ett skäl till reformen var att önskemålen om en utjämning av sjukförmåner mellan olika grupper i samhället ansågs vara välgrundade och att en anpassning borde ske genom att fler fick den nivå av skydd som stämde överens med de bättre skyddsnivåerna i systemet. Förslaget om att ta bort karenstiden svarade dessutom mot den kritik som funnits med anledning av den försämring av yrkesskadeförsäkringen som genomfördes 1955 (SOU 1981:22, s. 222–225).

För att undvika risk för överkompensation innehöll förslaget om slopad karens dock insjuknandedags- och fridagsregler. I den proposition som föregick reformen (prop. 1966:113) föreslogs att sjukpenning skulle lämnas utan egentlig karenstid men att sjukpenning inte skulle lämnas för insjuknandedagen, för att undvika överkompensation. Det angavs att en fridagsregel skulle säkra inkomstbortfallsprincipen så att en försäkrad inte skulle kunna få både lön och ersättning från försäkringen för samma tid. I praktiken kom insjuknandedagen att fungera som en slags karensdag trots att karensen formellt hade slopats.

Propositionen antogs av riksdagen och den 1 januari 1967 avskaffades karensen, ersättningarna höjdes och dåvarande system med sjukpenningklasser (detta var före SGI-reformen) utökades så

att fler kunde få ersättning och fler kunde få högre ersättning. När karensdagarna slopades kvarstod problem om risk för överkompensation. Eftersom sjukpenning utgick per kalenderdag (inte arbetsdag) fanns en risk att kompensation skulle kunna utges även för dag då sjukdom inte gett upphov till inkomstförlust. En försäkrad skulle till exempel kunna få sjukpenning för en lördag och söndag även om hen inte skulle ha arbetat under helgen. För att motverka detta infördes en fridagsregel för sjukdomsfall som varade mindre än åtta dagar inberäknat insjuknandedagen.

Det visade sig vara komplicerat att konstruera en regel som inte gav upphov till vare sig risker för över- eller underkompensation. Resultatet för den försäkrade kunde bli väldigt olika beroende på vilken dag insjuknandet inträffade. Efter en remissrunda föreslogs, i tillägg till det ursprungliga förslaget, att det skulle införas en ventil som gjorde att det inte skulle vara möjligt att ta bort mer än två dagar under de första sex dagarna i en sjukperiod, med hänvisning till fridagsregeln. I debatten återkom förslag om villkorad karenstid. Genom en återgångsregel skulle, om sjukperioden varade mer än sex dagar, fridagsregeln inte tillämpas.

Reformen 1966 omtalas i senare offentligt material som en rättvisereform på grund av att den säkerställde större likformighet mellan olika grupper av försäkrade (SOU 1981:22, s. 225 med referens till SfU 1975:10).

Ingen karens under 1970-talet

I mitten av 1970-talet ersattes systemet med olika sjukklasser med en ordning med sjukpenninggrundande inkomst (SGI), samt basbelopp. Sjukpenningen blev i samband med detta skattepliktig och pensionsgrundande. Ersättningsnivån justerades till 90 procent av SGI (riktpunkten för den obeskattade sjukpenningen hade varit 80 procents kompensation för inkomstbortfall tidigare) och ett tak för hur stor SGI som kan ligga till grund för sjukpenning på 7,5 basbelopp infördes. Den utredning som föregick sjukpenningreformen påpekade att kollektivavtalad sjuklön, förenad med arbetsgivarinträde i sjukförsäkringens ersättning, skulle kunna få en vidgad användning, men betänkandet innehöll inte någon lagfäst sjuklön (SOU 1972:60).

I slutet av 70-talet tillsattes Sjukpenningkommittén med uppdrag att göra en översyn av reglerna för kompensation vid inkomstbortfall på grund av sjukdom. Direktiven angav tre områden som sågs som fortsatt problematiska. För det första lyftes att kompensationen blev lägre vid korta sjukfall jämfört med långa sjukfall (på grund av reglerna om insjuknandedag och fridagsreglerna). För det andra angavs att delårs- och deltidanställda missgynnades av att SGI beräknades helårsvis och av att arbetsinsatsen slogs ut över hela året. För det tredje ansågs det vara problematiskt att det fanns skillnader i kompensationsnivå mellan dem som vid kort sjukdom hade sjuklön (enligt avtal eller på annat sätt) och de försäkrade som inte omfattades av sjuklön (SOU 1981:22).

Nya förslag om ökad självrisk på 1980-talet

Under den tid som Sjukpenningkommittén arbetade försämrades statsfinanserna och kommittén fick tilläggsdirektiv med besparingskrav. Det första besparingsdirektivet kom i mars 1980, då pågående utredningar fick uppdrag att noggrant redogöra för hur kostnadskrävande reformer skulle finansieras och att redovisa indirekta effekter av förslag, exempelvis i termer av ökad administration och byråkrati för myndigheter och enskilda. (SOU 1981:22, s. 25)

Det andra tilläggsdirektivet kom i oktober samma år då regeringen angav att sjukförsäkringen måste underkasta sig en granskning för att begränsa fortsatta kostnadsökningar. Det angavs att en begränsning av kostnadsökningar skulle göras utan allvarigare olägenheter för de försäkrade och med en ansats att fortsatt förstärka och effektivisera skyddet för de mest utsatta grupperna. Sjuklön och ett ökat inslag av självrisk, både i form av karens och sänkta ersättningsnivåer, pekades särskilt ut som möjliga besparingsreformer. Regeringen angav att en utgångspunkt skulle vara att föreslagna besparingar skulle påverka olika grupper på i princip likartat sätt (SOU 1981:22, s. 26–27).

Betänkandet Sjukersättningsfrågor (SOU 1981:22) innehöll förslag om 14 dagars sjuklöneperiod för arbetstagare. Försäkrade som inte var arbetstagare föreslogs även fortsättningsvis få

sjukpenning i början av en sjukperiod. Betänkandet innehöll även förslag om en reformerad SGI-beräkning. Därutöver innehöll betänkandet förslag till olika alternativ för att uppnå kostnadsbesparingar inom sjukersättningsystemet genom en ökad självrisk i form av karensdagar och sänkta ersättningsnivåer.

Betänkandet innehöll en genomgång av olika kombinationer av förändringar, som införande av karens eller sänkta ersättningsnivåer, olika längd på karens samt karens i kombination med sänkta ersättningsnivåer. Det betonades att ett införande av ökad självrisk bör påverka alla grupper av försäkrade i samma utsträckning.

Det angavs också att, för att alla grupper av försäkrade ska påverkas i samma utsträckning fordras att kollektivavtal och avtal, som garanterar bättre förmåner vid sjukdom, ändras och att nya sådana avtal inte sluts. Kommittén fann dock att en lagstiftning som skulle innebära en begränsning av möjligheter att ingå kollektivavtal skulle innebära ett ingrepp i den svenska förhandlings- och avtalsfriheten på arbetsmarknaden, vilket inte sågs som en gångbar väg.

Den efterföljande propositionen (prop. 1981/82:144) innehöll lagförslag om att det i varje sjukdomsfall skulle införas två dagar, utöver insjuknandedagen, utan ersättning (karensdagar) och att antalet karensdagar skulle begränsas till tio under en tolv månadersperiod. Kompensationsgraden sänktes till 87 procent av SGI för de första 90 sjukdagarna. Lagförslaget antogs av riksdagen men upphävdes efter valet hösten 1982 på förslag av den då tillträdande regeringen.

Regler om en arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen infördes därefter stegvis. Från och med 1985 fick statligt anställda sin sjuklön direkt från arbetsgivaren under sjukperioder som pågick högst 14 dagar.

En annan relevant reform under 1980-talet är reformen i december 1987 då reglerna om att inte utge ersättning för insjuknandedag och fridagar togs bort (prop. 1986/87:69). Före reformen hade insjuknandedagen i praktiken fungerat som en karensdag.

Bakgrunden till den nya regleringen var att regeringen ansåg det vara problematiskt att olika grupper av försäkrade med inkomst från anställning hade olika möjligheter till ersättning vid kort sjukfrånvaro. Utifrån regleringen i lagen (1962:381) om allmän

försäkring betalade statliga arbetsgivare sjuklön för de första 14 dagarna av ett sjukfall (s.k. arbetsgivarinträde). Under sådan kort sjukfrånvaro fick statliga arbetsgivare den sjukpenning som anställda gick miste om. Det gjorde att ersättningen vid sjukdom var 92 procent av inkomsten för statligt anställda redan före reformen. Anställda inom privat och kommunal sektor hade generellt sett sämre ersättning vid kort sjukfrånvaro före reformen. (SOU 1981:22, s 66–77)

Syftet med reformen var att öka ersättningsnivån till 90 procent från och med första dagen i sjukfallet för alla försäkrade med inkomst från anställning (prop. 1986/87:69 och Ds S 1986:8).

Reformen fick olika effekter för tjänstemän och arbetstagare i olika sektorer eftersom kollektivavtalade kompletterande ersättningar hade olika utformning i olika sektorer. Efter reformen fick kommunalt anställda en ersättning motsvarande 100 procent från första dagen i sjukfallet eftersom deras kollektivavtalade ersättningar också betalades ut från och med första sjukdagen. I förlängningen innebar reformen att anställda inom privat och kommunal sektor fick en lägre självrisk än tidigare, samtidigt som anställda inom statlig sektor påverkades av reformen i lägre grad.

Ekonomisk kris leder till ny period med karens på 1990-talet

På 1990-talet beslutades om en rad reformer av sjukförsäkringen som rörde arbetsgivarinträde och ökade självrisken i sjukförsäkringen. Somliga av dessa ändringar motiverades främst av det finansiella läget och statens akuta behov att minska statens utgifter. Mot denna bakgrund genomfördes lagändringar som sänkte ersättningsnivån i sjukförsäkringen.

Av de självrisken som hade diskuterats i en tidigare utredning (SOU 1981:22) genomfördes sänkta ersättningsnivåer vilka kombinerades med en minskningsregel för att uppnå likabehandling och ökade drivkrafter för arbete. Minskingsregeln innebar att om den försäkrade fick lön eller andra skattepliktiga förmåner som, sammantagna med sjukpenningförmånen, medförde att kompensationsgraden vid sjukdom översteg 75 respektive 90 procent av inkomstbortfallet, så skulle sjukpenningen minskas. För att skydda hälsosvaga personer med ofta återkommande sjukfall

infördes en undantagsregel att Försäkringskassan efter prövning i varje enskilt fall kunde besluta att betala ut sjukpenning efter en kompensationsgrad om 80 procent också de tre första dagarna i sjukperioden (prop. 1990/91:59).

I samband med den ekonomiska krisen i början av 1990-talet uppmärksammades också en utveckling där sjukfrånvaron ökat över tid. Ökningen blev ett av argumenten för att införa en arbetsgivarperiod i försäkringen i relation till korttidssjukfrånvaro. Det angavs att en arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen skulle innebära ett incitament för arbetsgivarna att arbeta för att förebygga sjukfrånvaro. Andra argument som fördes fram för att driva frågan om en arbetsgivarperiod var att den skulle innebära en effektivare administration och att det skulle leda till en mer rättvis kompensation för inkomstförlust (se exempelvis bet. 1990/91:FiU10 och 1990/91:SfU9).

Ovanstående argument till införandet av sjuklön återkom i den följande proposition om sjuklön, m.m. (prop. 1990/91:181) som föreslog en arbetsgivarperiod med sjuklön de första 14 dagarna för anställda. Dessa skulle nu få 75 procent av lönen dag 1–3 och 90 procent av lönen dag 4–14. Från och med dag 15 skulle anställda ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan. Försäkrade utan anställning skulle som tidigare ansöka om sjukpenning från början av en sjukperiod. I januari 1992 infördes föreslagen arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen.

Under 1992 utredde en arbetsgrupp inom Socialdepartementet frågan om hur regler om karensdagar kunde införas i sjuklöne- och sjukförsäkringssystemet med syfte att öka självrisken i försäkringen och stärka statens ekonomi. I departementsskrivelsen Karensdagar vid sjukersättning (Ds 1992:49) föreslog arbetsgruppen att två karensdagar skulle införas och att den lägre kompensationsnivån för de tre första dagarna i sjukfall skulle avskaffas, för att göra ersättningssystemet mer enhetligt. Arbetsgruppen föreslog att kompensationsgraden skulle ändras till 90 procent vid sjuklön och 80 procent inom sjukförsäkringen²⁶. I skrivelsen framhölls värdet av en enhetlighet i ersättningsnivå i de olika grenarna av socialförsäkringens dag ersättningar. Samtidigt angavs att karensdagar inte borde införas för andra dag ersättningar, såsom rehabiliteringspenning, sjukpenning i samband med medicinsk

²⁶ Till och med dag 90 i sjukperioden, och 90 procent för tid därefter.

behandling och rehabilitering, närståendepenning, smittbärarpennning, tillfällig föräldrapennning, havandeskapspenning och arbetsskadesjukpenning. En särskild återinsjuknanderegeln föreslogs där en ny sjukperiod inom fem dagar skulle betraktas som samma sjukperiod och ingen ytterligare karens skulle därför gälla vid det senare insjuknandet. Två högriskskydd, ett allmänt och ett särskilt, föreslogs.

I det lagförslag som följde (prop. 1992/93:31) fick arbetsgruppens förslag stort genomslag. Den 1 april 1993 återinfördes en karensdag i sjukförsäkringen. En uttalad utgångspunkt för förslaget om en karensdag var att utfallet av förändringarna skulle bli enhetligt bland olika grupper på arbetsmarknaden.

Förslaget innebar vidare en sjuklöneperiod på 14 dagar med en ersättning som omfattade 75 procent av förlorade anställningsförmåner dag två och tre och 90 procent dag 4 till 14. Den första dagen i sjukperioden blev en karensdag (utan ersättning). Motsvarande nivåer för sjukpenning skulle vara 65 procent för andra och tredje dagen och, därefter skulle ersättningen vara 80 procent t.o.m. dag 365. Fr.o.m. dag 366 skulle sjukpenning utgå med 70 procent av SGI. I de fall den försäkrade fick lön eller andra skattepliktiga förmåner under tid med sjukpenning, som sammantagna med sjukpenningen medförde att kompensationsgraden vid sjukdom översteg de angivna nivåerna med mer än 10 procent, skulle avdrag göras på sjukpenningen.

För att skydda personer med sämre hälsa som hade återkommande sjukfall kompletterades reglerna med undantag från karens i form av allmänt högriskskydd, så att antalet karensdagar begränsades till 10 under en tolv månadersperiod. Det tidigare högriskskyddet behölls och benämndes nu särskilt högriskskydd. Den föreslagna återinsjuknanderegeln ingick också. Den innebar att en ny sjukperiod som började inom fem dagar sedan en tidigare sjukperiod skulle betraktas som en fortsättning på den tidigare sjukperioden, och ingen ytterligare karens skulle då dras.

Mellan åren 1996 och 1998 gjordes flera lagändringar som rörde ersättningsnivån vid korttidsfrånvaro och sjuklöneperiodens längd. År 1996 sänktes ersättning till 75 procent för såväl sjuklön som sjukpenning, 1998 höjdes dessa till 80 procent. Sjuklöneperioden förlängdes 1997 under en kort period till 28 dagar, men blev sedan

åter 14 dagar år 1998. Däremot gjorde inga förändringar av konstruktionen med karensdag.

Förslag om reformerad karens lyfts under 2000-talet

Mellan 2000–2009 skedde få regeländringar avseende karens. Ett undantag var införandet av särskild arbetsskadeersättning 2002, som säkerställde att personer med godkänd arbetsskada inte skulle få något avdrag för karensdagar. Regeländringen innebar att Sverige svarade upp mot de krav om ersättning vid arbetsskada som ställs i ILO-konvention nr 121 (art. 9).

Utformningen av en karensdag vid sjuklön eller sjukpenning inom sjukförsäkringen var dock oförändrad under decenniet, men det pågick diskussioner kring karensens utformning. Under 2002 genomfördes trepartssamtal mellan den dåvarande regeringen och arbetsmarknadens parter som bland annat utmynnade i programmet Ett arbetsliv för alla. Programmet innehöll förslag om att genomföra en teknisk översyn av karensdagen som skulle syfta till att inkomstreduceringen för karensdagen skulle motsvara 20 procent av veckoinkomsten. Förslaget beskrevs i promemorian En teknisk översyn av reglerna om karensdag (S2003/00541). Promemorian remitterades och majoriteten av remissinstanserna var positivt inställda till förslaget att genomföra en översyn.

I december 2003 presenterade regeringen en avsiktsförklaring kring ett hälsosammare arbetsliv. I denna ingick förslag om att karensdagen skulle ersättas av ett karensavdrag, med syfte att uppnå en mer rättvis tillämpning av självrisk i sjukförsäkringen (DS 2004:16). Med anledning av avsiktsförklaringen tillsattes en arbetsgrupp på Socialdepartementet som fick i uppdrag att utarbeta ett förslag kring karensavdrag. I maj 2004 publicerades promemorian Karensavdrag i stället för karensdag (S2004/4290/SF). Promemorian remitterades och en majoritet av remissinstanserna ansåg att karensavdrag skulle leda till en mer rättvis självrisk för de arbetstagare som hade koncentrerad arbetstid. De remissinstanser som avstyrkte förslagen gjorde det med hänvisning till att förslagen skulle medföra ökade administrativa kostnader och att det var rimligt med karensavdrag inom ramen för sjuklönelagen, förkortad SjLL, men inte för personer som inte omfattas av sjuklöneperiod i

början av sjukfall. Arbetsgivarverket lyfte i sitt remissvar att problemen med en orättvis karens för anställda med koncentrerad arbetstid bäst löses genom kollektivavtal och att det på det statliga området redan fanns avtal om sjukavdrag vid koncentrerad arbetstid. Den dåvarande regeringen valde att inte gå vidare med förslagen.

Under 2000-talet diskuterades försäkringsskyddet under kort sjukfrånvaro, däribland hur beräkningen av ersättningsunderlaget och storleken på golv och tak i sjukförsäkringen skulle utformas. Strukturella förändringar på arbetsmarknaden påverkade också diskussionen om karens under perioden. Utvecklingen medförde ökad uppmärksamhet för karensregler för de försäkrade som inte omfattades av sjuklön, särskilt för gruppen egenföretagare.

Karensdag ersätts av karensavdrag under 2010-tal

Frågan om karensavdrag lyftes åter 2015 av den parlamentariska socialförsäkringsutredningen i betänkandet Mer trygghet och bättre försäkring (SOU 2015:21). Betänkandet innehöll ett principförslag om att ersätta karensdagen med ett karensavdrag som skulle uppgå till 20 procent av en genomsnittlig veckoersättning. Det angavs att den närmare utformningen av karensavdrag fick göras i den vidare beredningen av frågan. Remissinstanserna var generellt positiva till den föreslagna regeländringen. Flera instanser lyfte att det var önskvärt att arbetsmarknadens parter närmare fick utforma karensavdraget. Flera instanser efterfrågade en utvecklad konsekvensanalys avseende effekter för arbetsgivare, däribland hur administrativa kostnader samt kostnader för sjuklön skulle påverkas av förslaget.

2017 remitterades lagförslag för att ersätta karensdag med karensavdrag (Ds 2017:18). Syftet med införandet av ett karensavdrag uppgavs i första hand vara att uppnå en mer rättvis självrisk i samband med sjukfrånvaro. Ett annat syfte var att avdraget skulle bli detsamma för den försäkrade oavsett när sjukfrånvaron inträffar. Karensdagen bedömdes innebära att arbetstagare med koncentrerad arbetstid kunde drabbas av en relativt stor inkomstförlust om karensdagen inföll en dag då de skulle ha arbetat många timmar. Karensdag för arbetstagare med koncentrerat

deltidsarbete bedömdes också kunna innebära ett procentuellt sett högt avdrag vid karensdag.

Remissinstanserna var generellt positiva till den föreslagna regeländringen. Flera ansåg att ett karensavdrag innebar en mer rättvis självrisk jämfört med karensdagen. Vidare pekade flera på att förändringen skulle vara positiv för arbetstagare med ojämn arbetstid. Några framhöll även att regeländringen hanterade tidigare problem att vissa arbetstagare kunde sjukanmäla sig sent på dagen och då få ett relativt litet avdrag för karens och att den föreslagna regleringen därför skulle öka försäkringsmässigheten i försäkringen.

Många av remissinstanserna som representerade arbetsgivare lyfte dock att förslaget troligtvis skulle innebära kostnader för arbetsgivare, både i form av anpassade lönesystem och i form av ökade sjuklönekostnader. Det gällde särskilt för de arbetsgivare som hade en större andel arbetstagare med ojämna arbetstider (som kommuner och landsting) och för mindre arbetsgivare som hade sämre tillgång till automatiserade lönesystem. Flera remissinstanser lyfte också behov av en utvecklad konsekvensanalys.

Ett återkommande inspel från arbetsmarknadens parter var att de ställde sig positiva till att de även fortsättningsvis skulle få förutsättningar att avtala om den närmare beräkningen av sjuklön och karensavdrag.

Arbetet utmynnade i propositionen Karensavdrag – en mer rättvis självrisk (prop. 2017/18:96) och den 1 januari 2019 infördes ett lagstadgat karensavdrag i sjuklönelagen och i socialförsäkringsbalken, förkortad SFB.

Reformen kring karensavdrag är det mest centrala som inträffade avseende karens under 2010-talet, men under perioden lyftes även andra politiska förslag rörande karens för grupper av försäkrade som inte är anställda. T.ex. genomfördes förändringar för företagare i de sociala trygghetssystemen (prop. 2009/10:120). Under perioden har det funnits ett intresse att utjämna skillnader och skapa större likformighet mellan olika grupper av försäkrade. Intresset har varit fokuserat på att fånga upp och stärka skyddet för egenföretagare och i viss mån också för studenter och behovsanställda.²⁷ Under 2008 och 2009 utarbetades förslag om att förlänga karenstiden i den allmänna sjukförsäkringen från 1 till 7 dagar för egenföretagare

²⁷ Se exempelvis inspel i karensfrågan i den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).

(SOU 2008:89, prop. 2009/10:120) Regeländringen infördes den 1 juli 2010, och innebar att den grundläggande karenstiden förlängdes till sju dagar för egenföretagare. Gruppen fick även utökade möjligheter att välja antal karensdagar. Sedan tidigare hade egenföretagare kunnat välja mellan tre och 30 karensdagar. De nya alternativen blev 14, 30, 60 och 90 karensdagar. De egenföretagare som valde en längre karenstid fick en något lägre sjukförsäkringsavgift.

4.2 Karensfrågan i dagens kontext

I detta avsnitt beskrivs hur regleringen av karens och samtalet om karens har utvecklats under och efter covid-19-pandemin.

Nya risker med smittspridning under pandemin

I början av 2020 upptäcktes de första fallen av personer som smittats av coronaviruset SARS-Cov-2 i Sverige och den 10 mars 2020 bedömde Folkhälsomyndigheten att det förelåg en samhällsspridning av viruset, en pandemi. I mars 2020 gick Folkhälsomyndigheten ut med en rekommendation att personer med symptom som kunde bero på covid-19, som halsont, snuva eller hosta, skulle stanna hemma för att minska risken för smittspridning. Vidare gavs rekommendationer till arbetsgivare att överväga att låta anställda som hade möjlighet att arbeta på distans från hemmet göra det. Åtgärden var tänkt att ha en dämpande effekt på smittspridningen och på så vis avlasta sjukvården (Folkhälsomyndigheten 2020).²⁸

I februari 2022 togs de flesta åtgärderna mot covid-19 bort, men personer som var sjuka med symptom som kunde vara covid-19 skulle fortsatt stanna hemma och undvika nära kontakt med andra (Folkhälsomyndigheten 2020a). Personer med kontorsarbete har i många fall haft möjligheter att följa rekommendationerna att arbeta hemifrån vid lättare förkylningssymtom. Samma möjligheter har inte funnits för personer i exempelvis så kallade kontaktyrken.

²⁸ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/personer-over-70-bor-begransa-sociala-kontakter-tills-vidare/>

Skillnader i risk för sjukfrånvaro mellan olika grupper under pandemin

En analys från Försäkringskassan (2022a) pekar på att risken för sjukfrånvaro med ersättning från sjukförsäkringen ser ut att ha ökat bland arbetstagare i vissa yrkesgrupper och minskat i andra under pandemin, jämfört med före pandemin. Yrkesgrupper med många sysselsatta som utför kontorsarbete har generellt fått en lägre risk för längre sjukfrånvaro²⁹ under pandemin jämfört med före pandemin. Det kan bero på att de i stor utsträckning har arbetat på distans och har då i lägre grad utsatts för smittorisk på arbetet, både för covid-19 och för andra säsongsvirussjukdomar. De har också i lägre grad behövt avstå från arbete om de har drabbats av covidliknande symtom. Behov av sjukförsäkringen kan därmed ha minskat hos dessa grupper som har haft möjlighet att distansarbete.

Risken för längre sjukfrånvaro ser ut att ha ökat bland arbetstagare inom andra yrkesgrupper som inte har möjlighet till distansarbete, exempelvis inom kvinnodominerade kontaktyrken i vård, skola och omsorg. För dessa arbetstagare har pandemin dessutom, förutom att leda till högre risk att utsättas för smitta på arbetet, inneburit en ökad risk för högre arbetsbelastning.

Under pandemin började fler av arbetstagarorganisationerna som företräder kontaktyrken lyfta att självrisk i form av karens är problematisk i det fall staten vill begränsa smittspridning. Det lyftes farhågor att karensreglerna kunde bidra till smittsam sjuknärvaro, om personer med symptom på luftvägsburet virus inte stannar hemma och isolerar sig utan väljer att gå till arbetet för att inte drabbas av inkomstförlust. När större grupper av anställda började distansarbete hemifrån tillkom också nya argument mot karens. Några av arbetstagarorganisationerna som företräder arbetstagare med kontaktyrken lyfte att karensavdraget blir orättvist när många av dem som har möjlighet att arbeta hemifrån inte drabbas av karens i lika hög omfattning som dem som saknar möjligheten till distansarbete.³⁰

²⁹ Med längre sjukfrånvaro avses i detta sammanhang sjukfrånvaro som överskrider 14 dagar.

³⁰ Se exempelvis LO (2022)

Under pandemin införs en ersättning för karens

Regeringen införde flera särskilda regleringar med anledning av pandemin 2020. En informationsbestämmelse infördes i socialförsäkringsbalken om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer vid extraordinära händelser i fredstid kan meddela föreskrifter om undantag från bl.a. bestämmelserna om sjukpenning och karens i 27 och 28 kap. SFB (2 kap. 5 a § SFB). Vidare infördes en reglering i SjLL (2 a §) och förordning (förordningen [2022:79] om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19) som innebar att arbetsgivare fick ersättning från staten för hela eller delar av sjuklönekostnaden.

För att underlätta för personer att stanna hemma vid sjukdom beslutade regeringen om en ersättning för karens under perioden den 7 april 2020 till och med den 30 september 2021 och perioden den 8 december 2021 till och med den 31 mars 2022. Ersättningen lämnades i form av ett schablonbelopp, som mest 810 kronor per dag (Förordningen om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19). Under stora delar av pandemin kunde försäkrade därmed ansöka om ersättning för den karens som vanligtvis inleder en sjukperiod. Arbetstagare med sjuklön har kunnat få ersättning för hela eller delar av det karensavdrag som arbetsgivaren gjort på sjuklönen. Egenföretagare har i stället kunnat få ersättning för karens i upp till 14 dagar i sjukperiodens början. Arbetslösa, anställda utan sjuklön och föräldralediga som normalt får karensavdrag på sjukpenning, har under perioden kunnat få sjukpenning som vanligt, men utan ett karensavdrag.

En majoritet av arbetsmarknadens parter var positiva till att den tillfälliga ersättningen för karens infördes under pandemin, men flera ansåg att ersättningen i form av ett schablonbelopp i många fall var för låg i förhållande till karensavdraget.³¹

³¹ Samtal mellan Karensutredningen och arbetsmarknadens parter, Arbetsgivarverket (AGV), Landsorganisationen i Sverige (LO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Sveriges kommuner och regioner (SKR), Kommunala företagens arbetsgivarorganisation (Sobona), Svenskt näringsliv och Tjänstemännens centralorganisation (TCO), i september 2022.

Förslag om nya undantag från karens

Mot bakgrund av den ovissa utvecklingen av sjukdomen covid-19 bedömdes det vara lämpligt att under en begränsad tid underlätta möjligheten för vissa arbetstagare att avstå från att gå till arbete med förkylningssymptom.

I december 2020 remitterade Socialdepartementet promemorian Vissa undantag från bestämmelserna om karensavdrag (S2020/09429) med förslag till ändringar i sjuklönelagen som innebar att parterna i kollektivavtal skulle kunna förhandla bort karensavdraget om det fanns särskilda skäl för det. Sådana skäl ansågs vara om arbetstagare i sitt yrkesutövande möter personer som på grund av sin ålder, funktionsnedsättning eller sjukdom antingen riskerar att bli allvarligt sjuka eller att ett redan allvarligt tillstånd förvärras om de insjuknar i en infektionssjukdom, till exempel covid-19. Undantaget från karensavdrag bedömdes i första hand gälla anställda inom vård och omsorg, men även andra grupper som i sin yrkesutövning träffar många personer i de ovan nämnda riskgrupperna. Undantaget föreslogs endast gälla för personer som omfattas av sjuklönelagen och skulle därmed inte omfatta personer som saknar sjuklön och i stället får sjukpenning enligt socialförsäkringsbalken direkt vid inledningen av en sjukperiod. Mot bakgrund av att möjligheten att slopa karensavdrag skulle kunna ha en negativ effekt på samhällsekonomin ansågs att denna möjlighet borde prövas under en kortare tid. Därför föreslogs att möjligheten för arbetsmarknadens parter att genom kollektivavtal komma överens om att det inte ska göras något karensavdrag för vissa arbetstagare skulle gälla för perioden den 1 augusti 2021 till och med den 31 januari 2023.

Remissinstanserna var generellt positiva till att Socialdepartementet utredde möjligheten till fler insatser för att minska smittspridningen under pandemin, men få ansåg att utformningen av det föreslagna undantaget skulle uppnå syftet.

Flera remissinstanser ansåg att förslaget inte tillräckligt tydligt klargjorde vilka grupper som skulle omfattas av undantaget. Flera pekade ut att skrivningen om särskilda skäl var otydlig och skulle leda till gränsdragningsproblematik avseende vilka grupper av arbetstagare som skulle omfattas.

Många remissinstanser ansåg att de var problematiskt att endast försäkrade med sjuklön skulle omfattas av förslaget och att grupper av försäkrade som timanställda eller behovsanställda därmed exkluderades. Några remissinstanser påtalade att behovsanställda och timanställda troligtvis rör sig mer mellan olika arbetsplatser, exempelvis inom vård och omsorg, jämfört med grupper som omfattas av sjuklön. I förlängningen ansåg vissa remissinstanser att förslaget om att undanta vissa yrkesgrupper från karens genom kollektivavtal inte var tillräckligt träffsäkert för att skydda särskilt utsatta grupper från infektionssmitta.

Flera remissinstanser ansåg vidare att förslaget inte låg i linje med intentioner om en allmän och generell sjukförsäkring. Några formulerade det som att undantaget riskerade att urgröpa grundläggande socialförsäkringsprinciper om riskgruppsutjämning i hela försäkringskollektivet. Andra tyckte att det var problematiskt att förslaget inte innebar likvärdiga försäkringsvillkor för samtliga försäkrade eller likvärdig självrisk i reglerna om rätt till ersättning vid sjukdom.

Flera remissinstanser påtalade att förslaget i förlängningen innebar att staten skulle vältra över kostnader för karensavdrag för vissa yrkesgrupper på arbetsgivare och att detta inte var rimligt. Några remissinstanser efterfrågade också mer utvecklade konsekvensanalyser.

Några av de remissinstanser som företräder arbetstagare lyfte att undantag via kollektivavtal skulle riskera att påverka det så kallade löneutrymmet för de avtalsområden som omfattas, vilket skulle riskera att komplicera ordinarie avtalsförhandlingar. Några arbetstagarorganisationer var dock försiktigt positiva till möjligheten att undanta vissa yrkesgrupper från karensavdrag i ett första steg, men flera av dessa lyfte samtidigt att de skulle föredra ett helt slopat karensavdrag.

I remissvaret från Arbetsdomstolen framhölls att det redan var möjligt för parterna att förhandla om karensavdraget inom ramen för den nuvarande lagstiftningen. Arbetsdomstolen angav att avtal, inklusive kollektivavtal, om till exempel karensavdragets storlek eller förekomst är ogiltiga bara om de innebär att arbetstagarens rättigheter enligt den lagen upphävs eller inskränks (2 § SjLL). Ett avtal om att förhandla bort karensavdrag skulle inte innebära inskränkningar av arbetstagarens rättigheter enligt lagen, utan

i stället utvidga dem genom att leda till högre sjuklön eller lägre karensavdrag än vad lagen föreskriver. Arbetsdomstolens tolkning var att sjuklönelagen ger arbetstagare rätt till sjuklön, men att lagen inte hindrar kollektivavtal eller personliga avtal som ger arbetstagaren rätt till bättre förmåner vid sjukdom. Mot bakgrund av Arbetsdomstolens bedömning beslutade regeringen att inte gå vidare med förslaget.

Översyn av reglerna för karens

Den 24 mars 2022 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare som skulle se över reglerna för karens och sjuklön (dir. 2022:23). Syftet med översynen var att reglerna för karens och sjuklön skulle få en utformning som bidrog till att inkomstbortfall under sjukdom bärs på ett mer solidariskt och fördelningspolitiskt träffsäkert sätt samt motverkade riskerna för sjuknärvaro. Utredningen (S 2022:02) som kom att kallas Karensutredningen påbörjade sitt arbete i maj 2022 och skulle redovisa ett betänkande senast den 29 september 2023.

Den 26 januari 2023 beslutade regeringen att Karensutredningens arbete skulle upphöra i dess dåvarande form (S2023/00383). Behovet av en översyn bedömdes alltjämt kvarstå men det bedömdes att uppdraget behövde förändras och förtydligas samt knytas närmare Regeringskansliets arbete. Därför fattades beslut om att tillsätta en arbetsgrupp inom Regeringskansliet med uppdrag att göra en översyn av nuvarande utformning av karensavdraget och vid behov föreslå förändringar (bilaga 1 och 2).

5 Svenska regler i ett nordiskt perspektiv

Det här kapitlet innehåller en jämförelse av skillnader och likheter mellan sjukförsäkringen i de nordiska länderna (Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige), med särskilt fokus på ersättningssystem vid kortare sjukfrånvaro och utformning av självrisk i systemen. Den komparativa genomgången baseras både på offentligt tryck från de olika länderna, från internationella organisationer, samt intervjuer med representanter för departement och förvaltningsmyndigheter som administrerar sjukförsäkringen i de olika länderna³².

I bilaga 3 finns en längre genomgång av sjukförsäkringarna i de nordiska länderna. Genomgången innehåller information om villkor för rätt till ersättning, ersättningens längd och storlek, sjuklöneperiod, självrisk, kontrollfunktion, eventuella högriskskydd, kompletterande försäkringar samt tillfälliga regler i samband med covid-19-pandemin.

5.1 Utformning av sjukpenning och sjuklön skiljer sig mellan de nordiska länderna

I de nordiska länderna administreras sjukförsäkringen generellt sett av det offentliga genom statliga myndigheter. Danmark är dock ett undantag, där kommunerna ansvarar för administrationen av sjukförsäkringen. De danska kommunerna kompenseras dock helt eller delvis av staten för utgifterna. I Tabell 5.1 nedan går vi igenom system för sjuklön och sjukpenning i de nordiska länderna.

³² Intervjuer har genomförts med tjänstemän från Styrelsen för arbetsmarknad och rekrytering i Danmark, Social- och Arbetsmarknadsdepartementet i Finland, Arbets- och Inkluderingsdepartementet i Norge, samt Sjukvårdskassan på Island (Sjúkratryggingar Íslands).

Tabell 5.1 Utformning av sjuklön och sjukpenning i de nordiska länderna

Klicka här för att ange tabellens underrubrik.

	Sjuklön	Sjukpenning
Sverige	Anställda har i normalfallet 14 dagars sjuklön från arbetsgivaren. Sjuklönen är 80 procent av lönen och andra anställningsförmåner.	Den inkomstrelaterade sjukpenningen motsvarar knappt 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten upp till ett tak på 43 750 SEK i månaden.
Norge	Anställda har i normalfallet 16 dagars sjuklön från arbetsgivaren. Sjuklönen motsvarar den ordinarie lönen upp till ett tak på knappt 669 000 NOK per år (motsvarar en inkomst på 58 100 SEK i månaden). Vissa arbetsgivare ersätter även inkomster över taket under sjuklöneperioden.	Den inkomstrelaterade sjukpenningen motsvarar 100 procent av den sjukpenninggrundade inkomsten upp till ett tak på 669 000 NOK per år (motsvarar 58 100 SEK i månaden).
Danmark	Anställda har 30 dagars sjuklön från arbetsgivaren. Sjuklönen är 100 procent av den ordinarie lönen.	Den inkomstrelaterade sjukpenningen motsvarar 100 procent av den ordinarie lönen, upp till ett tak på 4460 DKK per vecka (motsvarar 29 500 SEK i månaden).
Finland	Anställda har minst 10 dagars sjuklön från arbetsgivaren. Många anställda får sjuklön under en till två månader enligt kollektivavtal. Om anställningen har varat minst en månad, är sjuklönen 100 procent av den ordinarie lönen, annars betalas 50 procent av lönen ut.	Den inkomstrelaterade sjukpenningen motsvarar i normalfallet 70 procent av inkomsten, upp till ett tak på 32 800 euro per år (motsvarar 34 200 SEK i månaden). Personer med årsinkomst på högst 12 800 euro får i stället minimidagpenning.
Island	Anställda har enligt lag rätt till minst två dagars sjuklön från arbetsgivaren för varje arbetad månad. Antal dagar med sjuklön varierar mellan olika kollektivavtal och många anställda får sjuklön under en lång period. Sjuklönen motsvarar lön för normal arbetstid.	Sjukpenning på grundnivå är en fast ersättning på cirka 2 000 ISK per dag (motsvarar 5 000 SEK i månaden). Sjukpenning betalas inte ut för de dagar en anställd får sjuklön.

Anm. Beloppen avser 2023 om inget annat anges i tabellen. Belopp i SEK är framtaget i juni 2023.

I samtliga nordiska länder finns en sjuklöneperiod där anställda i normalfallet får ersättning från sin arbetsgivare i början av sjukfallet. Längden på sjuklöneperioden varierar i olika länder. I Danmark är sjuklöneperioden 30 dagar, i Norge 16, i Sverige 14 och i Finland 10

dagar³³. I både Finland och Danmark förlängs sjuklöneperioden ofta genom kollektivavtal. På Island har varje löntagare enligt lag rätt till minst två dagars sjuklön från arbetsgivaren för varje arbetad månad. I andra avseenden bestäms rätt till sjuklön genom kollektivavtal, vilket gör att antal dagar med sjuklön varierar. I allmänhet gäller att ju längre en person har arbetat hos samma arbetsgivare, desto fler dagar med sjuklön har personen rätt till.

Ersättningen vid sjuklön motsvarar i samtliga länder utom i Sverige lön för normal arbetstid. I Norge finns dock ett tak för inkomster som ersätts av sjuklön, men vissa arbetsgivare ersätter även inkomster över taket. I Sverige uppgår ersättningsnivån vid sjuklön till 80 procent av lönen och under sjuklöneperioden finns inget inkomsttak. I Sverige utges i praktiken inte någon sjuklön i början av sjukfall eftersom ett karensavdrag tillämpas.

Sjukförsäkringssystemen är obligatoriska i samtliga nordiska länder men kvalifikationskraven varierar. Även ersättningsnivån och ersättningsperioden varierar mellan länderna.

Alla nordiska länder utom Island har inkomstrelaterade ersättningar vid sjukdom i form av sjukpenning. Det finns dock skillnader i nivån på sjukpenningen. I Norge är ersättningsnivån 100 procent, i Sverige 80, och i Finland 70 procent. I Danmark beräknas sjukpenningen utifrån den anställdes timlön men kan uppgå till högst 4 460 danska kronor per vecka³⁴. Även Sverige och Norge tillämpar tak i försäkringen, det vill säga en inkomstgräns upp till vilken sjukpenningen beräknas på. Inkomster över taket ersätts inte. I Finland är i stället beräkningsgrunden för ersättningsnivån annorlunda för inkomster över en viss nivå. På Island ges sjukpenning i form av en fast dag ersättning på cirka 2 000 isländska kronor, vilket motsvarar cirka 170 SEK³⁵. Samtidigt som individen mottar sjukpenning på Island, har de allra flesta också rätt till ersättning från sin fackförenings sjukkasse. Ersättningens storlek och längd beror på den aktuella fackföreningens kollektivavtal, men i allmänhet betalar fackföreningar upp till 80 procent av lönen upp till ett tak, under en begränsad tidsperiod som vanligtvis är runt sex månader. Med andra ord utmärker det isländska systemet sig genom

³³ Om anställningen har varat mer än en månad får arbetstagaren sjuklön för insjuknandedagen, och följande 9 veckodagar (måndag till lördag) enligt Arbetsavtalslag 55/2001.

³⁴ Beloppet avser 2023.

³⁵ Beloppet är framtaget i juni 2023.

att det offentliga sjukförsäkringssystemet i normalfallet inte är den primära inkomstkällan vid sjukdom.

I samtliga nordiska länder är ersättningarna från sjukförsäkringssystemet skattepliktig inkomst.

5.2 Sverige är i dagsläget det enda nordiska landet som har karenstid för anställda som omfattas av sjuklönen

De allra flesta försäkringar har någon form av självrisk, alltså en kostnad, som försäkringstagaren själv behöver stå för vid ett försäkringsfall. Sjukförsäkringarna i de nordiska länderna innehåller olika former av självrisker. Det kan både vara i form av att ersättningsnivåer inte fullt ut kompenserar det inkomstbortfall som den försäkrade drabbas av vid sjukdom. Vissa grupper av försäkrade har också självrisk i form av karenstid i början av sjukfall. I de nordiska länderna saknas vanligtvis karenstid för arbetstagare som omfattas av sjuklönen i början av sjukfall³⁶. På europeisk nivå är det vanligare med karenstid i den statliga sjukförsäkringen innan arbetsgivaren betalar ut sjuklönen. Det är relativt vanligt med tre karenstid³⁷ innan ersättning betalas ut.

I Tabell 5.2 nedan visas självrisker i de nordiska ländernas sjukförsäkringssystem.

Tabell 5.2 Utformning av självrisk i de nordiska ländernas sjukförsäkringar

Fördelat på självrisk för anställda respektive egenföretagare

	Självrisk för anställda	Självrisk för egenföretagare
Sverige	Ja, det finns ett karenstid för anställda och andra grupper av försäkrade som motsvarar 20 procent av en veckas sjuklönen, eller sjukpenning.	Egenföretagare omfattas av särskilda karenstidregler och har i normalfallet 7 karenstid dagar med möjlighet att välja att ha fler eller färre dagar (1, 14, 30, 60 eller 90 dagar).

³⁶ Regeringen i Finland har dock meddelat att de avser att införa en karenstid för arbetstagare under mandatperioden. En sådan karenstid skulle i så fall införas för den första dagen i en sjuklöneperiod enligt Arbetsavtalslag 55/2001.

³⁷ Av 27 medlemsländer i EU har 12 länder karenstid. Det är vanligast med tre karenstid dagar för anställda, vilket följande nio länder har: Österrike, Cypern, Estland, Frankrike, Irland, Italien, Malta, Portugal, och Spanien, (MISSOC databas 2022-07-01).

	Självrisk för anställda	Självrisk för egenföretagare
	Försäkringen innehåller även självrisk efter karensen. Anställda har sjuklön som motsvarar 80 procent av lönen och andra anställningsförmåner. Den efterföljande sjukpenningen motsvarar knappt 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Försäkringen täcker inkomster upp till ett tak på 10 prisbasbelopp (motsvarande 43 750 SEK i månaden).	Sjukpenning motsvarar knappt 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Försäkringen täcker inkomster upp till ett tak på 10 prisbasbelopp (motsvarande 43 750 SEK i månaden).
Norge	Ingen självrisk för anställda, som inte har karenser, och där ersättningen motsvarar 100 % av inkomstunderlaget. Det finns ett inkomsttak både under tid med sjuklön, och sjukpenning. Försäkringen täcker inkomster upp till 668 862 norska kronor per år (motsvarande 719 000 SEK).	Egenföretagare har i normalfallet en väntetid (motsvarande karenser) de första 16 dagarna, men kan teckna en frivillig försäkring för att slippa väntetiden. För egenföretagare uppgår sjukpenningen till 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, och de har därmed en självrisk även efter karenserperioden. Försäkringen täcker inkomster upp till 668 862 norska kronor per år (motsvarande 719 000 SEK).
Danmark	Ingen karenser för anställda. Eftersom sjuklönen motsvarar tidigare lön, finns det därmed ingen självrisk den första månaden av sjukfallet för anställda. Efter 30 dagar beviljas i stället sjukpenning. Inom den statliga försäkringen finns ett inkomsttak, där endast inkomster på max 4 550 DKK per vecka före skatt kan försäkras.	För egenföretagare finns en karenserperiod på 14 dagar, men de har möjlighet att teckna frivillig kompletterande försäkring för att få ersättning tidigare. Sjukpenningen motsvarar samma nivå som för anställda. Endast inkomster på max 4 550 DKK per vecka före skatt kan försäkras.
Finland	Ja, det finns en självrisktid på 10 dagar för anställda inom den statliga sjukpenningen. Under denna period omfattas dock majoriteten av anställda av sjuklön från arbetsgivare.	Egenföretagare har en dags karenser och lantbrukare har tre dagars karenser.

	Självrisk för anställda	Självrisk för egenföretagare
	Sjukpenning innehåller även självrisk eftersom den i normalfallet uppgår till 70 procent av inkomsten. Den statliga sjukförsäkringen täcker inkomster upp till ett tak på 34 043 euro per år (motsvarande 35 500 SEK i månaden).	Sjukpenning innehåller även självrisk eftersom den i normalfallet uppgår till 70 procent av inkomsten. Den statliga sjukförsäkringen täcker inkomster upp till ett tak på 34 043 euro per år (motsvarande 35 500 SEK i månaden).
Island	Ja, 14 karensdagar inom den statliga sjukpenningen. Under denna period omfattas dock de flesta anställda av sjuklön och påverkas i praktiken inte av karensen. Under period med sjuklön finns ingen större självrisk i systemet för anställda eftersom sjuklönen motsvarar ordinarie lön. Personer som inte omfattas av sjuklön har dock en omfattande självrisk eftersom de har 14 karensdagar, och att ersättning i form av sjukpenning är en fast dag ersättning på cirka 2000 isländska kronor (ca 170 SEK).	Egenföretagare har 14 karensdagar. Sjukpenning är en fast dag ersättning på cirka 2000 isländska kronor (ca 170 SEK).

Anm. Belopp avser 2023 om inget annat anges. Belopp i SEK är framtaget i juni 2023

I Sverige finns karens för alla grupper av försäkrade. Personer med sjukpenninggrundande inkomst som baseras på inkomst från anställning får karensavdrag i början av sjukfall. För anställda motsvarar karensavdraget 20 procent av en veckas sjuklön och ett motsvarande avdrag görs för försäkrade som får sjukpenning i början av sjukfall. Egenföretagare har i stället karensdagar.

Några av de andra nordiska länderna har också system med karens, men de grupper av försäkrade som omfattas av sjuklöneperiod påverkas inte av karensen. I Norge, Danmark, Finland och på Island finns karensdagar för egenföretagare. I Norge och Danmark kan egenföretagare med väsentligt förhöjd risk för sjukfrånvaro på grund av långvarig eller kronisk sjukdom slippa karensdagar och få ersättning från första sjukdagen. I Norge och Danmark finns också möjlighet för egenföretagare att teckna försäkringar för att få ersättning under karensperioden.

På Island finns det en 14 dagar lång karensperiod inom den statliga sjukpenningen, men då sjukpenningen innebär en relativt låg,

fast dagersättning och så gott som alla anställda omfattas av sjuklön (och om så inte är fallet av inkomstrelaterad ersättning från fackförbundets sjukkasse), så påverkas endast vissa grupper av försäkrade av karenperioden. I ett nordiskt perspektiv utmärker sig därmed Sverige som det enda landet som har karen för anställda som omfattas av sjuklön.

Efter eventuell karen finns olika självrisker i de nordiska ländernas sjukförsäkringar genom att ersättningsnivåerna för sjuklön och sjukpenning mer sällan fullt ut kompenserar det inkomstbortfall som den försäkrade drabbas av vid sjukdom. Ersättning vid sjuklön motsvarar i samtliga länder utom i Sverige lön för normal arbetstid. Generellt är ersättningen lägre under period med sjukpenning än med sjuklön i de nordiska länderna.

5.3 Kontrollfunktioner i form av krav på läkarintyg och uppföljning av sjukfall

Samtliga nordiska länder använder sig också av någon form av kontrollfunktion i sjukförsäkringssystemet. I Tabell 5.3 nedan visas utformning av kontrollfunktion i de nordiska ländernas sjukförsäkringssystem.

Tabell 5.3 Utformning av kontrollfunktioner i de nordiska ländernas sjukförsäkringar

Fördelat på läkarintyg och uppföljning av sjukfrånvaro

	Läkarintyg	Uppföljning av sjukfrånvaro
Sverige	Ja, krav på läkarintyg fr.o.m. 8 dagars sjukfrånvaro. Vid särskilda skäl kan Försäkringskassan besluta om krav på läkarintyg från första dagen på en sjukperiod.	Arbetsgivare behöver ta fram en plan för återgång i arbete om medarbetaren förväntas vara sjukskriven i minst 60 dagar. Försäkringskassan kan begära in planen om informationen behövs för handläggningen.

	Läkarintyg	Uppföljning av sjukfrånvaro
Norge	Ja, arbetsgivare kan kräva läkarintyg från tredje sjukdagen, men i många fall finns möjlighet till egenmelding (sjukanmälan utan krav på läkarintyg). Arbetsgivaren har rätt att neka arbetstagare att bruka egenmelding vid särskilda skäl. För rätt till statlig sjukpenning krävs läkarintyg.	Inom en månad från sjukfallets start ska den anställde och arbetsgivaren ta fram en plan för återgång i arbete. När en person har varit sjukskriven i åtta veckor kontrollerar myndigheten Arbeids- og velferdsestaten (NAV) om personen uppfyller aktivitetsplikten. Innan sjukskrivning har pågått i sju veckor ska arbetsgivaren kalla till ett dialogmöte där planen följs upp. Ett nytt möte ska hållas efter sex månaders sjukskrivning.
Danmark	Arbetsgivare kan kräva läkarintyg under sjuklöneperioden. Kommunen kan kräva in ett läkarintyg om den försäkrade inte förväntas kunna återgå i arbete inom åtta veckor.	Senast fyra veckor efter sjukperiodens start ska arbetsgivaren och den anställde ha ett möte för att ta fram en plan för återgång i arbete. Kommunens jobbcenter ska kalla till ett uppföljningsmöte senast åtta veckor efter sjukperiodens start.
Finland	Ja, krav på läkarintyg senast fr.o.m. 10 dagars sjukfrånvaro. Under sjuklöneperioden varierar arbetsgivarnas krav gällande läkarintyg. För att beviljas den statliga sjukpenningen behövs ett läkarintyg.	Vid Folkpensionsanstalten (FPA) deltar vid behov en läkare inom försäkringsmedicin, i avgörandet av sjukpenning. Med utgångspunkt i läkarintyget bedömer FPA om den försäkrade kan ha nytta av rehabilitering. För den som är anställd gäller också att företagshälsovården ska bedöma arbetsförmågan efter att sjukpenning har betalats ut i 90 vardagar.
Island	Arbetsgivare kan kräva läkarintyg under sjuklöneperioden. För att beviljas statlig sjukpenning krävs läkarintyg.	

Klicka här för att ange Källa eller Anm.

I de nordiska sjukförsäkringarna är den primära kontrollfunktionen vid kortare sjukfrånvaro att läkarintyg ska styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom.

I Sverige ska arbetstagaren senast från och med den åttonde dagen av sjukfallet lämna in ett läkarintyg för att styrka nedsättning av

arbetsförmåga på grund av sjukdom. I övriga nordiska länder är kraven på när (och i vissa fall även om) läkarintyg ska inlämnas, mer flytande. Både i Danmark, Norge, Island och Finland finns möjlighet för arbetsgivare att kräva läkarintyg under sjuklöneperioden. I Norge ska den anställde vid sjukfrånvaro inkomma med antingen ett läkarintyg eller sjukanmälan utan läkarintyg (så kallad egenmelding). Om personen är frånvarande mer än tre dagar kan dock arbetsgivaren kräva in ett läkarintyg. I Finland varierar arbetsgivarnas krav gällande läkarintyg under sjuklöneperioden. Vissa arbetsgivare kräver ett läkarintyg för varje sjukdag, medan andra kräver ett intyg från den andra eller den tredje dagen. På Island kan arbetsgivaren begära in ett läkarintyg för att betala ut sjuklön.

För att beviljas statlig sjukpenning i de nordiska länderna krävs generellt att läkarintyg styrker nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Vid längre sjukfall tillämpas också olika typer av uppföljningsmöten som kontrollinstrument. I Danmark gäller att arbetsgivaren senast fyra veckor efter sjukperiodens start ska kalla den anställde till ett möte för att ta fram en plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren kan dock kalla till ett samtal redan innan detta möte. Kommunens jobbcenter kallar därefter till ett uppföljningsmöte senast åtta veckor efter sjukperiodens start. I Norge är det arbetsgivaren som har uppdraget att kalla den sjukskrivne till ett dialogmöte innan sjukskrivning har pågått i sju veckor om den sjukskrivne då inte befinner sig i en arbetsrelaterad aktivitet. I Finland har företagshälsovården ett särskilt uppdrag att bedöma arbetsförmågan efter att sjukpenning har betalats ut i 90 vardagar.

5.4 Några sjukförsäkringar i Norden innehåller särskilda skydd för försäkrade och arbetsgivare

Några av de nordiska länderna har särskilda stöd för försäkrade som riskerar återkommande sjukfrånvaro på grund av kroniska sjukdomar, eller till de arbetsgivare som riskerar höga sjuklönekostnader. I Sverige finns undantag från karensavdrag i form av högriskskydd. Det allmänna högriskskyddet innebär att det finns ett tak som gör att inte fler än tio karensavdrag ska göras under en tolv månaders period. Försäkrade som har en sjukdom som kan

antas medföra ett större antal sjukperioder kan också ansöka om att omfattas av ett särskilt högriskskydd, som gör att de slipper karensavdrag. I Norge kan egenföretagaren med en väsentligt förhöjd risk för sjukfrånvaro på grund av långvarig eller kronisk sjukdom få ersättning från första sjukdagen och slippa karensdagar.

Det finns även ersättningar till arbetsgivare som riskerar höga sjuklönekostnader. I Sverige finns ersättning för höga sjuklönekostnader som kompenserar arbetsgivare för sjuklönekostnader som överstiger en viss andel av den totala lönekostnaden. I budgetpropositionen för 2024 aviserar regeringen ett arbete för att avskaffa rätten att få ersättning för höga sjuklönekostnader. Norska och danska arbetsgivare kan få ersättning för sjuklönekostnader om den anställde har en väsentligt förhöjd risk för sjukfrånvaro på grund av långvarig eller kronisk sjukdom. Mindre privata arbetsgivare i Danmark har också möjlighet att teckna en försäkring som ger rätt till ersättning för sjuklönekostnader.

6 Korttidsfrånvaro vid sjukdom

Det finns sannolikt få länder som har så mycket statistik och analyser om sjukfrånvaro som Sverige. En förklaring till det är att det finns god tillgång till registeruppgifter för individer som får sjukpenning från Försäkringskassan. När det kommer till sjukfrånvaron under sjuklöneperioden är läget dock inte detsamma. Den statistik som finns att tillgå är den urvalsundersökning om sjuklöner som Statistiska centralbyrån (SCB) genomför och publicerar kvartalsvis. I det här kapitlet redovisas en analys av utvecklingen av den korta sjukfrånvaron sedan 2012 som baseras på den urvalsundersökningen. Statistiken syftar till att ge en bakgrund till kommande kapitel med fokus på karensavdraget. Den mesta av statistiken är ny information som inte tidigare har presenterats.

Resultatet visar att det finns stora skillnader i den korta sjukfrånvaron mellan grupper och att några av skillnaderna är ännu tydligare i dag än innan pandemin. Av redovisningen framgår också att majoriteten av alla sjukfall endast varar i några dagar samt att det finns tydliga trösklar vid både dag 7 och dag 14 i sjukperioden. Vi bedömer att trösklarna till viss del kan förklaras av kontrollfunktionen i sjuklönesystemet och den allmänna sjukförsäkringen, i form av krav på läkarintyg från dag 8 och ansökan om sjukpenning från dag 15. Slutligen visar en analys av korttidsfrånvaron vid sjukdom och vid vård av barn att det finns ett visst samspel mellan de båda trygghetssystemen bland föräldrar.

6.1 Utvecklingen av korttidsfrånvaron vid sjukdom

Korttidsfrånvaron vid sjukdom har en tydlig säsongsvariation, där arbetstagare oftare stannar hemma på grund av sjukdom under vinterhalvåret. Kvinnor är sjukfrånvarande i större utsträckning än

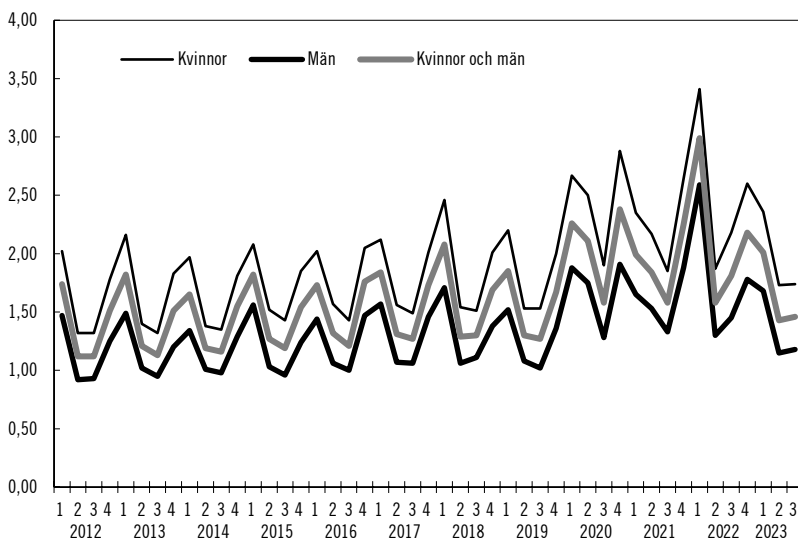
män. Sjukfrånvaron är också högre bland arbetstagare inom kommuner och regioner, jämfört med arbetstagare i andra sektorer. Sedan covid-19 pandemin syns ett tydligt trendbrott, med fler både sjukfall och sjukdagar. Störst ökning har skett bland arbetstagare inom kommuner och regioner. Från och med första kvartalet 2023 syns en tendens till återgång till nivåerna före pandemin. Det visar en genomgång av SCB:s konjunkturstatistik över sjuklöner, som redovisas i det här avsnittet. Det är dock för tidigt att bedöma om pandemin har medfört ändrade sjukfrånvaromönster på längre sikt.

Tydlig säsongvariation i utvecklingen av den korta sjukfrånvaron

SCB publicerar kvartalsvis konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju), som baseras på en urvalsundersökning riktad till arbetsgivare.³⁸ I figur 6.1 redovisas utvecklingen av antalet sjukdagar per arbetstagare och kvartal sedan år 2012.³⁹

Figur 6.1 Antal sjukdagar (dag 1–14) per arbetstagare och kvartal

Fördelad efter kön



Källa: KSju (SCB).

³⁸ För mer information om undersökningen, se SCB, *Statistikens framställning – konjunkturstatistik över sjuklöner*, AM0209, 2022.

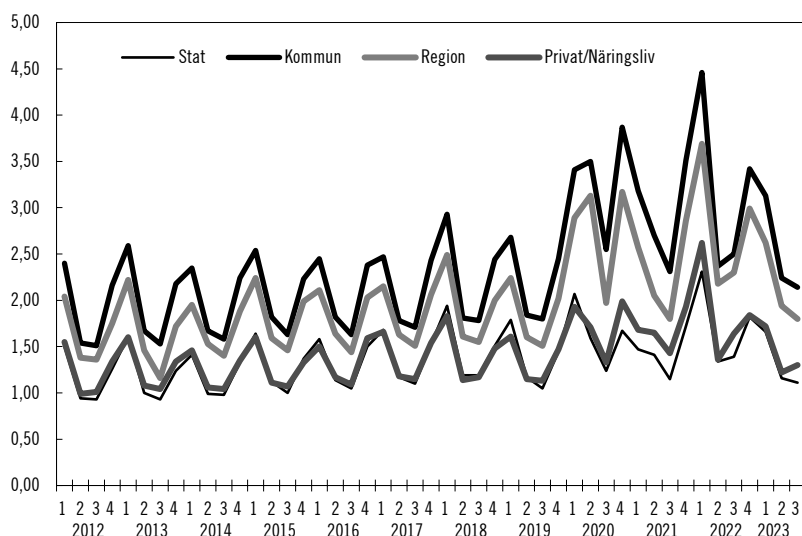
³⁹ Statistik finns tillgänglig från och med 2006. Men med anledning av en ändring i statistikens framställning 2011 redovisas endast uppgifter från och med 2012.

Figuren visar att kvinnor genomgående är sjukfrånvarande i större utsträckning än män. Kvinnor har under den studerade perioden i genomsnitt haft 40 procent fler sjukdagar med sjuklön per arbetstagarare än män. Könsskillnaderna vid korttidsfrånvaro vid sjukdom är mindre än vid längre sjukfrånvaro.⁴⁰ Det kan även skönjas en svagt uppåtgående trend fram till pandemiåren 2020–2022, då korttidsfrånvaron ökade kraftigt. En toppnotering kan noteras under det första kvartalet 2022. Vidare framgår av figuren en tydlig återkommande säsongvariation med fler dagar med sjuklön under vinterhalvåret. Med undantag för pandemiåret 2020 är korttidsfrånvaron vid sjukdom som störst under det första kvartalet varje år. Det sammanfaller med spridningen av säsongsvirus som influensa, som vanligtvis är som störst då.⁴¹

Tittar vi närmare på utvecklingen av dagar med sjuklön bland arbetstagarare i olika sektorer framkommer skillnader både mellan sektorer och inom sektorer över tid (se figur 6.2).

Figur 6.2 Antal sjukdagar (dag 1–14) per arbetstagarare och kvartal

Fördelad efter sektor



Anm.: Sedan andra kvartalet 2015 särredovisar SCB hushållens icke-vinstdrivande organisationer (HiO), som dessförinnan ingick i privat sektor. I figuren ovan exkluderas HiO från redovisningen.
Källa: KSju (SCB).

⁴⁰ Försäkringskassans sjukpenningtal, som mäter antalet nettodagar med sjukpenning per försäkrad och år, har under samma period varit cirka 75–90 procent högre för kvinnor än för män (se www.forsakringskassan.se)

⁴¹ Influensa – sjukdomsstatistik — Folkhälsomyndigheten (folkhalsomyndigheten.se).

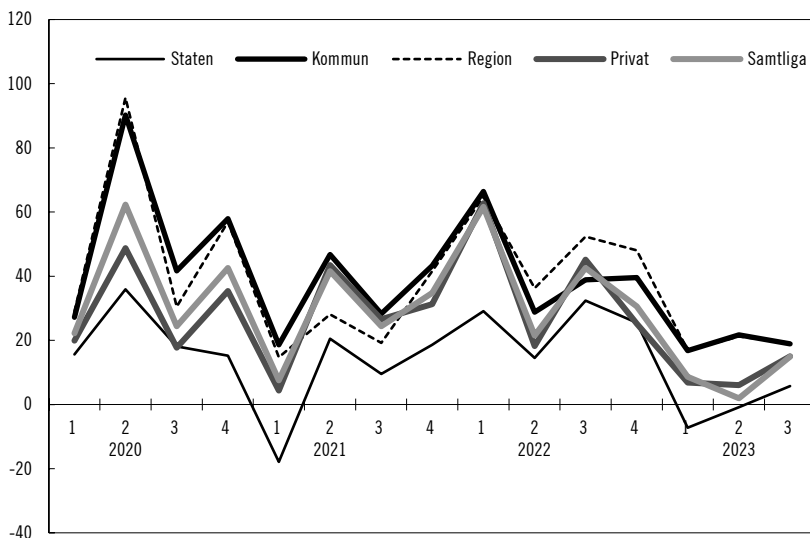
Under den studerade perioden har korttidsfrånvaron vid sjukdom genomgående varit som störst bland arbetstagare inom kommunal sektor, följt av anställda inom regioner. Statsanställda och anställda inom privata näringslivet har tydligt färre sjukdagar med sjuklön per anställd.

Nivåskifte i korttidsfrånvaron vid sjukdom i samband med pandemin

Av figur 6.2 framgår att pandemin under åren 2020–2022 hade störst påverkan på korttidsfrånvaron vid sjukdom bland arbetstagare inom kommuner och regioner. Det mönstret framkommer än tydligare i figur 6.3, som visar den relativa skillnaden i antalet sjukdagar i jämförelse med respektive kvartal 2019.

Figur 6.3 Relativ skillnad (procent) i antal sjukdagar per arbetstagare och kvartal 2020–2023 i jämförelse med samma kvartal 2019

Fördelning efter sektor



Källa: KSju (SCB), egna bearbetningar.

Inom kommuner och regioner var antalet sjukdagar per arbetstagare och kvartal nästan dubbelt så högt andra kvartalet 2020 som andra kvartalet 2019. Inom privata näringslivet var ökningen i antalet sjukdagar per arbetstagare under samma period hälften så stor.

Statlig sektor verkar över lag vara den sektor där korttidsfrånvaron vid sjukdom påverkats minst av pandemin.

Det är svårt att enbart baserat på detta underlag dra några generella slutsatser om möjliga förklaringar till observerade skillnader. Sannolikt är det flera faktorer som samspelar. En given hypotes är ändå att pandemin hade större påverkan på arbetsmiljön inom vård och omsorg än inom andra verksamheter. För många arbetstagare inom vård och omsorg innebar pandemin en ökad arbetsbelastning och en ökad stress på arbetet. Arbetsmiljöverket konstaterar att antalet anmälda arbetssjukdomar inom vård och omsorg ökade under pandemin⁴² och en undersökning av Corona-kommissionen beskriver ökad stress för vissa yrkesgrupper inom vård och omsorg.⁴³

Skillnader i möjlighet till distansarbete är en annan möjlig hypotes till att korttidsfrånvaron vid sjukdom har ökat mer bland arbetstagare inom kommuner och regioner än bland statsanställda. Den statliga sektorn utmärker sig med en större andel arbetstagare som har kunnat arbeta på distans från hemmet i någon omfattning under pandemin, jämfört med andra sektorer. Inom staten arbetade 75 procent av arbetstagarna på distans i någon omfattning under 2021. Motsvarande andel var 33 procent inom regioner och 42 procent inom kommunal sektor.⁴⁴ En arbetstagare som kan utföra vissa arbetsuppgifter på distans kan antas ha lättare att kunna kombinera lättare sjukdomstillstånd med förvärvsarbete, än en arbetstagare med arbetsuppgifter som inte kan utföras på distans.

En minoritet får sjukpenning från Försäkringskassan från början av sjukperioden

Arbetstagare som inte har rätt till sjuklön från en arbetsgivare kan i stället få sjukpenning från Försäkringskassan från första sjukdagen. Det gäller även egenföretagare⁴⁵, föräldralediga, öppet arbetslösa⁴⁶

⁴² Arbetsmiljöverket 2021, *Arbetsuskador 2020*, Arbetsmiljöstatistik, Rapport 2021:01.

⁴³ SOU 2021:89.

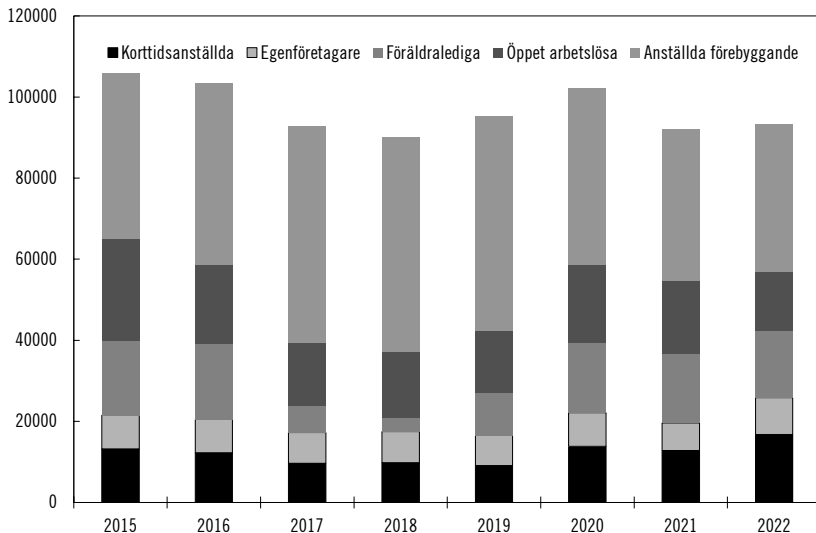
⁴⁴ Egna beräkningar utifrån SCB:s Arbetsmiljöundersökning 2021. Mer om utvecklingen av distansarbete beskrivs i kapitel 6.

⁴⁵ Egenföretagare får sjukpenning efter en karenstid på 1, 7, 14, 30, 60 respektive 90 dagar beroende på vald karenstid.

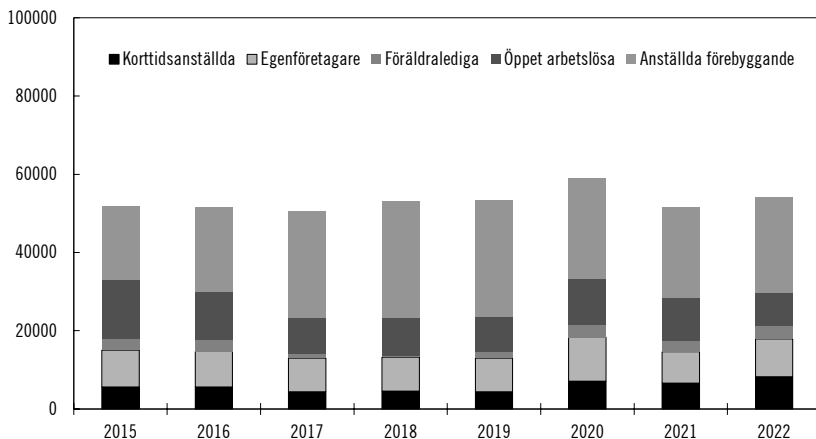
⁴⁶ Individer inskrivna i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd respektive utvecklingsersättning får vid förekomst av sjukdom bibehålla respektive förmån i upp till 30 dagar.

samt individer som genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som får sjukpenning i förebyggande syfte.

Figur 6.4 Antal påbörjade sjukfall med sjukpenning per år – kvinnor
Fördelat efter sysselsättning



Figur 6.5 Antal påbörjade sjukfall med sjukpenning per år – män
Fördelat efter sysselsättning



Anm.: Uppgifterna avser de sjukfall där sjukpenning betalas från början av sjukperioden. De sjukfall med sjukpenning som föregås av period med sjuklön, aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller studiebidrag ingår inte i redovisningen.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1 och 3.

Anställda med sjuklön står för 98 procent av alla påbörjade sjukfall under ett år. Det gäller både bland kvinnor och män. I figur 6.4 och 6.5 ovan framgår att av de påbörjade sjukfall där individen får sjukpenning från första dag är det klart vanligast med sjukpenning i förebyggande syfte. Korttidsanställda utan rätt till sjuklön står för en mycket liten del av alla sjukfall. Under 2019 påbörjades knappt 14 000 sjukfall med sjukpenning bland korttidsanställda, varav drygt 9 000 för kvinnor och drygt 4 000 för män. Det finns sannolikt ett mörkertal av korttidsanställda utan rätt till sjuklön som inte ansöker om sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.⁴⁷ Det gäller sannolikt även öppet arbetslösa, som åtminstone tidigare påbörjade ett sjukfall i mycket lägre utsträckning än deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program med aktivitetsstöd respektive utvecklingsersättning från Försäkringskassan.⁴⁸

6.2 Stora skillnader i den korta sjukfrånvaron mellan olika grupper av arbetstagare

Både förekomsten och frekvensen av korttidsfrånvaro vid sjukdom skiljer sig en hel del åt mellan olika grupper. Några grupper som utmärker sig med relativt fler påbörjade sjukfall med sjuklön per arbetstagare är unga arbetstagare, arbetstagare inom vård, omsorg, sociala tjänster och skola, samt kvinnor och män med kontaktyrken. Det visar en utökad analys av SCB:s konjunkturstatistik över sjuklöner, som redovisas i detta avsnitt. I redovisningen fokuserar vi på uppgifter för 2021, som är det senaste tillgängliga år med uppgift om bakgrundsvariabler såsom sysselsättning, yrke och inkomst. Uppgifterna för 2021 kompletteras med vissa tidsserier. Korttidsfrånvaron under 2021 kan delvis ha präglats av pandemin och de tillfälliga reglerna för karens med mera som gällde under delar av året (se beskrivning av de tillfälliga reglerna i avsnitt 4.2). Vi bedömer ändå att uppgifter för 2021 på aggregerad nivå bättre representerar den korta sjukfrånvaron under 2023 än år innan pandemin. Vi bedömer att den pandemirelaterade korta sjukfrånvaron var som högst under 2020 och 2022.

⁴⁷ Se exempelvis Johansson och Palme 1996, Ichino och Riphahn 2004, Arai och Skogman Thoursie 2005, Frink och Malo 2005.

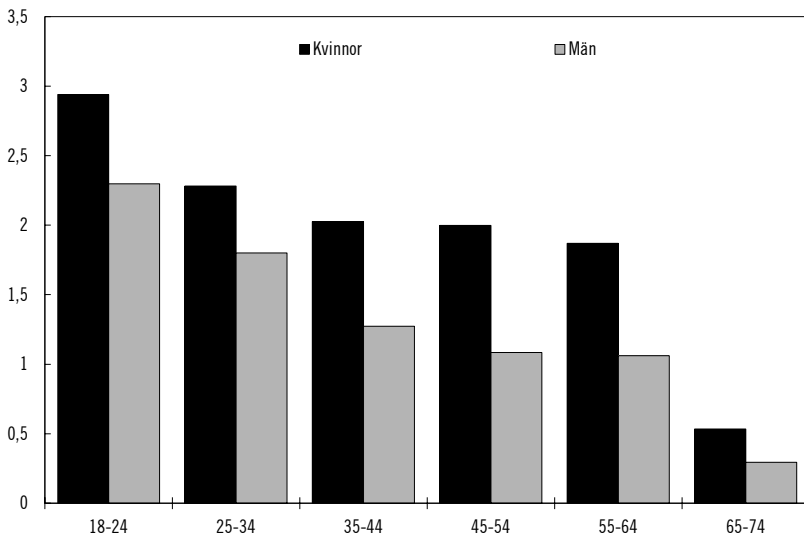
⁴⁸ Se Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (2013), *Den låga rörligheten mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen*, underlagsrapport 15.

Fler påbörjade sjukfall bland unga arbetstagare än bland äldre

En första iakttagelse vi kan göra om skillnader mellan grupper är att korttidsfrånvaro vid sjukdom är relativt vanligare bland yngre arbetstagare än bland äldre. Det framgår av figur 6.6 som visar antalet påbörjade sjukfall under 2021 per arbetstagare (exkl. studiedeltagande).⁴⁹ Framför allt är yngre män sjukfrånvarande i större utsträckning än män 35 år eller äldre. Kvinnor är sjukfrånvarande i större utsträckning än män i samtliga åldersgrupper.

Figur 6.6 Genomsnittligt antal påbörjade sjukfall med sjuklön per arbetstagare 2021

Fördelad efter kön och åldersgrupp



Anm.: Ålder mäts vid årets slut, medan sjukfall mäts under hela året. Studiedeltagande under höstterminen är exkluderade.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1.

Vid tolkning av denna statistik bör en ha i åtanke att studiedeltagande på högskola och universitet med mera inte ingår i analysen och att de unga arbetstagare som ingår därför är en delvis selekterad och avgränsad grupp (framför allt vad gäller åldersgruppen 18–24 år). Åldersgruppen 18–24 år står för 7 procent av studerade arbetstagare.

⁴⁹ Vi väljer att exkludera gruppen arbetstagare som är studiedeltagande, eftersom dessa inte förväntas ha ett förvärvsarbete som huvudsaklig försörjning, och i det flesta fall har annan ersättning vid längre sjukfrånvaro.

Arbetstagare i kontaktyrken och i yrken med liten möjlighet till distansarbete är sjukfrånvarande i större utsträckning än andra

I tabellerna nedanredovisas en uppskattning⁵⁰ av frekvensen av korttidsfrånvaro vid sjukdom för de vanligaste yrkesgrupperna särredovisat för kvinnor respektive män. Av statistiken framgår att arbetstagare med kontaktyrken, såsom barnskötare, förskollärare, undersköterskor och vårdbiträden, i genomsnitt har fler sjukfall med sjuklön än andra arbetstagare (se tabell 6.1). Dessa yrken är i hög grad kvinnodominerade. Flera av dessa yrken kan också innefatta fysiskt belastande arbetsuppgifter i samband med vård och omsorg om tredje person.

Tabell 6.1 Genomsnittligt antal påbörjade sjukfall med sjuklön per arbetstagare* 2021 – kvinnor

Fördelat efter de tio vanligaste yrkesgrupperna bland kvinnor

Yrkesgrupp (SSYK3) och undergrupp (SSYK4)	Antal arbetstagare	Sjukfall per arbetstagare
Undersköterskor	167 000	3,1
Grundskollärare, fritidspedagoger och förskollärare	164 000	2,8
<i>varav grundskollärare</i>	86 000	2,3
<i>förskollärare</i>	65 000	3,4
Butikspersonal	141 000	3,2
Kontorsassistenter och sekreterare	139 000	1,3
Skötare, vårdare och personliga assistenter m.fl.	125 000	2,5
Barnskötare och elevassistenter m.fl.	109 000	3,4
Sjuksköterskor	104 000	2,3
Organisationsutvecklare, utredare och HR-specialister m.fl.	82 000	1,0
Städare och hemservicepersonal	61 000	2,1
Vårdbiträden	58 000	2,7
Samtliga yrken	2 320 000	2,0

Anm.: Uppgifterna avser förvärvsarbetande individer 18–74 år med inkomst av anställning som bedöms vara försäkrade med risk för korttidsfrånvaro 2021 hos arbetsgivare med sjuklöneansvar som ingår i urvalsramen för KSju. Skillnader i antal sjukfall mellan yrkesgrupper bör tolkas med viss försiktighet då samtliga skattningar har en felmarginal.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1 och 3.

⁵⁰ Uppgifterna är uppskattningar behäftade med viss osäkerhet, då uppgifternas baseras på en urvalsundersökning. Det finns en felmarginal som gör att skillnader mellan yrkesgrupper bör tolkas med viss försiktighet.

Tabell 6.2 Genomsnittligt antal påbörjade sjukfall med sjuklön per arbetstagare* 2021 – män

Fördelad efter de tio vanligaste yrkesgrupperna bland män

Yrkesgrupp (SSYK3) och undergrupp (SSYK4)	Antal arbetstagare	Sjukfall per arbetstagare
IT-arkitekter, systemutvecklare, testledare m.fl.	117 000	1,0
Snickare, murare och anläggningsarbetare	106 000	1,9
Ingenjörer och tekniker	93 000	0,8
Försäkringsrådgivare, företagssäljare, inköpare m.fl.	90 000	0,8
Lager- och terminalpersonal m.fl.	86 000	2,6
Butikspersonal	86 000	2,5
Civilingenjörsyrken	78 000	0,8
Lastbils- och bussförare	77 000	1,5
Fordonsmekaniker, reparatörer m.fl.	59 000	1,7
Skötare, vårdare, personliga assistenter m.fl.	53 000	1,9
Samtliga yrken	2 440 000	1,4

Anm.: Uppgifterna avser förvärvsarbetande individer 18–74 år med inkomst av anställning som bedöms vara försäkrade med risk för korttidsfrånvaro 2021 hos arbetsgivare med sjuklöneansvar som ingår i urvalsramen för KSju. Skillnader i antal sjukfall mellan yrkesgrupper bör tolkas med viss försiktighet då samtliga skattningar har en felmarginal. För en mer detaljerad beskrivning, se bilaga 4.
Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1 och 3.

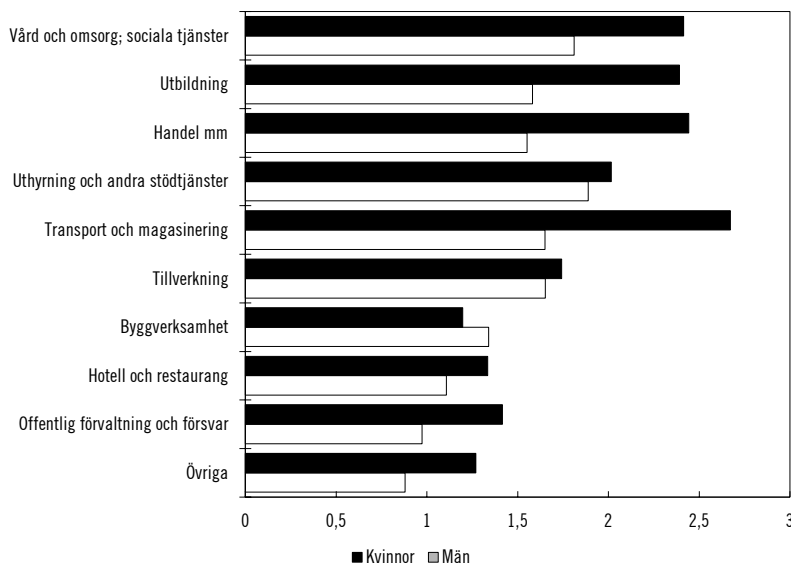
Bland män är andra yrkesgrupper vanliga och här utmärker sig lager- och terminalpersonal samt snickare, murare och anläggningsarbetare som yrkesgrupper med relativt högst frekvens av korttidsfrånvaro (se tabell 6.2). Precis som för skattningen för kvinnor så rör det sig om yrken med arbetsuppgifter som behöver utföras på plats, liksom yrken där vissa arbetsuppgifter innebär tyngre fysisk belastning.

Den korta sjukfrånvaron är som högst bland arbetstagare inom vård, omsorg och sociala tjänster

Det kan även observeras skillnader i frekvens av korttidsfrånvaro vid sjukdom mellan olika näringsgrenar (se figur 6.7). Relativt flest påbörjade sjukfall med sjuklön per arbetstagare finns hos arbetsgivare verksam inom vård, omsorg och sociala tjänster, utbildning samt handel. Arbetstagare för arbetsgivare inom hotell och restaurang samt bygg har lägre korttidsfrånvaro vid sjukdom än övriga näringsgrenar.

Figur 6.7 Antal påbörjade sjukfall med sjuklön per arbetstagare och 2021

Fördelad efter näringsgren (bransch) och kön



Anm.: Näringsgrenarna är sorterade efter genomsnittligt antal sjukfall per arbetstagare totalt för kvinnor och män (redovisas inte).

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1 och 3.

Av figur 6.7 framgår också att kvinnor är sjukfrånvarande i större utsträckning än män i samtliga studerade sektorer, med undantag för byggbranschen. Kvinnor är en minoritet i byggbranschen och står för 10 procent av studerade arbetstagare. Dessa kvinnor har delvis också andra yrken än män, med relativt fler ingenjörer och tekniker samt kontorsassistenter. Sådana tjänstemannayrken har i genomsnitt lägre sjukfrånvaro än snickare, murare och anläggningsarbetare (se tabell 6.1 och 6.2). Vidare är de branscherna med högst sjukfrånvaro (vård och omsorg, sociala tjänster och utbildning) kvinno-dominerade. Det är med andra ord tydligt att kvinnor genomgående är sjukfrånvarande i större utsträckning än män.

6.3 Majoriteten av alla arbetstagare har korta sjukperioder

Av analysen redovisad i avsnitt 6.2 framgår inte hur långa sjukfallen är. Omkring hälften av alla sjukfall med sjuklön avslutas inom två

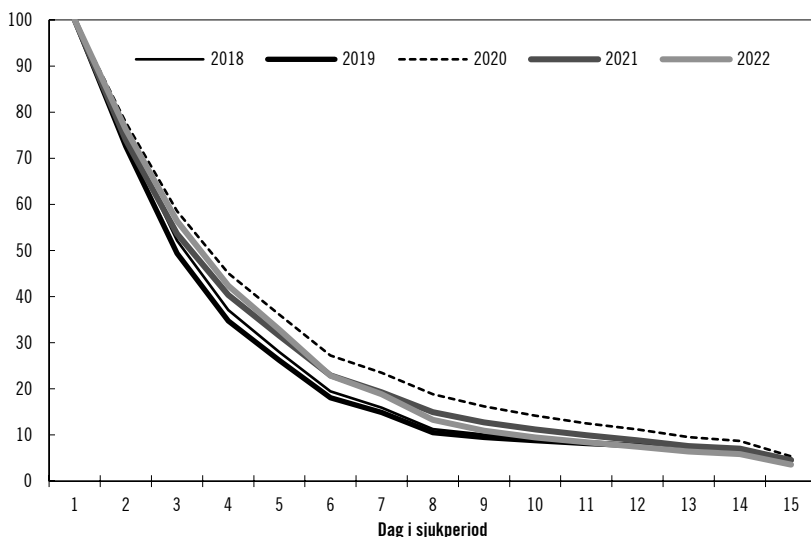
dagar. Var tionde påbörjade sjukfall når den andra sjukveckan och knappt var tjugonde påbörjade sjukfall når dag 15 i sjukperioden. Det kan urskiljas tydliga trösklar vid dag 7 och 14 i sjukperioden, vilket sannolikt hänger samman med krav på läkarintyg från dag 8 respektive den 14 dagar långa sjuklöneperioden. Det visar en analys av sjukfallens varaktighet, som redovisas i det här avsnittet. Även den här analysen avgränsas till arbetstagare med sjuklön.

9 av 10 sjukfall avslutas under den första sjukveckan

Ett sätt att illustrera utvecklingen av sjukfallens varaktighet är att redovisa hur stor andel av alla sjukfall som påbörjades ett givet år som kvarstår för varje dag i sjukperioden. I figuren nedan redovisas sådana så kallade *Kaplan-Meier kurvor* för påbörjade sjukperioder under åren 2018–2022.

Figur 6.8 Andel kvarvarande sjukfall med sjuklön (procent) per dag i sjukperioden

Fördelad efter år för påbörjad sjukperiod



Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1.

Under år 2019 nådde hälften av alla påbörjade sjukfall dag 3 och var tionde sjukfall dag 8 i sjukperioden. Med andra ord avslutades hälften av alla sjukfall inom två dagar och 9 av 10 sjukfall inom sju

dagar. Motsvarande uppgifter för pandemiåret 2020 var att 6 av 10 sjukfall nådde dag 3 respektive 2 av 10 nådde dag 8. Det var med andra ord nästan dubbelt så stor andel av alla påbörjade sjukfall som passerade sju dagars frånvaro 2020 i jämförelse med 2019. Andelen kvarvarande sjukfall dag 15 i sjukperioden uppskattas till omkring 5 procent under den studerade perioden.⁵¹

Det genomsnittliga antalet dagar med sjuklön var 3,2 dagar år 2019, både bland kvinnor och män (se tabell 6.3).⁵² Det finns däremot tydliga skillnader i sjukfallens varaktighet mellan åldersgrupper, där unga arbetstagare i genomsnitt har kortare sjukperioder än äldre.

Tabell 6.3 Genomsnittligt antal dagar* med sjuklön för påbörjade sjukfall 2019, 2021 och 2022/23**

Fördelad efter kön och åldersgrupp

Åldersgrupp	Kvinnor			Män		
	2019	2021	2022/23	2019	2021	2022/23
18–24 år	2,4	2,5	2,4	2,5	2,8	2,6
25–34 år	2,9	3,1	3,0	2,8	3,2	3,0
35–44 år	3,2	3,4	3,1	3,0	3,6	3,2
45–54 år	3,3	3,5	3,4	3,3	3,8	3,5
55–64 år	3,6	3,8	3,8	4,0	4,3	3,8
65–74 år	3,5	3,3	3,3	4,8	4,4	4,3
Totalt	3,2	3,3	3,2	3,2	3,4	3,2

Anm.: * Avser antalet ersatta dagar med sjuklön (arbetsdagar frånvarande), som vid korta sjukperioder kan vara färre än den totala längden på sjukperioden. ** Avser perioden juli 2022 – juni 2023.
Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1.

I figur 6.6 ovan kan vi se att det i genomsnitt startas färre sjukfall bland äldre arbetstagare. Vi kan dock också notera att sjukfallen som faktiskt startas generellt pågår under en längre tid, jämfört med sjukfall bland yngre arbetstagare.

⁵¹ Uppgiften avser de sjukfall med sjuklön som övergår till sjukpenning efter dag 14. Det kan inte uteslutas att det förekommer frånvaroperioder som fortsätter efter dag 14, men där individen inte ansöker om sjukpenning.

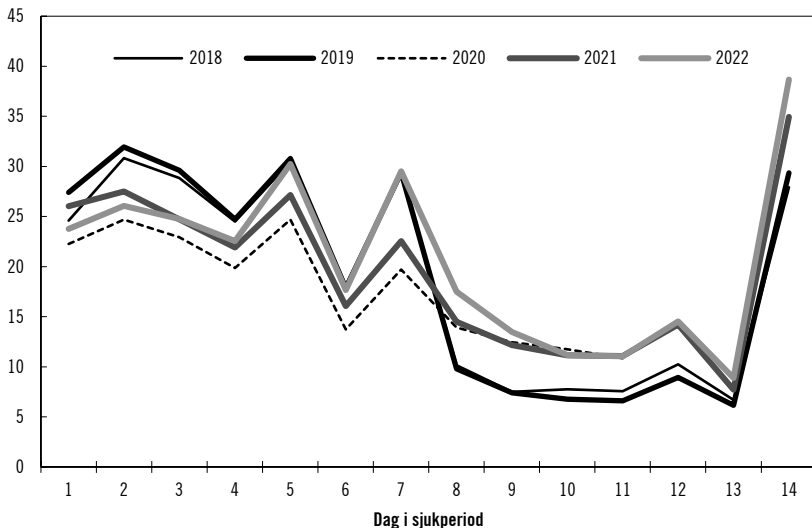
⁵² Perioden avgränsas till kalenderdagar med sjuklön, det vill säga maximalt 14 dagar per arbetstagare. Om tid med sjukpenning skulle inkluderas i sjukfallslängden skulle medelvärdet bli betydligt högre än 3,7 dagar. Mediantiden är dock oberoende av tid med sjukpenning, eftersom sjukfall med sjukpenning utgör en minoritet och medianen avser sjukfallslängden för det mittersta sjukfallet vid sortering från kortaste till längsta.

Tydliga trösklar vid dag 7 och 14 i sjukperioden

Ett annat sätt att illustrera sjukfallens varaktighet är att studera den betingade sannolikheten att avsluta sjukfallet för varje dag i sjukperioden som går. Med det avses hur många av de sjukfall som når den första dagen i en sjukperiod som avslutas efter den första dagen, hur många av de sjukfall som når den andra sjukdagen som avslutas efter den dagen och så vidare. I figur 6.9 redovisas sådana så kallade *hazardkvoter* för påbörjade sjukfall under åren 2018–2022. Figuren visar tydliga trösklar både vid dag 5, 7 och dag 14 i sjukperioden.

Figur 6.9 Betingad sannolikhet att avsluta ett sjukfall med sjuklön per dag i sjukperioden

Fördelad efter startår



Anm.: Tröskeln vid dag 5 består till stor del av sjukperioder som varar måndag–fredag. Majoriteten av arbetstagarna med sådana sjukperioder kan förväntas återgå i arbete måndagen veckan efter.
Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1.

Omkring var fjärde sjukfall som påbörjas avslutas efter en dag. Det innebär att omkring var fjärde arbetstagare som sjukanmäler sig kan antas återgå i arbete efter en dags frånvaro. Av dem som passerar den första dagen i sjukperioden avslutas en något större andel, omkring 30 procent, sjukfallet den andra dagen i sjukperioden. Därefter faller avslutssannolikheten något för varje dag fram till dag 5 respektive dag 7 i sjukperioden.

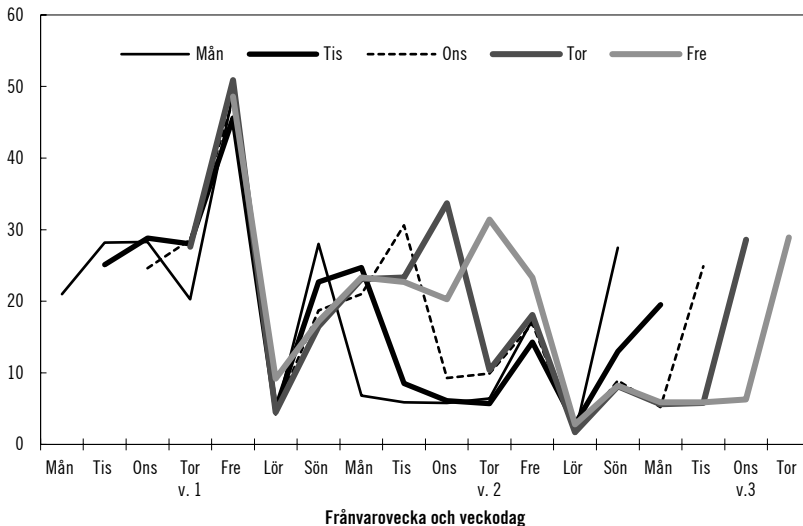
Tröskeln vid dag 5 och 7 har sannolikt främst två förklaringar. Till att börja med finns det en helgeffekt som har betydelse för resultatet. Drygt 3 av 10 sjukfall påbörjas en måndag.⁵³ Att måndagar är en vanligare första sjukdag än andra är förväntat med tanke på att många arbetstagare arbetar måndag till fredag, och att rätten till sjuklön finns från och med första dagen då arbetstagare inte kan arbeta på grund av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Måndagar samlar därmed många sjukdomstillstånd som inträffar lördagar, söndagar och måndagar. Samma mekanism finns vid slutet av sjukfallen, där relativt fler avslutar sjukfallet en fredag. Majoriteten av dem kan förväntas återgå i arbete måndagen veckan efter, då det är vanligare med arbete vardagar än helger. Det gör att många av dem som avslutar ett sjukfall den femte dagen sannolikt i praktiken är sjukfrånvarande en hel vecka.

Att det finns en veckodageffekt framgår än tydligare i figur 6.10, som visar den betingade sannolikheten att avsluta ett sjukfall fördelad efter frånvarovecka och veckodag. Omkring hälften av alla individer som är sjukfrånvarande fredagen den första frånvaroveckan avslutar sjukfallet efter den dagen. Det gäller oavsett vilken veckodag som sjukperioden inleddes. Den andra frånvaroveckan har inte samma tydliga fredageffekt som den första frånvaroveckan. Tröskeln efter sju dagars frånvaro framgår också av avsluts-sannolikheten under andra frånvaroveckan i figur 6.10.

⁵³ Arbetsgruppens egna bearbetningar av KSju (SCB).

Figur 6.10 Betingad sannolikhet att avsluta ett sjukfall med sjuklön 2019 per frånvarovecka och veckodag

Fördelning efter veckodag för påbörjad sjukperiod



Källa: Arbetsgruppens datainsamling, analyspopulation 1.

En annan trolig förklaring till att många sjukfall avslutas efter en vecka eller sju dagar är kravet på läkarintyg från och med den åttonde dagen i sjukperioden. Läkarintyget är en viktig kontrollfunktion i sjukförsäkringen, och utgör även en del av en läkares behandling. För det första kan kravet på läkarintyg medföra en tröskel i bemärkelsen att ta kontakt med sjukvården för att få ett sådant intyg. Den tröskeln kan var särskilt påtaglig vid milda symtom och där det inte redan finns någon upprättad kontakt med vården i det aktuella fallet. I ekonomiska termer kan det finnas en så kallad *transaktionskostnad* av att ta kontakt med vården, som kan upplevas vara olika stor för olika individer. För det andra kan läkaren neka ett läkarintyg och i stället föreslå andra behandlingar för att hjälpa sin patient.⁵⁴

Den betingade avslutssannolikheten under den andra sjukveckan är betydligt lägre än under den första (se figur 6.9). Men vid dag 14 syns en motsvarande tröskel som vid dag 7. Även i det här fallet finns en helgeffekt som gör att dag 14 även samlar några sjukfall som utan en helg i anslutning till sjukfallets avslut hade varit i 12 till 13 dagar.

⁵⁴ För mer information om läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron, se bl.a. Inspektionen för socialförsäkringen (2014), *Läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron*, rapport 2014:5.

En annan trolig förklaring till tröskeln vid dag 14 är att arbetsgivarens sjuklöneansvar upphör efter 14 dagars frånvaro, och arbetstagaren behöver ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan för att fortsätta kunna få ersättning för inkomstbortfall på grund av sjukdom som sätter ned arbetsförmågan. Även om ersättningen för många som omfattas av kollektivavtal blir högre från och med dag 15 i sjukperioden⁵⁵, innebär en ansökan om sjukpenning en mer omfattande process. Processen innefattar bland annat en ansökan med krav på beslutsunderlag där arbetstagaren behöver beskriva sitt sjukdomstillstånd och på vilket sätt det påverkar arbetsförmågan. Försäkringskassan behöver sedan bedöma rätten till sjukpenning liksom utreda försäkringstillhörighet och fastställa en sjukpenninggrundande inkomst, vilket medför en handläggningstid som gör att det kan dröja innan sjukpenning betalas ut. Den processen kan uppfattas som mer eller mindre betungande för individer.

6.4 Korttidsfrånvaron vid sjukdom och vård av barn samspelar till viss del

En annan vanlig orsak till korttidsfrånvaro från förvärvsarbete än sjukdom är vård av sjukt barn. Arbetstagare som avstår ifrån förvärvsarbete för att vårda ett sjukt barn, kan ansöka om tillfällig föräldrapenning från Försäkringskassan för det inkomstbortfall som uppstår. Ersättningen är 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten⁵⁶ och ges utan karenstid. Även om det är en försäkring för en annan risk, att få inkomstbortfall för vård av barn som behöver stanna hemma från förskola eller skola på grund av sjukdom, är det en försäkring som ändå är relevant att ha i åtanke vid analys av korttidsfrånvaro vid sjukdom. Föräldrar kan förväntas exponeras för smittosamma infektionssjukdomar i hemmet i högre grad än andra, vilket skulle kunna föranleda en högre risk för korttidsfrånvaro vid sjukdom. Samtidigt kan det finnas ett samspel i användningen av de båda försäkringarna, då föräldrar i vissa fall kan vara sjuka samtidigt som sina barn. Eftersom individer inte kan få

⁵⁵ Anställda inom stat, kommuner och regioner samt privata tjänstemän får utöver sjukpenning 10 procent av lönen kompenserad från och med dag 15. Tiden med den kollektivavtalade sjuklönen varierar mellan avtalen.

⁵⁶ Vid beräkning av den sjukpenninggrundande inkomsten bortses från årsinkomst som överstiger 7,5 prisbasbelopp (13 kap. 33 § andra stycket socialförsäkringsbalken).

sjuklön och tillfällig föräldrapenning för samma period så kan endast en av försäkringarna nyttjas i taget. Den generellt sett högre ersättningen för tillfällig föräldrapenning skulle kunna göra att fler väljer att ansöka om tillfällig föräldrapenning i stället för att sjukanmäla sig själv. Av samma skäl kan det också finnas en risk för missbruk av tillfällig föräldrapenning vid egen sjukdom.

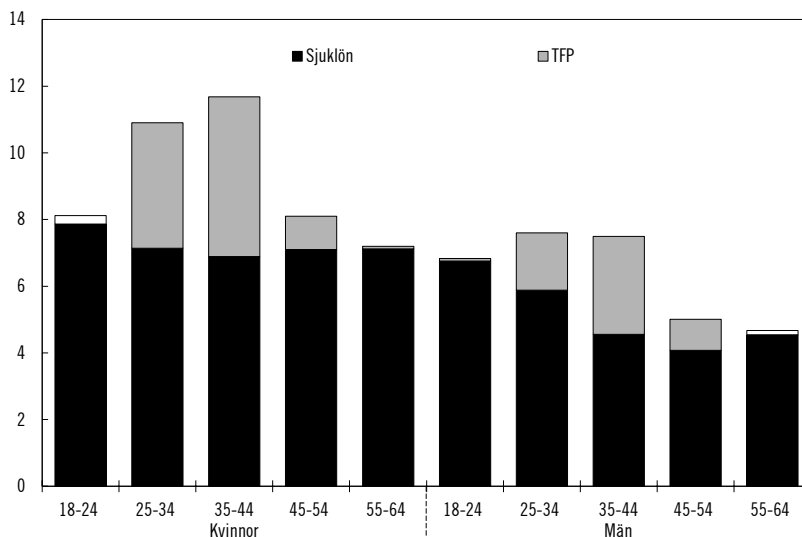
I det här avsnittet redovisas därför resultatet av en analys av samspelet mellan korttidsfrånvaro vid sjukdom och för vård av barn. Resultatet visar att föräldrar är frånvarande i betydligt större utsträckning än andra. Resultatet visar också att korttidsfrånvaro vid sjukdom bland föräldrar är ungefär lika vanligt som korttidsfrånvaro för vård av barn, men att det är en svag korrelation mellan de båda frånvarorsakerna på individnivå. Det kan tolkas som att det finns ett visst samspel mellan de båda försäkringarna, där användningen av den ena delvis påverkas av användningen av den andra. Huruvida det finns något missbruk av tillfällig föräldrapenning vid egen sjukdom går däremot inte att fastslå baserat på den här analysen.

Tillfällig föräldrapenning kan ha betydelse för korttidsfrånvaro med sjuklön

I figur 6.11 visas inledningsvis antalet ersatta dagar med sjuklön respektive tillfällig föräldrapenning per arbetstagare under 2021. Även arbetstagare som inte är föräldrar ingår i redovisningen. Figuren visar att kvinnor och män mellan 25 och 44 år har betydligt större korttidsfrånvaro från sitt förvärvsarbete än övriga åldersgrupper.

Figur 6.11 Genomsnittligt antal ersatta dagar med sjuklön respektive tillfällig föräldrapenning (TFP) per arbetstagare 2021

Fördelad efter kön och åldersgrupp



Anm. Dagar med sjuklön avser antalet ersatta bruttodagar (uppgift om omfattning saknas). Dagar med tillfällig föräldrapenning (TFP) avser antalet ersatta nettodagar. Studiedeltagande under höstterminen är exkluderade. Arbetstagare utan barn ingår i redovisningen.

Källa: Arbetsgruppens datasetsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1 och 3.

Av figuren framgår också att skillnaden mellan åldersgrupperna i antalet dagar med sjuklön per arbetstagare är mindre än vad som framgår av figur 6.6 (genomsnittligt antal påbörjade sjukfall mellan åldersgrupper). Bland yngre startas därmed fler sjukfall, men skillnaderna är inte lika stora när vi jämför antal ersatta dagar per åldersgrupp. Vidare finns det tydliga könsskillnader även för korttidsfrånvaro för vård av barn, som är mer förekommande bland kvinnor jämfört med män.

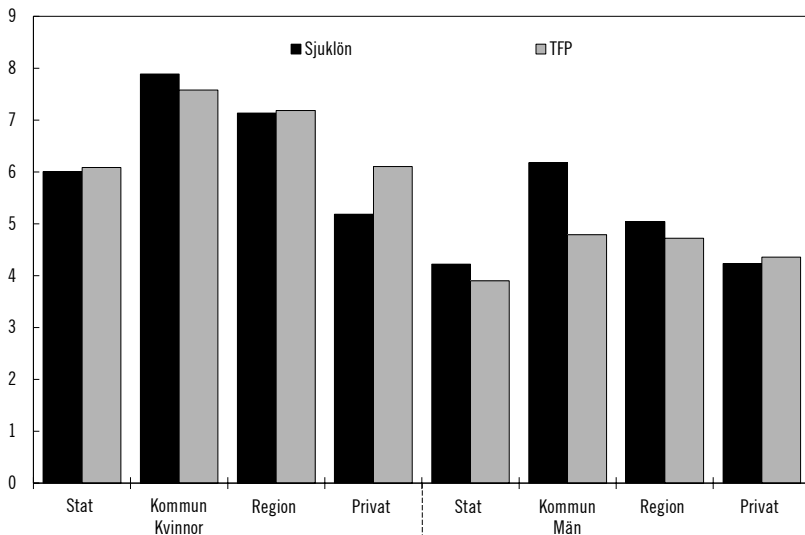
Bland föräldrar är korttidsfrånvaro för vård av barn lika vanligt som korttidsfrånvaro vid sjukdom

Avgränsar vi analysen till arbetstagare som har barn som ännu inte fyllt 11 år syns ett annat mönster. I figur 6.12 visas antal ersatta dagar med sjuklön respektive tillfällig föräldrapenning per arbetstagare med barn 0–10 år 2021. Bland arbetstagare som har minst ett barn

som inte fyllt 11 år är det ungefär lika vanligt med korttidsfrånvaro för vård av barn som vid egen sjukdom.

Figur 6.12 Genomsnittligt antal ersatta dagar med sjuklön respektive tillfällig föräldrapenning (TFP) per arbetstagarare med barn 0–10 år 2021

Fördelat efter kön och sektor



Anm.: Dagar med sjuklön avser antalet ersatta bruttodagar (uppgift om omfattning saknas). Dagar med tillfällig föräldrapenning avser antalet ersatta nettodagar.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1 och 3.

Av figuren framgår även vissa skillnader mellan arbetstagarare i olika sektorer. Kommunalanställda kvinnor och män har både högre korttidsfrånvaro vid sjukdom och för vård av barn än övriga arbetstagarare. Men ett genomgående mönster är att skillnaderna i de båda frånvarorsakerna inom sektorerna är små för både kvinnor och män.

Svagt positivt samband mellan användningen av de båda försäkringarna på individnivå

Resultaten som redovisas ovan ska inte tolkas som att det i hög grad är samma föräldrar som är korttidsfrånvarande vid sjukdom och vård av barn. Vår analys av korttidsfrånvaron på individnivå visar att sambandet mellan de båda frånvarorsakerna är förhållandevis svagt.

En minoritet av arbetstagarna hade både korttidsfrånvaro vid sjukdom och för vård av barn under halvårsperioden fjärde kvartalet 2018 till första kvartalet 2019.⁵⁷ Det framgår av tabell 6.4, som visar fördelningen av antalet dagar med respektive frånvarorsak på individnivå. Det finns tydliga könsskillnader även i detta avseende.

Tabell 6.4 Fördelning av antal dagar med sjuklön och tillfällig föräldrapenning (procent) bland arbetstagare med barn 0–10 år* fjärde kvartalet 2018 och första kvartalet 2019

Fördelad efter kön

	Dagar med tillfällig föräldrapenning										
	Kvinnor					Män					
	0	1–4	5–9	10+	Tot	0	1–4	5–9	10+	Tot	
Dagar med sjuklön	0	30,7	15,7	8,1	4,6	59	43,7	18,1	7,5	3,2	72
	1–4	5,4	7,2	4,4	2,6	20	6,3	4,9	2,3	0,9	14
	5–9	2,6	3,9	3,0	2,1	12	3,1	2,6	1,6	0,8	8
	10+	2,1	2,9	2,5	2,1	10	1,8	1,4	1,0	0,7	5
	Tot	41	30	18	11	100	55	27	12	6	100

Anm.: * Avser offentliganställda och arbetstagare hos privata företag och organisationer med minst 200 anställda, avgränsat till föräldrar med barn 0–10 år. Andelarna summeras till 100 för kvinnor respektive män.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 2A.

Omkring 3 av 10 kvinnor och drygt 4 av 10 män med barn 0–10 år hade varken korttidsfrånvaro vid sjukdom eller för vård av barn under den studerade tidsperioden. Vidare hade 3 av 10 kvinnor endast korttidsfrånvaro för vård av barn, samt 1 av 10 enbart korttidsfrånvaro vid sjukdom under samma period. De andelarna var desamma för män. Kvarstående 30 procent av kvinnorna och 16 procent av männen hade både korttidsfrånvaro vid sjukdom och för vård av barn under den studerade halvårsperioden. Antalet dagar med tillfällig föräldrapenning var för dessa något fler än dagar med sjuklön.

Korrelationskoefficienten är ett mått som visar sambandet mellan två variabler, och kan ha ett värde mellan –1 och 1. En korrelation på –1 visar ett absolut negativt samband mellan variablerna, och en korrelationskoefficient på 1 visar ett absolut positivt samband.

⁵⁷ Avgränsningen till denna halvårsperiod görs med anledning av att korttidsfrånvaron är som störst kvartal 1 och 4, samt för att minska risken för överteckning av arbetstagare som ändrar sysselsättning eller arbetsgivare. Analysen avgränsas till föräldrar med barn 0–10 år samt offentliganställda och arbetstagare hos privata företag och organisationer med minst 200 anställda som ingår i urvalet för lönestrukturstatistiken (analyspopulation 2A).

Korrelationen mellan antalet dagar med sjuklön och tillfällig föräldrapenning bland studerade arbetstagare med barn i åldern 0–10 år är svagt positivt, med en korrelationskoefficient på 0,22. Avgränsar vi analysen till dem som har haft korttidsfrånvaro under perioden blir sambandet ännu svagare med en korrelation på 0,05.⁵⁸ Det är med andra ord endast i viss utsträckning som det är samma individer som är korttidsfrånvarande vid sjukdom och för vård av barn.

⁵⁸ Resultatet blir detsamma om individer med föräldrapenning som huvudsaklig inkomstkälla exkluderas.

7 En arbetsmarknad på lika villkor?

Den svenska arbetsmarknaden är i flera avseenden heterogen. Det medför att effekterna av sjukförsäkringens regelverk kan bli olika för individer med olika förutsättningar på arbetsmarknaden. I kapitlet kartlägger vi några av de olika förutsättningar som råder på arbetsmarknaden och som kan ha betydelse för effekterna av regler kring karens. Kapitlet innehåller en skattning av hur många som är försäkrade för arbetsbaserade förmåner. Kapitlet beskriver anställningsformer, omfattning på arbete och arbetstidens förläggning, samt möjlighet till arbete på distans och utveckling över tid.

7.1 En skattning av hur många som är försäkrade för arbetsbaserade förmåner

Personer som arbetar i Sverige är i regel försäkrade enligt det svenska socialförsäkringssystemet och är därmed berättigade till arbetsbaserade ersättningar. Det finns inget kvalifikationsvillkor, utan försäkringen gäller från den första dagen i anställningstiden respektive den dag då arbetet påbörjats (6 kap. 6 och 8 §§ socialförsäkringsbalken, förkortad SFB).

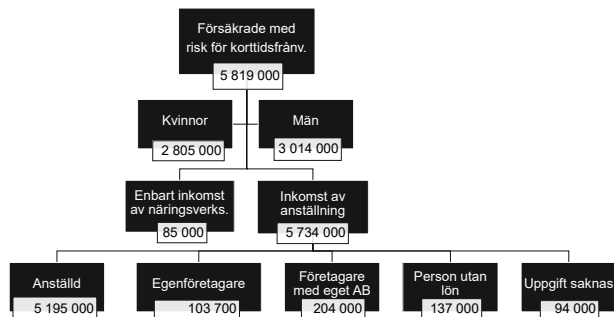
Bedömningen om vem som är försäkrad för sådana arbetsbaserade ersättningar i Sverige görs av Försäkringskassan i samband med bedömning av rätten till ersättning. Det är därför inte möjligt att ge ett exakt svar på hur många individer som är försäkrade för arbetsbaserade förmåner i Sverige.

Med hjälp av tillgängliga registeruppgifter är det ändå möjligt att i efterhand skatta hur många som är försäkrade utifrån uppgifter om hur många som har förvärvsarbetat i Sverige under ett år. I figur 7.1

visas en karta över det skattade antalet försäkrade för arbetsbaserade förmåner under 2019 som haft risk för korttidssjukfrånvaro⁵⁹.

Figur 7.1 Skattat antal försäkrade för arbetsbaserade förmåner med risk för korttidssjukfrånvaro under 2019

Klicka här för att ange underrubrik.



Källa: Egna skattningar baserade på registerdata från SCB (LSUM, IoT) och Försäkringskassan (MiDAS). En mer detaljerad karta finns i bilaga 4.

Drygt 5,8 miljoner skattas som försäkrade för arbetsbaserade förmåner, med risk för korttidssjukfrånvaro⁶⁰ under 2019. Av dessa var 48 procent kvinnor och 52 procent var män.

Av de försäkrade hade 5,7 miljoner (motsvarande 99 procent) inkomst av anställning⁶¹ och 85 000 (1 procent) enbart inkomster från näringsverksamhet⁶². Av de försäkrade som haft inkomst från anställning under 2019 så har 2 procent också haft inkomster från eget företag och 4 procent är anställda i sitt eget aktiebolag.

De personer som har inkomst av anställning omfattas av reglerna för karensavdrag, och de med inkomst från näringsverksamhet omfattas av karensregler för egenföretagare. Försäkrade som är kombinatorer omfattas både av regler rörande karensavdrag för den del av inkomsten som härrör från en anställning, och om regler för karensdagar från den del av inkomster som kommer från näringsverksamhet.

⁵⁹ Vi väljer att basera vår skattning på 2019 eftersom det var året före pandemin, och att skattningen därför inte påverkas av pandemins effekter på förvärsarbete och sjukskrivningstal. Skattningen baseras på registerdata från SCB och Försäkringskassan för 2019, däribland Lönesummet statistiken (LSUM), Inkomst- och taxeringsregistret (IoT), och uppgifter om perioder med utbetald sjukpenning (MiDAS)). Se ytterligare underlag för skattning i bilaga 4.

⁶⁰ Försäkrade som varit sjukskrivna under en längre period och inte haft arbetsinkomster under året ingår inte i underlaget.

⁶¹ Så kallad A-inkomst.

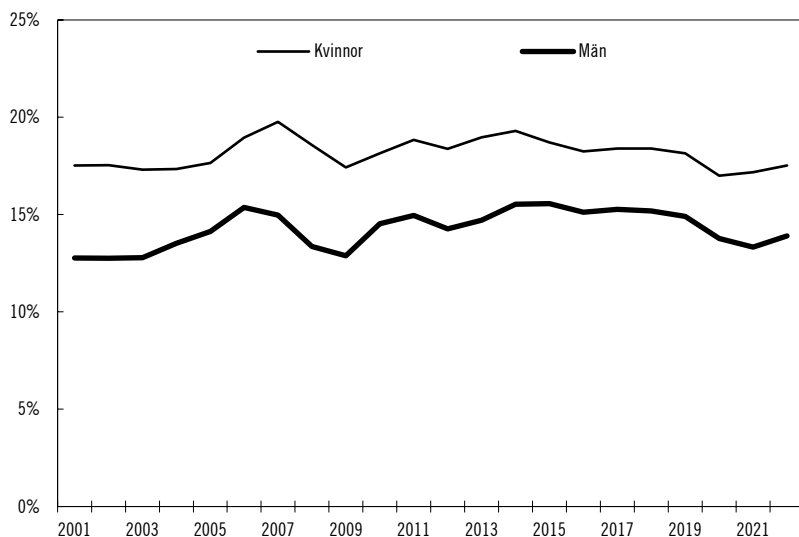
⁶² Antal försäkrade egenföretagare är underskattat i figuren, pga begränsningar i data.

7.2 Vanligast med tidsbegränsad anställning, särskilt bland män

Andelen tidsbegränsade anställningar varierar vanligtvis över konjunkturen. De tenderar att bli vanligare i tider av högkonjunktur och blir färre under lågkonjunktur. En anledning är att nya anställningar ofta startar som tidsbegränsade innan de övergår i tillsvidareanställningar, eller avslutas. Tillfälliga anställningar underlättar inträde och etablering på arbetsmarknaden för individer, men är också attraktiva anställningsformer för arbetsgivare, då det är betydligt lättare att avsluta en sådan anställning. Tidsbegränsade anställningar är också vanligare under semesterperioden under sommarmånaderna. I Figur 7.2 nedan visas andel anställda 15–74 år med tidsbegränsad anställning.

Figur 7.2 Andel anställda 15–74 år, med tidsbegränsad anställning, 2001–2022

Fördelat på kvinnor och män



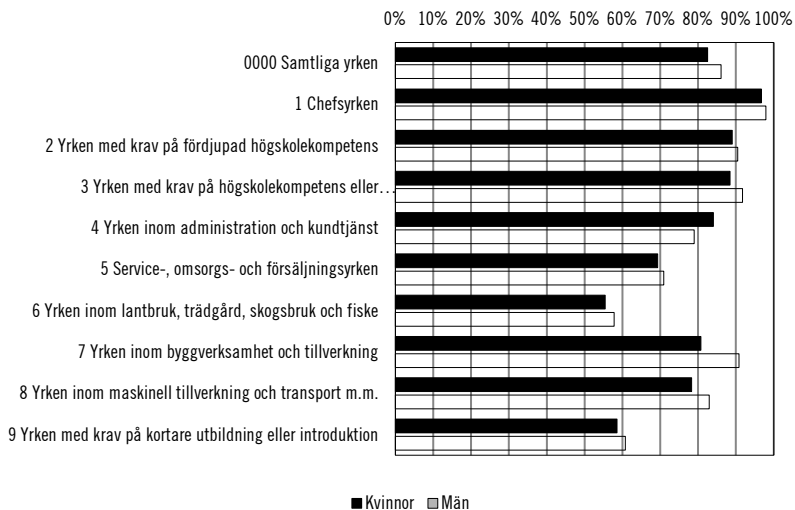
Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Arbetskraftsundersökning (AKU) för år 2001–2022

Sedan 2000 har mellan 14 och 17 procent av anställda haft en tidsbegränsad anställning. Det är något vanligare att män har en fast anställning jämfört med kvinnor. Bland män med anställning hade 86 procent en fast anställning och 14 procent en tidsbegränsad

anställning 2022, motsvarande andelar för kvinnor var 82 procent respektive 18 procent. Sett över en längre tidperiod har förekomsten av tidsbegränsade anställningar ökat. Andelen med tidsbegränsade anställningar var 12 procent 1987, och ökningen var som störst i samband med den ekonomiska krisen på 1990-talet. (SCB, AKU) I åldersgrupperna 20 till 64 år har dock tidsbegränsade anställningar minskat något under de senaste 10 åren. Tidsbegränsade anställningar är betydligt vanligare bland arbetstagare som är yngre än 20, eller äldre än 64 år. Det finns även skillnader i hur vanligt förekommande fasta anställningar är inom olika yrken vilket visas i Figur 7.3.

Figur 7.3 Andel anställda 15–74 år med fast anställning 2022, per yrkesområde

Fördelat på kvinnor och män



Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s arbetskraftsundersökning (AKU) för år 2022

Andelen anställda med fast anställning är vanligare inom tjänstemannayrken jämfört med arbetaryrken. Skillnaderna i andelarna är som störst mellan män i tjänstemannayrken som har högst andel med tillsvidareanställning och kvinnor i arbetaryrken, med lägst andel tillsvidareanställning. Det yrkesområde med störst andel fast anställda är chefsyrken där 98 procent av män och 97 procent av kvinnor har en fast anställning. Yrkesområden med lägst

andel fast anställning är yrken inom lanbruk, trädgård, skogsbruk och fiske, där 55 procent av anställda kvinnor och 58 procent av anställda män har en fast anställning. Inom yrkesområdet är säsongsanställningar vanliga. Inom yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion är det också vanligt med tidsbegränsade anställningar. Bland anställda kvinnor i yrkesområdet hade 59 procent en fast anställning, och bland män var motsvarande andel 61 procent. Andra yrkesområden där en lägre andel har fast anställning är inom service, omsorgs och försäljningsyrken och yrken inom maskinell tillverkning och transport.

Försäkrade med fast anställning omfattas av sjuklön från sin arbetsgivare under de första 14 dagarna av ett sjukfall. Bland försäkrade med tidsbegränsade anställningar omfattas en del av sjuklön från sin arbetsgivare, däribland de personer som har vikariat eller andra tidsbegränsade anställningar som pågår under en längre tid⁶³. I Tabell 7.1 nedan visas fördelningen mellan olika tidsbegränsade anställningsformer för år 2022.

Tabell 7.1 Tidsbegränsat anställda i åldern 20–64 år efter typ av anställning 2022

Antal i 1000-tal, procentuell fördelning och könsfördelning (%)

Typ av anställning	Antal i 1000-tal		Procent		Könsfördelning	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Vikariat	57	27	19	11	68	32
Kallas vid behov	41	32	14	13	57	43
Timanställd med överenskommet schema för viss tid	80	71	26	28	53	47
Objekt/ projekt	28	22	9	9	56	44
Ferie- och säsongsarbete	17	13	6	5	57	43
Provanställning och praktik	40	56	13	22	42	58
Övrigt	41	33	13	13	55	45
Totalt	304	252	100	100	55	45

Källa: SCB, Arbetskraftsundersökningar (AKU)

⁶³ Mer information om sjuklön finns i kapitel 3.

Knappt en tredjedel av individer tidsbegränsade anställningar är behovsanställda

En del av anställda med tidsbegränsad anställning är behovsanställda, det vill säga kallas in för att arbeta i en tidsbegränsad anställning vid behov. Behovsanställda inkluderar anställningar som brukar benämnas dag-för-dag-anställning, timanställning, anställning enstaka dagar eller SMS-anställning. Arbetstagaren har i dessa fall varken rättighet eller skyldighet att arbeta, utan gör en överenskommelse med arbetsgivaren vid varje enskilt tillfälle. Det centrala för behovsanställningar av detta slag är att det är arbetsgivarens behov av att få arbete utfört under en tidsbestämd period som styr. Sedan våren 2022 finns särskilda regler för behovsanställda i socialförsäkringsbalken. Enligt den proposition som föregick lagändringen (Prop. 2021/22:1, s. 80) kännetecknas behovsanställningar i normalfallet av att arbetstagaren endast arbetar kortare perioder i taget, arbetar på kallelse från arbetsgivaren, att det är ett nytt anställningsförhållande vid varje arbetstillfälle, att tiden mellan arbetstillfällena inte räknas som anställningstid, samt att arbetstagaren har möjlighet att säga nej till arbete.

Det är svårt att utifrån befintliga uppgifter kartlägga förekomsten av behovsanställningar. Enligt skattningar för 2017 kan runt 27 procent av personer med en tidsbegränsad anställning ha en sådan anställning utan överenskommen arbetstid. Av dessa var 58 procent kvinnor och 42 procent män. Bland personer med anställning utan överenskommen arbetstid förekommer flera olika typer av anställningsformer. Runt hälften kallas in vid behov, en knapp tredjedel är anställda per timme med ett överenskommet arbetsschema och en femtedel har ett vikariat, feriearbete, projektanställning eller övrigt. (SOU 2019:5)

7.3 Deltid är fortfarande vanligt bland kvinnor i arbetaryrken

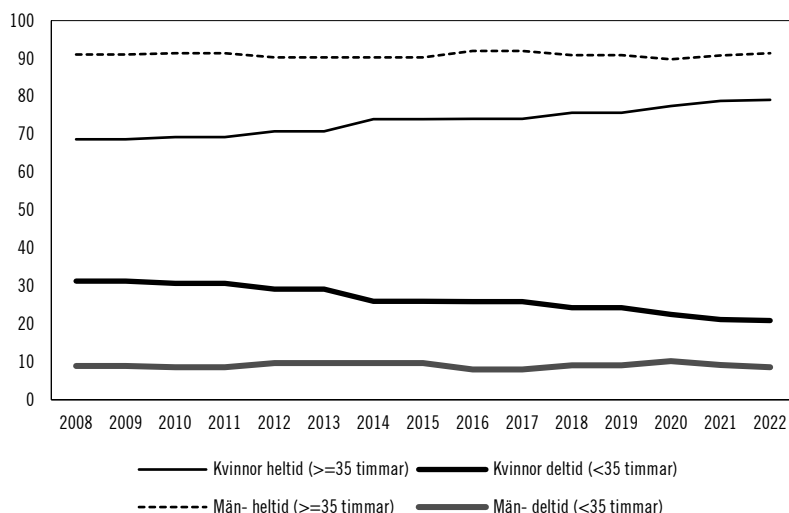
Nära kopplat till de tidsbegränsade anställningarna är förekomsten av deltidarbete. På samma sätt som tidsbegränsade anställningar kan vara en språngbräda för etablering på arbetsmarknaden, så kan en deltidanställning vara det. Samtidigt innebär deltidanställning ökad osäkerhet för den anställda och ett sämre försäkringsskydd vid

sjukdom. Deltidsarbete kan fungera som en möjlighet för individer att under delar av livet kombinera arbete med studier, eller med föräldraskap och vid dessa livssituationer arbeta i en mindre omfattning. För arbetsgivare kan deltidсанställningar också innebära fördelar, eftersom det är enkelt att erbjuda fler arbetstimmar när behovet finns, utan att riskera att binda upp kostnader genom att erbjuda anställda en heltidsanställning.

Andelen kvinnor i arbetskraften ökade markant under 1970- och 80-talen. Det var framför allt till följd av att antalet kvinnor i kommunal sektor fördubblades. En stor del av ökningen utgjordes av kvinnor som började arbeta deltid. Andelen kvinnor som arbetar heltid har fortsatt att stiga sedan 1980-talet och samtidigt har andelen kvinnor i åldern 20–64 år i befolkningen som arbetar deltid sjunkit de senaste decennierna. Andelen män som arbetar hel- respektive deltid har inte förändrats nämnvärt de senaste åren. I Figur 7.4 nedan visar vi utvecklingen av arbete på heltid och deltid bland kvinnor och män sedan 2008.

Figur 7.4 Andel anställda 16–74 år som arbetar heltid och deltid, efter kön 2008–2022*

Klicka här för att ange underrubrik.



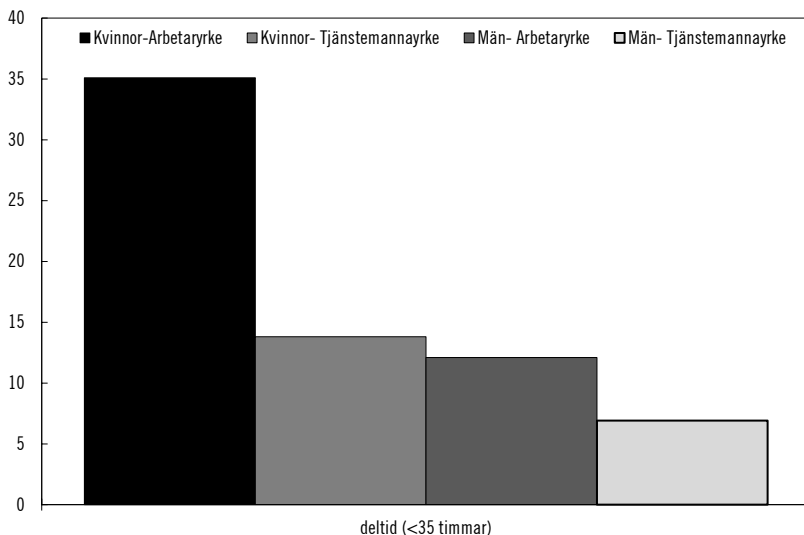
Anm. * För perioden 2008–2019 avser varje observation två år
Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Levnadsnivåundersökningar (LNU) 2008–2022

Av de personer som hade en anställning 2022 så arbetade knappt 86 procent heltid (minst 35 timmar i veckan), och drygt 14 procent deltid. Andelen som arbetar heltid har ökat över tid, och 2008 var det 80 procent som arbetade heltid och 20 procent som arbetade deltid. Bland män arbetade drygt 91 procent heltid, och bland kvinnor var motsvarande andel 79 procent 2022. Deltidsarbete var vanligare bland kvinnor (21 procent) jämfört med män (9 procent) 2022.

Bland kvinnor har andelen som arbetar heltid ökat över tid. Andelen anställda kvinnor med heltidsarbete ökade från 69 procent 2008 till 79 procent 2022. Andelen kvinnor med arbete på deltid har samtidigt minskat från 31 procent 2008 till 21 procent 2022. Bland anställda män har andelen som arbetar heltid och deltid i princip varit oförändrad sedan 2008. I Figur 7.5 visar vi andel förvärvsarbetande som arbetar deltid i arbetaryrken och tjänstemannyrken 2022 uppdelat på kön.

Figur 7.5 Andel förvärvsarbetande 16–74 som arbetar deltid 2022

Efter yrke och kön



Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Levnadsnivåundersökning (LNU) för år 2022

Heltid är vanligare i tjänstemannyrken jämfört med i arbetaryrken. 2022 hade 90 procent av anställda i tjänstemannyrken ett heltidsarbete, medan motsvarande andel var 79 procent i

arbetaryrken. Bland män i tjänstemannayrken arbetade 93 procent heltid, och 7 procent deltid 2022. Deltidsarbete är betydligt vanligare bland de kvinnor som har ett arbetaryrke, vilket omfattade 35 procent av kvinnor i arbetaryrken. Bland kvinnor i tjänstemannayrken arbetade 14 procent deltid 2022.

Deltidsarbete är inte jämnt fördelat över branscher, sektorer, klass, kön eller inkomster, utan är betydligt vanligare inom kvinnodominerade branscher. I detaljhandeln är 69 procent deltidsanställda, och i kvinnodominerade yrken inom vård och omsorg är drygt hälften av arbetstagarna anställda på deltid. En stor del av deltidarbetet inom arbetaryrkena är ofrivillig, d.v.s. att arbetstagaren inte har kunnat få, alternativt inte hittat ett heltidsarbete (LO 2019).

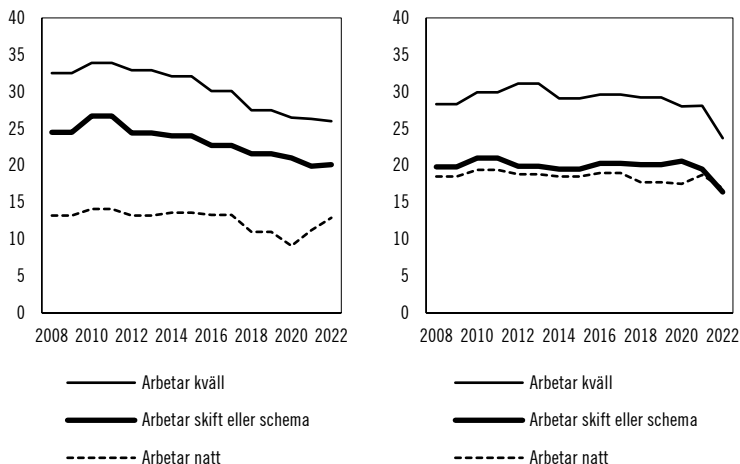
7.4 Arbete på dagtid är vanligast

Arbetstidens förläggning skiljer sig mellan olika förvärvsarbeten. Arbete på dagtid är vanligast och 74 procent av anställda skattas ha ett sådant arbete 2022. Andelen har ökat över tid från 68 procent 2008.

I **Fel! Hittar inte referenskälla.** nedan visar vi andelar av anställda som skattas arbeta i skift eller på schema, samt andelar som arbetar kväll och natt fördelat på kvinnor och män.

Figur 7.6 Andel anställda 16–74 år som arbetar skift eller schema, kväll och natt*, efter kön 2008–2022**

Kvinnor (vänster), män (höger)



Anm.* Kategorierna är inte ömsesidigt uteslutande.

** För perioden 2008–2019 avser varje observation två år.

Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Levnadsnivåundersökningar (LNU) för år 2008–2022.

En knapp femtedel av de anställda arbetar i skift eller på schema. Andelen har minskat något sedan 2008. Det har även andelen som arbetar kväll gjort, som var 30 procent 2008 och hade minskat till 25 procent 2022. Andelen anställda som arbetar natt var 15 procent 2022. Andelen var på en liknande nivå 2008.

Andelen anställda kvinnor som arbetar kväll har minskat sedan 2008 från 34 procent till 26 procent 2022. Även andelen anställda män som arbetar kväll har minskat något mellan 2008 och 2022, från 28 till 24 procent.

Arbete i skift eller på schema har minskat över tid. Minskningen är störst bland kvinnor, från 25 procent 2008 till 20 procent 2022. Bland män var minskningen från 20 till 16 procent mellan 2008 och 2022.

Andelen anställda som arbetar natt är högre bland män än bland kvinnor. Knappt 17 procent bland anställda män och 13 procent bland kvinnor arbetade natt 2022.

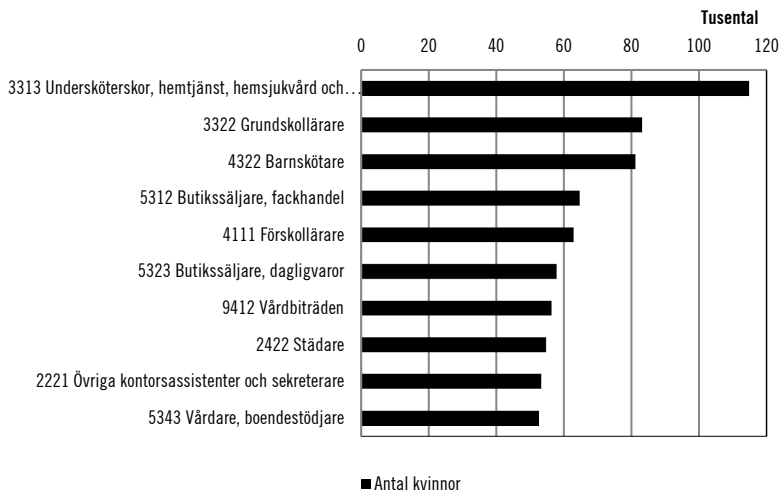
7.5 Könsegregerad arbetsmarknad

Den svenska arbetsmarknaden är delvis könsegregerad, vilket innebär att det är en ojämn könsfördelning inom vissa yrken. Inom vård och omsorg förvärvsarbetar fler kvinnor än män. Yrken inom energi, teknik, och bygg är i stället mansdominerande. Normer kring omsorg, teknik och kön gör att det uppfattas som naturligt att män respektive kvinnor är mer lämpade för arbete inom olika områden, vilket befäster dessa uppdelningar. (SOU 2014:81) Det har skett en långsam men gradvis minskning av yrkessegregeringen. Yrkessegregeringen kan mätas i form av Statistiska centralbyråns (SCB:s) segregeringsindex, som har ett värde mellan 0 (fullständigt jämn könsfördelning) och 100 (alla anställda kvinnor och män arbetar i helt olika yrken). Mellan 2005 och 2021 har indexet kontinuerligt minskat från 57,9 till 50,6 vilket indikerar att arbetsmarknaden under dessa år gradvis har blivit mindre könsegregerad. (prop. 2023/24:1 utg.omr. 13) Över tid har fler kvinnor har börjat arbeta inom yrken som traditionellt varit mansdominerande. Andelen starkt kvinnodominerande yrken har dock inte ändrats i motsvarande grad.

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB:s) yrkesregister är undersköterska Sveriges vanligaste yrke och nästan 90 procent av de som arbetar i yrket är kvinnor. Exempel på kraftigt mansdominerade yrken är kyl- och värmepumpstekniker, VVS-montörer och snickare, där kvinnor endast utgör 1 procent av de anställda. I Figur 7.7 nedan visas de 10 största yrkena bland kvinnor, och i Figur 7.8 visas motsvarande statistik för män.

Figur 7.7 De 10 vanligaste yrkena bland kvinnor 16–64 år, 2021

Antal i tusental

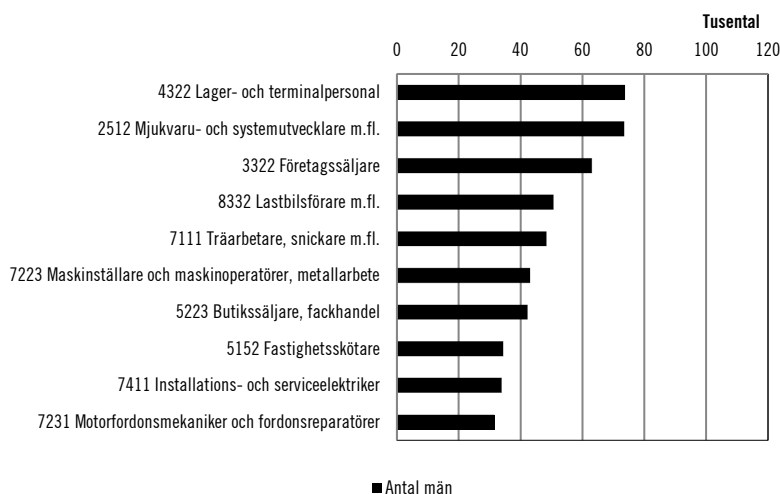


Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Yrkesregister 2021, Yrke är klassificerat enligt Standard för svensk yrkesklassificering 2012 (SSYK 2012).

Det vanligaste yrket bland kvinnor 2021 var undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende där 114 820 kvinnor var anställda. Kvinnor utgjorde 89 procent av de anställda i yrket. Det näst vanligaste yrket bland kvinnor var grundskollärare där 83 160 kvinnor var anställda. Kvinnor utgjorde 74 procent av de anställda inom yrket. Många av de yrken som är vanligast bland kvinnor är yrken med en ojämn könsfördelning där andelen kvinnor som är anställda är högre än 60 procent.

Figur 7.8 De 10 vanligaste yrkena bland män 16–64 år 2021

Antal i 1 000-tal



Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Yrkesregister 2021. Yrke är klassificerat enligt Standard för svensk yrkesklassificering 2012 (SSYK 2012).

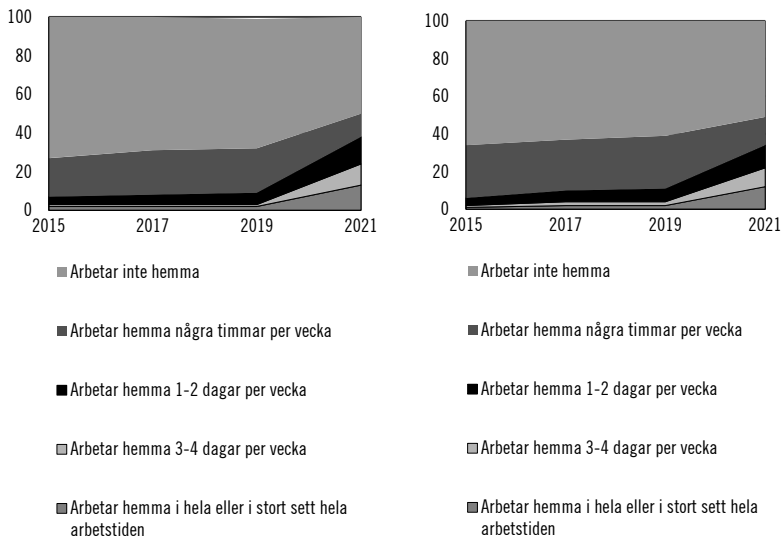
Det vanligaste yrket bland män 2021 var lager- och terminalpersonal där 73 710 män var anställda. De utgjorde 76 procent av de anställda inom yrket. Det näst vanligaste yrket bland män var mjukvaru- och systemutvecklare där 73 510 män var anställda. Män utgjorde 81 procent av de anställda inom yrket.

7.6 Distansarbete har ökat sedan pandemin, men hälften av arbetstagarna arbetar inte hemifrån

Möjligheten att arbeta på distans från hemmet skiljer sig mellan och inom olika typer av arbeten. I Arbetsmiljöundersökningen finns sedan 2015 frågor om respondenten arbetar hemifrån i någon omfattning under en arbetsvecka. I Figur 7.9 nedan redovisas självrapporterade uppgifter om distansarbete som baseras på Arbetsmiljöundersökningen för perioden 2015 till 2021.

Figur 7.9 Andel anställda som arbetar hemifrån eller inte, per kön 2015–2022

Kvinnor (vänster), män (höger)



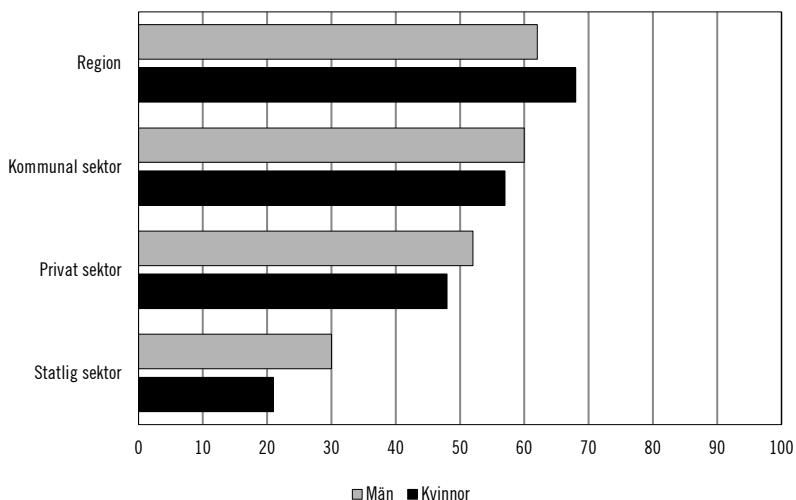
Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Arbetsmiljöundersökning 2015–2021

Andelen sysselsatta som distansarbetar hemifrån har ökat sedan 2015. Då var det 31 procent som distansarbetade från hemmet i någon omfattning. Bland kvinnor var andelen 27 procent och bland män var andelen 34 procent. År 2021 hade andelen ökat till 49 procent (50 procent bland kvinnor och 49 procent bland män). Under pandemin fanns rekommendationer till arbetsgivare om att underlätta för anställda att arbeta hemifrån i större omfattning än vanligt som ett sätt att minska smittspridningen och därmed belastningen på hälso- och sjukvården. Sådana rekommendationer fanns under tidsperioden mars 2020 till och med september 2021 (Folkhälsomyndigheten 2021). Den stora ökningen av andel anställda som arbetar hemifrån i någon omfattning mellan 2019 och 2021 kan förklaras av pandemin. Även efter att rekommendationerna om hemarbete har tagits bort har troligtvis fler arbetstagare än tidigare möjlighet att arbeta hemifrån i någon omfattning. Många av de personer som tidigare haft möjlighet att arbeta hemifrån några timmar i veckan kan nu arbeta hemifrån någon eller några dagar i veckan. Hälften av arbetstagarna (51 procent) arbetade dock inte hemifrån alls 2021. Andelen anställda som inte

arbetar hemifrån i någon omfattning skiljer sig mellan olika sektorer, vilket vi visar i Figur 7.10 nedan.

Figur 7.10 Andel anställda som inte arbetar hemifrån 2021

Fördelat per sektor och kön



Källa: Egna beräkningar utifrån SCB:s Arbetsmiljöundersökning 2021

Andelen anställda som inte arbetar hemifrån var störst inom regionerna där 67 procent (68 procent kvinnor och 62 procent män) inte arbetade hemifrån under 2021. Inom kommunal sektor var andelen som inte arbetade hemma 58 procent (57 procent bland kvinnor och 60 procent bland män). Inom privat sektor arbetade hälften på distans i någon omfattning och hälften arbetade inte hemma. Andelen arbetstagare som inte arbetade hemma var något större bland män i privat sektor (52 procent), jämfört med kvinnor (48 procent).

Den statliga sektorn utmärker sig med en större andel arbetstagare som arbetade på distans från hemmet i någon omfattning jämfört med andra sektorer. Andelen som arbetade på distans i någon omfattning under 2021 var 75 procent i statlig sektor. Andelen var något större bland kvinnor inom statlig sektor (79 procent) jämfört med män (70 procent).

8 Karensens betydelse för användningen av sjukförsäkringen

Enligt försäkringsteori ska självrisk motverka överutnyttjande. Självrisk kan utformas som en karens i början av sjukfall, eller som en kostnad för individen i form av lägre ersättningsnivå under ett pågående sjukfall. Självrisk i form av karens gör att individen själv får stå för kostnaden för sjukfrånvaro i början av sjukfall innan sjuklön eller sjukförsäkringen kompenserar för inkomstbortfall vid sjukdom.

Det finns empirisk evidens för att en inledande karens i en sjukförsäkring minskar sannolikheten att en individ påbörjar en sjukperiod. Inledande karens begränsar därmed antalet påbörjade sjukperioder. Arbetsgruppen bedömer att karensavdraget inte skiljer sig från karensdagen i det avseendet. Det finns också viss empirisk evidens för att inledande karens gör att de sjukfall som startas pågår under en längre tid jämfört med de sjukfall som startas i en sjukförsäkring utan karens. Det beror sannolikt både på att sjukfallens sammansättning ändras, och att individers beteende ändras vid införandet av karens. Självrisk påverkar troligtvis beteende och nyttjandemönster bland individer och blir en signal om att sjukfrånvaro är kostsamt för individen.

I linje med ekonomisk teori bedömer arbetsgruppen att en period med karens i inledningen av ett sjukfall troligtvis minskar risken för överutnyttjande av sjukförsäkringen, men att den också kan få konsekvenser i form av underutnyttjande av försäkringen. Risken att karens leder till underutnyttjande är troligtvis högre bland vissa grupper av individer. Det gäller de grupper som lever med snäva ekonomiska marginaler som kan välja att arbeta trots en sjukdom som gör att de borde avstå från arbete (så kallad sjuknärvaro), för att

de inte anser sig ha råd med det inkomstbortfall som sjukfrånvaro är förknippad med. Sjuknärvaro kan både leda till risk för produktionsbortfall och sämre kvalitet på utfört arbete, samt risk för smittspridning i de fall en person väljer att gå till arbetet trots en smittsam sjukdom. På längre sikt kan sjuknärvaro även leda till ökad risk för framtida sjukfrånvaro.

Kapitlet innehåller en genomgång av tidigare forskning kring karensens betydelse för användningen av sjukförsäkringen. I kapitlet besvaras frågeställningen om karensen uppfyller sitt syfte att förhindra överutnyttjande genom en genomgång av tidigare studier på området. För att besvara frågan går vi igenom syftet med självrisker enligt ekonomisk teori och vad vi vet om självriskers betydelse för användningen av sjukförsäkringen. Därefter gör vi en genomgång av tidigare forskning kring andra faktorer som påverkar individens beslut att sjukanmäla sig, eller att gå till arbetet trots en sjukdom som gör att personen har behov av att avstå från arbete. Vi presenterar också tidigare studier som rör betydelsen av kringliggande system för användningen av sjukförsäkringen.

8.1 Självrisk och kontroll används för att motverka överutnyttjande

Sjukförsäkringen syftar till att ge ekonomisk trygghet vid sjukdom. En sjukförsäkring som helt kompenserar för inkomstbortfall vid sjukdom kan därför framstå som önskvärd. På grund av svårigheterna att bedöma om en person faktisk har rätt till ersättning från försäkringen och riskerna för överutnyttjande⁶⁴ så innehåller de flesta försäkringar dock någon form av självrisk. Självriskan är den kostnad som försäkringstagaren själv behöver stå för vid ett försäkringsfall, och är därmed en del av försäkringens skadereglering. Till försäkringars skadereglering hör även olika former av kontroller.

Frågan som uppstår är hur vi bör utforma en väl fungerande sjukförsäkring som ger ett skydd för inkomstbortfall vid sjukdom, men samtidigt motverkar risken för överutnyttjande av försäkringen. Följdfrågan blir hur lagstiftaren ska utforma ett

⁶⁴ Överutnyttjande i sjukförsäkringen kan ses som de fall då en individ får ersättning trots att hen inte har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

system som säkerställer att de som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom får ersättning för inkomstbortfall, samtidigt som de som inte uppfyller kriterierna för rätt till ersättning, heller inte får ta del av den.

En allmän utmaning vid reglering av sjukförsäkringar är att balansera skydd för inkomstbortfall med verktyg för att förhindra överutnyttjande. I en sjukförsäkring med för låg grad av kontroll och för låga självrisker riskerar personer som inte har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ändå få ersättning. Ett alltför omfattande överutnyttjande av sjukförsäkringen kan dels göra den dyrare än nödvändigt, dels skada legitimiteten för sjukförsäkringen. En sjukförsäkring med för höga självrisker och för hög grad av kontroll riskerar på motsvarande sätt leda till underutnyttjande och inte ge ett tillräckligt skydd för inkomstbortfall vid sjukdom. Individer som upplever att självrisken är för hög har större sannolikhet att gå till arbetet trots sjukdom som gör att de borde avstå från det, så kallad sjuknärvaro. Ett alltför omfattande underutnyttjande kan också skada legitimiteten för sjukförsäkringen.

Asymmetrisk information utgör en risk för missbruk av en försäkring

Alla försäkringar hanterar risker. Genom en försäkring går individer samman för att skydda sig mot konsekvenserna av att en viss skada inträffar. Ett grundläggande problem som behöver hanteras i alla försäkringar är att det råder så kallad informationsasymmetri mellan försäkringstagare och försäkringsgivare. Försäkringstagaren har ofta mer information än försäkringsgivaren i ett enskilt fall – både huruvida en skada har inträffat och kring skadans omfattning och konsekvenser. Ur försäkringsgivarens perspektiv utgör denna informationsasymmetri en risk för överutnyttjande. Det medför att det finns en risk att skador anmäls som egentligen inte har inträffat. I de fall en skada har inträffat finns också risken att försäkringstagaren överskattar värdet av det som försäkras. I försäkringsteoretisk litteratur kallas dessa fenomen för moral hazard (moralisk risk).

Vidare hanterar försäkringar risken för konsekvenserna av att en viss händelse ska inträffa, exempelvis konsekvenser av en brand eller

stöld av egendom. Vetskapen av att vara försäkrad kan dock påverka försäkringstagarens beteende och risken för att händelsen inträffar.

Risken för moral hazard gör att det för försäkringsgivaren inte är optimalt med en försäkring som ersätter hela inkomstbortfallet på grund av skada eller sjukdom. Endast i de fall försäkringsgivaren kan få tillförlitlig information om en individs hälsostatus, och huruvida en sjukdom innebär en nedsatt arbetsförmåga så skulle en sjukförsäkring som kompenserade för hela inkomstbortfallet vara optimal (jämför med Diamond, Mirrlees 1978, Lindbeck, Persson 2013, 2018).

Den lösning som vanligtvis används för att hantera problemet med moralisk risk är till att börja med självrisker som försäkringstagaren själv behöver stå för vid händelse av en skada. Lösningen kan också utformas som kontroller där försäkringsgivaren lägger resurser på att säkerställa att den som ansöker om ersättning också uppfyller de villkor som finns. I fallet med sjukförsäkringen sker sådana kontroller ibland med stöd av andra berörda aktörer såsom hälso- och sjukvården, exempelvis genom krav på läkarintyg. Ett system med hög grad av kontroll kan lätt bli administrativt kostsamt och det finns därför ett intresse att också uppmuntra försäkringstagare att självmant begränsa nyttjandet av sjukförsäkringen.

Självrisker och kontrollfunktioner samspelar till viss del. En försäkring med låg grad av kontroll kan balanseras med en högre grad av självrisk för att motverka överutnyttjande, och vice versa (Larsson 2004). En grundläggande fråga för avvägningen mellan självrisk och kontroll är hur stor del av skaderegleringen som försäkringsgivaren respektive försäkringstagaren ska stå för.

Karensavdraget är en del av sjuklönesystemets och den allmänna sjukförsäkringens självrisk

I den allmänna sjukförsäkringen och i sjuklönesystemet finns i huvudsak två monetära självrisker – karens och ersättningsnivå per dag. Båda reglerar hur stor del av det försäkrade inkomstbortfallet vid sjukdom som ersätts genom sjuklön respektive sjukpenning. Sjuklönsens och sjukpenningens storlek påverkas även av andra faktorer som taket för inkomstunderlaget och en

omräkningsfaktor⁶⁵ för den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Inkomsttaket i sig utgör formellt sett inte en självrisk i sjukförsäkringen, utan reglerar hur stor del av inkomsten som kan försäkras genom den allmänna sjukförsäkringen – inkomstunderlaget.

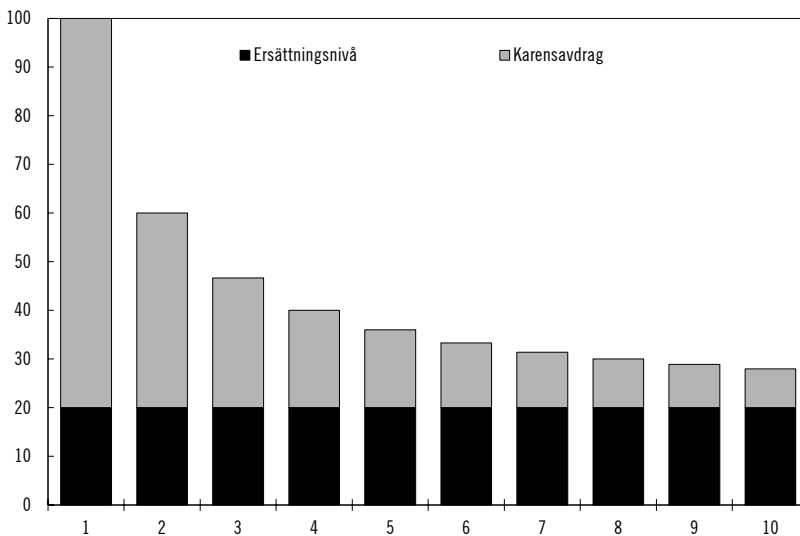
Inkomster över taket kan i stället försäkras genom kollektivavtalade försäkringar⁶⁶. Runt 90 procent av arbetstagare omfattas av sådana kollektivavtalade sjukförsäkringar i Sverige. I offentlig sektor omfattas alla arbetstagare av sådana kollektivavtalade försäkringar och i det privata näringslivet omfattas runt 85 procent av arbetstagarna (Medlingsinstitutet 2022). Kollektivavtalade sjukförsäkringar börjar gälla från och med dag 15 i sjukperioden. För den som har en inkomst över taket och som inte omfattas av någon kollektivavtalad försäkring medför inkomsttaket ett relativt sett större inkomstbortfall än för den som har en inkomst under taket.

Den inledande karensen i sjukförsäkringen förväntas i första hand påverka beslutet att sjukanmäla sig och därmed påbörja en sjukperiod (så kallad incidens). Det hänger samman med att marginalkostnaden för den första frånvarodagen är 100 procent av dagslönen. Ersättningsnivån per dag förväntas i första hand ha betydelse för beslutet att återgå i arbete (det vill säga sjukfallens duration). Det hänger samman med att ersättningsnivån påverkar marginalkostnaden för varje ytterligare frånvarodag. I absoluta termer stiger den totala självrisk för en individ för varje dag i sjukperioden, så länge ersättningsnivån är mindre än 100 procent. I relativa termer så minskar däremot den totala självrisk för en individ i en sjukförsäkring med karens för varje dag i sjukperioden (se figur 8.1).

⁶⁵ Omräkningsfaktorn är 0,97 och innebär i praktiken att sjukpenningen blir något lägre än 80 respektive 75 procent av SGI:n. Syftet med införandet av faktorn var att minska statens utgifter för sjukpenning (prop. 2002/03:100 s. 175).

⁶⁶ Däremot ligger inkomster över taket till grund för den sjukförsäkringsavgift som arbetsgivare och företagare betalar till staten genom arbetsgivaravgiften respektive egenavgiften. Det påverkar i sin tur graden av försäkringsmässighet i sjukförsäkringen. Inkomsttaket bidrar därmed till en hög grad av progressivitet i sjukförsäkringen.

Figur 8.1 Ersättningsnivåns och karensavdragets bidrag till total ackumulerad självrisk vid korttidsfrånvaro vid sjukdom (procent)
Fördelat efter antal dagar med sjuklön



Anm.: Figuren avser en arbetstagarare som i normalfallet arbetar fem dagar i veckan och som under den två veckor långa sjuklöneperioden maximalt kan få tio dagar med sjuklön.

Källa: Arbetsgruppens beskrivning av bestämmelserna i 6 § sjuklönelagen, förkortad SjLL.

För den som är sjukfrånvarande i en dag är den totala självrisk i normalfallet 100 procent, varav 80 procent kommer från karensavdraget. För den som är sjukfrånvarande i två dagar är den totala självrisk i normalfallet 60 procent, varav 40 procent kommer från karensavdraget. För den som är sjukfrånvarande i tre dagar är den totala självrisk i normalfallet 47 procent, varav 27 procent kommer från karensavdraget. I teorin skulle därför karensavdraget även kunna ha betydelse för beslutet att återgå i arbete. En dags ytterligare frånvarodag skulle förvisso göra inkomstbortfallet större, men skulle också i viss bemärkelse göra frånvaroperioden relativt ”billigare”. På motsatt sätt är det rimligt att den förväntade sammanlagda självrisk kan påverka individens beslut om att sjukanmäla sig, exempelvis vid milda sjukdomstillstånd som förkylningar, som ofta är övergående efter några dagar. Allt annat lika kan valet för individen uppfattas som ett val mellan att gå till arbetet trots sjukdom (så kallad sjuknärvaro) eller att stanna hemma från arbetet längre än karensperioden, för att få ersättning vid sjukfrånvaro. Betydelsen av karenstiden och ersättningsnivån per

dag på incidensen respektive duration kan därmed vara svår att separera.

8.2 Utformningen av självriskan påverkar användningen av sjukförsäkringen

Det finns flera studier som rör betydelsen av självriskan för användningen av sjukförsäkringen. För att studera självriskens betydelse analyseras vanligtvis genomförda regeländringar av självriskan i sjukförsäkringar – så kallade *naturliga experiment*. Det finns flertalet sådana svenska studier, men även några studier från andra europeiska länder som vi bedömer är relevanta i sammanhanget. Flera studier rör självrisk i form av ändrade ersättningsnivåer, men få studier gör en separat analys av effekterna av självrisk i form av karens i sjukförsäkringar.

Baserat på de studier som finns gör arbetsgruppen bedömningen att självrisker både påverkar sannolikheten att påbörja en sjukperiod (incidensen) och sjukperiodernas varaktighet (durationen). Självrisk i form av karens medför generellt att färre korta sjukfall startar. Självrisk i form av minskade ersättningsnivåer tycks ha en större påverkan på sjukfallens duration. Självrisker i form av karens och ersättningsnivåer påverkar också sjukfallens sammansättning, vilket i sig kan påverka sjukfallens duration. Några studier finner också effekter i form av incidens och duration kan ta ut varandra.

Effekten på durationen består sannolikt i flera mekanismer, som ingen studie har lyckats separera. Den minskade incidensen påverkar i förlängningen sammansättningen, där en mindre andel av de pågående sjukfallen jämfört med tidigare utgörs av korta sjukfall. Det kan också finnas en beteendeeffekt på beslutet att återgå i arbete, där karensregler gör att individer som redan tagit kostnaden stannar hemma någon dag extra.

Det är svårt att särskilja i hur stor grad den ökade durationen kan förklaras av selektionseffekter eller beteendeeffekter av karensen. Det går inte heller med säkerhet fastställa om färre startade sjukfall i en sjukförsäkring med karens bör tolkas som ett resultat av minskat överutnyttjande av sjukförsäkringen, eller om det också bör tolkas som ett ökat underutnyttjande av sjukförsäkringen.

Få svenska studier rör effekter av ändrade karensregler

Antalet studier som fokuserar på just karensreglerna är begränsade. De svenska studier som finns avser i huvudsak de regeländringar som genomfördes i slutet av 1980-talet och början på 1990-talet. Två av dessa reformer rörde just karensreglerna.

I december 1987 togs dåvarande insjuknanderegeln bort, som i praktiken hade utgjort en karensdag. Samtidigt genomfördes en förändring som innebar att endast arbetsdagar kompenserades, till skillnad från att innan även kompensera helgdagar. Andrén (2005) analyserar effekten av den reformen på incidensen och avsluts-sannolikheten under de första sju dagarna i en sjukperiod. Resultatet visar en tydlig ökning av andelen sjukfall som varar en till två dagar, samt att sannolikheten att avsluta ett sjukfall under den första veckan ökade med 13 procent. Hon fann för övrigt även ett tydligt resultat av förändringen att endast arbetsdagar kompenserades, där den vanligaste veckodagen för sjukfallets avslut blev fredagar i stället som för tidigare söndagar.

I april 1993 återinfördes karensdagen i den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet, som hade införts ett år tidigare. Det finns en utvärdering av den reformen bland postanställda i tre organisatoriska områden i norra Sverige (Voss 2001). Av resultaten framgår att införandet av karensdag tycks ha lett till en klar minskning i antalet sjukfall som varade i uppemot 14 dagar under den studerade perioden. Incidensen minskade med 27 procent bland kvinnor och 28 procent bland män. I relativa termer blev sjukfallen i genomsnitt längre, men det kan till stor del röra sig om en selektionseffekt till följd av färre startade korta sjukfall. Bland män urskildes samtidigt en svag ökning i antalet sjukfall längre än 14 dagar efter reformen.

Färre korta sjukfall när egenföretagare fick fler karensdagar

För egenföretagare genomfördes en förhållandevis stor ändring av karensreglerna juli 2010. Egenföretagare hade innan reformen en karensdag, med möjlighet att välja tre eller 30 karensdagar. Egenföretagare med längre karenstid hade en något lägre premie i form lägre sjukförsäkringsavgift. Från och med den 1 juli 2010 blev karenstiden sju dagar med en möjlighet att välja 14, 30, 60 eller 90

dagar⁶⁷. Reformen gällde endast egenföretagare med enskild firma, kommanditbolag och handelsbolag (personer med inkomst av näringsverksamhet), men företagare med eget aktiebolag omfattades inte av regeländringen⁶⁸.

Småföretagare med eget aktiebolag utgjorde därmed en lämplig jämförelsegrupp vid den studie av reformens effekter som senare genomfördes (Österlund 2014, Inspektionen för socialförsäkringen 2013). Studien visade att incidensen för korttidssjukfrånvaro längre än 7 dagar minskade med 20 procent som en beteendeffekt av reformen. Tydliga skillnader kunde uppmätas för sjukfall som varade upp emot fyra veckor. Den genomsnittliga varaktigheten för sjukfallen ökade i och med reformen, men det bedöms till största del förklaras av den selektionseffekt som uppstod till följd av att färre korta sjukfall ändrade sammansättningen av de startade sjukfallen.

Det blev inte fler långa sjukfall efter reformen. En viss beteendeffekt i form av längre sjukfall bland dem som blev sjukskrivna kan inte uteslutas. Men en sådan effekt var i sådana fall mindre än den minskade incidensen för korta sjukfall.

Några studier undersöker effekter av ändrade karensregler i sjukförsäkringar i andra europeiska länder

Det finns några studier som rör ändrade karensregler i sjukförsäkringar från andra europeiska länder. Mer än hälften av länderna i Europa har inte karensdagar för anställda⁶⁹ (Missoc 2022). I Danmark⁷⁰ infördes en karensdag i sjukförsäkringen 1983, och en studie av Holm med flera (1986) finner att reformen medförde en tydlig minskning av korta sjukfall mellan en och tre dagar och en viss ökning av sjukfall som var längre än tre dagar.

Flera av de studier om karens som arbetsgruppen identifierat baseras på regeländringar inom den franska sjukförsäkringen. I dagsläget innehåller den franska försäkringen tre karensdagar för anställda, men arbetsgivare har möjlighet att betala ut sjuklön under

⁶⁷ Sedan januari 2013 kan egenföretagare även välja en karensdag.

⁶⁸ En småföretagare som driver eget aktiebolag har i rollen som arbetsgivare ett sjuklöneansvar gentemot sig själv som anställd.

⁶⁹ Av 31 europeiska länder är det 42 procent (13) som har karens för anställda (de flesta av dessa länder har tre karensdagar), och 58 procent (18) som inte har karens för anställda. Det är vanligare att sjukförsäkringarna innehåller karens för egenföretagare (Missoc 2022)

⁷⁰ En beskrivning av nuvarande regelverk i Danmark finns i kapitel 4.

karensperioden⁷¹. Pollak (2017) analyserar sjukfall bland franska arbetstagare i privat sektor som omfattades av sjuklön under karensperioden, och jämför med en kontrollgrupp av arbetstagare som inte fick sjuklön i början av sjukfall. Pollak kommer fram till att anställda som omfattades av sjuklön under karensperioden inte hade större sannolikhet att vara sjukfrånvarande jämfört med den grupp som inte fick sjuklön under karensperioden. Bland gruppen som omfattades av sjuklön under karensperioden var sjukperioder i genomsnitt tre dagar kortare, jämfört med gruppen som omfattades av karens. Pollak tolkar resultaten som att karensdagar både kan medföra sjuknärvaro, och att personer som startar sjukfall får incitament att vara sjuka fler dagar jämfört med en försäkring utan inledande karensperiod.

Cazenave-Lactroutz, Godzinski (2017, 2018) undersöker införandet av en karensdag för vissa statsanställda i Frankrike mellan 2012 och 2014 och jämför med anställda i privat sektor som inte påverkades av reformen. Studierna visar att reformen inte ledde till minskad sjukfrånvaro men däremot innebar en förändrad sammansättning bland sjukfall. Den korta sjukfrånvaron minskade, särskilt sjukfall som pågick två dagar, samtidigt som längre sjukfall (mellan en vecka och tre månader) ökade något ett år efter reformen.

Flera av de nämnda studierna lyfter att ändrade karensregler kan få beteendeeffekter bland de individer som omfattas av regelverket. Om individer uppfattar karensdagen som orättvis, så kan de kompensera genom att vara sjuka någon dag extra innan de återgår i arbete (Holm et al 1986, Cazenave-Lactroutz, Godzinski 2017). Det är också möjligt att en del individer som tagit kostnaden av karens väljer att avstå från arbete ytterligare dag eftersom sannolikheten för att åter bli sjuk och åter behöva ta kostnaden av karens då bör minska (Johansson, Palme 2005, Paola et al 2014, Cazenave-Lactroutz, Godzinski 2017). Om karensdagar avskräcker arbetstagare från att starta ett sjukfall, så är det möjligt att de individer som faktiskt startar ett sjukfall skulle kunna ha en sämre hälsostatus/ vara sjukare jämfört med individer som startar sjukfall i en sjukförsäkring utan karens. Det skulle i så fall skulle kunna förklara att sjukfall tenderar att pågå under en längre tid i en sjukförsäkring som har en karens

⁷¹ Liknande upplägg finns i Finland och på Island där de flesta arbetsgivare betalar sjuklön under karensperioden. En längre beskrivning av dessa regelverk finns i kapitel 4.

jämfört med en försäkring utan karens (Cazenave-Lactroutz, Godzinski 2017).

Flera studier visar att ändrade ersättningsnivåer påverkar sjukfrånvaron

Det finns som sagt relativt få studier om effekten av karens i sjukförsäkringar, men det finns desto fler studier om hur självrisker i en bredare bemärkelse påverkar användningen av sjukförsäkringar. Flera studier visar att mer generösa system för ersättning vid sjukfrånvaro generellt också leder till en högre sjukfrånvaro.

I en tidig studie som baseras på brittiska data visade Fenn (1981) att sannolikheten att en sjukskriven person återgår i arbete var en avtagande funktion av ersättningsnivå, det vill säga att sannolikheten för att återgå i arbete minskar ju högre ersättningsnivån är.

Johansson och Palme (1996, 2002) studerar incitament i den svenska sjukförsäkringen under 1980 och 90-talen. De analyserar individens beslut om att förvärvsarbeta eller stanna hemma från arbete genom en modell för arbetsutbudet. De finner att ekonomiska incitament och däribland utformningen av sjukförsäkringen har en signifikant effekt på beslut om frånvaro, där ökad självrisk medför signifikant lägre sjukfrånvaro.

Flera studier undersöker hur ekonomiska incitament påverkar frånvaro från arbetet vid sjukdom och mäter detta i termer av elasticitet. Måttet elasticitet av frånvaro visar att en ökning av ersättningsnivå med en procent ökar inflödet till sjukpenning med X procent. Olika studier har kommit fram till olika skattningar av elasticiteten. Petterson-Lidbom och Skogman Thoursie (2013), Pichler och Ziebarth (2017), Bockerman, Kanninen och Suoniemi (2018) och Scognamiglio (2020) skattar en elasticitet på runt 1 procent. Johansson och Palme (2004) beräknar elasticiteten till att påbörja en sjukskrivning till mellan 0,7 och 1 och Ziebarth och Karlsson (2010, 2014) skattar elasticiteten till mellan 0,5 och 0,8.

Flera studier finner att elasticiteten varierar mellan kvinnor och män (Johansson, Palme 1996, 2004, Pettersson-Lindbom, Thoursie 2013, Johansson, Brännäs 1998). En studie av Pichler och Ziebarth (2017) finner att sänkta ersättningsnivåer har mindre påverkan på förekomsten av sjukfrånvaro vid smittsamma sjukdomar jämfört

med sjukfrånvaron som inte kopplas till smitta. De drar slutsatsen att elasticiteten vid sjukfall på grund av smittsamma sjukdomar är lägre jämfört med de sjukfall som inte kopplas till smitta.

Färre studier har tagit fram mått på elasticitet för varaktighet (duration). Sådana skattningar ligger mellan 0,2–0,3 och är därmed betydligt lägre än elasticiteten för incidensen (Johansson Palme 2004, Ziebart, Karlsson 2010). Arbetsgruppen har inte funnit motsvarande studier som tagit fram uppgifter om elasticitet vid reformer som rör införande eller borttagande av karens.

Dessa exempel är hämtade från studier i olika länder och vid olika tidpunkter och det är rimligt att anta att elasticiteten varierar mellan olika system, och att effekterna är beroende av såväl ersättningsnivåer som system för kontroll.

Studier av reformen 1987 som innebar en sänkt självrisk

I december 1987 genomfördes flera förändringar i den svenska sjukförsäkringen, som sammantaget innebar lägre självrisk vid sjukfrånvaro. Förändringarna innebar bland annat att reglerna om insjuknandedag, som i praktiken utgjorde en karensdag, togs bort och att ersättningen från den statliga sjukförsäkringen höjdes till 90 procent från första dagen i sjukfallet. Reformen hade olika effekter för anställda inom privat, kommunal och statlig sektor, eftersom dessa grupper omfattades av kollektivavtalade ersättningar med olika utformning, samt att statligt anställda sedan tidigare omfattades av sjuklön. Sammantaget innebar reformen att stora grupper fick betydligt lägre självrisk vid sjukfrånvaro jämfört med tidigare.

Ett flertal svenska studier rör denna reform och olika studier gör olika skattningar av effekten av reformen. Flera studier kommer fram till att reformen ledde till en ökning av sjukfrånvaron, mellan en till två sjukdagar per individ och år (Andrén 2005, Lidwall 2005, Henrekson Persson 2004, Wells et al 2004).

Petterson-Lidbom och Skogman Thoursie (2013) kommer fram till att reformen ledde till att de totala antalet dagar med sjukfrånvaro minskade med tre procent. De finner att reformen fick olika effekt för sjukfall som var olika långa. Reformen ledde till fler startade sjukfall som varade mellan en till sju dagar, färre sjukfall som pågick mellan åtta och 50 dagar och sjukfall över 50 dagar påverkades inte

av reformen. Petterson-Lindbom och Thoursie finner att andelen arbetstagare med nya sjukfall ökade med 11 procent (det vill säga en ökad incidens), men samtidigt blev pågående sjukfall kortare jämfört med före reformen (minskad duration). Petterson-Lindbom och Skogman Thoursie lyfter att avskaffande av karens därmed inte nödvändigtvis behöver leda till en ökad sjukfrånvaro. De påtalar att en sjukförsäkring med karens kan leda till att den individer har minskade incitament att återgå i arbete när karensperioden är förbi. Det beror på att en tidig återgång i arbete också innebär ökad risk för återinsjuknande, vilket skulle innebära en ny karensperiod, något som individer vill undvika⁷².

Studier av reformen 1991 som innebar en ökad självrisk

I mars 1991 genomfördes ytterligare förändring av självrisken då ersättningsnivån sänktes, de första tre sjukdagarna till 65 procent, och dag 4 till 89 till 80 procent. Flera studier kommer fram till att reformen ökade sannolikheten att återgå i arbete (Andrén 2005, Johansson, Palme 2002).

Johansson och Palme (2004) undersöker uttagsmönster i sjukfrånvaro före och efter 1991 och finner att reformen främst fick effekter i form av färre startade sjukfall (minskad incidens) men även påverkan på sjukfallens längd, där pågående sjukskrivningar blev längre (ökad duration).

Andrén (2005) undersöker effekter på korttidssjukfrånvaron av reformen 1987 och 1991 och finner att båda reformerna, men framför allt reformen 1991 ökade sannolikheten att återgå i arbete. I jämförelse med perioden före 1987 så ökade sannolikheten att sjukperioden skulle avslutas med 13 procent efter 1987, och med 32 procent efter 1991. Andrén drar slutsatsen att reformerna medförde att individer ändrade sitt beteende för att undvika sjukdagar utan ersättning.

Eliason och Nilson (2015) och Eliason, Johansson och Nilsson (2019) undersöker hur reformen 1991 påverkade durationen bland längre sjukfall. De finner att de sänkta ersättningsnivåerna för sjukfall som pågått mindre än tre månader indirekt fick negativa

⁷² När karensdagen infördes 1993 infördes även en återinsjuknanderegeln som skulle hantera denna risk. Regeln innebär att det inte ska dras en ny karens för en individ som återgår i arbete och återinsjuknar inom fem dagar (prop. 1992/93:31 s. 44 ff).

effekter för individer i långa sjukfall och minskade utflödet från sjukförsäkringen. Sänkta ersättningsnivåer i början av sjukfall medförde höjda kostnader för individer som avslutar en sjukperiod för tidigt, och därmed får en högre självrisk vid ett återinsjuknande⁷³. Eliasson med flera resonerar att reformen därför riskerade leda till inlåsningseffekter, där personer med långa sjukfall fick minskade incitament att återgå i arbete.

Flera studier finner ett samband mellan sjukförsäkringens generositet och sjukfrånvarons nivå

Några svenska studier bygger på tidsserieanalyser för en längre tidsperiod. Henrekson och Persson (2004) studerar regeländringar och effekter av dessa för tidsperioden 1955 till 1999, och Lidwall, Marklund och Thoursie (2005) gör en liknande analys för perioden 1955 till 2002. Båda studierna kommer fram till att sjukförsäkringens regler har påverkat sjukfrånvarons nivå där sänkta ersättningsnivåer har medfört en minskning av det genomsnittliga antalet dagar med sjukfrånvaro.

I en studie av Hesselius och Persson (2007) visas att kompletterande kollektivavtalade ersättningar också kan påverka sjukfallens längd. När en kompletterande kollektivavtalad ersättning återinfördes för sjukfall som var mellan 90–360 dagar för anställda inom kommunal sektor 1998, så innebar detta en ökning av längden på sjukfallen med 4,7 dagar i genomsnitt.

I studier av den tyska sjukförsäkringen visas att en reform 1996 som innebar sänkta ersättningsnivåer under sjuklöneperioden från 100 till 80 procent gjorde att färre sjukfall startades (Ziebarth, Karlsson 2010). På motsvarande sätt medförde en reform 1999⁷⁴ som innebar en mer generöst utformad ersättning att sjukfall pågick under en längre tid (Ziebarth, Karlsson 2014).

Liknande resultat presenteras av Chemin och Wasmer (2009) som studerar införandet av sjuklöneperiod 1978 i Frankrike och finner att sjukfrånvaro ökade något som resultat av mer generös

⁷³ När karensdagen infördes 1993 infördes en återinsjuknanderegeln med syfte att hantera denna risk. Regeln innebär att individer som återinsjuknar inom fem dagar inte ska få en ny karensdag (prop. 1992/93:31 s. 44 ff).

⁷⁴ Reformen som genomfördes 1 januari 1999 innebar att den lagstadgade sjuklönen ökade från 80 till 100 procent.

kompensation vid sjukfrånvaro. En annan fransk studie (Ben Halima, Koubi 2022) rör en reform 2008 som omfattade anställda i privat sektor. Reformen innebar bland annat att väntetiden före arbetsgivare börjar betala ut kompletterande ersättning reducerades. Bland gruppen som omfattades av reformen så ökade antalet dagar med sjukfrånvaro med 0,5 dagar.

Liknande studier av den italienska sjukförsäkringen (De Paola et al 2014, Scognamiglio 2020) visar att en reform som trädde i kraft 2008 som innebar ökad kontroll och minskad ersättning vid sjukfrånvaro bland offentligt anställda ledde till färre korta och fler långa sjukfall. Sammantaget minskade sjukfrånvaron bland offentligt anställda som effekt av reformen.

I en studie av den norska sjukförsäkringen finner Fevang med flera att arbetsutbudet bland sjukskrivna bland annat påverkas av nivån på ersättning (Fevang et al 2017).

Marie och Castello (2020) studerar effekter av en reform 2012 som innebar minskade ersättningsnivåer för statsanställda i Spanien. Från att ha haft ersättning motsvarande 100 procent fick statsanställda efter reformen ersättning motsvarande 50 procent av lönen dag ett till tre, 75 procent dag fyra till 20, och 100 procent från dag 21. De fann att reformen ledde till en minskning av antal startade sjukfall med 29 procent, samtidigt som sjukfallens duration ökade med i genomsnitt 28 procent. Tillsammans ledde dessa effekter till en signifikant minskning med 10 procent i antal dagar med utbetald ersättning vid sjukdom för statsanställda.

I Estland genomfördes en reform av sjukförsäkringen 2009 med syfte att minska statens utgifter för sjukförsäkringen i spåren av den ekonomiska krisen. Reformen innebar införande av fler karensdagar (från en till åtta), minskad ersättningsnivå (från 80 till 70 procent av lönen), samt införande av sjuklöneperiod för anställda. För anställda blev karensperioden i praktiken 3 dagar efter reformen, eftersom arbetsgivare betalade sjuklön mellan dag 4 och 8. Enligt en studie av Aaviksoo och Kiivet (2016) ledde reformen till att antal sjukdagar per anställd minskade med en tredjedel mellan 2009 och 2011, samtidigt som durationen bland pågående sjukfall ökade. Eftersom reformen innehöll flera delar så går det dock inte att separera effekten av ändrad karens.

Liknande slutsatser har även dragits i flera internationella komparativa studier. Osterkamp och Röhn (2005) visar i en

genomgång att skillnader i sjukförsäkringens generositet mellan länder kan förklara en stor del av den variation som finns i antalet sjukdagar. En analys av Frick och Malo (2005) kommer fram till att antalet självrapporterade dagar med sjukfrånvaro per arbetstagare och år ökar i proportion till sjukförsäkringens generositet. Chaupain- Guillot och Guillot (2017) finner att allt annat lika så är sannolikheten för sjukfrånvaro 17 procentsatser högre i länder där anställda får hel ersättning vid sjukdom, jämfört med länder där ersättningsnivåerna är maximalt 75 procent av tidigare inkomster. Författarna argumenterar för att ersättningsnivåer troligtvis har en större påverkan på sjukfrånvaron än vad självrisk i form av karens har.

Palme och Persson (2020) påpekar att baserat på komparativa studier är det svårt att avgöra hur viktiga just karensreglerna är för sjukfrånvaron i jämförelse med andra verktyg som ersättningsnivåer, arbetsgivarfinansierad sjuklöneperiod och läkarintygfri period.

8.3 Flera andra faktorer än självrisk har betydelse för individers beslut att sjukanmäla sig

Vad som gör att en individ väljer att sjukanmäla sig vid en sjukdom, eller ett visst symtom och en annan individ vid samma symtom väljer att inte göra det är en komplex fråga. I föregående avsnitt redovisas tillgänglig kunskap om självriskens betydelse för detta beslut. I det här avsnittet redovisas en kort genomgång av tillgänglig kunskap om andra faktorer som har betydelse för individens beslut att sjukanmäla sig. Till grund för genomgången ligger studier om incitament för sjukskrivning, kontrollsystem, samt om normers betydelse.

Alternativkostnaden kan påverka individens beslut att sjukanmäla sig

Enligt nationalekonomiska teorier förväntas individens beslut att sjukanmäla både påverkas av kostnaden att arbeta jämfört med kostnaden att vara ledig, den så kallade alternativkostnaden (se exempelvis Larsson 2005). För de personer som värderar fritid högt kan det vara mer lockande att ta kostnaden av sjukfrånvaro, i

synnerhet om det för den dagen inte krävs något läkarintyg eller finns något annat krav på motprestation. Ersättningen mildrar kostnaden av sjukfrånvaro, vilket kan öka incitamenten att vara ledig. Allt annat lika förväntas en högre lön medföra en högre alternativkostnad av sjukfrånvaro, vilket gör att lägre sjukfrånvaro kan förväntas bland individer med högre inkomster (Barmby 1997, Winkelmann 1999). Modellen kan kompletteras med en variabel för arbetsförhållanden (Ose 2005), eftersom en högre sjukfrånvaro är förväntad bland individer som inte anser att deras lön fullt ut kompenserar för deras arbetsförhållanden och arbetsinsatser.

Kontrollsystem som krav på läkarintyg påverkar individers beslut att avsluta sjukfall

Inom sjukförsäkringar finns vanligtvis krav på läkarintyg efter en kort period av sjukdom. I Sverige krävs läkarintyg från och med åtta dagars sjukfrånvaro, och vid särskilda skäl kan läkarintyg krävas redan från första dagen med sjukfrånvaro, så kallat läkarintygsföreläggande⁷⁵. Eftersom läkarintygskravet vanligtvis inte finns i början av sjukfallet, utan först efter några dagars sjukfrånvaro, så har kravet ingen direkt påverkan på valet att starta ett sjukfall. Effekten av läkarintygskravet observeras i flera studier som Johansson och Palme (2002, 2004) och Hesselius, Johansson och Hartman (2013) som finner att tidpunkten för kravet har en inverkan på sjukfallens längd. Ett läkarbesök kan ses som en kostnad för individen, som gör att vissa väljer att avsluta sjukperioden i samband med tidpunkten för krav på läkarintyg. Läkarintygskravet verkar därmed främst få betydelse för valet att avsluta sjukfall.

Hesselius, Johansson och Larsson (2005) undersöker hur individers sjukfrånvaro påverkas av vid vilken tidpunkt i sjukfallet som det ställs krav på individen att inkomma med läkarintyg för att få ersättning vid sjukfrånvaro. Analysen gjordes utifrån ett experiment som genomfördes 1988 i Jämtland och Göteborg, där en slumpmässigt utvald grupp fick sjukpenning i upp till 14 dagar utan att uppvisa läkarintyg, medan en kontrollgrupp behövde visa

⁷⁵Regler om läkarintygsföreläggande finns i 10 § SjLL. Åläggandet sker på initiativ av Försäkringskassan eller efter en begäran från arbetsgivaren. Särskilda skäl för läkarintygsföreläggande kan enligt förarbetena till SjLL vara om det finns behov av läkarintyg för kontroll eller rehabilitering (prop. 1990/91:181 sid. 76).

läkarintyg från och med åttonde dagen av sjukfrånvaro. Studien visar att individer som har möjlighet att få ersättning för sjukdom utan läkarintyg under en längre period, i genomsnitt också har längre sjukfall, jämfört med en grupp individer där kravet på läkarintyg tillkommer tidigare i sjukfallet. Bland båda grupperna var sannolikheten att avsluta sjukfallet särskilt stor dagen innan de behövde uppvisa läkarintyg⁷⁶.

Under stora delar av covid-19-pandemin avstod Försäkringskassan från att efterfråga läkarintyg före dag 21 i sjukperioden⁷⁷. Enligt en analys av Försäkringskassan (2022a) ledde den ändrade hanteringen av läkarintyg under pandemin till en beteendeförändring bland individer med sjukpenning. Både bland arbetstagare och egenföretagare ökade antalet korta sjukfall som pågick upp till 21 dagar.

En annan typ av kontrollverktyg är krav på möten för uppföljning och planering för återgång i arbete, som också kan påverka hur långa sjukfall blir. Flera studier undersöker hur insatser som möten för uppföljning och planering för återgång i arbete påverkar sjukfallens längd, och olika studier kommer fram till olika slutsatser. I början av sjukfall förekommer möten i lägre grad, och möten som kontrollverktyg har därmed troligtvis en större påverkan på pågående sjukfall, än för individens beslut att starta sjukfall.

Johansson och Lindahl (2013) visar att obligatoriska möten och aktiva insatser kan ha en motivationshöjande effekt för individer. Insatser kan upplevas som ansträngande eller tidskrävande, och dessutom finns möjlighet att dra in ersättning om individen inte deltar i insatser vilket kan fungera som motivator till att avsluta sjukfall. Studier från Norge visar att krav på denna typ av möten kan leda till kortare sjukfall (Markussen et al 2017). Andra studier har dock visat att utredningsinsatser- och eller möten riskerar att förlänga sjukperioder, och att det därför är viktigt att rätt individer får rätt insatser (ISF 2014:21, Engström et al 2017).

⁷⁶ Jämför med figur 6.9 i kapitel 6.

⁷⁷ Försäkringskassans ändrade hantering av läkarintyg pågick under perioden den 25 mars–31 oktober 2020, samt under perioden 15 december 2020–30 september 2021.

En arbetsgivarfinansierad sjuklöneperiod kan också påverka individens beslut att sjukanmäla sig

I Sverige har vi haft en arbetsgivarfinansierad sjuklöneperiod sedan 1992. Wells, Edgerton och Kruse (2004) och Nilsson (2005) studerar införandet av sjuklöneperiod och finner att arbetsgivarinträdet fick en dämpande effekt på sjukfrånvaron. Wells, Edgerton och Kruse (2004) resonerar kring att det kan bero på att en arbetsgivarfinansierad sjuklön indirekt ses som en ökad självrisk för arbetstagare, som inte vill bidra till ökade kostnader för arbetsgivaren. Nilsson (2005) driver hypotesen att det ska ses som att sjuklöneperioden innebar ökad kontroll från arbetsgivare och från kollegor.

Normer och värderingar kring arbete och frånvaro påverkar också användning av sjukförsäkringen

Normer och värderingar kring arbete och frånvaro inom familjer, bland kollegor och vänner och i samhället i stort har också betydelse för i vilken omfattning individer använder sjukförsäkringen. Det är möjligt att normer och värderingar har en särskilt stor påverkan på den korta sjukfrånvaron, eftersom det finns färre kontrollverktyg i början av sjukfall.

I en studie från Försäkringskassan (2006) framhålls att individers attityder spelar en viktig roll för variationen i omfattning av sjukskrivningar. I län med högre ohälsotal är inställningen till sjukskrivning och sjukförsäkringssystemet mindre restriktiv och tvärtom. Hauge och Ulvestad (2017) finner att arbetstagare som har mer tillåtande syn på sjukfrånvaro också hade högre korttidssjukfrånvaro (sådan som inte innebär krav på läkarintyg).

Normer och värderingar kan också påverka hur individer agerar på ekonomiska incitament som karensdagar. Om individer påverkas av varandras beteenden, så finns en risk att mindre förändringar i regelverket, exempelvis kring incitament eller kontrollstrukturer, också kan få en stor påverkan på normer kring sjukfrånvaro och i förlängningen på individers beteende. Om det är stigmatiserande att vara sjukskriven, eller att ofta stanna hemma från arbetet på grund av sjukdom, så kan vi förvänta oss att en reform som innebär lägre självrisk också kan ha en påverkan på beteendet i förlängningen och

göra att fler väljer att stanna hemma vid sjukdom. Detsamma gäller en reform som medför ökade självrisker, som också kan förstärka normer och värderingar och på så vis göra att färre väljer att stanna hemma från arbetet vid sjukdom. Det kan därmed finnas dynamiska effekter av regeländringar, där individers anpassning till ett mer eller mindre generöst system blir större på lång än på kort sikt. Glaeser med flera (2003) benämner dessa beteendeeffekter den sociala multiplikatorn, som förstärker effekter av reformer på längre sikt.

Flera svenska studier rör regeländringar och dess påverkan på normer som i sin tur påverkar sjukfrånvaro. Hesselius med flera (2008, 2009, 2013) undersöker hur ett experiment som innebar senarelagt krav på läkarintyg⁷⁸ för en grupp individer även påverkade den korta sjukfrånvaron hos individer som inte deltog direkt i experimentet. Ett senarelagt krav på läkarintyg påverkade både de personer som direkt omfattades av experimentet, och uttagmönster bland personer i omgivningen. Hesselius finner att sociala interaktioner påverkar sannolikheten att avsluta en sjukperiod innan läkarintyg krävs. Studien visar att när sjukfrånvaron bland arbetskollegor ökar, så tenderar även den egna sjukfrånvaron att öka. Johansson med flera (2014) finner att sådana spridningseffekter är starkare på mer könssegregerade arbetsplatser.

I en studie av reformen av den svenska sjukförsäkringen 1987 som innebar att anställda inom privat och kommunal sektor fick en lägre självrisk än tidigare, undersöker Olsson och Skogman Thoursie (2015) hur arbetsutbudet påverkades av reformen, inte bara för de individer som direkt omfattades av reformen, men även för deras partner. Studien kommer fram till att antal dagar med sjukfrånvaro ökade med 9,1 procent per månad för gifta kvinnor som levde med en man som var sjukskriven och som fått en lägre självrisk i och med reformen. Bland män var motsvarande ökning 6,1 procent per månad.

Normers påverka på sjukfrånvaron har också studerats av Lindbeck med flera i ett antal artiklar (2004, 2013, 2016, 2018). Lindbeck med flera (2016) finner att lokala sjukskrivningskulturer kan förklara en del av de regionala skillnader som finns för sjukfrånvaro. Den sociala multiplikatorn skattas till 1,23, vilket innebär att en reform som påverkar sjukfrånvaron med en procent, förväntas ge upphov till ytterligare 0,23 procent förändring genom

⁷⁸ Experimentet genomfördes i Göteborgs kommun 1988.

sociala interaktioner. Markussen och Røed (2015) kommer fram till en liknande nivå på den sociala multiplikatorn i en studie av sjukfrånvaro bland en grupp individer som gått i samma högstadieskola. De finner att effekten är kraftigare om individerna är mer lika i termer av ålder och kön.

Skogman Thoursie (2004, 2007) finner att män tenderar att ha en högre sjukfrånvaro i samband med sin födelsedag eller när populära sportevenemang sänds på TV. När Sverige deltog i finalerna i VM i skidor 1987 och vinter OS 1988, så direktsändes evenemangen i TV. De aktuella dagarna syntes en signifikant ökning av sjukfrånvaron bland män, men inte bland kvinnor. När sportevenemangen sändes fanns ingen karensdag och ersättningen var 90 procent från första dagen i sjukfallet. Resultatet från studien kan tolkas som att det fanns en betydande risk för överutnyttjande av sjukförsäkringen bland män de aktuella dagarna. Thoursie påpekar dock att det inte med säkerhet går att fastställa att den ökade sjukfrånvaron bland män ska tolkas som ökat överutnyttjande av sjukförsäkringen, eller om det också kan bero på att underutnyttjandet av sjukförsäkringen, minskade just dessa dagar bland män.

8.4 Sjuknärvaro - ett tecken på underutnyttjande?

Normer kring sjukfrånvaro påverkar valet att vara frånvarande från arbetet, och påverkar även förekomsten av sjuknärvaro. Sjuknärvaro kan ses som det fenomen då en person väljer att utföra lönearbete (på arbetsplatsen eller hemifrån), trots en sjukdom som gör att personen har behov av att avstå från arbete. En sådan definition kan sägas stamma från en europeisk forskartradition där sjuknärvaro avser personer som går till arbetet trots att de är så sjuka att de med tanke på sitt hälsotillstånd borde ha stannat hemma (Aronsson 2005, Vingård et al 2004, Johns 2008). En alternativ definition ur amerikansk tradition, ser sjuknärvaro i termer av att anställda är på arbetet, men presterar med en lägre kapacitet och har en lägre produktivitet på grund av en sjukdom eller skada (jmf, Hemp 2004, Chapman 2005, Turpin et al 2004, Schultz et al 2009).

I allmänhet används självskattade uppgifter genom olika typer av frågeformulär för att studera sjuknärvaro (Karanika-Murray, Cooper 2018, Kigozi et al 2017). Flera studier om sjuknärvaro i

Sverige baseras på självrapporterade uppgifter från Arbetsmiljöundersökningen⁷⁹ som SCB genomför på uppdrag av Arbetsmiljöverket. Sedan 2001 innehåller Arbetsmiljöundersökningen en fråga om sjuknärvaro, om respondenten minst två gånger det senaste året arbetat trots att hen borde ha låtit bli på grund av sjukdom. Uppgiften om arbete trots sjukdom minst två gånger under året är ett mått på sjuknärvaro som traditionellt använts i rapporteringen från Arbetsmiljöundersökningen, och i studier om sjuknärvaro.

Andelen sysselsatta med sådan rapporterad sjuknärvaro har legat mellan 45 och 54 procent sedan 2000. Den senaste uppgiften om sjuknärvaro är från Arbetsmiljöundersökningen för 2021, då 46 procent av respondenterna angav att de varit sjuknärvarande minst två gånger under det senaste året. Andelen var högre bland kvinnor (49 procent) än bland män (44 procent) (Arbetsmiljöverket 2021).

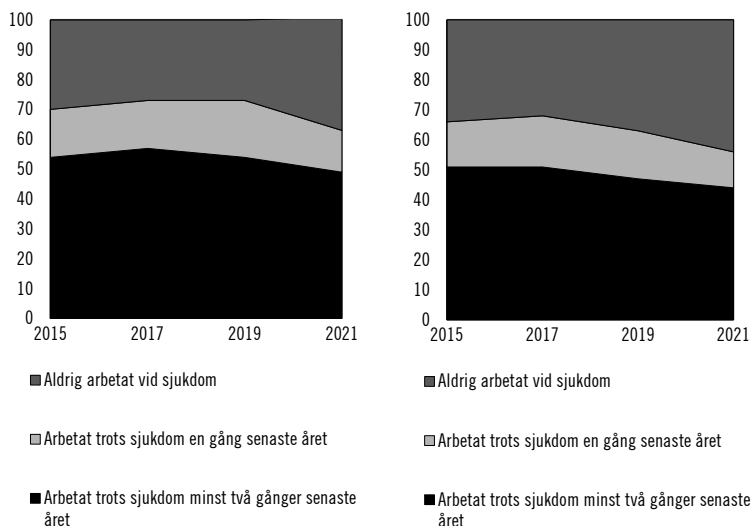
I figur 8.2 nedan visas en skattning av andelen sysselsatta som under det aktuella året antingen inte arbetat trots sjukdom, arbetat trots sjukdom vid ett tillfälle, eller arbetat trots sjukdom vid minst två tillfällen.

⁷⁹ Arbetsmiljöundersökningen är en urvalsundersökning bland sysselsatta som används för att studera arbetsmiljöförhållanden och hur de ändrats över tid. Undersökningen görs som ett tillägg till frågorna i Arbetskraftsundersökningen (AKU) som genomförs vartannat år. Undersökningen består av både en telefonintervju och en enkät. Personer i åldern 16–74 år som i AKU-intervjun svarat att de är sysselsatta får frågorna om arbetsmiljö. De som svarat på frågorna i telefonintervjun tillfrågas om de vill besvara enkäten. I undersökningen 2021 ingår ett urval av cirka 9 500 personer. Antalet svarande var omkring 7 300 i telefonintervjun varav 3 400 även har besvarat enkäten. (Arbetsmiljöverket 2022).

⁸⁰ Uppgifter från Arbetsmiljöundersökningen som hämtats från SCB:s statistikdatabas.

Figur 8.2 Andel sysselsatta (procent) med eller utan förekomst av sjuknärvaro 2015–2021

Kvinnor (vänster), män (höger)



Källa: Arbetsmiljöundersökningen 2015–2021, egna bearbetningar av SCB:s statistikdatabas

Andelen som angivit att de inte har arbetat trots sjukdom under det senaste året har varit relativt stabil mellan år 2015 och 2019, då andelen var mellan 29 och 32 procent. Under 2021 ökade dock andelen till 41 procent. Det beror troligtvis på effekter av covid-19-pandemin, som gjort att färre valt att arbeta trots sjukdom. Den självrapporterade sjuknärvaron är högre bland kvinnor än bland män, och så har det sett ut sedan 2015. Arbetskraftsundersökningar i andra europeiska länder visar med några få undantag liknande könsskillnader i sjuknärvaro mellan kvinnor och män (Eurofond 2022). Liknande mönster med könsskillnader finns också inom sjukfrånvaron i Sverige, där kvinnor har högre sjukfrånvaro jämfört med män⁸¹.

⁸¹ Könsskillnaderna för sjuknärvaro tenderar dock inte att vara lika stora som vid sjukfrånvaro.

Relevant att kombinera mått på sjuknärvaro med mått på sjukfrånvaro

I analyser av kort sjukfrånvaro och självrisker kan det vara relevant att kombinera mått för sjukfrånvaro med mått för sjuknärvaro. Tillsammans kan de ge en bättre bild av ohälsa (Caverley et al 2007, Kigozi et al 2017). Ett sådant mått är presenteeism propensity (PP), dagar med sjuknärvaro i relation till summan av dagar med sjuknärvaro och sjukfrånvaro. PP kan tolkas som ett mått på sannolikheten att personer är sjuknärvarande i stället för sjukfrånvarande vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom (Gerich 2016). I en undersökning med data från de europeiska arbetskraftsundersökningarna hade 65 procent av studiepopulationen varit sjuka någon gång under de senaste 12 månaderna. I denna grupp var PP 0.39, vilket kan tolkas som att anställda hade varit sjuknärvarande 39 procent av de dagar som de var sjuka (Reuter et al 2019).

Sjuknärvaro kan vara en konsekvens av arbetsgivarens anpassning av arbetet

Sjuknärvaro kan både innebära positiva och negativa effekter. En fördel med sjuknärvaro är att individer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ändå lyckas förvärvsarbeta och därmed inte drabbas av sådan inkomstförlust som sjukfrånvaro skulle medföra (Barnes 2008). Sjuknärvaro kan vara positiv för den anställde i det fall den är ett resultat av en flexibel arbetsgivare och en arbetsplats som har inneburit möjlighet till arbetsanpassningar vid sjukdom. Det beror på hur sjukdomen sätter ned arbetsförmågan, och vilka krav som arbetet innebär (Schnabel 2022). I vilken utsträckning sjuknärvaro kan ses som något positivt eller negativt måste i stor utsträckning bero på arbetets beskaffenhet, om arbetet fungerar som friskfaktor eller riskfaktor. Det är inte sjukdomen i sig som avgör om en person kan arbeta eller inte, utan hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan, och det beror också på arbetets organisering och innehåll (Aronson 2012).

I vissa fall kan sjuknärvaro också innebära en fördel för anställdas hälsa (Karanika- Murray, Cooper 2018). Att kunna arbeta trots sjukdom kan ha positiva effekter för individer som kan slippa den

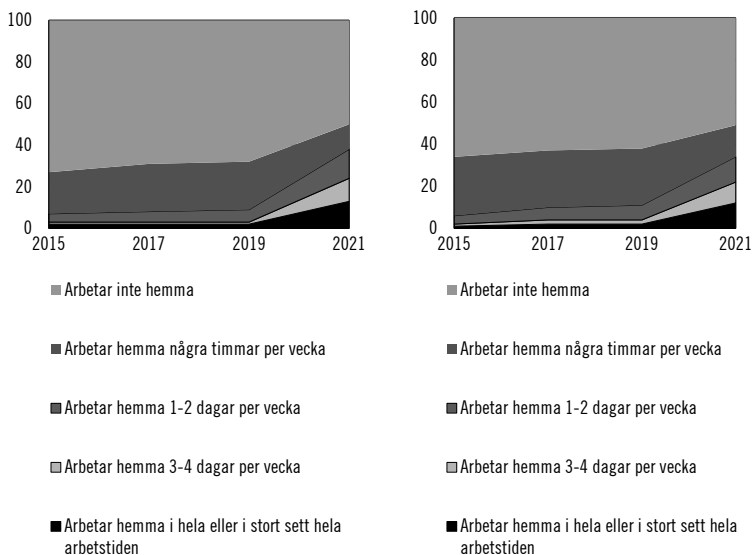
isolering som en sjukskrivning kan medföra, kan behålla mening och sammanhang, ha fortsatt kontakt med kollegor och till exempel behålla hälsosamma rutiner. För vissa diagnoser kan sjuknärvaro snarare än sjukfrånvaro vara att föredra (förutsatt anpassade arbetsuppgifter). Här ingår troligtvis många fall av psykisk ohälsa, där en fortsatt kontakt med arbetsplatsen i flera studier pekats ut som en insats som kan ge en snabbare återgång i arbete (Blomberg, Hensing 2020).

Distansarbete kan möjliggöra arbete trots sjukdom

Ett exempel på en anpassning av arbete är de fall då personer som på grund av sjukdom inte klarar av att arbeta från sin ordinarie arbetsplats, men får möjlighet att utföra arbete hemifrån. Det är en typ av sjuknärvaro som troligtvis blivit mycket vanligare sedan covid-19-pandemin.

Enligt en studie som baseras på europeiska data från 2015 års arbetskraftsundersökningar (Steidelmüller et al 2020) har anställda med möjlighet till distansarbete större sannolikhet att vara sjuknärvarande än personer som saknar möjlighet till distansarbete. En anledning till det kan vara att personer som distansarbetar inte behöver pendla till arbetet och inte behöver ta ställning till om sjuknärvaron medför risk för smittspridning. I figur 8.3 nedan visas andel sysselsatta som arbetar på distans sedan 2015.

Figur 8.3 Andel sysselsatta (procent) som arbetar på distans 2015–2021
Kvinnor (vänster), män (höger)



1. Distansarbete definieras i Arbetsmiljöundersökningen som alla typer av skrivbordsarbete som utförts via en digital uppkoppling i egen bostad eller liknande, och fångas genom en fråga om hur stor del av den ordinarie arbetstiden som respondenten arbetade i hemmet under de senaste tre månaderna.

Källa: Arbetsmiljöundersökningen 2021, egna bearbetningar av SCB:s statistikdatabas.

I Figur 8.3 ser vi att förekomsten av distansarbete ökade efter covid-19-pandemin. Bland kvinnor arbetade 27 procent hemifrån i någon grad 2015 och andelen hade ökat till 50 procent 2021. Bland män var det 34 procent som arbetade hemifrån i någon grad 2015 och andelen hade ökat till 49 procent 2021.

Sjuknärvaro kan vara en konsekvens av låg ersättbarhet, normer och värderingar och av bristande ekonomi

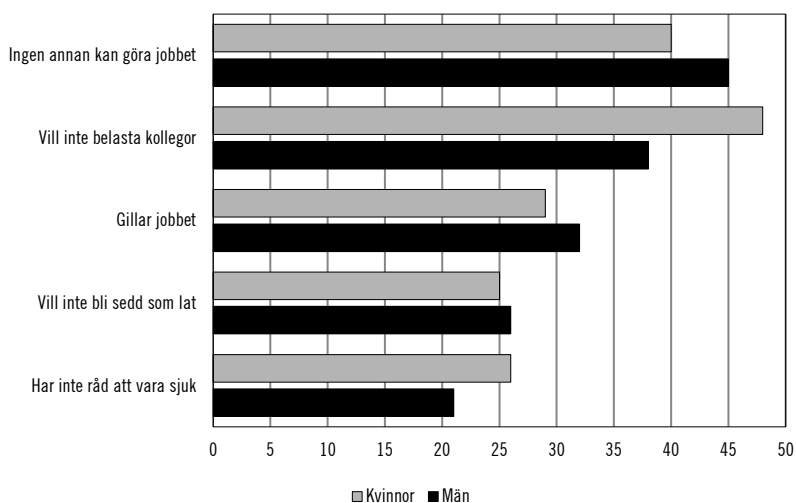
Många studier pekar ut att sämre hälsostatus hos individer korrelerar med sjuknärvaro, det vill säga att personer med sämre hälsa har högre sannolikhet att gå till arbetet trots sjukdom (Biron et al 2006, Aronson et al 2009, Leineweber et al 2012, Arnold 2016, Hirsch et al 2017). Det är ett rimligt resultat, eftersom sjukdom i sig är en förutsättning för sjuknärvaro. Beslut om att välja gå till arbetet eller att avstå från det baseras dock sällan endast på individens hälsostatus,

utan också på andra faktorer, hos individen och i organisationen (Garrow 2016).

I följande avsnitt går vi igenom olika anledningar till att individer kan välja att utföra lönearbete trots en sjukdom som gör att personen har behov av att avstå från arbete. I Figur 8.4 nedan visas de vanligaste anledningarna till sjuknärvaro som identifierats i Arbetsmiljöundersökningen för 2021.

Figur 8.4 De fem vanligaste anledningarna till sjuknärvaro bland sysselsatta per kön 2021

Andel i procent



Källa: Arbetsmiljöundersökningen, egna bearbetningar av SCB:s statistikdatabas.

De mest förekommande anledningarna till sjuknärvaro mellan 2015 och 2021 är att ingen annan kan göra jobbet, eller att en person inte vill belasta kollegor, vilket båda kan sägas vara uttryck för låg ersättbarhet. I Arbetsmiljöundersökningen för 2021 angav 43 procent av de som arbetat trots sjukdom vid minst två tillfällen under året, att de varit sjuknärvarande på grund av att ingen annan kunnat göra arbetet. En lika stor andel har angivit att de varit sjuknärvarande för att de inte vill belasta kollegor. Det finns könsskillnader i anledningar till sjuknärvaro. Bland de kvinnor som angivit att de varit sjuknärvarande angav 48 procent att sjuknärvaron

berodde på att de inte ville belasta kollegor, medan motsvarande andel var 38 procent bland män. Att anledningen till sjuknärvaro var att ingen annan kan göra jobbet angav 45 procent av männen och 40 procent bland kvinnorna som varit sjuknärvarande.

Andra vanliga anledningar till sjuknärvaro enligt Arbetsmiljöundersökningen är att respondenten gillar sitt jobb (30 procent), att inte vilja bli sedd som lat (26 procent) eller att inte ha råd att vara sjuk (23 procent).

Sjuknärvaro en konsekvens av låg ersättbarhet

Flera studier pekar på att sjuknärvaro ofta kan vara en konsekvens av låg ersättbarhet (Aronsson, Gustafsson 2005, Aronsson et al 2009, Navarro 2018). Flera studier visar att sjuknärvaron ofta beror på att personer är rädda att belastningen kommer att öka för kollegor (Jena et al 2012, Gustafsson et al 2016, Webster et al 2019). Sjuknärvaro på grund av låg ersättbarhet kan också handla om att personer har arbetsuppgifter som de ensamma ansvarar för. Vid sjukfrånvaro kommer de arbetsuppgifter som en person ansvarar för att läggas på hög, till dess att personen åter är tillbaka. Det kan exempelvis röra sig om arbetsuppgifter som kräver en viss kompetens (Caverley et al 2007).

Sjuknärvaro i form av låg ersättbarhet verkar skilja sig mellan kön men också mellan olika yrkesgrupper. I en svensk studie (Marklund 2021) visas att bland de personer som arbetar med människor, var den vanligaste anledningen till sjuknärvaro att de inte ville att kollegor ska drabbas, medan den vanligaste anledningen bland personer som arbetade med saker eller symboler i stället var att ingen annan kan utföra arbetsuppgifterna. Flera studier visar att sjuknärvaro på grund av låg ersättbarhet är vanligt förekommande inom kontaktyrken i skola, vård och omsorg (Navarro 2018). Eftersom anledningen till sjuknärvaro tycks skilja sig mellan olika yrken, så behöver också insatser för att minska sjuknärvaro utformas olika för olika yrkesgrupper. I de fall sjuknärvaro beror på att personer inte vill belasta kollegor, finns anledning att se över hur arbetsgivare hanterar bemanningen vid sjukfrånvaro (Marklund 2021).

Normer kan också leda till sjuknärvaro

Flera undersökningar pekar ut engagemang för arbetet och arbetslust som en faktor som påverkar sjuknärvaro (Karanika 2015, Kinman, Wray 2018). Just engagemang för arbetet ses ofta som en förklaring till att personer med ledande poster oftare väljer sjuknärvaro än sjukfrånvaro vid sjukdom (Crawford et al 2010).

På individuell nivå kan det finnas faktorer som kan locka till sjuknärvaro, och påtryckningsfaktorer som kan leda till sjuknärvaro. Individuella internaliserade påtryckningsfaktorer kan vara i termer av hög arbetsmoral, och högt ställda närvarokrav på sig själv, medan arbetsglädje, arbetstillfredsställelse och engagemang kan vara individuella faktorer som motiverar sjuknärvaro (Miraglia, Johns 2015, Johns 2010).

En förklaring till skillnader i anledningar till sjuknärvaro mellan yrken är normer om tillgänglighet och högt arbetstempo som kan utvecklas på vissa arbetsplatser. I dessa fall kan hög arbetsbelastning normaliseras, och i förlängningen kan det utvecklas en kultur där hög närvaro på arbetsplatsen premieras och i dessa fall kan sjuknärvaro snarare än sjukfrånvaro bli normen, i det fall personer drabbas av sjukdom (Dew et al 2005, Caverley et al 2007). Normer om att arbetet är meningsfullt och viktigt kan också leda till sjuknärvaro, särskilt i det fall arbetsinsatsen har betydelse för tredje part. Det kan exempelvis vara aktuellt för anställda med kontaktyrken vars arbete påverkar patienter, elever eller klienter (Grant 2008).

I Arbetsmiljöundersökningen finns flera svarsalternativ som kan kopplas till normer, värderingar och kultur. Den tredje vanligaste anledningen till sjuknärvaro under 2021 var att respondenten valt att arbeta trots sjukdom för att de gillar jobbet (30 procent). Denna andel var något lägre bland kvinnor (29 procent), än bland män (32 procent). En ungefär lika vanlig anledning till sjuknärvaro, var att respondenten inte vill bli sedd som lat (25 procent bland kvinnor och 26 procent bland män). En annan anledning till sjuknärvaro var de som arbetat trots sjukdom för att de satt en stolthet i att inte vara sjukskriven (13 procent). En anledning som var vanligare bland män (16 procent), än bland kvinnor (9 procent).

Större risk för sjuknärvaro bland grupper med sämre ekonomi

En i sammanhanget intressant anledning till sjuknärvaro är de fall då en person väljer att gå till arbetet på grund av att de inte anser sig ha råd med den inkomstförlust som sjukfrånvaro innebär. Det är en anledning till sjuknärvaro som är vanligare i de fall personer har låga inkomster och lever i hushåll med snävare marginaler (Aronsson, Gustavsson 2005, Barnes et al 2008, Aronsson et al 2009). Den femte vanligaste anledningen till sjuknärvaro enligt Arbetsmiljöundersökningen 2021 är att respondenten inte anser sig ha råd att vara sjuk. Anledningen är något vanligare bland kvinnor (26 procent) jämfört med män (23 procent).

Flera studier har pekat ut en större risk för sjuknärvaro bland personer med sämre anställningstrygghet (Miraglia, Johns 2015, Karanika-Murray, Cooper 2018). På motsvarande sätt visar flera studier att arbetstagare med sämre anställningstrygghet har lägre sjukfrånvaro (Johansson, Palme 1996, Ichino, Riphahn 2004, Arai, Skogman Thoursie 2005, Frick, Malo 2005). Khan och Rehnberg (2009) finner att individens upplevda anställningstrygghet främst påverkar förekomsten av kort sjukfrånvaro och inte längre perioder med sjukfrånvaro. Sämre anställningstrygghet kan därmed ha en dämpande effekt på sjukfrånvaro. För personer som inte har en tillsvidareanställning kan sjukfrånvaro uppfattas som en signal till arbetsgivaren om att det finns risk för framtida sjukfrånvaro. En sådan signal kan göra att personen är rädd för att missa erbjudande om framtida arbetstillfällen eller framtida anställning (Johns 2010). Små ekonomiska marginaler kan också vara förklaringen till att sjuknärvaro är högre för ensamstående föräldrar med barn, jämfört med hushåll med två föräldrar med barn (Eurofond 2022).

Flera amerikanska studier visar att personer som riskerar att inte få ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom, exempelvis för att de inte omfattas av sjuklön, uppvisar större risk för sjuknärvaro än grupper som kan få ersättning vid sjukdom (DeRigne et al 2016, Abay Asfaw et al 2017).

Arbetsgruppen har inte funnit större studier om kopplingen mellan utformningen av självrisker och förekomst av sjuknärvaro. Det finns dock exempel på undersökningar från fackförbund som rör förekomst av, och anledningar till sjuknärvaro bland deras medlemmar och som tangerar frågan om självriskens utformning. I

en enkätundersökning⁸² bland Kommunals medlemmar (2021) svarar drygt hälften av respondenterna att de varit sjuknärvarande av hänsyn till kollegors arbetsbelastning, och en femtedel svarade att de varit sjuknärvarande på grund av karensavdraget. Bland undersköterskor angav en fjärdedel att de varit sjuknärvarande på grund av karensavdraget. En undersökning⁸³ från Handels (Berggren 2023) kommer fram till att sjuknärvaro på grund av att arbetstagaren inte har råd att sjukskriva sig är vanligt bland medlemmarna. I undersökningen svarar fyra av tio att anledningen till sjuknärvaro var att de inte har råd att sjukskriva sig. Bland fackförbunden Kommunal och Handels medlemmar verkar därmed sjuknärvaro på grund av att inte ha råd att vara sjuk vara betydligt vanligare än bland arbetstagare generellt⁸⁴.

Viss typ av sjuknärvaro kan medföra risk för smittspridning

Viss typ av sjuknärvaro på arbetsplatser kan få indirekta effekter i form av smittspridning. Personer som går till arbetet med luftburet virus riskerar att smitta både kollegor och brukare (Widera et al 2010, Irvine 2011). Sjuknärvaro som medför effekter i form av smittspridning bör därmed också få effekter i form av minskad produktivitet för arbetsgivare (Miraglia, Johns 2015).

Risken för smittspridning på arbetsplatser vid sjuknärvaro blir särskilt allvarlig inom hälso- och sjukvård, där sköra patientgrupper kan smittas och drabbas allvarligt av luftvägsburet virus som influensa och vinterkräksjuka. Sjuknärvaro riskerar i dessa fall leda till bristande patientsäkerhet. Smittspridningen kan dessutom riskera att öka ytterligare om arbetstagare inom vård och omsorg har flera arbetsställen som de arbetar på (Widera et al 2010).

Amerikanska studier har bland annat sett att risken för smittspridning av luftburet virus på arbetet är högre bland anställda som inte omfattas av sjuklön, jämfört med anställda med sjuklön, vilket har tolkats som att risken för sjuknärvaro är större i gruppen

⁸² Frågan som ställs till drygt till 4200 respondenter är formulerad som: Vilken var den senaste anledningen till att du gick till arbetet trots att du var sjuk?

⁸³ Enkäten skickades ut till drygt 25 000 medlemmar i Handels under perioden 7–30 april 2022, och hade en svarsfrekvens på 15 procent. Frågorna om sjuknärvaro var formulerad som 1) Hur många gånger under de senaste tolv månaderna har det hänt att du arbetat trots att du med tanke på ditt hälsotillstånd egentligen borde låtit bli? 2) Av vilka anledningar har du arbetat trots att du var sjuk?

⁸⁴ Motsvarande andel var 23 procent i Arbetsmiljöundersökningen för år 2021.

som inte omfattas av sjuklönen (Abay Asfaw et al 2017). En studie skattar att införande av sjuklön för anställda i vissa delstater i USA minskade smittspridning vid ett influensautbrott med upp till 40 procent (Pichler, Ziebarth 2017). Samma studie visar att när ersättningsnivåerna under sjuklöneperioden sänktes i Tyskland 1996 så ökade smittspridning på arbetsplatser, och på motsvarande sätt finner artikelförfattarna att en höjning av ersättningsnivåerna 1999 gav en lägre smittspridning på tyska arbetsplatser.

I Spanien genomfördes en reform som innebar sänkta ersättningsnivåer för statsanställda 2012. Från att ha haft ersättning motsvarande 100 procent fick statsanställda efter reformen ersättning motsvarande 50 procent av lönen dag 1–3, 75 procent dag 4–20, och 100 procent från dag 21. En studie av Marie och Castello (2020) pekar på att reformen bland annat ledde till en minskning i antal utbetalade dagar med ersättning för infektioner och sjukfall i andningsorganen, samt att återinsjuknande vid smittsamma sjukdomar ökade. Resultaten tolkas som att reformen ökade risken för smittsam sjuknärvaro.

Det saknas uppgifter om hur vanlig smittsam sjuknärvaro är. Enligt en undersökning från fackförbundet Kommunal (2015) kan infektion i luftvägarna stå för upp till 70 procent av sjuknärvaron bland anställda inom välfärdstjänster.

Under covid-19-pandemin ändrades attityderna till smittsam sjuknärvaro, och det blev mindre accepterat att gå till arbetet i det fall en person riskerade vara smittad av luftvägsburet virus (Ruhle, Schmoll 2021). Pandemin är över för denna gång, och det är oklart om attityderna till smittsam sjuknärvaro kommer att påverkas på längre sikt.

Sjuknärvaro kan leda till framtida sjukfrånvaro

På kort sikt verkar det som att sjuknärvaro kan tolkas som ett val som innebär mindre sjukfrånvaro, men på längre sikt kan sjuknärvaro i sig leda till mer sjukfrånvaro. Flera forskare har lyft risker med sjuknärvaro i termer av risk för framtida ohälsa (Bergström et al 2009, och 2009a, Hansen, Andersen 2009, Gustafsson, Marklund 2011, Aboagye 2020, Gustafsson et al 2019). Några studier visar också att återkommande sjuknärvaro kan

innebära risker för framtida sjukskrivning (Skagen, Collins 2016). En studie av Bergström med flera (2009) för fram att sådana risker kvarstår, även när man kontrollerar för tidigare hälsa, demografiska och arbetsrelaterade variabler.

Lidwall med flera (2005) lyfter hypotesen att minskad korttidssjukfrånvaro på grund av karensdagar kan vara kontraproduktivt, om personer som bör avstå från arbete på grund av sjukdom ändå väljer att gå till arbetet eftersom sådan sjuknärvaro kan leda till ökad långtidssjukfrånvaro. Risker för att sjuknärvaro ska leda till framtida sjukfrånvaro kan skilja sig mellan olika sjukdomar och tillstånd. I en systematisk litteraturgenomgång fann forskare att majoriteten av studierna visade att sjuknärvaro innebar högre risk för framtida sjukfrånvaro, men att forskningsläget var mer oklart vad gäller psykisk ohälsa (Skagen, Collins 2016). För vissa grupper verkar återkommande sjuknärvaro vara mer riskfyllt, bland annat för personer med hjärt- och kärlsjukdomar, där sjuknärvaro innebär en högre risk att drabbas av längre sjukfrånvaro på sikt (Kivimäki et al 2005).

8.5 Andra kringliggande system kan också påverka benägenheten att sjukanmäla sig vid sjukdom

Jämfört med andra delar av socialförsäkringen utmärker sig ersättning vid sjukdom i form av sjuklön eller sjukpenning med en inledande självrisk i form av karensavdrag innan ersättning betalas ut till individer. Andra socialförsäkringar saknar inledande karens, exempelvis dag ersättningar inom föräldraförsäkringen som föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning⁸⁵. Inom arbetslöshetsförsäkringen finns dock självrisk i form av karens. Den arbetsökande ska ha varit arbetslös två dagar under en sammanhängande tid av tolv månader innan dagpenning får betalas ut enligt lagen om arbetslöshetsförsäkring (21 § 1997:238)⁸⁶.

⁸⁵ Det finns också flera ersättningar inom sjukförsäkringen som saknar karens, som förebyggande sjukpenning, närståendepenning, och smittbärrpenning (se avsnitt om regelverk i kapitel tre).

⁸⁶ Till karenstiden räknas endast de dagar då dagpenning skulle betalas ut om karenstiden löpt ut. Från och med den 1 januari 2024 förlängs karenstiden till 6 dagar.

I avsnittet nedan går vi igenom kunskapsläget om hur regler i kringliggande system kan påverka benägenheten att sjukanmäla sig vid sjukdom.

Regelverket kring andra ersättningar inom sjukförsäkringen har betydelse för individers nyttjande av sjukpenning

Om olika ersättningar inom sjukförsäkringen har mer eller mindre generösa kvalifikationskrav och ersättningsnivåer så kan det påverka individers nyttjandemönster, och huruvida individer ansöker om sjukpenning eller andra ersättningar inom sjukförsäkringen vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Ett exempel är att kvalifikationskraven för att få sjukersättning har blivit striktare sedan 2016. Det har gjort att en del av de individer som tidigare hade beviljats sjukersättning efter 2016 fortsatt att ha sjukpenning under en längre tid. (Försäkringskassan 2017)

En studie av den spanska sjukförsäkringen visar att när ersättningen sänktes för statsanställda 2012, så ledde det inte bara till ändrade nyttjandemönster för sjukpenning, utan också att arbetstagare i högre grad än tidigare ansökte om ersättning från arbetsskadeförsäkringen (Marie och Castello 2020).

Under covid-19-pandemin fick också andra ersättningar än sjukpenning ökad betydelse för att kompensera för inkomstbortfall vid sjukdom och smitta. Under en period fanns en sökbar ersättning för karens. Under perioden april 2020 till september 2021 fick drygt 2 miljoner personer denna ersättning, som sänkte den inledande självrisken vid sjukfall betydligt (Försäkringskassan 2022).

Under pandemin genomfördes även regeländringar som gjorde att fler individer kunde få smittbärrpenning. I april 2020 fick drygt 460 individer ersättningen, och antalet ökade sedan kraftigt till 16 200 personer i maj 2021. Arbetstagare i kontaktyrken, exempelvis inom skola, vård och omsorg, har i högre grad haft ersättningen (Försäkringskassan 2022).

För arbetslösa ökade risken för sjukfrånvaro i takt med att antalet kvarvarande dagar med arbetslöshetsersättning minskar

Flera studier undersöker hur utformning av ersättning inom sjukförsäkringen kan påverka nyttjandet av arbetslöshetsförsäkringen och vice versa. Larsson (2002, 2004) studerar hur utformningen av arbetslöshetsförsäkringen kan påverka arbetslösas nyttjande av sjukförsäkringen. Före juli 2003 hade arbetslöshetsförsäkringen ett lägre inkomsttak än sjukförsäkringen, vilket gjorde att arbetslösa personer kunde få en högre ersättning när de bedömdes ha rätt till sjukpenning, jämfört med a-kassa. Dessutom saknade sjukförsäkringen tidsgränser före 2008, något som arbetslöshetsförsäkringen hade. Larsson visar att detta sammantaget gjorde att arbetslösa hade ekonomiska incitament att sjukanmäla sig, och att sjukanmälningarna bland arbetslösa ökade när dagarna med a-kassa höll på att ta slut. Larsson och Runeson (2007) studerar effekten av en reform 2003 som innebar att en begränsningsregel infördes, som gjorde att arbetslösas incitament att byta a-kassa mot sjukpenning minskade betydligt. Andelen arbetslösa som sjukanmälde sig minskade med 36 procent bland de som påverkades av reformen.

Mellan 2007 och 2008 genomfördes omfattande reformer av sjuk- och arbetslöshetsförsäkringarna och rörligheten mellan sjukskrivning och arbetslöshet är numera låg (S 2010:04).

I en studie av den norska sjukförsäkringen undersöker Fevang med flera (2017) hur ersättningsnivån har en påverkan på övergången från sjukpenning till andra ersättningar inom socialförsäkringen. Studien skattar att en minskning av ersättningsnivån i sjukpenning med 10 procent ledde till en ökad återgång i arbete med 3,3 procent, men samtidigt till en ökning av personer som i stället fick ersättning vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga (motsvarande sjukersättning) med 2,5 procent.

9 Ekonomiska konsekvenser av karensavdraget

I kapitel 8 redovisas kunskapsläget om karensreglers konsekvenser för användningen av sjukförsäkringen. I det här kapitlet tittar vi närmare på de ekonomiska konsekvenserna av karensavdraget ur individens, arbetsgivarens och den offentliga förvaltningens perspektiv. Till grund för analysen ligger arbetsgruppens insamling av registerdata, simuleringar med SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT⁸⁷ och samtal med representanter för berörda aktörer. Analysen visar att karensavdraget ur arbetsgivarnas perspektiv är betydelsefull för att begränsa kostnaderna för sjukfrånvaro, framför allt för kommuner och större privata företag och organisationer. Ur individens perspektiv har karensavdraget en negativ påverkan på den ekonomiska standarden och främst när det gäller berörda hushåll i den nedre delen av inkomstfördelningen. Karensavdraget har även viss budgetpåverkan för staten, kommuner och regioner.

Kapitlet disponeras genom att först redovisa vilken betydelse karensavdraget har för arbetsgivares sjuklönekostnader med mera. Därefter analyserar vi påverkan på individers och hushålls disponibla inkomst, inklusive fördelningseffekter av karensavdraget. Kapitlet avslutas med en analys av vilken betydelse karensavdraget har för statens respektive kommuner och regioners ekonomi. Som i föregående kapitel utgår vi från uppgifter för 2021, som är det senaste tillgängliga året med fullständiga uppgifter. Analysen kompletteras med vissa tillgängliga uppgifter för 2023.

⁸⁷ FASIT (Fördelningsanalytiskt statistiksystem för inkomst och transfereringar) är ett verktyg för att beräkna effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll.

9.1 Konsekvenser av karensavdraget ur arbetsgivarens perspektiv

Ur arbetsgivarens perspektiv kan karensavdraget i första hand förväntas ha en begränsande inverkan på kostnaderna för korttids-sjukfrånvaro på en arbetsplats. Arbetsgivares kostnader för korttidsjukfrånvaro består dels av sjuklönekostnader, dels av produktionsbortfall och kostnader för att bemanna med vikarier med mera. Dessa kostnader för korttidsjukfrånvaro skiljer sig mycket åt både mellan och inom sektorer och branscher.

Karensavdraget reducerar arbetsgivares årliga sjuklönekostnader med åtminstone en fjärdedel

För Sveriges arbetsgivare medför sjuklöneansvaret betydande kostnader. Storleken på sjuklönekostnaderna kan bara uppskattas, då det saknas officiella uppgifter om utbetald sjuklön. Arbetsgruppen bedömer att den direkta effekten⁸⁸ av karensavdraget är en reduktion av arbetsgivares sjuklönekostnader med drygt en fjärdedel. Tar vi hänsyn till beteendeeffekter av karensavdraget på individens användning av sjukförsäkringen är reduktionen av sjuklönekostnaderna med största sannolikhet större än så (se bilaga 6).

Den direkta effekten av karensavdraget är minskade årliga sjuklönekostnader för arbetsgivare med 10–15 miljarder kronor

Det finns ingen officiell statistik över storleken på arbetsgivares sjuklönekostnader. Det finns följaktligen inte heller några uppgifter om med hur mycket som karensavdraget reducerar arbetsgivares sjuklönekostnader. Men det finns underlag för att kunna uppskatta storleken på både sjuklönen och karensavdraget. Vi utgår i första hand från insamlade registerdata från SCB över sjuklöner i kombination med uppgifter om löner, anställningsvillkor och veckoarbetstid från lönestukturstatistiken. Dessa data har kompletterats

⁸⁸ Med direkt effekt avses här karensavdragets påverkan på sjuklönekostnader i jämförelse med ett sjuklönesystem utan ett karensavdrag utan hänsyn tagen till att ett sjuklönesystem utan karensavdrag kan antas ha fler startade sjukfall – allt annat lika.

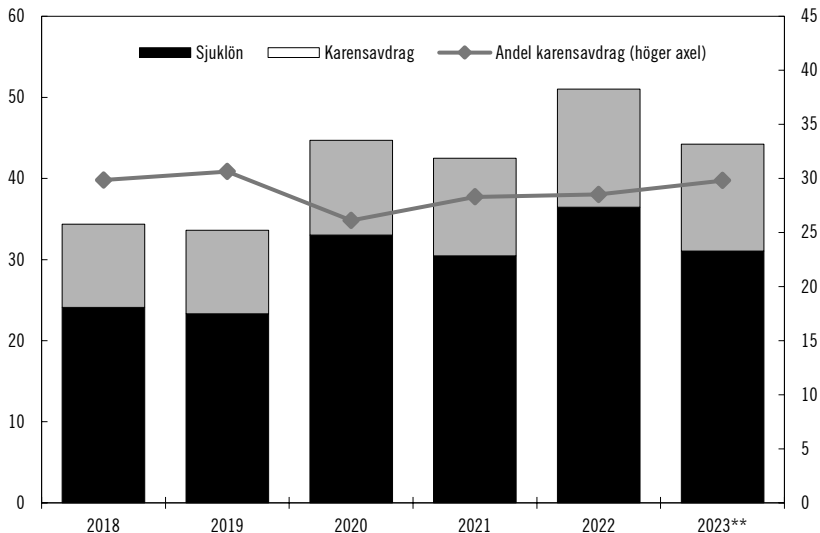
med uppgift om särskilt högriskskydd från Försäkringskassan. Sjuklönen modelleras även i mikrosimuleringsmodellen FASIT. I den beräkningen används i stället inkomstuppgifter för att uppskatta sjuklönens storlek. Resultaten skiljer sig något mellan dessa båda metoder.

Sedan 2019 rapporterar arbetsgivare in uppgifter om totala sjuklönekostnader till Skatteverket via arbetsgivardeklarationerna. Dessa uppgifter använder sedan Försäkringskassan för att bedöma rätten till ersättning för höga sjuklönekostnader. Det är dock svårt att bedöma tillförlitligheten i de uppgifterna. De används inte av Skatteverket och möjligheterna för Försäkringskassan att kontrollera inrapporterade uppgifter är små. Både Försäkringskassan och Riksrevisionen bedömer också att många arbetsgivare upplever det som otydligt vilka uppgifter som ska rapporteras in.⁸⁹ Vidare rapporterar arbetsgivare endast in aggregerade uppgifter och inte per arbetstagare, vilket gör att värdet på karensavdraget inte går att separera. Arbetsgruppen använder därför inte dessa uppgifter i redovisningen. De uppgifter som arbetsgruppen har tagit fram skiljer sig något åt från inrapporterade uppgifter i arbetsgivardeklarationerna.

I figur 9.1 redovisas arbetsgruppens uppskattning av arbetsgivares sjuklönekostnader sedan 2018 samt en uppskattning av värdet på karensavdraget för dessa sjuklönekostnader. År 2019 summerades arbetsgivares sjuklönekostnader till cirka 23,3 miljarder kronor, inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift. Värdet på karensavdraget för de sjukfall som sjuklönekostnader avser uppskattas till 10,3 miljarder kronor, också inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift.

⁸⁹ Försäkringskassan (2023), *Felaktiga utbetalningar av ersättning för höga sjuklönekostnader*, PM 2023:13. Riksrevisionen (2023) *Lätt att göra fel – Systemet för ersättning för höga sjuklönekostnader*, RiR 2023:16.

Figur 9.1 Uppskattning av arbetsgivares sjuklönekostnader samt karensavdragets andel* av sjuklönekostnaderna 2018–2023



Anm.: * Karensavdragets andel har beräknats genom att summan på värdet av karensavdraget (grå del av stapel) har dividerats med sjuklönekostnaderna före karensavdraget (hela stapeln). ** Avser uppgifter för tredje kvartalet 2022 till och med andra kvartalet 2023 för företag och organisationer i studiepopulationen från 2021.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 4.

Skillnaderna i karensavdragets andel av sjuklönen är små mellan olika grupper av arbetsgivare. Däremot utgör sjuklönen en större del av lönekostnaderna bland vissa arbetsgivare, framför allt kommuner⁹⁰. Vidare har privata företag och organisationer med 50 anställda eller fler högre sjuklönekostnader i relation till de totala lönekostnaderna än arbetsgivare med färre än 50 anställda. Det framgår av tabell 9.1, som visar fördelningen av sjuklönens kostnader mellan sektorer samt företag och organisationer i olika storleksklasser. Karensavdraget har därmed större betydelse för arbetsgivare med relativt höga kostnader för sjuklön.

⁹⁰ I kommuner ingår även kommunalförbund. Någon särskild analys av dessa har vi inte gjort.

Tabell 9.1 Arbetsgivares* sjuklönekostnader 2023**

Fördelad efter sektor och antal anställda

Sektor/ antal anställda	Antal arbets- givare	Antal sjukfall (tusental)	Medel antal sjukfall per arbetstagare	Summa sjuklön (mdr)	Summa karens- avdrag (mdr)	Sjuklön som andel av lönekostn. (procent)
Stat	250	386	1,3	1,5	0,6	1,1
Kommun	332	2 346	2,3	7,6	3,0	2,4
Region	20	642	2,0	2,3	1,0	1,8
Privat	322 822	5 711	1,5	19,6	8,5	1,2
1–9	267 571	350	0,5	1,6	0,5	0,7
10–49	45 267	1 246	1,4	3,8	1,8	1,1
50–99	5 542	578	1,5	2,0	0,9	1,3
100–199	2 460	613	1,7	2,0	0,9	1,3
200–499	1 280	715	1,7	2,5	1,1	1,4
500+	702	2 208	1,9	7,6	3,2	1,5
Totalt	323 424	9 085	1,6	31,1	13,2	1,4

Anm.: * Arbetsgivare med sjuklöneansvar som ingår i urvalsramen för KSju. Nystartade företag och organisationer efter 2021 ingår inte i studiepopulationen. ** Avser uppgifter för tredje kvartalet 2022 till och med andra kvartalet 2023 för företag och organisationer i studiepopulationen från 2021. Beloppen är en uppskattning baserad på registrerade sjukperioder i KSju (SCB) och uppgift om löner från SCB:s lönestrukturstatistik. Uppgift om lönesummor kommer från LAPS (SCB). Se vidare bilaga 4. Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 3, 4 och 5.

Under den studerade perioden har arbetsgivare med höga sjuklönekostnader i efterhand kompenserats för en del av kostnaderna genom *ersättning för höga sjuklönekostnader (EHS)*. Under delar av pandemin kompenserades arbetsgivare för hela eller delar av sjuklönekostnaderna.⁹¹ Denna ersättning ingår inte i redovisningen ovan. Med hänsyn tagen till EHS var nettokostnaderna för sjuklön lägre än de uppgifter om sjuklön som redovisas i tabell 9.1.

Med hänsyn tagen till beteendeeffekter är karensavdragets påverkan på sjuklönekostnaderna sannolikt större

Genomgången om kunskapsläget om karensens betydelse för användningen av sjukförsäkring visar att en sjukförsäkring med karensregler har färre startade sjukfall än en sjukförsäkring utan karensregler, men i genomsnitt har sjukfallen något längre

⁹¹ Under en period av pandemin (april-juli 2020) kunde arbetsgivare få hel ersättning för sjuklönekostnader. Under perioden augusti och september 2020 samt december 2020 till mars 2022 fick arbetsgivare ersättning för sjuklönekostnader över det normala.

varaktighet. Den i genomsnitt längre varaktigheten består sannolikt både i en selektion av fler korta sjukfall, och i en beteendeeffekt på beslutet att återgå i arbete (se kapitel 8). Skillnaderna mellan arbetsgivares sjuklönekostnader med nuvarande sjuklönesystem och i ett motsvarande utan ett karensavdrag skulle därmed kunna skilja sig åt från redovisade uppgifter i figur 9.1.

I bilaga 6 redovisas en känslighetsanalys av hur stor betydelse sådana här beteendeeffekter av karensavdraget har för bland annat arbetsgivares sjuklönekostnader. Utan hänsyn till beteendeeffekter skulle arbetsgivares sjuklönekostnader i ett sjuklönesystem utan ett karensavdrag vara 38 procent högre än med nuvarande system.⁹² Tar vi hänsyn till beteendeeffekter av karensavdraget uppskattar vi att arbetsgivares sjuklönekostnader skulle vara ytterligare mellan 11 och 25 procent högre. För 2025 motsvarar det totala kostnader på mellan 17,9 och 24,1 miljarder kronor.⁹³

Karensavdraget begränsar sannolikt även arbetsgivares övriga kostnader för korttidsfrånvaro vid sjukdom

Arbetsgivares kostnader för sjukfrånvaro är mer än bara sjuklönekostnader. Beroende på typ av verksamhet och hur betydelsefull en enskild medarbetare är för produktionen, kan korttidsfrånvaro vid sjukdom även innebära produktionsbortfall för verksamheten och kostnader för att bemanna med vikarier.

Givet att karensavdraget har betydelse för individers beslut att sjukanmäla sig kan karensavdraget indirekt även begränsa sådana kostnader för arbetsgivare. Samtidigt, om karensavdraget gör att arbetstagare kommer till arbetet trots nedsatt arbetsförmåga kan det också orsaka produktionsbortfall, genom lägre produktivitet. Vid luftvägsinfektioner med mera kan det även finnas en risk för att sjuknärvaro orsakar smittspridning på arbetsplatsen. Arbetsgruppen har dock inte sett några empiriska belegg för att karens leder till smittsam sjuknärvaro. Däremot finns tidigare studier på området som kommer fram till att ökade självrisker (i form av minskad

⁹² Andelen 38 procent (beräknad enligt metod som beskrivs i bilaga 6) är något lägre än motsvarande andel beräknad med uppgifter om summa sjuklön och summa karensavdrag hämtad från tabell 9.1, vilken skulle vara 42 procent. Det beror på att beräkningarna utgår från delvis olika källor. Se även bilaga 4.

⁹³ Siffrorna anger kostnaden av en reform där karensavdraget tas bort. Siffrorna kan också tolkas som ett värde på det nuvarande karensavdraget ur arbetsgivarnas perspektiv.

ersättningsnivå eller sjuklön) i början av sjukfall riskerar att leda till smittsam sjuknärvaro på arbetsplatser (se kapitel 8).

9.2 Konsekvenser av karensavdraget ur individens och hushållens perspektiv

Ur individens perspektiv utgör karensavdraget en monetär kostnad för korttidsjukfrånvaro. Karensavdraget påverkar därmed individers förvärvsinkomster, disponibla inkomst liksom hushållens ekonomiska standard m.m. I avsnitt 10.1 analyseras karensavdragets betydelse för inkomstbortfallet för individer i det enskilda fallet genom typfall. I det här avsnittet använder vi faktiska sjukfall för att se karensavdragets betydelse för individers och hushålls ekonomi. Analysen visar att karensavdraget i genomsnitt har en relativt begränsad påverkan på hushållens ekonomiska standard och den individuella disponibla inkomsten, men att det finns vissa skillnader mellan olika grupper av individer. För individer med lägre ekonomiska marginaler har karensavdraget i relativa termer större betydelse för den ekonomiska standarden. Resultaten är förväntade då sjuklönen står för en relativt större del av den disponibla inkomsten bland berörda hushåll i den nedre delen av inkomstfördelningen. Analysen baseras på mikrosimuleringar i FASIT.⁹⁴

Karensavdraget har en normalfördelad fördelningsprofil

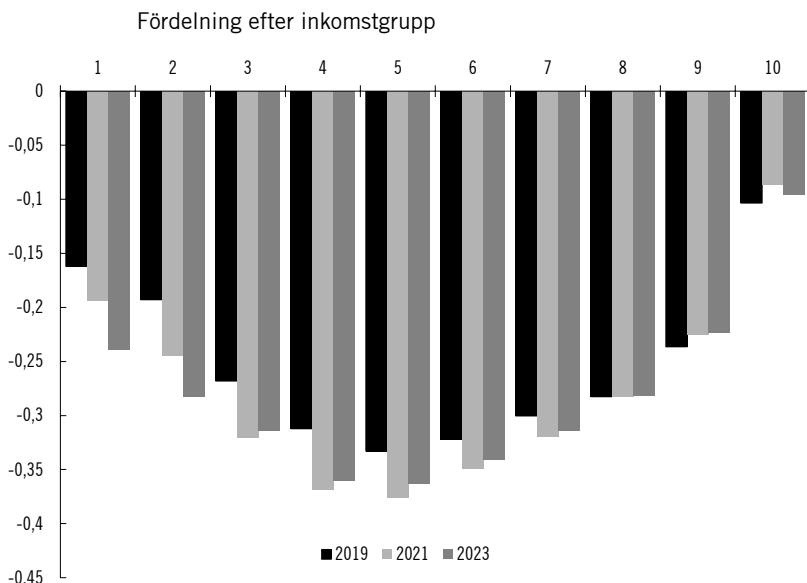
Arbetsgruppen har bland annat i uppdrag att analysera fördelnings-effekterna, inklusive jämställdhetseffekter, av karensavdraget. Med fördelningseffekter avses vanligtvis hur en förändring i ett skatte- eller transfereringssystem i relativa termer påverkar hushållens *ekonomiska standard*⁹⁵ och hur den fördelar sig mellan individer i

⁹⁴ Samtliga analyser baseras på arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4 modellår 2021, för det större STAR-urvalet.

⁹⁵ Ekonomisk standard är ett mått som relaterar ett hushålls sammanlagda årliga disponibla inkomst till hushållets försörjningsbörda (konsumtionsenheter). Ekonomisk standard har hushållet som inkomstenhet och individen som studieenhet och är det mått som vanligtvis används vid fördelningsanalyser (se ex. prop. 2018/19:100 bilaga 2).

olika inkomstgrupper⁹⁶. Samma metod kan vi även tillämpa på ett befintligt regelverk som karensavdraget, genom att beräkna effekten av ett borttaget karensavdrag. Resultatet av en sådan reform skulle förväntas vara en ökad ekonomisk standard för samtliga inkomstgrupper. Analysen är helt statistik och beräknar endast den direkta effekten av en reform, vilket innebär att modellen inte tar hänsyn till eventuella beteendeeffekter som skulle kunna uppstå av ett borttaget karensavdrag. Vänder vi sedan på det resultatet får vi något som kan liknas vid fördelningseffekter av nuvarande karensavdrag. Resultatet av en sådan analys på karensavdraget 2019, 2021 och 2023 redovisas i figur 9.2.

Figur 9.2 Karensavdragets påverkan (direkt effekt) på hushållens ekonomiska standard 2019, 2021* och 2023 (procent)**



Anm.: * Ersättning för karens under pandemin ingår inte i simuleringen. ** Avser en ekonomisk framskrivning av sjuklönen 2021.

Källa: Arbetsgruppens bearbetning av FASIT grundår 2019 version 4 och 2021 version 4, STAR-urvalet.

Den direkta effekten av karensavdraget är att det på makronivå reducerar hushållens disponibla inkomst och därmed ekonomiska standard. År 2019 var storleken på reduktionen av den ekonomiska

⁹⁶ Vid indelning av befolkningen i inkomstgrupper används vanligtvis så kallade deciler, utifrån den ekonomiska standarden i det hushåll som en individ kan hänföras till. De tio procent av befolkningen med lägst ekonomisk standard ingår i inkomstgrupp 1, och de tio procent med högst ekonomisk standard ingår i inkomstgrupp 10.

standarden till följd av karensavdraget i genomsnitt 0,23 procent. Fördelningsprofilen för karensavdraget är i det närmaste normalfördelad, det vill säga påverkar den ekonomiska standarden negativt relativt mest för individer i mitten av inkomstfördelningen. Fördelningsprofilen för karensavdraget speglar var i inkomstfördelning som korttidsfrånvaro vid sjukdom är som vanligast.

För individer i inkomstgrupp 5 reducerades den ekonomiska standarden till följd av karensavdraget med 0,34 procent 2019. Skillnaderna i fördelningseffekter mellan kvinnor och män är små, då kvinnor och män som ingår i samma hushåll antas ha samma ekonomiska standard (se vidare nedan).

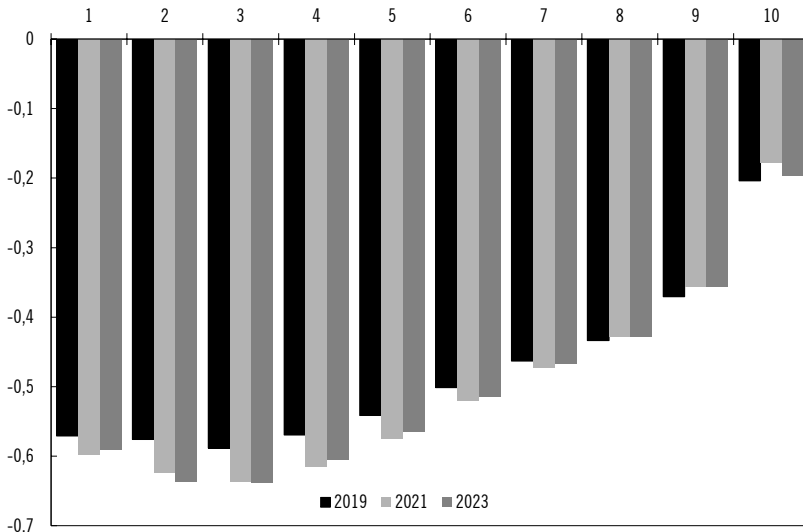
Resultatet för 2021 och 2023 påminner om 2019. Mer frekvent korttidssjukfrånvaro under 2021 har dock inneburit en något större negativ påverkan på hushållens ekonomiska standard av karensavdraget för individer i den nedre och mittersta delen av inkomstfördelningen. Det är en följd av att korttidssjukfrånvaron under pandemin har ökat mer bland dessa inkomstgrupper sedan 2019.

Bland berörda hushåll är karensavdraget mer ekonomiskt kännbart i den nedre delen av inkomstfördelningen

I figur 9.2 ingår hela befolkningen i redovisningen, i enlighet med praxis för fördelningsanalyser. Om vi kompletterar fördelningsanalysen med hur den genomsnittliga ekonomiska standarden bland individer i berörda hushåll påverkas av karensavdraget ger det en delvis annan bild. För individer i den nedre delen av inkomstfördelningen står sjuklönen för en större andel av hushållens disponibla inkomst. Det gör också att den ekonomiska standarden påverkas relativt mer av karensavdraget bland berörda individer i den nedre delen av inkomstfördelningen jämfört med berörda i den övre delen av inkomstfördelningen. Det framgår av figur 9.3 som visar den direkta effekten av karensavdraget på den ekonomiska standarden i berörda hushåll.

Figur 9.3 Karensavdragets genomsnittliga påverkan (direkt effekt) på berörda hushålls ekonomiska standard 2019, 2021* och 2023 (procent)**

Fördelat efter inkomstgrupp



Anm.: * Ersättning för karens under pandemin ingår inte i simuleringen. ** Avser en framskrivning av sjuklönen 2021.

Källa: Arbetsgruppens bearbetning av FASIT grundår 2019 version 4 och 2021 version 4, STAR-urvalet.

För en individ i inkomstgrupp 1, i ett hushåll där minst en i hushållet var sjukfrånvarande under 2019, minskades den ekonomiska standarden till följd av karensavdraget med 0,57 procent, utan hänsyn tagen till beteendeeffekter av karensavdraget. För individer i inkomstgrupp 10 var motsvarande minskning 0,20 procent. Resultatet för 2021 och 2023 är även här snarlika som för 2019, men med en större påverkan för individer i den nedre delen av inkomstfördelningen.

Ett vanligt förekommande mått på ekonomisk utsatthet är *låg ekonomisk standard*⁹⁷. År 2021 levde cirka 15 procent av befolkningen i Sverige i ett hushåll med låg ekonomisk standard. Drygt var femtonde dag med sjuklön under 2021 (7 procent) betalades ut till individer i hushåll med låg ekonomisk standard. Bland dessa reducerade karensavdraget den ekonomiska standarden

⁹⁷ Låg ekonomisk standard är ett relativt fattigdomsmaat och innebär en disponibel inkomst som understiger 60 procent av medianinkomsten i landet (se bl.a. SCB 2018, *Inkomstrapport 2017*).

med i genomsnitt knappt 800 kronor, motsvarande 0,58 procent. Motsvarande värden för övriga berörda hushåll var 1 500 kronor motsvarande 0,41 procent.

Karensavdragets betydelse för hushållens ekonomiska standard skiljer sig också åt mellan olika hushållstyper (se tabell 9.2).

Tabell 9.2 Karensavdragets genomsnittliga påverkan (direkta effekt) på berörda hushålls ekonomiska standard 2021

Fördelad efter kön och hushållstyp

Hushållstyp	Kvinnor				Män			
	Med karens (kr)	Utan karens (kr)	Diff. (kr)	Diff. (%)	Med karens	Utan karens	Diff. (kr)	Diff. (%)
Ensamstående utan barn	308 139	310 379	-2 240	-0,73	328 849	331 017	-2 168	-0,66
Ensamstående med barn <20	223 384	224 581	-1 197	-0,54	236 767	237 911	-1 145	-0,48
Ensamstående med barn ≥20	322 062	323 711	-1 649	-0,51	339 375	340 971	-1 595	-0,47
Sammanboende utan barn	463 827	465 663	-1 836	-0,40	464 435	466 268	-1 833	-0,39
Sammanboende med barn <20	325 642	326 869	-1 227	-0,38	325 274	326 500	-1 226	-0,38
Sammanboende med barn ≥20	440 965	442 423	-1 458	-0,33	436 254	437 720	-1 467	-0,34
Övriga hushåll utan barn	361 304	362 886	-1 582	-0,44	348 160	349 736	-1 576	-0,45
Övriga hushåll med barn <20	286 474	287 556	-1 083	-0,38	288 167	289 244	-1 078	-0,37
Övriga hushåll med barn ≥20	379 610	380 975	-1 365	-0,36	374 529	375 887	-1 358	-0,36
Totalt	342 172	343 607	-1 435	-0,42	347 531	348 968	-1 437	-0,41

Källa: Arbetsgruppens bearbetning av FASIT grundår 2021 version 4, STAR-urvalet.

Karensavdragets har störst påverkan på den ekonomiska standarden bland ensamstående kvinnor och män utan barn. För en sjukfrånvarande ensamstående kvinna utan barn reducerar karensavdraget i genomsnitt den ekonomiska standarden med 2 240 kronor, motsvarande 0,73 procent, utan hänsyn tagen till beteendeffekter. Även för ensamstående kvinnor och män med barn har karensavdraget viss betydelse för den ekonomiska standarden.

Skillnad i karensavdragets påverkan på individuell disponibel inkomst mellan grupper

I analysen av karensavdragets fördelningseffekter och påverkan på berörda hushålls ekonomiska standard antas att individer som ingår i samma hushåll har gemensam ekonomi och därmed samma ekonomiska standard. Det gör exempelvis att skillnaderna mellan kvinnor och män är små i en sådan analys. Tittar vi närmare på hur karensavdraget påverkar den individuella disponibla inkomsten gör vi delvis andra iakttagelser. I genomsnitt har karensavdraget en begränsad påverkan på den individuella disponibla inkomsten. Den direkta effekten av karensavdraget 2021 var att den i genomsnitt reducerade den individuella disponibla inkomsten för berörda individer med cirka 2 100 kronor, motsvarande 0,62 procent. Även för detta mått skiljer sig nivån en del åt mellan grupper. I genomgången nedan fokuserar vi på skillnader mellan könen, åldersgrupper och yrkesgrupper.

Karensavdraget har något större påverkan på den individuella disponibla inkomsten för kvinnor och unga arbetstagare

I analysen av karensavdragets påverkan på individers och hushålls ekonomiska standard blir skillnaderna mellan kvinnor och män små, då sammanboende kvinnor och män antas ha gemensam ekonomi och därmed samma ekonomiska standard. Den analysen fångar därmed inte att kvinnor har relativt fler sjukfall än män (se kapitel 6) och därmed också får ett relativt större inkomstbortfall till följd av karensavdraget. För att kunna säga mer om jämställdhetseffekter av karensavdraget tittar vi därför närmare på hur karensavdraget påverkar den individuella disponibla inkomsten för berörda individer, det vill säga individer som hade minst ett sjukfall någon gång under 2021. Resultatet redovisas i tabell 9.3.

Tabell 9.3 Karensavdragets genomsnittliga direkta effekt på den individuella disponibla inkomsten 2021 – berörda individer

Fördelad efter kön och åldersgrupp

Åldersgrupp	Kvinnor				Män			
	Med karens (kr)	Utan karens (kr)	Diff. (kr)	Diff. (%)	Med karens	Utan karens	Diff. (kr)	Procent (%)
18–24	183 025	184 642	-1 618	-0,88	215 035	216 800	-1 765	-0,82
25–34	275 292	277 528	-2 236	-0,81	314 890	317 140	-2 249	-0,71
35–44	335 967	338 226	-2 259	-0,67	394 384	396 530	-2 147	-0,54
45–54	353 136	355 361	-2 226	-0,63	448 247	450 304	-2 057	-0,46
55–64	342 529	344 640	-2 111	-0,62	432 447	434 401	-1 954	-0,45
65–74	374 688	376 052	-1 365	-0,36	447 819	448 946	-1 127	-0,25
Totalt	310 653	312 785	-2 132	-0,69	370 113	372 173	-2 060	-0,56

Källa: Arbetsgruppens bearbetning av FASIT grundår 2021 version 4, STAR-urvalet.

Tabellen visar till att börja med stora skillnader i karensavdragets påverkan på den individuella disponibla inkomsten mellan åldersgrupper, med klart större påverkan för individer yngre än 35 år. Det resultatet hänger sannolikt samman med både relativt fler sjukfall bland yngre och mindre kapitalinkomster, så att anställningsinkomsterna utgör en relativt större andel av den disponibla inkomsten. Karensavdraget har vidare större påverkan på den individuella disponibla inkomsten för kvinnor än män i samtliga studerade åldersgrupper. På marginalen bidrar därmed karensavdraget till ökad ekonomisk ojämställdhet mellan kvinnor och män.

Karensavdraget är mer ekonomiskt kännbart bland kontaktyrken och yrkesgrupper med liten möjlighet till distansarbete

Det kan även identifieras vissa skillnader mellan de tio vanligaste yrkesgrupperna för kvinnor och män. Men skillnaderna mellan dessa grupper är även här förhållandevis små. För en kvinna som arbetar som barnskötare påverkade karensavdraget totalt den individuella disponibla inkomsten med i genomsnitt knappt 2 400 kronor 2021, motsvarande 0,98 procent. Den andelen kan exempelvis jämföras med motsvarande värde för kontorsassistenter och sekreterare på 0,60 procent.

Tabell 9.4 Karensavdragets genomsnittliga direkta effekt på den individuella disponibla inkomsten 2021 – berörda kvinnor

Fördelad efter de tio vanligaste yrkesgrupperna bland kvinnor

Yrkesgrupp (SSYK3) och undergrupp (SSYK4)	Med karens, kr	Utan karens, kr	Skillnad, kr	Skillnad, procent
Undersköterskor	283 770	286 241	-2 471	-0,87
Grundskollärare, fritidspedagoger och förskollärare	321 709	324 377	-2 669	-0,83
<i>varav grundskollärare</i>	344 458	346 839	-2 381	-0,69
<i>Förskollärare</i>	241 004	243 400	-2 396	-0,99
Kontorsassistenter och sekreterare	316 519	318 423	-1 904	-0,60
Butikspersonal	248 414	250 324	-1 910	-0,77
Skötare, vårdare och personliga assistenter m.fl.	274 678	276 848	-2 170	-0,79
Barnskötare och elevassistenter m.fl.	241 195	243 561	-2 367	-0,98
Sjuksköterskor	370 443	372 860	-2 417	-0,65
Organisationsutvecklare, utredare och HR-specialister m.fl.	406 158	408 135	-1 977	-0,49
Städare och hemservicepersonal	230 882	232 643	-1 761	-0,76
Vårdbiträden	316 519	318 423	-1 904	-0,60
Samtliga berörda kvinnor	310 653	312 785	-2 132	-0,69

Tabell 9.5 Karensavdragets genomsnittliga direkta effekt på den individuella disponibla inkomsten 2021 – berörda män

Fördelad efter de tio vanligaste yrkesgrupperna bland män

Yrkesgrupp (SSYK3)	Med karens, kr	Utan karens, kr	Skillnad, kr	Skillnad, procent
IT-arkitekter, systemutvecklare, testledare m.fl.	497 109	499 100	-1 991	-0,40
Snickare, murare och anläggningsarbetare	343 153	345 345	-2 192	-0,64
Ingenjörer och tekniker	429 390	431 258	-1 868	-0,44
Försäkringsrådgivare, företagssäljare, inköpare m.fl.	476 710	478 743	-2 032	-0,43
Lager- och terminalpersonal m.fl.	298 105	300 505	-2 401	-0,81
Butikspersonal	304 412	306 402	-1 990	-0,65
Civilingenjörsyrken	478 286	480 075	-1 790	-0,37
Lastbils- och bussförare	332 124	334 302	-2 179	-0,66
Fordonsmekaniker, reparatörer m.fl.	342 125	344 321	-2 196	-0,64
Skötare, vårdare, personliga assistenter m.fl.	280 112	282 186	-2 074	-0,74
Samtliga berörda män	370 113	372 173	-2 060	-0,56

Källa: Arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4, STAR-urvalet.

För en man som arbetar som lager- och terminalpersonal påverkade karensavdraget totalt den individuella disponibla inkomsten med i genomsnitt 2 400 kronor 2021, motsvarande 0,81 procent. Den andelen kan exempelvis jämföras med motsvarande värde för ingenjörer och tekniker på 0,44 procent. Även om skillnaderna är förhållandevis små är karensavdragets påverkan på den individuella disponibla inkomsten genomgående högre bland kvinnor som arbetar i ett kontaktyrke samt i yrken där möjligheten till distansarbete är liten (se tabell 9.4 och 9.5).

9.3 Konsekvenser av karensavdraget ur den offentliga förvaltningens perspektiv

Ur den offentliga förvaltningens perspektiv har karensavdraget viss budgetpåverkan, både för statsbudgeten och för kommuner och regioner. Karensavdragets påverkan på statsbudgeten sker främst på inkomstsidan, genom att indirekt begränsa statens intäkter för arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift. Det gäller även för kommuner och regioner. För Försäkringskassan har karensavdraget en begränsad betydelse för administrationen av sjukförsäkringen. Det visar en analys av karensavdraget ur den offentliga förvaltningens perspektiv, som redovisas i det här avsnittet. Även resultaten i detta avsnitt baseras på arbetsgruppens simuleringar i FASIT. I bilaga 6 redovisas en analys av hur känsliga resultaten är för beteendeeffekter av karensavdraget.

Karensavdraget påverkar i huvudsak statens inkomster för skatter och avgifter negativt

Ur statens perspektiv har karensavdraget en negativ påverkan på statens intäkter. Karensavdraget har i första hand betydelse för avgiftsunderlaget för arbetsgivaravgiften och den allmänna löneavgiften. Som framgår av tidigare redovisning reducerar karensavdraget individens arbetsinkomster och därmed arbetsgivarans lönekostnader. Statens intäkter för arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift, som båda baseras på de summerade lönekostnaderna, är därmed lägre än vad de hade varit utan ett karensavdrag i sjuklönesystemet. År 2021 motsvarade det minskade intäkter från

avgifter med uppskattningsvis 2,9 miljarder kronor. Även skatteunderlaget för statlig inkomstskatt, som individer med höga inkomster betalar⁹⁸, påverkas av karensavdraget. Samma år motsvarade det minskade skatteintäkter med cirka 350 miljoner kronor, utan hänsyn tagen till förväntade beteendeeffekter av karensavdraget.

Karensavdragets påverkan på statens utgifter bedömer vi är förhållandevis begränsad. Den direkta effekten av karensavdraget på reduceringen av utgifterna för sjukpenning 2021 uppskattas till cirka 50 miljoner kronor. Vidare finns det en viss risk för att karensavdraget även indirekt har påverkan på statens utgifter för tillfällig föräldrapenning för vård av barn. Vid vård av barn finns ingen karenstid eller karensavdrag, utan tillfällig föräldrapenning utbetalas från första dags frånvaro. Många kollektivavtal kompenserar också för en del av inkomstbortfallet vid vård av barn från första dagen. Det gör att ersättningen vid vård av barn är högre än vid egen sjukdom. Som framgår av redovisningen i avsnitt 6.4 finns det ett svagt positivt samspel mellan korttidsfrånvaro vid sjukdom och vid vård av barn bland föräldrar. Givet att karensavdraget begränsar sjukfrånvaron skulle därmed karensavdraget även kunna bidra till en viss ökad frånvaro för vård av barn. Det skulle i sådana fall innebära att karensavdraget medför en viss överföring av kostnaderna för korttidsfrånvaro från arbetsgivarna till staten.

Antalet dagar med utbetalad tillfällig föräldrapenning har ökat kraftigt som effekt av covid-19-pandemin. Restriktioner under pandemin gjorde att barn var hemma under längre perioder och med mildare symptom. Trots borttagna restriktioner har antalet uttagna dagar för vård av barn fortsatt att öka efter pandemin.⁹⁹ Jämfört med 2019, det sista året innan pandemin, var antalet utbetalda dagar för vård av barn nära 28 procent högre 2022. Det är framför allt vård av barn på grund av förkylningssymtom som har ökat.¹⁰⁰

Avslutningsvis har karensavdraget sannolikt en positiv inverkan på arbetsutbudet. Utan ett karensavdrag hade fler sjukfall påbörjats och därmed färre arbetade timmar utförts (se bilaga 6). Förutom att fler arbetade timmar bidrar med intäkter till de offentliga finanserna

⁹⁸ År 2023 var skiktgränsen för statlig inkomstskatt 598 500 kronor, enligt förordning (2022:1559) om skiktgräns för statlig inkomstskatt för beskattningsåret 2023.

⁹⁹ Försäkringskassan (2023a) Socialförsäkringen i siffror

¹⁰⁰ Försäkringskassan (2023b) Utgiftsprognos

genom skatter, arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift ger fler arbetade timmar även en högre köpkraft och därmed positiv inverkan på hela ekonomin. Sammantaget har karensavdraget sannolikt ändå en negativ inverkan på de offentliga finanserna.

För kommuner och regioner utgör karensavdraget en kostnad

Ur kommuners och regioners perspektiv har karensavdraget betydelse för både inkomsterna och utgifterna. Av tabell 9.1 ovan framgår att karensavdraget reducerade kommuners och regioners kostnader för sjuklön, i egenskap av att vara arbetsgivare, med åtminstone 3,0 miljarder respektive 1,0 miljarder kronor 2021. Samtidigt medför karensavdraget en reduktion av skatteintäkter för samtliga kommuninvånare som totalt är större än så. Den direkta effekten av karensavdraget på kommuner och regioners skatteintäkter 2021 var en reduktion av dessa intäkter på 3,2 miljarder kronor. Med tanke på förväntade beteendeeffekter av karensavdraget är det sannolikt en underskattning av den totala påverkan på inkomsterna. Sammantaget utgör karensavdraget därmed en kostnad för kommuner och regioner. Det skulle dock kunna finnas enskilda mindre kommuner och regioner som avviker från ovanstående. Det har inte undersökts i den här analysen.

Karensavdraget har endast begränsad betydelse för administrationskostnaderna för sjukförsäkringen

Ur Försäkringskassans perspektiv har karensavdraget en viss begränsande inverkan på antalet ansökningar om sjukpenning och sjuklönegaranti för individer som inte har rätt till sjuklön, och därmed för administrationskostnaderna för de ärendeslagen. Med tanke på att det rör sig om få individer som får sjukpenning från början av sjukperioden är påverkan på Försäkringskassans administration begränsad.

10 Karensavdragets ändamålsenlighet

Bedömning: En generell högre självrisk i början av en sjukperiod är motiverad utifrån syftet att motverka ett överutnyttjande av den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet. Regleringen med den högre självrisken i början av en sjukperiod genom ett karensavdrag är ändamålsenlig utifrån syftet att självrisken så långt som möjligt ska träffa individer i lika stor utsträckning. Däremot får den högre självrisken i början av en sjukperiod vissa oönskade konsekvenser för individer med återkommande sjukperioder och för individer med små ekonomiska marginaler. Nuvarande undantagsregler genom ett allmänt och ett särskilt högriskskydd bidrar inte tillräckligt väl till att begränsa dessa oönskade konsekvenser såsom avsett. Mer kan därför göras för skydda vissa individer mot ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av självrisken i början på en sjukperiod.

Skälen för bedömning: Nuvarande regler om *karensavdraget* trädde i kraft den 1 januari 2019. Syftet med införandet var att uppnå en mer rättvis och försäkringsmässig självrisk i sjuklönesystemet och sjukförsäkringen. För arbetstagare med långa arbetspass eller oregelbunden arbetstid kunde den tidigare karensdagen slå olika hårt. Ett syfte med införandet var också att uppnå större försäkringsmässighet, så att en individ inte skulle kunna påverka storleken på självrisken genom att sjukanmäla sig mot slutet av arbetsdagen. Arbetsgruppen bedömer att dessa syften uppnåddes och att kvarstående skillnader i självrisk mellan individer och grupper är små. Däremot är måluppfyllelsen för befintliga begränsningsregler i form av allmänt högriskskydd och undantag från karensavdrag i form av särskilt högriskskydd låg eller oklar. *Det allmänna*

högriskskyddet bidrar endast i liten utsträckning till att skydda individer från ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karensavdraget. *Det särskilda högriskskyddet* utgör ett bättre skydd för dem som beviljas, men det är få som söker och beviljas skyddet. Det är svårt att bedöma i vilken utsträckning skyddet uppnår målet att förbättra arbetsmarknadssituationen för berörda arbetstagare. Det finns sannolikt ett stort mörkertal av individer som på grund av bristande kännedom om skyddet inte ansöker om särskilt högriskskydd. Regleringen av det särskilda högriskskyddet gör också att vissa individer med sjukdomar som medför en förhöjd risk för återkommande sjukperioder exkluderas. Vidare innebär administrationen av stödet risk för både under- och överutnyttjande av arbetsgivare. Det riskerar i sin tur att påverka i vilken utsträckning stödet bidrar till att förbättra arbetsmarknadssituationen för berörda individer. *Återinsjuknanderegeln*, som innebär att ett nytt karensavdrag inte görs vid återinsjuknande inom fem dagar, tillämpas förhållandevis ofta och fyller en funktion för både arbetstagare och arbetsgivare. Det är slutsatserna från vår nulägesanalys av måluppfyllelsen med införandet av karensavdraget och nuvarande begränsningsregler och undantag från karensavdraget, som redovisas i det här kapitlet.

Självrisker i försäkringar används i allmänhet för att begränsa användningen av försäkringen genom att försäkringstagaren själv behöver stå för en del av kostnaden vid ett försäkringsfall. Självrisker är därigenom en del av skaderegleringen i försäkringen för att motverka ett överutnyttjande av den. Baserat på genomgången av kunskapsläget, som redovisas i kapitel 8, bedömer vi att en högre självrisk i form av karens i början av en sjukperiod hanterar risken för överutnyttjande samt att regleringen genom ett karensavdrag inte skiljer sig åt i det avseendet. Men det finns också en risk att den högre självrisker i början på en sjukperiod kan få konsekvenser i form av underutnyttjande av försäkringen, där individer som har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom väljer att ta sig till sitt arbete eller, om möjlighet finns, arbeta hemifrån. Underutnyttjande av sjukförsäkringen relaterar till ett mer övergripande fenomen, som i litteraturen beskrivs som *sjuknärvaro*. Sjuknärvaro behöver inte innebära helt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, då vissa arbetsuppgifter kan utföras vid milda sjukdomstillstånd. Men viss sjuknärvaro riskerar ändå uppstå till följd av en hög självrisk i början

av en sjukperiod, om den enskilde inte anser sig ha råd att vara sjukfrånvarande. Att inte anse sig ha råd att vara sjukfrånvarande är den femte vanligaste anledningen till självrapporterad sjuknärvaro i Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökning. Sjuknärvaro riskerar i förlängningen att bidra till smittspridning på arbetsplatserna, även om det är svårt att belägga empiriskt. I vissa fall kan även återkommande sjuknärvaro medföra en förhöjd risk för framtida långtidssjukskrivning. Karensavdragets betydelse i det här sammanhanget är svår att bedöma.

Baserat på genomgången av de ekonomiska konsekvenserna av nuvarande karensregler, som redovisas i kapitel 9, ser vi också att karensavdraget har något större ekonomiska konsekvenser för individer i den nedre delen av inkomstfördelningen, liksom för ensamstående med och utan barn. För arbetsgivare fyller däremot karensavdraget en viktig funktion att begränsa kostnaderna för sjukfrånvaro på en arbetsplats, såväl sjuklönekostnader som övriga kostnader för sjukfrånvaro.

Kapitlet disponeras genom att först redovisa en analys av karensavdragsreformen och i vilken utsträckning som den har bidragit till en mer rättvis och försäkringsmässig självrisk vid korttidsfrånvaro vid sjukdom. Därefter redovisas en analys av måluppfyllelsen av nuvarande begränsningsregler och undantag från karens i form av allmänt och särskilt högriskskydd samt återinsjuknanderegeln.

10.1 Karensavdragsreformen bidrog till en mer rättvis självrisk

Bedömning: Införandet av karensavdraget 2019 uppnådde sitt syfte om en mer rättvis och försäkringsmässig självrisk i början av en sjukperiod. Kvarstående skillnader i karensavdragets påverkan på inkomstbortfallet mellan grupper är små.

Skälen för bedömning: Införandet av karensavdraget medförde en förändrad självrisk för flertalet arbetstagare med oregelbunden arbetstid och koncentrerad tjänstgöring. Nuvarande reglering med karensavdrag innebär en självrisk där det främst är antalet ersatta dagar med sjuklön som påverkar självriskens storlek, då karensavdraget gör att den sammanlagda självrisken som andel av det

försäkrade inkomstbortfallet blir högre vid korta sjukperioder. I övrigt är skillnaderna i självrisk mellan olika grupper små. Vidare är det inte längre möjligt för individer att påverka självriskens storlek genom att sjukanmäla sig mot slutet av en arbetsdag. Arbetsgruppen bedömer därför att syftet med införandet av karensavdraget uppnåddes.

Till grund för bedömningen ligger en analys av några typfall för ett urval av typfallsindivider. Analysen avgränsas till anställda som omfattas av sjuklön, då vi bedömer att reformen främst riktades till arbetstagare. Ändringen i socialförsäkringsbalken, förkortad SFB bedömer vi främst gjordes för att uppnå en enhetlig reglering av karensreglerna i sjuklönelagen, förkortad SjLL och socialförsäkringsbalken. Se vidare bilaga 5 för en beskrivning av metoden, typfallsindividerna och typfallen. Till grund för vår bedömning ligger även iakttagelser från våra samtal med berörda aktörer.

Karensavdraget påverkar inkomstbortfallet mer lika än den tidigare karensdagen

Den tidigare regleringen med karensdag innebar i normalfallet att det inte betalades ut någon sjuklön alls för en sjukperiod som varade i endast en arbetsdag, oavsett hur länge arbetstagaren skulle ha arbetat. Självrisk för den sjukdagen utgjorde med andra ord 100 procent av det försäkrade inkomstbortfallet. I kronor räknat var det inkomstbortfallet större för en högavlönad än för en lågavlönad arbetstagare. Även mellan arbetstagare med samma månadslön kunde självrisk i kronor skilja sig åt, beroende på längden på arbetspasset aktuell dag samt tillämpligt kollektivavtal. I relation till månadsinkomsten kunde därmed inkomstbortfallet vid en karensdag bli olika stort. Ett syfte med införandet av karensavdraget var att självrisk skulle träffa individer i lika stor utsträckning oavsett arbetstidens förläggning, och därigenom uppnå en mer rättvis självrisk.¹⁰¹ Arbetsgruppen bedömer att det syftet uppnåddes.

¹⁰¹ Se bl.a. Ds 2017:18, s. 30.

De flesta arbetstagare med långa arbetspass fick en lägre självrisk efter reformen

I tabell 10.1 redovisas inledningsvis sjuklörens och självriskens storlek med nuvarande regelverk och det tidigare regelverket för några typfall med en sjukperiod som endast varar i en arbetsdag (a-typfallen). I sammanställningarna redovisas avdragen såsom de är reglerade i respektive kollektivavtal, vilket gör att redovisningen skiljer sig åt mellan typfallen (se vidare bilaga 5). Den redovisade sjuklönen efter avdrag samt självrisk i kronor och procent är dock oberoende av typ av reglering. Det primära utfallsmåttet för bedömning av måluppfyllelsen är självriskens storlek i kronor som andel av den månatliga löneinkomsten (inkomstbortfall i procent i tabellen). Det måttet kompletteras med självrisk i kronor som andel av det försäkrade inkomstbortfallet under frånvaroperioden (självrisk i procent i tabellen). Tabellen visar att skillnaden i inkomstbortfallets storlek mellan dessa typfall är mindre med karensavdraget än med tidigare karensdag, i enlighet med intentionen.

Tabell 10.1 Beräkning av sjuklön och karens för typfallsindivid 1, 3, 7 och 12 – exempel a) sjukperiod en hel arbetsdag

År	Frånvarodagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall*	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent **	Inkomst- bortfall, procent***
<i>Typfall 1a) Handläggare</i>								
2018	1/8	1 472	0	-	0	1 472	100	5
2019	1/8	1 472	1 178	1 178	0	1 472	100	5
<i>Typfall 3a) Kriminalvårdare</i>								
2018	1/12	2 570	746	-	746	1 824	71	6
2019	1/12	2 570	746	-	746	1 824	71	6
<i>Typfall 7a) Undersköterska</i>								
2018	1/10	2 133	0	-	0	2 133	100	7
2019	1/10	2 133	1 707	1 195	512	1 621	76	5
<i>Typfall 12a) Personlig assistent</i>								
2018	1/12	2 143	0	-	0	2 143	100	7
2019	1/12	2 143	572	-	572	1 572	73	5

Anm.: * Avser reglerat löneavdrag för arbetstagare med månadslön. ** Avser självrisk i kronor i relation till försäkrat inkomstbortfall. *** Avser självrisk i kronor i relation till månatlig löneinkomst.

Källa: Arbetsgruppens beräkningar baserade på berörda centrala kollektivavtal (se vidare bilaga 5).

En handläggare på en statlig myndighet (typfallsindivid 1) med en sjukfrånvarodag hade före reformen en självrisk på 100 procent och ett inkomstbortfall motsvarande 5 procent av månadslönen (givet endast en dags sjukfrånvaro under den månaden). Det utfallet förändrades inte efter reformen.

För en nattarbetande undersköterska respektive personlig assistent (typfallsindivid 7 och 12) med koncentrerad arbetstid och långa arbetspass innebar karensavdragsreformen i de här fallen en lägre självrisk och ett lägre inkomstbortfall som andel av månadsinkomsten. För båda resulterar en sjukfrånvarodag i ett inkomstbortfall som motsvarar 5 procent av månadsinkomsten.

För en nattarbetande kriminalvårdare (typfallsindivid 3), som omfattas av det statliga avtalet, innebar införandet av karensavdraget ingen förändring av självrisk vid en dags sjukfrånvaro. Det beror på att parterna redan hade kommit överens om en schabloniserad modell för karens för arbetstagare med oregelbunden arbetstid. Sjuklönen betalas ut för frånvarotimmar efter en karensperiod motsvarande 20 procent av en veckoarbetstid.¹⁰² Sådan reglering gällde även innan karensavdragets införande.

En annan variant på koncentrerad arbetstid är deltidanställda som arbetar färre än fem dagar i veckan. Arbetstagare med sådan koncentrerad deltid var en uttalad målgrupp för reformen som också har gynnats av den.¹⁰³ Om vi jämför självrisk mellan två deltidanställda i en kommun med samma genomsnittliga veckoarbetstid och längd på sjukperiod men med olika antal arbetsdagar per vecka, framgår att de efter reformen har ett lika stort inkomstbortfall som andel av månadslönen.¹⁰⁴ Så även i det här fallet har intentionen med reformen uppnåtts – en självrisk som påverkar inkomstbortfallet i kronor mer lika. Självrisk som andel av det försäkrade inkomstbortfallet är dock sedan reformen lägre för den med koncentrerad deltid.

¹⁰² Se Bilaga 4 till villkorsavtal mellan Arbetsgivarverket och Seko.

¹⁰³ Se prop. 2017/18:96, s. 17.

¹⁰⁴ Jämför typfall 4a och 4c med 5a och 5c i tabell B5.2 och B5.4 i bilaga 5.

För vissa arbetstagare med oregelbunden arbetstid slår självriskerna mer jämnt oavsett när ett sjukfall inträffar

I tabell 10.2 redovisas en motsvarande sammanställning för några andra typfallsindivider 2, 6 och 11 som alla har oregelbunden arbetstid. Jämförelser kan då göras mellan en sjukperiod som varar i en dag (a-typfallen) som påbörjas en måndag respektive torsdag med olika antal schemalagda timmar. Analysen visar att självriskens storlek efter karensavdragsreformen inte är känslig för längden på arbetspasset den första sjukdagen för någon av de studerade typfallsindividerna. Analysen visar också att reformen endast påverkade inkomstbortfallet för vissa arbetstagare med oregelbunden arbetstid. För arbetstagare som omfattas av det statliga respektive kommunala kollektivavtalet (se typfallsindivid 2 och 6 i tabell 10.2) innebär reformen ingen förändring i det avseendet. När det gäller det statliga avtalet beror det på den tidigare nämnda schabloniserade modellen för arbetstagare med oregelbunden arbetstid som fanns redan innan reformen. När det gäller det kommunala avtalet beror det på att sjuklönen redan innan baserades på antalet arbetsdagar under en beräkningsperiod, och inte längden på enskilda arbetspass.¹⁰⁵ Det kan dock tilläggas att det kan förekomma lokala avtal som avviker från de centrala avtalen.

¹⁰⁵ Se 5 kap. 17 § AB 20.

Tabell 10.2 Beräkning av sjuklön och karens för typfallsindivid 2, 6 och 11 – exempel a) sjukperiod en hel arbetsdag

År	Frånvaro dagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent	Inkomst- bortfall, procent
<i>Typfall 2a) Polis frånvaro måndag</i>								
2018	1/8	1 910	65	-	65	1 845	97	5
2019	1/8	1 910	65	-	65	1 845	97	5
<i>Typfall 2a) Polis frånvaro torsdag</i>								
2018	1/10	2 387	447	-	447	1 940	81	5
2019	1/10	2 387	447	-	447	1 940	81	5
<i>Typfall 6a) Sjuksköterska frånvaro måndag</i>								
2018	1/8	1 773	0	-	0	1 773	100	5
2019	1/8	1 773	1 419	1 419	0	1 773	100	5
<i>Typfall 6a) Sjuksköterska frånvaro torsdag</i>								
2018	1/7	1 773	0	-	0	1 773	100	5
2019	1/7	1 773	1 419	1 419	0	1 773	100	5
<i>Typfall 11a) Butikspersonal frånvaro måndag</i>								
2018	1/8	1 440	0	-	0	1 440	100	6
2019	1/8	1 440	288	-	288	1 152	80	5
<i>Typfall 11a) Butikspersonal frånvaro torsdag</i>								
2018	1/6	1 080	0	-	0	1 080	100	5
2019	1/6	1 080	0	-	0	1 080	100	5

Källa: Arbetsgruppens beräkningar baserade på berörda centrala kollektivavtal (se vidare bilaga 5).

För butikspersonal i detaljhandeln med timlön (typfallsindivid 11) betalas sjuklön efter en karensperiod som motsvarar 20 procent av i förväg överenskommen arbetstid.¹⁰⁶ I det här fallet är överenskommen tid för måndagen längre än karensperioden, vilket ger en sjuklön som är större än noll. I båda fallen motsvarar inkomstbortfallet efter sjuklönen 5 procent av den månatliga lönen.¹⁰⁷ Innan reformen var inkomstbortfallet större för arbetspass som översteg den genomsnittliga veckoarbetstiden.

¹⁰⁶ Se 15 § detaljhandelsavtalet 2023–2025.

¹⁰⁷ I exemplet används en schablon där antalet timmar per månad är veckoarbetstiden multiplicerad med 4,35. Faktorn 4,35 används bland annat i lönestrukturstatistiken och motsvarar väl de delningstal för beräkning av löneavdrag från en månadslön som finns i kollektivavtal.

Arbetstagare kan inte längre påverka självriskens storlek genom att sjukanmäla sig sent på dagen

Ett andra syfte med införandet av karensavdraget var att öka graden av försäkringsmässighet, så att individen själv inte kunde påverka självriskens storlek genom att sjukanmäla sig sent på arbetsdagen. För att bedöma detta utgår vi ifrån b-typfallen för samtliga typfallsindivider, där sjukanmälan görs två timmar innan arbetsdagens slut och arbetstagaren är åter i arbete efter två ytterligare frånvarodagar. I tabell 10.3 redovisas hur den i kollektivavtal reglerade beräkningen av sjuklön och karensavdrag faller ut för några av dessa arbetstagare med regelbunden arbetstid.

Tabell 10.3 Beräkning av sjuklön och karens för typfallsindivid 1, 4 och 8 – exempel b) sjukanmälan sent på arbetsdagen

År	Frånvaro dagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent	Inkomst- bortfall, procent
<i>Typfall 1b) Handläggare</i>								
2018	3/18	3 312	2 355	-	2 355	957	29	3
2019	3/18	3 312	2 650	1 178	1 472	1 840	56	6
<i>Typfall 4b) Förskollärare</i>								
2018	3/14,8	3 512	2 091	-	2 091	1 421	40	5
2019	3/14,8	3 512	2 417	1 045	1 372	2 140	61	8
<i>Typfall 8b) Civilingenjör</i>								
2018	3/18	5 192	3 692	-	3 692	1 500	29	3
2019	3/18	5 192	2 308	-	2 308	2 885	56	6

Källa: Arbetsgruppens beräkningar baserade på berörda centrala kollektivavtal (se vidare bilaga 5).

Vår analys visar att även det andra syftet med reformen uppnåddes, det vill säga att det inte längre ska vara möjligt för individer att påverka självriskens storlek genom att sjukanmäla sig mot slutet av en arbetsdag. Syftet uppnåddes oavsett arbetstidens förläggning och på vilket sätt karensavdraget regleras i de studerade kollektivavtalen. Samtliga tre typfall visar att självrisken blev högre efter reformen för arbetstagare som gjorde en sjukanmälan två timmar innan arbetsdagens slut, och därefter var sjuk ytterligare två dagar. Storleken på inkomstbortfallet blir i samtliga fall 6 procent av månadslönen efter reformen. Även merparten av dem med oregelbunden eller koncentrerad arbetstid fick i dessa fall en högre

självrisk efter reformen.¹⁰⁸ För statsanställda som omfattas av den schabloniserade modellen för arbetstagare med oregelbunden arbetstid innebar återigen reformen ingen förändring, då det avtalet redan hade hanterat även det här problemet.¹⁰⁹ Risken att arbetstagare sätter i system att sjukanmäla sig sent på dagen för att undvika eller reducera självriskerna har därmed hanterats i och med införandet av karensavdraget.

Deltidssjukskrivna har missgynnats av reformen

En möjlig baksida av förändringen att låta en genomsnittlig vecko-sjuklön, och inte den första sjukdagen, ligga till grund för karensen är att deltidssjukskrivna har påverkats negativt av den. Reformen har medfört att individer som inleder sin sjukperiod med en sjukfrånvaro på deltid har fått en högre självrisk i början av ett sjukfall. Deltidssjukskrivna var inte en målgrupp för reformen, och har konsekvent fått en högre självrisk med karensavdraget. Det framgår när vi jämför c- och d-typfallen med varandra före och efter reformen (se tabell 10.4). På marginalen bidrog därmed reformen till incitament att påbörja en sjukperiod med frånvaro på heltid i stället för deltid.

I sjuklönelagen finns ingen motsvarande reglering av sjukskrivningens omfattning som i socialförsäkringsbalken, som innebär att sjukpenning endast kan betalas ut i fyra förmånsnivåer – en fjärdedel, en halv, tre fjärdedelar eller hel sjukpenning.¹¹⁰ I SjLL relateras i stället sjuklönens storlek till de anställningsförmåner som arbetstagaren har gått miste om, vilket i teorin kan avse exempelvis 5 av 8 timmar. I det läkarintyg¹¹¹, som en arbetstagare behöver för att få sjuklön från och med den åttonde dagen i sjukperioden, används dock samma gradering av arbetsförmågans nedsättning som följer av förmånsnivåerna för rätten till sjukpenning. Det bör därmed vara ovanligt med partiell sjukfrånvaro som avviker från förmånsnivåerna för sjukpenning.

¹⁰⁸ Se typfall 5b, 6b, 7b, 10b, 11b och 12b i tabell B5.3 i bilaga 5.

¹⁰⁹ Se typfall 2b och 2c i tabell B5.3 och B5.4 i bilaga 5.

¹¹⁰ 27 kap. 45 § socialförsäkringsbalken.

¹¹¹ FK 7804, *Läkarintyg för sjukpenning*.

Tabell 10.4 Beräkning av sjuklön och karens för typfallsindivid 1 och 4 – exemplen c) en vecka heltid och d) två veckor halvtid

År	Frånvaro dagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent	Inkomst- bortfall, procent
<i>Typfall 1c) Handläggare – en vecka heltid</i>								
2018	5/40	7 360	4 710	-	4 710	2 650	36	8
2019	5/40	7 360	5 888	1 178	4 710	2 650	36	8
<i>Typfall 1d) Handläggare – två veckor halvtid</i>								
2018	10/40	7 392	5 491	-	5 491	1 901	26	6
2019	10/40	7 392	5 914	1 178	4 736	2 656	36	8
<i>Typfall 6c) Sjuksköterska – en vecka heltid</i>								
2018	6/45	10 640	7 093	-	7 093	3 547	33	9
2019	6/45	10 640	8 512	1 419	7 093	3 547	33	9
<i>Typfall 6d) Sjuksköterska – två veckor halvtid</i>								
2018	10/39	8 867	6 384	-	6 384	2 483	28	7
2019	10/39	8 867	7 093	1 419	5 675	3 192	36	8
<i>Typfall 10c) Bussförare – en vecka heltid</i>								
2018	5/39	7 031	4 471	-	4 471	2 560	36	9
2019	5/39	7 031	5 625	1 103	4 522	2 510	36	8
<i>Typfall 10d) Bussförare – två veckor halvtid</i>								
2018	10/38	6 851	4 904	-	4 904	1 947	28	6
2019	10/38	6 851	5 481	1 103	4 377	2 474	36	8

Källa: Arbetsgruppens beräkningar baserade på berörda centrala kollektivavtal (se vidare bilaga 5).

Vi saknar uppgift om hur vanligt förekommande partiell sjukfrånvaro är under sjuklöneperioden. Vid längre sjukperioder används deltidssjukskrivning vanligtvis som ett verktyg för successiv återgång i arbete. Att en sjukskrivning som är längre än två veckor inleds på deltid är däremot förhållandevis vanligt bland exempelvis gravida¹¹². Kvinnor är över lag sjukskrivna på deltid i större utsträckning än män.¹¹³

¹¹² Se bl.a. Försäkringskassan (2008).

¹¹³ Försäkringskassan (2023a).

Införandet av karensavdraget uppges ha varit mindre administrativt betungande än befarat

Arbetstagare som omfattas av sjuklön får ett karensavdrag på sjuklönen i början av en sjukperiod. Det är arbetsgivare som ser till att karensavdrag görs på sjuklönen. Avdraget ska motsvara 20 procent av den sjuklön som består av summan av de anställningsförmåner som arbetstagaren genomsnittligen beräknas få under en vecka. Den praktiska hanteringen av karensavdrag sker vanligtvis inom lönehanteringssystem när arbetstagaren sjukanmäler sig. Det har blivit allt vanligare med extern lönehantering där företag som är specialiserade på lönesystem och löneadministration hanterar löner för andra företags räkning.

Inför karensavdragsreformen lyfte flera remissinstanser som representerade arbetsgivare att införande av karensavdraget skulle innebära kostnader för arbetsgivare, både i form av behov av att anpassa lönesystem och genom ökade sjuklönekostnader. Det gällde särskilt de arbetsgivare med en större andel arbetstagare som hade ojämna arbetstider (som kommuner och landsting) och för mindre arbetsgivare som hade sämre tillgång till automatiserade lönesystem. I samtal med arbetsmarknadens parter har flera arbetsgivarorganisationer¹¹⁴ lyft att det främst var komplicerat i skiftet mellan systemen. Flera har lyft att karensavdraget innebar en viss ökad administration och nya frågor kring hur avdraget skulle beräknas, men att hanteringen nu fungerar väl.

I samtal med representanter för Sveriges lönekonsulter och lönesystemleverantörer¹¹⁵ framkommer att det finns några exempel på privata arbetsgivare som upplevde karensavdragsreformen som så pass komplicerad att implementera att de på lokal nivå avtalade bort karensavdraget helt och hållet. Exempel på sådan hantering finns bland några privata arbetsgivare, där i huvudsak tjänstemän är anställda och där sjukfrånvaron är låg.

¹¹⁴ Samtal med Svenskt Näringsliv, SKR, Sobona och Arbetsgivarverket september 2022.

¹¹⁵ Samtal med Srf konsulterna september 2023. Srf är en branschorganisation för löne- och redovisningskonsulter som också har nätverk för lönehanteringssystem i Sverige.

För arbetstagare som inte har månadslön eller har oregelbunden arbetstid görs en manuell hantering av karensavdraget

Representanter för Sveriges lönekonsulter och lönesystemleverantörer¹¹⁶ bedömer att de flesta lönehanteringssystem i Sverige har en utformning för att automatiserat hantera karensavdraget. Beräkningen av karensavdraget uppges fungera väl för de flesta arbetstagare, och särskilt för de arbetstagare som har månadslön och regelbunden arbetstid. Samtidigt kan beräkningen av karensavdraget vara komplicerad för arbetstagare som har oregelbunden arbetstid, som ändrar sysselsättningsgrad, omfattning på anställning, arbetar deltid, eller har ett skiftarbete. Vid sådana fall krävs manuell hantering av karensavdraget inom löneadministrationen.

Den tekniska beräkningen av karensavdraget skiljer sig för arbetstagare som omfattas av olika kollektivavtal, och redovisningen av karensavdraget på lönespecifikationer skiljer sig mellan olika lönesystem och olika arbetsgivare. De flesta lönehanteringssystem särredovisar karensavdrag på arbetstagares lönespecifikation. Olika lönesystem hanterar dock karensavdraget på olika sätt, och på löneavier kan det både anges karens, karensavdrag eller till och med karensdag. Enligt representanter för Sveriges lönekonsulter och lönesystemleverantörer är det relativt vanligt att arbetstagare har frågor kring beräkningen av sjuklön och därmed även beräkningen av karensavdraget.

10.2 Allmänt högriskskydd utgör ett ytterst begränsat skydd mot ett alltför omfattande inkomstbortfall

Bedömning: Det allmänna högriskskyddet bidrar endast i begränsad utsträckning till att skydda individer mot ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karensreglerna vid återkommande sjukfrånvaro. Samtidigt är det allmänna högriskskyddet träffsäkert utifrån vilka som nås av skyddet, och skulle kunna användas som verktyg för att i större utsträckning än idag begränsa de negativa konsekvenserna av karensreglerna.

¹¹⁶ Samtal med Srf konsulterna september 2023.

Skälen för bedömning: Det allmänna högriskskyddet syftar till att individer ska skyddas från ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karensreglerna. Vad som kan anses vara ett alltför omfattande inkomstbortfall är förvisso subjektivt. Men vi kan konstatera att det är få som berörs av stödet, och av dem som berörs är stödet ofta både kortvarigt och litet i relation till det totala inkomstbortfallet. Arbetsgruppen bedömer även att det allmänna högriskskyddet sannolikt är okänt bland många individer. Arbetsgruppens sammantagna bedömning är därför att det allmänna högriskskyddet uppnår sitt syfte i låg grad. Däremot träffar skyddet i relativt stor utsträckning individer i den nedre delen av inkomstfördelningen, för vilka karensavdraget ofta är mer ekonomiskt kännbart (se avsnitt 9.2). Skyddet träffar också i relativt stor utsträckning flera av de yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg som lyfts i arbetsgruppens uppdrag (se bilaga 2) – barnskötare, förskollärare, undersköterskor och vårdbiträden. I den bemärkelsen är det allmänna högriskskyddet träffsäkert. Arbetsgruppen bedömer att skyddet kan antas nå merparten av dem som har rätt till det.

Till grund för vår bedömning ligger en analys av frekvensen av antalet sjukfall på individnivå i SCB:s data över sjuklöneperioder (se bilaga 4). Samtliga redovisade uppgifter har simulerats, då det saknas registeruppgifter för karensavdrag och allmänt högriskskydd. Analysen avgränsas till arbetstagare hos arbetsgivare i offentlig sektor samt företag och organisationer inom privata sektor med minst 200 anställda.¹¹⁷ Avgränsningen innebär att 30 procent av alla arbetstagare i privat sektor exkluderas från analysen. Totalt inkluderas cirka 80 procent av alla arbetstagare i analysen. Till grund för bedömningen ligger också iakttagelser från samtal med berörda parter.

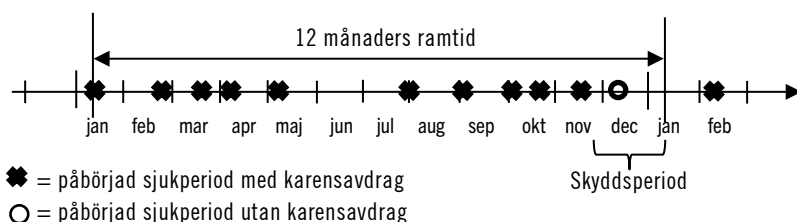
Det allmänna högriskskyddet – en slags tidsbegränsad försäkring

Bestämmelserna om allmänt högriskskydd är en begränsningsregel som innebär att en arbetsgivare inte ska göra något karensavdrag vid början av en sjukperiod om arbetstagaren under den närmast föregående tolv månadersperioden redan har haft tio karensavdrag

¹¹⁷ För dessa arbetsgivare görs totalurval i KSju. Att vi har tillgång till samtliga sjukfall för de individer som ingår är en förutsättning för att vi ska kunna identifiera sjukfall där det allmänna högriskskyddet kan förväntas ha tillämpats.

hos samma arbetsgivare (se vidare avsnitt 3.4). Försäkringskassan ska i motsvarande situation inte göra något karensavdrag för dem som inte har rätt till sjuklön utan som får sjukpenning i stället. Det allmänna högriskskyddet kan ses som en slags försäkring, där en individ under en begränsad period omfattas av ett skydd mot karensavdrag vid händelse av ett nytt sjukfall. Längden på skyddsperioden beror på tiden sedan det första karensavdraget gjordes under en ramtid på tolv månader. I figur 10.1 illustreras ett exempel för en individ som omfattas av allmänt högriskskydd. Just det här exemplet baseras på faktiska sjukfall för en lokalvårdare på ett regionalt sjukhus.

Figur 10.1 Illustration allmänt högriskskydd



Anm: Exemplet grundas på bestämmelserna i 6 § tredje stycket SjLL. Begreppen *ramtid* och *skyddsperiod* förekommer inte i lagtexten, utan är arbetsgruppens egna begrepp.

I exemplet får arbetstagaren sitt första sjukfall med karensavdrag i januari och sitt tionde sjukfall i november samma år. Det ger en skyddsperiod som varar från mitten av november år ett till början av januari år två – 365 dagar efter det första av tio sjukfall. När en ny sjukperiod inträffar i december år ett görs inget karensavdrag med hänvisning till bestämmelserna om allmänt högriskskydd, eftersom arbetstagaren redan har haft tio karensavdrag under ramtiden. Vid varje efterföljande sjukfall görs en ny bedömning om arbetstagaren uppfyller villkoret om tio tidigare karensavdrag under den närmast föregående tolv månadersperioden. Vid en ny sjukperiod i februari året efter uppfylls inte det villkoret, och arbetstagaren får därför ett karensavdrag. Det sjukfallet gör däremot att en ny skyddsperiod startas, eftersom det var det tionde sjukfallet med karensavdrag under en ramtid som startar vid från slutet av februari år ett. Den skyddsperioden varar dock endast i några dagar och medför inte att ett undantag från karensavdraget görs.

Få arbetstagare berörs av det allmänna högriskskyddet

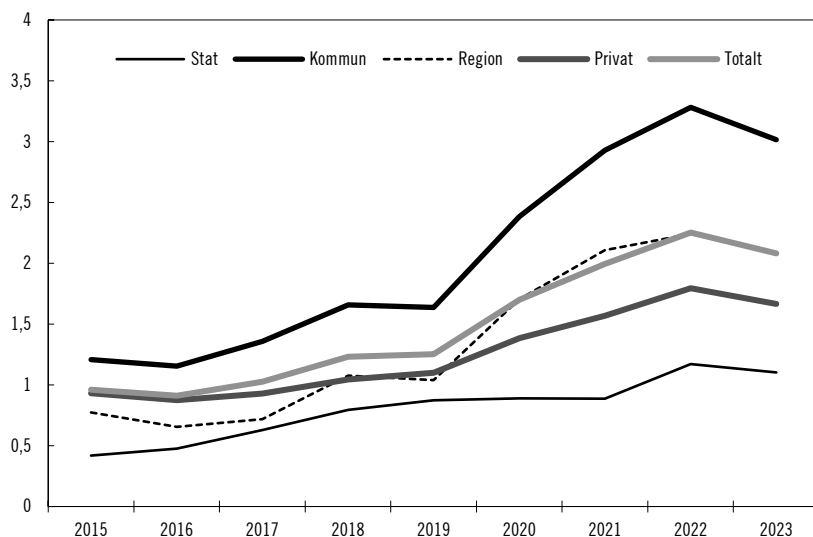
Det finns flera sätt att belysa i vilken utsträckning arbetstagare berörs av allmänt högriskskydd. Ett sätt är att studera antalet och andelen arbetstagare som nått upp till tio sjukfall med karensavdrag under en tolv månadersperiod och därmed påbörjar en skyddsperiod samt antalet och andelen av dessa som innan skyddet löper ut får ett elfte sjukfall och därmed inte får ett ytterligare karensavdrag. Ett annat sätt är att studera antalet och andelen av alla påbörjade sjukfall där inget karensavdrag görs till följd av att det allmänna högriskskyddet tillämpas. Oavsett vilket mått som används blir slutsatsen densamma – att det är få arbetstagare som berörs av det allmänna högriskskyddet.

Få arbetstagare får undantag från karensavdrag genom det allmänna högriskskyddet

Det är förhållandevis ovanligt att en arbetstagare når upp till så många karensavdrag under en tolv månadersperiod för att beröras av det allmänna högriskskyddet. Av de cirka 4,3 miljoner arbetstagare 2019 som ingår i den här analysen uppskattas cirka 38 000, varav drygt 25 000 kvinnor och 13 000 män, ha fått minst ett undantag från karensavdraget med hänvisning till det allmänna högriskskyddet under 2019. Det motsvarar 0,9 procent av arbetstagarna, varav 1,1 procent för kvinnor och 0,7 procent för män. Sedan pandemiåret 2020 har dock skyddet ökat markant i omfattning. Det framgår av figur 10.2 som visar utvecklingen av andelen arbetstagare som har omfattats av det allmänna högriskskyddet i bemärkelsen ha haft minst ett undantag från karensavdraget genom begränsningsregeln fördelad efter sektor.

Figur 10.2 Andel arbetstagare (procent) med minst ett undantag från karensavdraget genom det allmänna högriskskyddet per år*

Fördelning efter sektor



Anm.: * Uppgifterna är simulerade för offentliganställda samt arbetstagare hos privata arbetsgivare med fler än 200 anställda.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1A och 3A.

Utvecklingen under hela studieperioden påminner om den för korttidsfrånvaron i stort, med en svagt uppåtgående trend fram till och med 2019 samt en kraftig ökning från och med 2020 (jämför avsnitt 6.1). Störst ökning har skett bland arbetstagare inom kommuner och regioner. Under perioden juli 2022 till juni 2023 hade 3 procent av de kommunalanställda minst ett undantag från karensavdraget genom begränsningsregeln, vilket kan jämföras med 1 procent bland arbetstagare inom statlig sektor.

Andelen sjukfall där det allmänna högriskskyddet har tillämpats uppskattas till två procent

Antalet sjukfall där det allmänna högriskskyddet tillämpas kan också relateras till alla startade sjukfall med sjuklön under ett år. Av de knappt 6 miljoner sjukfall med sjuklön 2021 som ingår i den här analysen, bedömer vi att det allmänna högriskskyddet har tillämpats i cirka 177 000 sjukfall, motsvarande 3 procent. Den andelen är lite

högre än andel per arbetstagare som redovisas ovan, vilket beror på att flertalet arbetstagare med allmänt högriskskydd har fler än ett sjukfall utan karensavdrag under ett år.

För berörda är det allmänna högriskskyddet litet

Det allmänna högriskskyddet syftar till att skydda individer mot ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karensreglerna, men för de allra flesta som kommer upp till tio karensavdrag på ett år är skyddet kortvarigt. Det allmänna högriskskyddets påverkan på det totala inkomstbortfallet är också litet.

Majoriteten av alla perioder av allmänt högriskskydd är korta

Tittar vi närmare på de skyddsperioder då arbetstagare täcks av ett allmänt högriskskydd (se illustration i figur 10.1) kan vi till att börja med konstatera att de allra flesta skyddsperioder är korta. Mediantiden för påbörjade skyddsperioder under 2021 var 22 dagar.¹¹⁸ Med andra ord var en majoritet av alla skyddsperioder under 2021 kortare än en månad.

En konsekvens av att många skyddsperioder är korta är att många arbetstagare har återkommande perioder av allmänt högriskskydd. Det innebär i sin tur att många pendlar mellan att täckas och inte täckas av ett allmänt högriskskydd. Omkring hälften av dem med minst en skyddsperiod har flera skyddsperioder per år. Det totala antalet dagar per år då en arbetstagare täcks av det allmänna högriskskyddet är därför högre än medianvärdet för skyddsperioderna. Medianvärdet för totala antalet dagar med allmänt högriskskydd per arbetstagare med minst en pågående skyddsperiod under 2021 var 58 dagar.

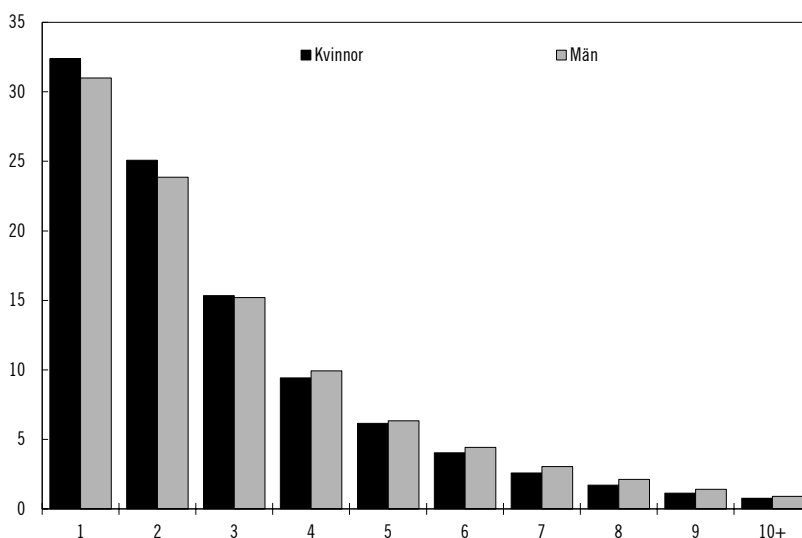
¹¹⁸ Arbetsgruppen bedömer att en skyddsperiod med allmänt högriskskydd påbörjas fem dagar efter att det tionde sjukfallet avslutats och löper fram till ett år efter det första sjukfallet av tio.

Det allmänna högriskskyddet tillämpas i genomsnitt knappt två gånger per arbetstagare och år

En konsekvens av att de flesta skyddsperioderna är korta är, som tidigare redovisats, att många skyddsperioder aldrig leder till ett undantag från karensavdraget. Många av dem som får ett sådant undantag från karensavdraget får det endast några få gånger. Det framgår av figur 10.3 som visar fördelning av antalet undantag genom det allmänna högriskskyddet bland kvinnor och män 2021. (Fördelningen är i det närmaste identisk även för 2019).

Figur 10.3 Fördelning av antal undantag från karensavdrag 2021 (procent) per arbetstagare med allmänt högriskskydd

Fördelad efter kön



Anm.: Uppgifterna avser de cirka 35 000 arbetstagare i urvalet som bedöms ha haft minst ett sjukfall där det allmänna högriskskyddet har tillämpats 2021 (studieenhet). Staplarna för kvinnor respektive män summeras till vardera 100.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1A.

Drygt en tredjedel av arbetstagarna som omfattades av undantag från karensavdrag vid allmänt högriskskydd 2021 hade ett undantag under året. Omkring var fjärde arbetstagare med minst ett undantag fick undantag från karensavdraget fyra gånger eller fler. Män är som tidigare redovisat underrepresenterade bland dem med allmänt högriskskydd, men de män som får ett undantag från karensavdraget får det relativt fler gånger än kvinnor.

Det allmänna högriskskyddets påverkan på det totala inkomstbortfallet är litet

Tittar vi närmare på hur mycket det allmänna högriskskyddet begränsar inkomstbortfallet för arbetstagare så kan vi konstatera att även den påverkan är förhållandevis liten. För de arbetstagare som fick undantag från karensreglerna genom det allmänna högriskskyddet 2021 var den genomsnittliga påverkan på inkomstbortfallet samma år drygt 2 700 kronor, motsvarande 7 procent. Skillnaden mellan kvinnor och män är liten. Däremot är andelen i genomsnitt något högre för yngre arbetstagare till följd av i första hand ett större antal korta sjukfall. Den totala utbetalade sjuklönen för berörda arbetstagare blir i genomsnitt cirka 12 procent högre än vad den hade varit utan ett allmänt högriskskydd.¹¹⁹

Det allmänna högriskskyddet är träffsäkert i sin konstruktion

Det allmänna högriskskyddet syftar till att individer ska skyddas från ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karensreglerna. I förarbetena till införandet av det allmänna högriskskyddet anges att ett högriskskydd bör ingå i ett system med karensdagar för att garantera att inkomstförlusten till följd av karensdagar inte blir alltför stor för personer med omfattande sjukfrånvaro. Det anges att skyddet ska gälla oberoende av orsaken till sjukfrånvaro.¹²⁰ Arbetsgruppen bedömer att det allmänna högriskskyddet bäst uppnår sitt syfte om det främst kommer ekonomiskt svaga hushåll till del, det vill säga att det finns en progressivitet i skyddet. Bland dessa hushåll är karensavdraget ofta mer ekonomiskt kännbart (se vidare avsnitt 9.1). I arbetsgruppens uppdrag nämns även att vissa yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg särskilt bör skyddas. Resultatet från den här analysen visar att det allmänna högriskskyddet särskilt träffar dessa grupper. Det allmänna högriskskyddet träffar även unga och lågutbildade arbetstagare i relativt stor utsträckning.

¹¹⁹ Beräkningarna baseras på analyspopulation 1A och görs utan hänsyn tagen till eventuella beteendeeffekter av det allmänna högriskskyddet på sannolikheten att påbörja ett sjukfall.

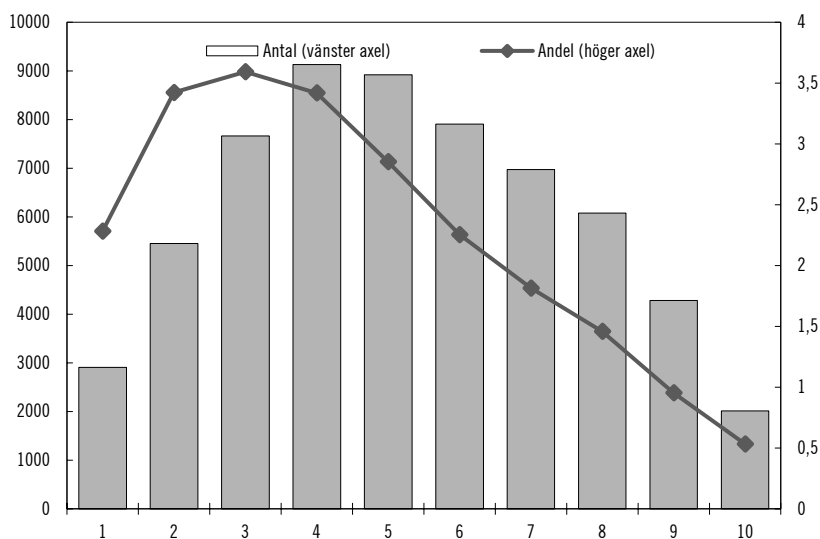
¹²⁰ Ds 1992:49, s. 67.

Det allmänna högriskskyddet har en progressiv fördelningsprofil

Även om det allmänna högriskskyddet berör få arbetstagare och är litet för dem som berörs är det av intresse att se fördelningsprofilen för skyddet. Med fördelningsprofil avses i det här fallet var i inkomstfördelningen som arbetstagare med sjukfall där det allmänna högriskskyddet har tillämpats befinner sig.¹²¹ Vår analys visar en koncentration av arbetstagare med allmänt högriskskydd i den mittersta delen av inkomstfördelningen (se staplarna i figur 10.4). I relation till antalet arbetstagare inom varje inkomstgrupp finns dock en tydlig koncentration i den nedre delen av inkomstfördelningen (se linjen i figur 10.4).

Figur 10.4 Antal och andel arbetstagare med allmänt högriskskydd* 2021

Fördelad efter inkomstgrupp**



Anm.: * Avser arbetstagare med minst ett sjukfall där det allmänna högriskskyddet har tillämpats.

** Indelningen i de tio inkomstgrupperna baseras på ekonomisk standard i det hushåll som arbetstagaren kan hänföras till. De tio procent av befolkningen med lägst respektive högst ekonomisk standard återfinns i inkomstgrupp 1 respektive inkomstgrupp 10. Gränsvärdena för indelning i inkomstgrupper har beräknats från FASIT grundår 2021 version 4.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1A och 3A.

¹²¹ I fördelningsanalyser ingår vanligtvis hela befolkningen i analysen. Den här analysen avgränsas till berörda arbetstagare hos offentliga arbetsgivare och organisationer med fler än 200 anställda. Indelningen i inkomstgrupper baseras dock på hela befolkningen. Det allmänna högriskskyddets påverkan på hushållens ekonomiska standard har inte beräknats, men bedöms vara marginell och inte tillföra något till analysen. För analys av karensavdragets påverkan på hushållens ekonomiska standard, se avsnitt 9.2.

I inkomstgrupp 2–4 hade cirka 2,5 procent av arbetstagarna minst ett sjukfall under 2021 där det allmänna högriskskyddet hade tillämpats, vilket är betydligt högre än i inkomstgrupp 6–10. Det finns därmed en viss progressivitet i det allmänna högriskskyddet. Det finns ingen könsskillnad i fördelningsprofilen för allmänt högriskskydd.

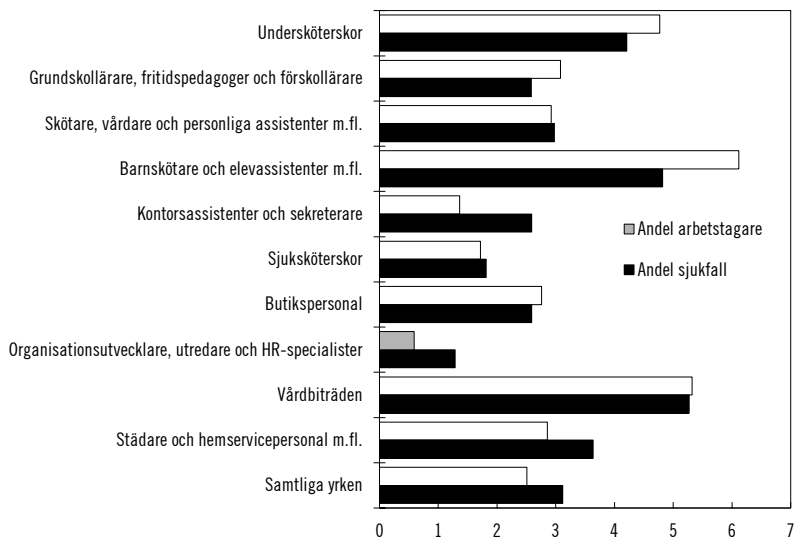
Arbetstagare med yrken inom vård, skola och omsorg är överrepresenterade

Tittar vi närmre på yrkesgrupper bland de arbetstagare som hade minst ett sjukfall där det allmänna högriskskyddet tillämpats 2021 syns liknande mönster som för korttidsfrånvaro vid sjukdom i stort (se avsnitt 6.2). Figur 10.5 visar att kvinnor som arbetar som undersköterska, barnskötare och vårdbiträde under 2021 tog del av det allmänna högriskskyddet betydligt mer än kvinnor i övriga studerade yrkesgrupper. Även förskollärare, som i figuren redovisas tillsammans med grundskollärare, var överrepresenterade. Bland män i urvalet är lager- och terminalpersonal, skötare, vårdare och butikspersonal något överrepresenterade bland arbetstagare med minst ett sjukfall där det allmänna högriskskyddet tillämpats under 2021 (se figur 10.6). Män i tjänstemannayrken, såsom systemutvecklare och ingenjörer, berörs knappt av det allmänna högriskskyddet.

Redovisade uppgifter kan delvis ha påverkats av en generellt mer frekvent korttidsfrånvaro under pandemiåret 2020, eftersom rätten till stödet baseras på antalet karensavdrag under den närmast föregående tolv månadersperioden. Under 2020 var det ovanligt många som var sjukfrånvarande (se avsnitt 6.1), både med anledning av den högre smittspridningen under pandemin, de allmänna rekommendationerna att stanna hemma vid minsta symtom och de tillfälliga reglerna om att individer i efterhand kunde ansöka om att få ersättning för karens (se avsnitt 4.2). Den tillfälliga ersättningen för karens berörde inte det allmänna högriskskyddet.

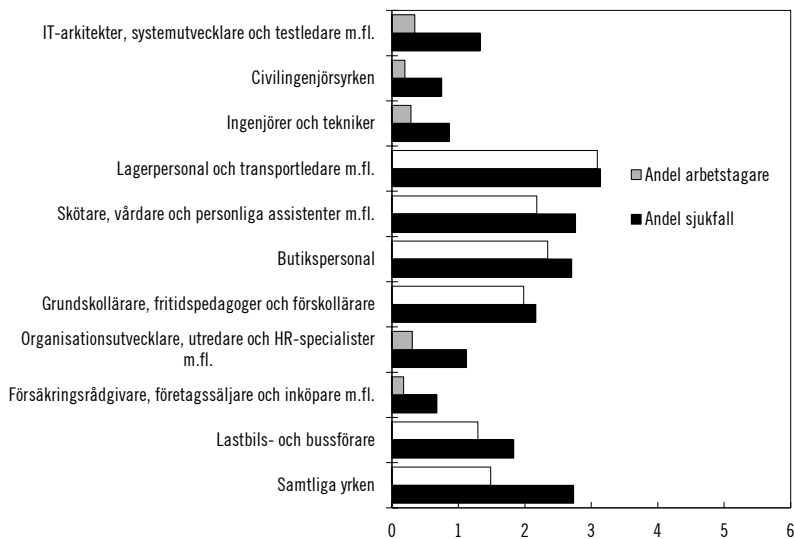
Figur 10.5 Andel arbetstagare respektive sjukfall med allmänt högriskskydd 2021 – kvinnor hos offentliga och större privata arbetsgivare

Fördelad efter de tio vanligaste yrkesgrupperna bland kvinnor



Figur 10.6 Andel arbetstagare respektive sjukfall med allmänt högriskskydd 2021 – män hos offentliga och större privata arbetsgivare

Fördelad efter de tio vanligaste yrkesgrupperna bland män



Anm.: Yrkesgrupperna är rangordnade efter antal kvinnor respektive män som ingår i urvalet. Uppgifterna avser arbetstagare hos offentliga och större privata arbetsgivare.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1A och 3A.

Större andel unga som omfattas av särskilt högriskskydd

Utöver inkomst och yrke är det även stora skillnader i förekomst av sjukfall där det allmänna högriskskyddet har tillämpats mellan åldersgrupper och utbildningsnivåer. Unga arbetstagare är överrepresenterade i statistiken (se tabell 10.5).

Tabell 10.5 Korttidsfrånvaro vid sjukdom och allmänt högriskskydd bland arbetstagare* hos offentliga och större privata arbetsgivare 2019

Fördelad efter kön och åldersgrupp**

Ålders- grupp	Kvinnor			Män		
	Antal arbetstagare (tusental)	Andel med sjukfall (%)	Andel allm. högrisk- skydd (%)	Antal arbetstagare (tusental)	Andel med sjukfall (%)	Andel allm. högrisk- skydd (%)
18–24	128	77	3,6	109	71	2,5
25–34	352	75	3,3	283	67	2,3
35–44	356	71	2,5	267	58	1,3
45–54	381	68	2,3	269	51	1,0
55–64	331	67	2,0	227	50	1,0
65–74	59	34	0,5	41	24	0,3
Totalt	1 607	69	2,5	1 196	57	1,5

Anm.: * Avser arbetstagare i analyspopulationerna registrerade som förvärvsarbetande enligt SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS) ** Ålder mäts vid årets slut.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1A och 3A.

Att unga är överrepresenterade kan delvis förklaras att de i hög grad återfinns bland de yrkesgrupper som också är överrepresenterade. Att relativt fler i de yngre åldersgrupperna är lågutbildade, givet urvalskriterierna, och i mindre utsträckning har barn kan också delvis förklara den högre andelen med allmänt högriskskydd.

Det allmänna högriskskyddet utgör en kostnad för arbetsgivare

Ur arbetsgivarnas perspektiv gör det allmänna högriskskyddet att kostnaderna för sjuklön blir högre än vad de hade varit utan ett sådant skydd. Arbetsgruppen uppskattar kostnaden av det allmänna högriskskyddet bland arbetsgivare inom offentlig sektor och privata företag och organisationer med minst 200 anställda till cirka 220 miljoner kronor 2021. Utgår vi från dessa arbetsgivare höjer det allmänna högriskskyddet arbetsgivares sjuklönekostnader med i

genomsnitt 1 procent. Det allmänna högriskskyddet har relativt störst påverkan på sjuklönekostnaderna för kommuner och regioner.

Det allmänna högriskskyddet är sannolikt mer känt bland arbetsgivare än bland arbetstagare

Utifrån samtal med arbetsmarknadens parter¹²², Försäkringskassan¹²³ och med representanter för patient- och brukarorganisationer¹²⁴ bedömer arbetsgruppen att det är bristfällig kunskap om det allmänna högriskskyddet bland individer. Representanter för patient- och brukarorganisationer i Sverige lyfter att det är problematiskt att få känner till detta undantag från karensavdrag och att det vore önskvärt om de som omfattas får veta det, eftersom det skulle innebära en minskad stress över ekonomi för individer med återkommande sjukfrånvaro.

Generellt verkar arbetsgivare ha större kännedom om det allmänna högriskskyddet jämfört med arbetstagare. Enligt de centrala arbetsgivarorganisationerna¹²⁵ är kunskapen om det allmänna högriskskyddet god bland större arbetsgivare, och dessa har rutiner för att hantera dessa begränsningsregler för karens. En farhåga som lyfts av arbetsgivarorganisationer är att arbetsgivares kunskap om karensregler riskerar att minska i samband med att lönehantering hanteras av en extern utförare.

Enligt representanter för lönekonsulter och lönesystem i Sverige så har de flesta större lönehanteringssystem framtagna lösningar för en automatiserad bevakning av sjukfallshistorik för arbetstagare. I de fall en arbetstagare har varit sjuk vid fler än tio tillfällen under en tolv månadersperiod så markeras det i systemen. Därefter hanteras undantag från karensavdrag manuellt. I de fall arbetsgivare inte använder lönehanteringssystem med en automatiserad bevakning av sjukfallshistorik, krävs en manuell kontroll av sjukfallshistorik vid varje ny sjukanmälan. Det är vanligare att sådan manuell hantering görs av mindre arbetsgivare.

¹²² Samråd har skett med centrala arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer (LO, TCO, Saco, Svenskt Näringsliv, Arbetsgivarverket, Sveriges kommuner och regioner, samt Sobona).

¹²³ Möte med Försäkringskassan 22.12.16.

¹²⁴ Samtal med Funktionsrätt Sverige 22.09.23

¹²⁵ Svenskt Näringsliv, Arbetsgivarverket, Sveriges kommuner och regioner.

Individer har svårt att ta reda på om de omfattas av det allmänna högriskskyddet

Arbetsgruppen erfar att det är komplicerat för individer att ta reda på om de har omfattats av det allmänna högriskskyddet, och hur lång tid de har ett skydd mot karensavdrag. Arbetsgivare fattar inte ett formellt beslut om att arbetstagare omfattas av reglerna kring det allmänna högriskskyddet. Inte heller finns det i de större lönesystemen något för arbetstagaren tillgängligt saldo eller någon ackumulator som räknar antalet karensavdrag under det senaste året. Sättet som arbetstagare kan se att de omfattats av det allmänna högriskskyddet är om det på en lönespecifikation framgår att arbetsgivaren inte gjort ett karensavdrag i början av en sjukperiod. På lönespecifikationen anges dock inte någon förklaring till varför arbetsgivaren inte gjort ett karensavdrag. Arbetsgruppen bedömer att det skulle kunna vara tydligare huruvida en arbetstagare berörs av ett allmänt högriskskydd.

Försäkringskassan har en manuell hantering av allmänt högriskskydd och anger att få individer omfattas

För individer som inte omfattas av sjuklön, och i stället får sjukpenning från sjukperiodens start är det Försäkringskassan som ansvarar för att bedöma om undantag från karensavdrag i form av allmänt högriskskydd ska tillämpas. Vid handläggning av sjukpenning för individer som inte omfattas av sjuklöneperiod gör Försäkringskassans handläggare en manuell kontroll av den sökandes sjukfallshistorik. Handläggare ska då kontrollera om den sökande fått mer än tio karensavdrag under en tolv månadersperiod. Försäkringskassans IT-system har inte någon automatiserad hantering av det allmänna högriskskyddet.

Försäkringskassan följer inte upp hur ofta de gör undantag från karensavdrag med hänvisning till det allmänna högriskskyddet.¹²⁶ Försäkringskassan bedömer att det rör sig om ett undantag från karens som berör få individer. Enligt de skattningar som arbetsgruppen har gjort bedömer vi att Försäkringskassan har gjort

¹²⁶ På möte med Försäkringskassan 23.12.16 meddelar myndigheten att de inte följer upp allmänt högriskskydd, samt att det inte finns förutsättningar att ta fram statistik kring undantaget.

undantag från karensavdrag med hänvisning till allmänt högriskskydd vid färre än 10 tillfällen under 2019. För 2021 identifierar vi inte ett endaste fall där det allmänna högriskskyddet har medfört att sjukpenning ges från första dagen i sjukperioden.

Individer som inte omfattas av sjuklön har idag svårt att få del av information om de har omfattats av undantag från karensavdrag på grund av det allmänna högriskskyddet. Det saknas också information till individer om huruvida de har kommit upp i tio karensavdrag under en tolv månadersperiod, och att de i så fall skulle omfattas av undantag från karens om den insjuknar igen, och hur länge de har ett skydd från karens. Däremot har individer möjlighet att se om Försäkringskassan har gjort ett karensavdrag i början av en sjukperiod genom Försäkringskassans utbetalningsbesked.¹²⁷

10.3 Det särskilda högriskskyddet utgör ett visst skydd mot inkomstbortfall vid återkommande sjukperioder

Bedömning: Det särskilda högriskskyddet uppnår delvis sitt syfte att begränsa inkomstbortfallet vid återkommande sjukfrånvaro för individer med vissa sjukdomar. Det är oklart om det särskilda högriskskyddet förbättrar arbetsmarknadssituationen för personer som är frekvent eller långvarigt sjuka genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar. Kunskapen och kännedomen om det särskilda högriskskyddet är fortfarande begränsad och det behövs vidare studier av hur många och vilka som ansöker och beviljas det särskilda högriskskyddet, liksom orsaker till avslag på ansökan.

Skälen för bedömning: Det särskilda högriskskyddet omfattar årligen få individer. För dem som beviljas särskilt högriskskydd på grund av att de har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder, eller ska genomgå en donation eller transplantation, är skyddet reellt och begränsar inkomstbortfallet som beror på karensregler. För personer som beviljas det särskilda högriskskyddet för att de riskerar längre

¹²⁷ Utbetalningsbeskedet visas på Mina Sidor i 24 månader.

sjukperioder, eller haft aktivitetsersättning medför skyddet inte något undantag från karens, men en rätt för arbetsgivaren till kompensation för de kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagaren.

Det finns sannolikt ett stort mörkertal av berättigade som inte ansöker om särskilt högriskskydd. Det finns också ett mörkertal av arbetsgivare som inte ansöker om kompensation för sjuklönekostnader för de arbetstagare som omfattas av särskilt högriskskydd.

Arbetsgruppen kan inte bedöma hur väl Försäkringskassans tillämpning av regelverket fungerar. Inte heller kan vi bedöma i vilken utsträckning det särskilda högriskskyddet förbättrar arbetsmarknadssituationen för berörda. Det saknas idag tillräcklig uppföljning av särskilt högriskskydd, och däribland kvalitetssäkrad statistik om särskilt högriskskydd.

Samtliga redovisade mått i det här avsnittet baseras på data om särskilt högriskskydd från Försäkringskassans ärendehanteringssystem, som Försäkringskassan har tagit fram för arbetsgruppens räkning. Försäkringskassan har emellertid inte kunnat kvalitetssäkra registrerade uppgifter för särskilt högriskskydd, varför uppgifterna bör tolkas med viss försiktighet.¹²⁸ Till grund för vår bedömning ligger även iakttagelser från samtal med berörda aktörer, såsom Försäkringskassan, arbetsmarknadens parter och representanter sjukskrivande läkare och för patient- och brukarorganisationer genom Funktionsrätt Sverige.

Få individer omfattas av det särskilda högriskskyddet

I figur 10.7 redovisas inledningsvis utvecklingen av antalet individer som har beviljats särskilt högriskskydd under perioden 2014–2022. Figuren visar att det särskilda högriskskyddet under den studerade perioden årligen har beviljats för uppemot 8 000 individer. Tidigare genomgångar har visat liknande nivåer av antal individer med särskilt högriskskydd¹²⁹. Antalet individer som har särskilt högriskskydd någon gång under året är högre, runt 12 000 individer. Majoriteten av dessa individer med särskilt högriskskydd (runt 97 procent) är

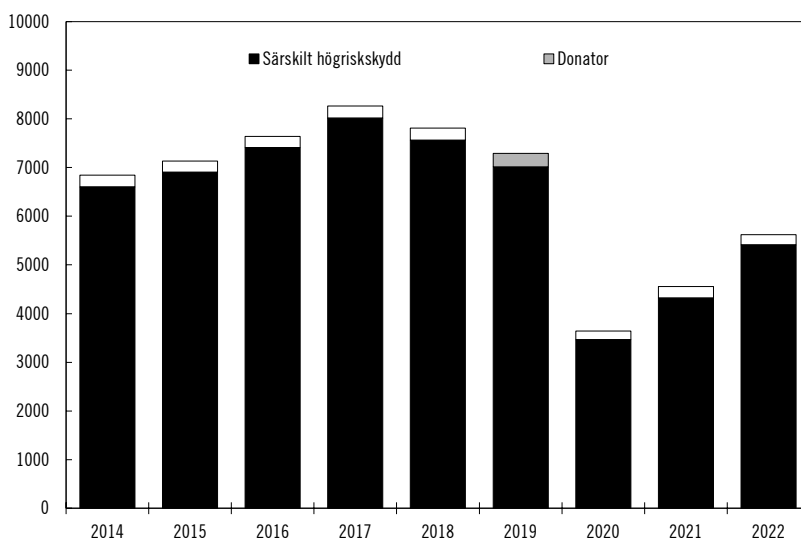
¹²⁸ Se bilaga 4 för en längre beskrivning av dessa data.

¹²⁹ Enligt SOU 2000:72 var 8800 individer beviljade särskilt högriskskydd 1993, och i början av år 2000 var antalet 6800.

arbetstagare som omfattas av sjuklön från sin arbetsgivare (och omfattas av regleringen i sjuklönelagen). Endast en liten del av individerna med särskilt högriskskydd (runt 3 procent) omfattas av reglerna i socialförsäkringsbalken.

Figur 10.7 Antal beviljanden av särskilt högriskskydd per år

Fördelad efter år för beslut



Anm.: Uppgifterna baseras på bevakningar om särskilt högriskskydd från Försäkringskassans ärendehanteringssystem.

Källa: Försäkringskassan, arbetsgruppens sammanställning.

Av figuren framgår en tydlig minskning i antalet beviljanden av särskilt högriskskydd i samband med covid-19-pandemin, som inleddes våren 2020. Minskningen kan sannolikt förklaras av färre ansökningar under den perioden. Under delar av pandemin fanns en tillfällig ersättning för karens som gjorde att individer i efterhand kunde ansöka om att få ersättning för karensavdraget. Det kan ha minskat incitamentet om att ansöka om särskilt högriskskydd. Den stora belastningen inom hälso- och sjukvården under pandemin påverkade sannolikt förutsättningarna för individer att träffa läkare, vilket också kan vara en förklaring till det minskade antalet ansökningar om särskilt högriskskydd under perioden.

Av figur 10.7 framgår också att ett par hundra individer per år beviljas särskilt högriskskydd på grund av donation. Enligt en kvalitetsanalys för särskilt högriskskydd för perioden 2020–2021

(Försäkringskassan 2021) så utgör majoriteten av beviljade ärenden om särskilt högriskskydd risk för större antal sjukperioder (runt 92 procent). Endast mindre andelar av de beviljade ärendena rör donation (5 procent), risk för en eller flera längre sjukperioder eller att den sökande haft aktivitetsersättning någon av de senaste tolv kalendermånaderna (3 procent).

En annan iakttagelse är att en del av dem som beviljas särskilt högriskskydd för första gången tidigare har fått undantag från karensavdraget genom det allmänna högriskskyddet. Av dem som beviljades särskilt högriskskydd för första gången 2019 hade omkring var fjärde arbetstagare tidigare berörts av det allmänna högriskskyddet. Det tyder på ett visst samspel mellan det allmänna och det särskilda högriskskyddet.

Det särskilda högriskskyddet träffar delvis andra grupper än det allmänna högriskskyddet

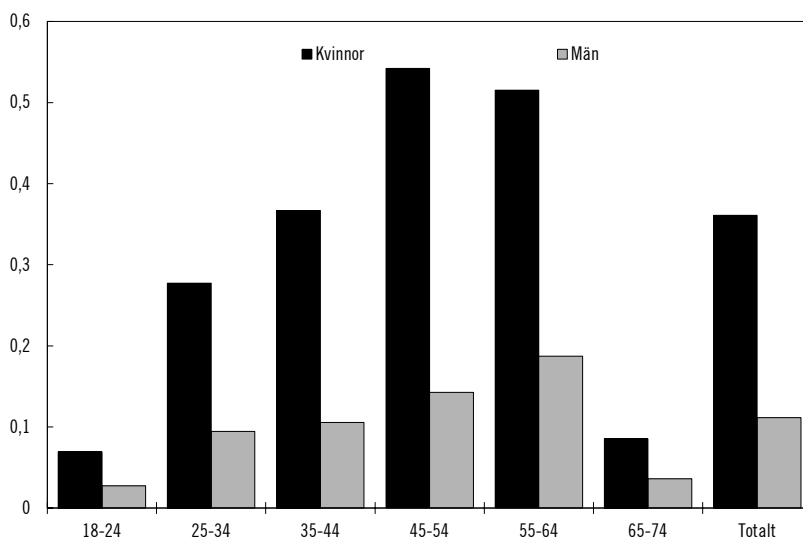
Både det allmänna och särskilda högriskskyddet träffar i större utsträckning kvinnor än män, men skillnaden är ännu större när det gäller särskilt högriskskydd. Båda skydden träffar också vissa yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg i något högre omfattning sett till antal arbetstagare i dessa sektorer. Den främsta skillnaden mellan de båda skydden är att särskilt högriskskydd främst träffar arbetstagare som är 45 år och äldre. Även var i inkomstfördelningen som berörda av skydden befinner sig skiljer sig en del åt. I den här redovisningen använder vi 2019 som redovisningsår, då vi bedömer att det året bättre speglar nuläget än 2021.

Kvinnor 45–64 år är klart överrepresenterade bland personer som beviljats särskilt högriskskydd

Tre av fyra arbetstagare med en period med särskilt högriskskydd under 2019 var kvinnor. Som tidigare redovisats är kvinnor överrepresenterade både när det gäller korttidsfrånvaro vid sjukdom (se avsnitt 6.2) och allmänt högriskskydd (se avsnitt 10.2). Könsskillnaden är dock ännu större när det gäller särskilt högriskskydd. I figur 10.8 visas andel arbetstagare med särskilt högriskskydd under 2019 fördelat efter ålder och kön.

Figur 10.8 Andel arbetstagare (procent) med period med särskilt högriskskydd 2019*

Fördelad efter kön och åldersgrupp



Anm.: * Avser arbetstagare med gällande beslut om särskilt högriskskydd någon gång under 2019.
Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 3.

Det särskilda högriskskyddet omfattar i första hand kvinnor och män mellan 45 och 64 år. Både korttidsfrånvaro vid sjukdom och allmänt högriskskydd är i jämförelse med särskilt högriskskydd vanligare bland yngre arbetstagare. En förklaring till att det särskilda högriskskyddet är vanligare i åldrarna 45 till 64 år är att risken för sjukdomar som medför ett större antal eller längre sjukperioder kan öka med ålder. Även risk att drabbas av två eller fler sjukdomar samtidigt (så kallad samsjuklighet) ökar med ålder.

Det särskilda högriskskyddet träffar arbetstagare med såväl kontaktyrken som vissa övriga yrken

Tittar vi närmare på vilka av de vanligaste yrkesgrupperna som återfinns bland arbetstagare med en period med särskilt högriskskydd under 2019, är det några yrkesgrupper som återkommer från tidigare redovisade resultat. Bland kvinnor var flera yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg överrepresenterade för allmänt högriskskydd 2019, och det gäller delvis även för särskilt

högriskskydd. Undersköterskor, barnskötare och förskollärare hade alla högre andel arbetstagare med särskilt högriskskydd 2019 jämfört med total andel kvinnliga arbetstagare med högriskskydd (0,6 procent vardera i jämförelse med 0,4 procent). Vårdbiträden var däremot, till skillnad från allmänt högriskskydd, svagt underrepresenterade bland kvinnor med särskilt högriskskydd 2019 (0,3 procent). Kvinnor anställda som kontorsassistenter och sekreterare var den yrkesgrupp med högst andel med period med särskilt högriskskydd 2019 (0,8 procent). Det är för få män med särskilt högriskskydd för att kunna dela upp redovisningen på yrke.

Offentliganställda har särskilt högriskskydd i dubbelt så stor utsträckning som privatanställda

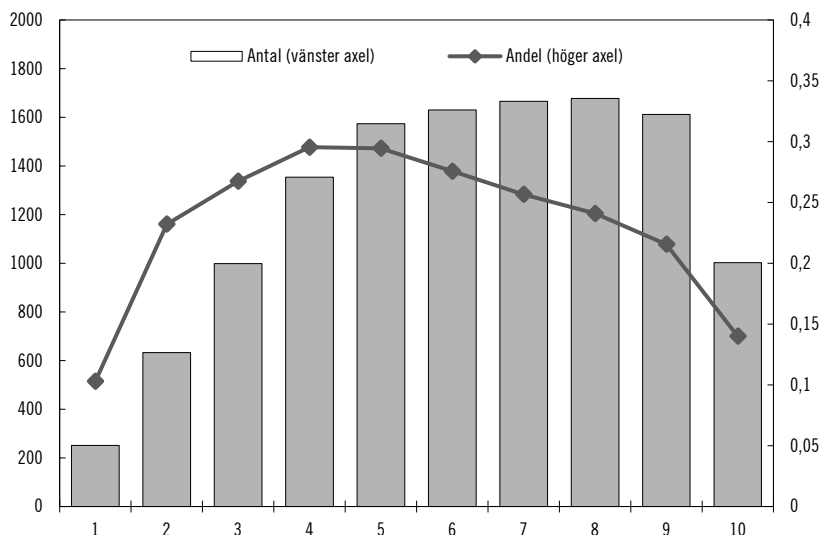
En annan intressant iakttagelse är att det finns tydliga skillnader i förekomst av särskilt högriskskydd mellan arbetstagare hos offentliga respektive privata arbetsgivare. Andelen arbetstagare hos privata arbetsgivare med särskilt högriskskydd var 2019 omkring hälften så stor som hos offentliga arbetsgivare – både bland kvinnor (0,26 respektive 0,49 procent) och män (0,10 respektive 0,15 procent). Skillnaden beror sannolikt på att offentliganställda i större utsträckning ansöker om särskilt högriskskydd än privatanställda.

Även det särskilda högriskskyddet har en progressiv fördelningsprofil

Tittar vi närmare på var i inkomstfördelningen som arbetstagare med en period av särskilt högriskskydd under 2019 återfinns, så finner vi en majoritet, drygt 60 procent, av arbetstagarna i den övre delen av inkomstfördelningen (se staplarna i figur 10.9). Här bör vi dock ha i åtanke att fler arbetstagare återfinns i den övre delen av inkomstfördelningen. Andelen arbetstagare med särskilt högriskskydd är högre i den nedre delen av inkomstfördelningen (se linjen i figur 10.9). Det finns ingen könsskillnad i fördelningsprofilen för särskilt högriskskydd.

Figur 10.9 Antal och andel arbetstagare (procent) med period med särskilt högriskskydd 2019

Fördelad efter inkomstgrupp*



Anm.: * Indelningen i de tio inkomstgrupperna baseras på ekonomisk standard i det hushåll som arbetstagaren kan hänföras till. De tio procent av befolkningen med lägst respektive högst ekonomisk standard återfinns i inkomstgrupp 1 respektive inkomstgrupp 10. Gränsvärden för indelning i inkomstgrupper har beräknats från FASIT grundår 2019 version 4.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 3.

I jämförelse med allmänt högriskskydd (se figur 10.4) träffar särskilt högriskskydd i större utsträckning arbetstagare i den övre delen av inkomstfördelningen.¹³⁰ Det resultatet hänger sannolikt samman med skillnader i ålderssammansättning mellan individer som omfattas av det allmänna och det särskilda högriskskyddet.

För dem som omfattas av särskilt högriskskydd är skyddet reellt

För individer som beviljas särskilt högriskskydd på grund av att de har en sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder, eller för att de ska genomgå donation eller transplantation, utgör det särskilda högriskskyddet ett betydligt mer omfattande skydd mot karensavdrag jämfört med det allmänna högriskskyddet. De arbetstagare som omfattas av det särskilda högriskskyddet har fler

¹³⁰ Fördelningsprofilen för särskilt högriskskydd för analyspopulation 3 i figur 10.9 skiljer sig inte nämnvärt från motsvarande för analyspopulation 3A (offentliga och större privata arbetsgivare).

sjukperioder utan karensavdrag än berörda av det allmänna högriskskyddet. Det förklaras av att det särskilda högriskskyddet vid återkommande sjukfrånvaro både är mer omfattande och varar under betydligt längre perioder. Till skillnad från det allmänna högriskskyddet så får de personer som omfattas av det särskilda högriskskyddet ett beslut som anger för vilken tid de omfattas av skyddet, och om skyddet är ett skydd från karensavdrag, och/ eller om arbetsgivare kan ansöka om kompensation för sjuklönekostnader. Arbetsgruppen bedömer därför att de individer som omfattas av särskilt högriskskydd i hög grad har kännedom om både vad skyddet avser, och tiden för skyddet.

Perioder med särskilt högriskskydd varar ofta i ett år

För de allra flesta som beviljas särskilt högriskskyddet gäller skyddet i minst ett år framåt. Hälften av besluten sträcker sig tolv månader framåt och endast ett fåtal individer får kortare beslut än så. Vidare beviljas många individer särskilt högriskskydd mer än en gång – i genomsnitt två gånger under perioden 2012–2022. Den genomsnittliga tiden för påbörjade perioder med särskilt högriskskydd under 2019 var 19 månader för kvinnor och 18 månader för män.

Det särskilda högriskskyddet begränsar inkomstbortfallet

Bland de arbetstagare som beviljats särskilt högriskskydd har undantag från karensavdraget reell betydelse för inkomstbortfallet. En individ med beslut om särskilt högriskskydd har ofta återkommande sjukperioder under skyddsperioden. Vi uppskattar att en arbetstagare med ett beslut om särskilt högriskskydd i genomsnitt hade 7 sjukfall under 2019.¹³¹ De undantag från karensavdrag som gjordes 2019 motsvarade i genomsnitt drygt 7 000 kronor i sjuklön per arbetstagare. Det motsvarar i sin tur i genomsnitt 22 procent av totala inkomstbortfallet under året för dessa arbetstagare.

¹³¹ Även dessa uppgifter avser offentliganställda och arbetstagare hos privata företag och organisationer med minst 200 anställda (analyspopulation 1A).

Det finns sannolikt ett stort underutnyttjande av det särskilda högriskskyddet bland arbetstagare

Till skillnad från karensavdraget och det allmänna högriskskyddet så har det särskilda högriskskyddet ett ansökningsförfarande som kräver att individer har information om skyddet, vad som krävs för att omfattas av det, samt ansöker om att få ta del av det.

Sannolikt liten kännedom om det särskilda högriskskyddet bland många arbetstagare och arbetsgivare

Arbetsgruppen bedömer att den allmänna kännedomen om särskilt högriskskydd är låg såväl bland individer som bland arbetsgivare. Bedömningen görs efter samtal med arbetsmarknadens parter, Försäkringskassan samt med representanter för patient- och brukarorganisationer genom Funktionsrätt Sverige. Utifrån dessa samtal framstår det som att det skulle kunna vara betydligt fler individer än det är idag som skulle kunna omfattas av särskilt högriskskydd.

Arbetsgivarorganisationerna Svenskt Näringsliv, SKR och Arbetsgivarverket har lyft att de önskar att Försäkringskassan ska vara mer samordnande, och kontakta de arbetstagare som kan komma i fråga för skyddet. Försäkringskassan får dock främst kännedom om arbetstagare som har sjukfall som blir mer än 14 dagar, vilket gör att det svårt för Försäkringskassan att identifiera arbetstagare som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder. Däremot har Försäkringskassan större förutsättningar att identifiera individer med längre sjukfall som kan riskera att åter drabbas av längre sjukfall under kommande tolv månader, och individer som haft aktivitetsersättning någon av de senaste tolv kalendermånaderna.

Kännedom om särskilt högriskskydd är troligtvis även för låg bland vårdgivare

Arbetsgruppen har varit i kontakt med representanter för vårdgivare, läkare och patientföreningar och lyft frågan om kunskapsläget om särskilt högriskskydd bland sjukskrivande läkare.

Representanter för Sveriges Läkarförbund och Svenska distriktsläkarföreningen¹³² bedömer att sjukskrivande läkare känner till och rekommenderar patienter att ansöka om särskilt högriskskydd när det är lämpligt. SKR lyfter att läkarkåren till viss del känner till särskilt högriskskydd, och till viss del även lämnar information om skyddet till berörda patientgrupper. SKR lyfter dock att kännedomen och användningen av skyddet, sannolikt skulle kunna öka. Det lyfts att individer med risk för återkommande sjukfrånvaro på grund av sjukdom inte alltid har en läkarkontakt och att vården därmed kan ha svårt att identifiera berörda individer. SKR meddelar att företagshälsovård i vissa fall har förutsättningar att kartlägga individer med återkommande sjukfrånvaro. I de fall som sjukfrånvaron beror på en kronisk sjukdom som till exempel migrän, KOL, eller MS, så kan företagshälsovården föreslå att arbetstagare ska ansöka om att omfattas av särskilt högriskskydd.

Representanter för patient- och brukarorganisationer genom Funktionsrätt Sverige lyfter att kunskapen om det särskilda högriskskyddet generellt är låg bland vårdgivare, inte minst bland läkare som är specialister i allmänmedicin på vårdcentraler. Organisationen lyfter att det vore önskvärt om fler läkare kunde informera patienter med sjukdomar som innebär risk för återkommande sjukfrånvaro om möjligheten att ansöka om särskilt högriskskydd.

Svårt att skatta hur stort mörkertalet är för särskilt högriskskydd

Individer kan beviljas särskilt högriskskydd vid olika situationer, dels vid sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder eller risk för längre sjukperioder, vid organdonation eller transplantation, eller i det fall individer haft aktivitetsersättning någon av de senaste tolv kalendermånaderna (se tabell 3.1 i kapitel 3).

Det är svårt att ta fram skattningar av hur många individer som omfattas av bestämmelserna om karensavdrag och som befinner sig i någon av dessa situationer, och därför skulle kunna ha rätt att beviljas särskilt högriskskydd. Arbetsgruppen bedömer att det

¹³² Mejl till arbetsgruppen 2023-09-20.

sannolikt är betydligt fler än de runt 8 000 individer som årligen har det särskilda högriskskyddet.

Genom att studera prevalens för några sjukdomar som kan medföra risk för återkommande sjukperioder kan vi få vissa ledtrådar till omfattningen av mörkertal. Försäkringskassan har i en rättslig kvalitetsuppföljning (2018) undersökt diagnosfördelning bland ärenden för särskilt högriskskydd, och de diagnoser vi exemplifierar med var några av de mest förekommande bland de studerade ärendena. Ett exempel är kronisk migrän som definieras som minst tre månader med fler än 15 huvudvärksdagar per månad varav minst 8 med migränkaraktär. Många individer med kronisk migrän har sannolikt ett större antal sjukperioder under tolv månader. Prevalensen för kronisk migrän skattas till 2 procent (Natoli 2010). Beräknat på vår skattning av antal anställda individer i Sverige, så skulle det röra sig om knappt 104 000 anställda som kan ha kronisk migrän. Vi beräknar vidare att runt 75 000 anställda kvinnor har endometriosis¹³³, och runt 10 000 anställda har Crohns sjukdom¹³⁴.

Ett exempel på en sjukdom som sannolikt medför risk för längre sjukperioder är MS, som innebär att immunförsvaret angriper det centrala nervsystemet. MS är en sjukdom som ofta går i skov och ger en gradvis försämrad funktionsnedsättning, och vi skattar att knappt 10 000 anställda¹³⁵ kan ha MS idag.

Särskilt högriskskydd kan också vara aktuellt vid donation eller transplantation. År 2022 transplanterades över 700 organ varav omkring 100 donerades från levande givare.¹³⁶

Det är också möjligt att beviljas särskilt högriskskydd efter period med aktivitetsersättning. Varje år är det drygt 6 800 personer som avslutar period med aktivitetsersättning (Försäkringskassan 2017). En stor andel av dessa borde därmed kunna ansöka om och beviljas särskilt högriskskydd.

För att gå vidare och göra en bättre bedömning av mörkertalet inom särskilt högriskskydd behövs bättre möjligheter att följa upp de personer som beviljas högriskskydd, däribland om skyddet

¹³³ Skattning utifrån att runt 5 procent av kvinnor i fertil ålder har endometriosis ([Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis \(socialstyrelsen.se\)](#)).

¹³⁴ Prevalensen är 0,002 för Crohns sjukdom ([LKT0945s2980_2982.pdf \(lakartidningen.se\)](#)).

¹³⁵ Prevalensen är 0,0019,

<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/neurologi/multipel-skleros-ms-utredning/>.

¹³⁶ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/organ-och-vavnadsdonation/>.

beviljats utifrån sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder, längre sjukperioder, för vilken sjukdom som skyddet beviljats, alternativt om skyddet beviljats med hänvisning till donation eller transplantation, eller att den sökande haft aktivitetsersättning under det senaste året¹³⁷.

Ansökningsförfarandet kan göra att vissa individer avstår från att ansöka om att omfattas av skyddet

Representanter för patientföreningar och arbetsgivarorganisationer har lyft att de ser risker att individer låter bli att ansöka om att omfattas av särskilt högriskskydd. Funktionsrätt Sverige lyfter att den extra administrationen som ett ansökningsförfarande innebär i sig kan bli en tröskel, som gör att inte alla som är berättigade till särskilt högriskskydd väljer att ansöka om skyddet. Svenskt Näringsliv och Arbetsgivarverket har meddelat att det finns arbetstagare som av olika anledningar inte ansöker om att få ta del av undantaget trots att det finns behov av skyddet. De efterfrågar därför möjlighet för arbetsgivare att kunna ansöka om särskilt högriskskydd för arbetstagares räkning. Det skulle möjliggöra för fler arbetsgivare att kunna få ersättning för sjuklönekostnader för personer med återkommande eller lång sjukfrånvaro, och att det inte som idag krävs att individen själv först ansöker om att få ta del av skyddet.

¹³⁷ Idag saknas tillräcklig datafångst för de individer som har särskilt högriskskydd. Det finns exempelvis inte registerdata om typ av högriskskydd och uppgifter om individen som kön, ålder, diagnos eller motsvarande.

Fakta: Ansökan om särskilt högriskskydd

Vid ansökan om särskilt högriskskydd efterfrågar Försäkringskassan uppgifter om sjukdomen, hur den påverkar individens arbetsförmåga, en skattning av hur många sjukperioder som individen riskerar att få under ett år, och hur långa sjukfallen beräknas vara. Individen ska också ange vilka sjukperioder hen haft under de senaste tolv månaderna och i vilken sjukdom. Försäkringskassan efterfrågar skriftlig ansökan och det finns en e-tjänst, eller en blankett för ändamålet¹³⁸.

Om Försäkringskassan inte har tillräcklig kännedom om individens sjukdom sedan tidigare krävs det att individens uppgifter styrks med ett läkarutlåtande¹³⁹ (Bet 1990/91:SfU9 s. 12 och prop. 1996/97:63 s. 67). I detta utlåtande ombeds läkaren ange i relation till vilken sysselsättning som hen bedömer individens arbetsförmåga (yrke och arbetsuppgifter). Läkaren ska ange diagnoser för den sjukdom som leder till nedsatt arbetsförmåga, uppgift om funktionsnedsättning, samt aktivitetsbegränsning (det vill säga vad individen inte kan göra på grund av sjukdomen). Läkaren ombeds även ange pågående och planerad medicinsk behandling, samt bedöma risk för sjukfrånvaro. Dels om det finns risk att sjukdomen medför sjukfrånvaro vid fler än 10 tillfällen under de kommande 12 månaderna, dels om det finns risk att sjukdomen medför en eller flera perioder med sjukfrånvaro där varje enskild period överstiger 28 dagar under de kommande tolv månaderna.

När Försäkringskassan tagit ställning till om individer ska omfattas av särskilt högriskskydd fattas ett beslut, som skickas till individen. I beslutet anges för vilken tidperiod som individen omfattas av skyddet.

Det finns risk för både under- och överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader bland arbetsgivare

Arbetsgivare med arbetstagare som har beviljats särskilt högriskskydd har rätt till ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för arbetstagaren. Vår analys visar att arbetsgivare på aggregerad nivå

¹³⁸ FK7465.

¹³⁹ FK7262.

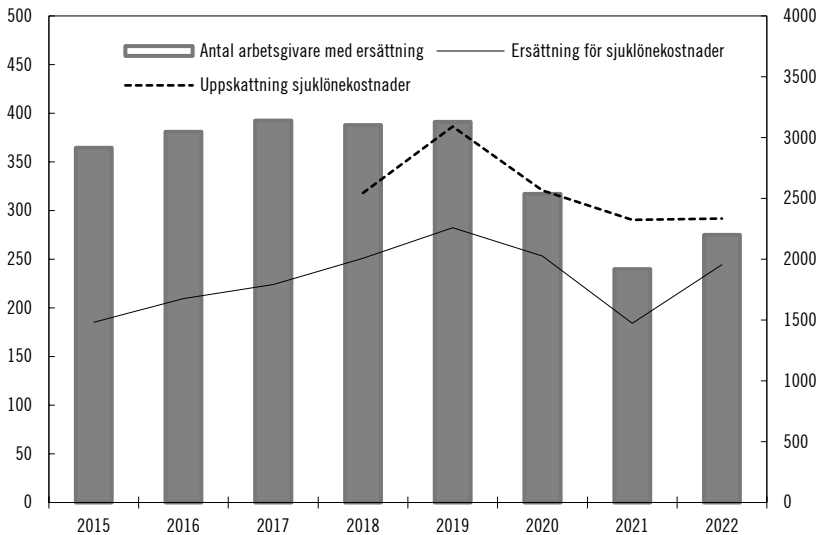
sannolikt har högre sjuklönekostnader årligen än vad de totalt får ersättning för. Det kan också finnas enskilda arbetsgivare som blir överkompenserade.

Arbetsgivare har sannolikt högre sjuklönekostnader för arbetstagare med särskilt högriskskydd än vad de får ersättning för

I figur 10.10 relateras uppgifter från Försäkringskassan om ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgruppens uppskattning av de faktiska sjuklönekostnaderna för berörda arbetstagare. Av figuren framgår en indikation på ett mörkertal av arbetsgivare som inte söker om ersättning.

Figur 10.10 Arbetsgivares sjuklönekostnader och ersättning för sjuklönekostnader (MSEK) för särskilt högriskskydd (vänster axel) samt antal arbetsgivare med ersättning (höger axel)

Fördelat efter år



Anm.: Antal och belopp från resultaträkning vid bokslut efter justeringar (exempelvis vid återkrav).
Källa: Försäkringskassan samt arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 4.

Under 2019 fick arbetsgivare ersättning för totalt 282 miljoner kronor, vilket kan jämföras med 386 miljoner kronor i uppskattade sjuklönekostnader för dessa arbetstagare. Vi uppskattar att arbets-

givare i genomsnitt har gått miste om totalt cirka 80 miljoner kronor per år i ersättning för sjuklönekostnader. Till grund för vår bedömning ligger en sammanslagning av data från Försäkringskassan om perioder med särskilt högriskskydd och sjuklönedata från SCB.

Fram till pandemin fick runt 3000 arbetsgivare årligen ersättning för sjuklönekostnader för arbetstagare med särskilt högriskskydd. Under pandemiåren var det färre arbetsgivare som fick ersättningen, vilket överensstämmer med utvecklingen av antal individer som beviljades särskilt högriskskydd under perioden.

Den utbetalade ersättningen för sjuklönekostnader till arbetsgivare ökade från 185 miljoner 2015 till 282 miljoner 2019. År 2021 var den utbetalade ersättningen på ungefär samma nivå som 2015. Sett i relation till antal arbetsgivare som fått ersättning så har de utbetalade beloppen ökat över tid från 64 000 per arbetsgivare 2015 till 111 000 år 2022.

Vissa arbetsgivare kan antas ha flera anställda med särskilt högriskskydd. Arbetsgruppen har inte haft tillgång till uppgifter över utbetalade belopp per arbetsgivare och har därför inte haft möjlighet att analysera vilka typer av arbetsgivare som tar del av ersättningen i högre eller lägre grad.

Fakta: Ersättning till arbetsgivare för sjuklönekostnader

Arbetsgivare vars arbetstagare har beviljats särskilt högriskskydd har rätt till ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för arbetstagaren, inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift. För att få ta del av sådan ersättning behöver arbetsgivaren skriftligt ansöka om ersättning från Försäkringskassan. Det finns en e-tjänst, eller en blankett för ändamålet. I ansökan ska arbetsgivaren ange uppgifter om sjuklöneperioder och kostnader för dessa. Försäkringskassan betalar endast ut ersättning för sjuklönekostnader avseende de senaste tolv månaderna före ansökningsmånaden.

Svårigheter för Försäkringskassan att kontrollera inrapporterade uppgifter medför risk för felaktiga utbetalningar

Det finns även en risk att enskilda arbetsgivare blir överkompenserade. I den senaste kvalitetsanalysen (2022) anger Försäkringskassan att det är svårt att följa risk för felaktiga utbetalningar avseende ersättningen till arbetsgivare. Det saknas idag applikationskontroller vilket medför att försäkringsutredare inte har systemstöd för kontroll av utbetalningar av ersättning till arbetsgivare. När arbetsgivare ansöker om ersättning för sjuklönekostnader gör handläggare på Försäkringskassan en rimlighetsbedömning av anspråket, men gör inte någon fördjupad utredning om de faktiska sjuklönekostnaderna. I kvalitetsanalysen lyfts också att handläggare uppfattar att det är många arbetsgivare som gör fel när de ska ansöka om ersättning för sjuklönekostnader. Vidare anger Försäkringskassan i sin kvalitetsanalys att de endast kan följa utbetalad ersättning till arbetsgivare. I det fall en arbetsgivare får ersättning för sjuklönekostnader för flera arbetstagare med särskilt högriskskydd, så finns det i dagsläget inte möjlighet för Försäkringskassan att följa vilken utbetalning som gjorts för respektive arbetstagare.

Försäkringskassans tillämpning behöver utredas vidare

Det har inte ingått i arbetsgruppens uppdrag att analysera Försäkringskassans tillämpning av undantag från karensavdrag i form av särskilt högriskskydd, eller av ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare med arbetstagare som omfattas av det särskilda högriskskyddet. Arbetsgruppen har ändå gjort några iakttagelser som skulle kunna utgöra grund för vidare studier av Försäkringskassans tillämpning av det särskilda högriskskyddet.

Särskilt högriskskydd är en liten förmån för Försäkringskassan

Jämfört med andra ersättningar inom sjukförsäkringen är särskilt högriskskydd en liten förmån för Försäkringskassan. De senaste två åren har Försäkringskassan budgeterat för knappt 17 årsarbetare, och under 2020 till 2022 har det i snitt varit runt 9 årsarbetare som

handlagt särskilt högriskskydd¹⁴⁰. Enligt en kvalitetsanalys från Försäkringskassan (2021) inkommer runt 600 ansökningar om särskilt högriskskydd från individer och 3000 ansökningar från arbetsgivare om ersättning för sjuklönekostnader varje månad. Årligen hanterar Försäkringskassan runt 25 000 ärenden om särskilt högriskskydd. Då ingår både ansökningar från individer om särskilt högriskskydd, och ansökningar om ersättning för sjuklönekostnader från arbetsgivare.

Omkring var fjärde individ som ansökte om särskilt högriskskydd 2019 fick avslag på sin ansökan

De allra flesta individer som ansöker om särskilt högriskskydd beviljas skyddet efter beslut från Försäkringskassan. Arbetsgruppen skattar att omkring var fjärde individ fick avslag på sin ansökan om särskilt högriskskydd 2019¹⁴¹. Arbetsgruppen har inte haft tillgång till några uppgifter om orsak till avslag. Inte heller har vi haft tillgång till några bedömningsunderlag såsom sjukdomstillstånd, för att kunna bedöma i vilket avseende individer med avslag skiljer sig från individer som beviljas högriskskydd. För att undersöka detta skulle en aktgranskning behöva genomföras, vilket det inte har funnits utrymme för inom ramen för arbetsgruppens uppdrag.

Oklart om det särskilda högriskskyddet bidrar till att förbättra arbetsmarknadssituationen för berörda

Ett syfte med särskilt högriskskydd är att det ska förbättra arbetsmarknadssituationen för personer som är frekvent eller långvarigt sjuka genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar (prop. 1990/91:181 s. 51 och prop. 1996/97:63 s. 65). Högriskskyddet ska därmed också skydda arbetsgivare som anställer individer med kända sjukdomar från alltför stora sjuklönekostnader genom ersättning för sjuklönekostnader för

¹⁴⁰ Försäkringskassan anger att en orsak till färre årsarbetare än planerat är att covid-19-pandemin medförde att handläggning av andra ersättningar som smittbärrpenning behövde prioriteras av myndigheten, och att handläggare därför lånats ut för detta ändamål (Försäkringskassan 2021).

¹⁴¹ Försäkringskassan redovisar liknande avslagsfrekvens i de senaste kvalitetsanalyserna för särskilt högriskskydd för 2020–2021.

arbetstagare som beviljats särskilt högriskskydd. Det saknas dock underlag för att bedöma om det särskilda högriskskyddet faktiskt bidrar till att förbättra arbetsmarknadssituationen för berörda individer.

Begränsad uppföljning av ersättning för sjuklönekostnader inom det särskilda högriskskyddet

Försäkringskassans uppföljning av särskilt högriskskydd sker bland annat i återkommande kvalitetsanalyser (2021, 2022). Uppföljningen fokuserar på handläggningsnära mått som utvecklingen av inkomna och avslutade ärenden, handläggningstider, omprövningar, antal återkrav och antal årsarbetare.

Försäkringskassan gör ingen regelbunden uppföljning av utfallsmått som antal individer som har särskilt högriskskydd, eller antal arbetsgivare som fått ersättning för sjuklönekostnader inom ramen för det särskilda högriskskyddet. Det saknas även en uppföljning av utbetalad ersättning till arbetsgivare inom ramen för det särskilda högriskskyddet.

Avsaknaden av kvalitetssäkrade registerdata och utfallsmått för särskilt högriskskydd gör att det inte finns förutsättningar att närmare undersöka huruvida skyddet bidrar till att förbättra arbetsmarknadssituationen för berörda. Enligt arbetsgruppens kännedom har det inte gjorts någon effektutvärdering av det särskilda högriskskyddet. Vi har inte funnit exempel på någon studie som undersökt huruvida ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare som anställer arbetstagare med särskilt högriskskydd får effekter på arbetsmarknadsutfall. Även om vi skulle ha haft tillgång till mer registerdata om arbetstagare och arbetsgivare som nyttjar det särskilda högriskskyddet så torde det vara metodologiskt utmanande att kunna mäta sådana effekter på arbetsmarknadsutfall. Vi kan därför inte bedöma om det särskilda högriskskyddet uppnår det syftet.

10.4 Återinsjuknanderegeln är motiverad

Bedömning: Reglerna om återinsjuknande i sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken fyller sannolikt en funktion och är motiverade. Ändring av reglerna skulle dock kunna vara motiverad vid eventuell ändring av nuvarande karensavdrag.

Skälen för bedömning: Det är förhållandevis vanligt att återinsjuknanderegeln tillämpas vid korttidsfrånvaro vid sjukdom. Det gäller både bestämmelserna i sjuklönelagen och i socialförsäkringsbalken. En individ som återinsjuknar efter att ha återgått i arbete fortsätter på samma sjukperiod och det görs därmed inget nytt karensavdrag. För arbetstagaren medför därmed regeln ett skydd. Även för arbetsgivaren medför återinsjuknanderegeln delvis ett skydd, då arbetsgivaren inte riskerar att behöva betala sjuklön för mer än två veckor i de fall som en arbetstagare återinsjuknar. Undantag från karensavdrag vid återinsjuknande innebär en viss överföring av kostnader från arbetsgivare till staten.

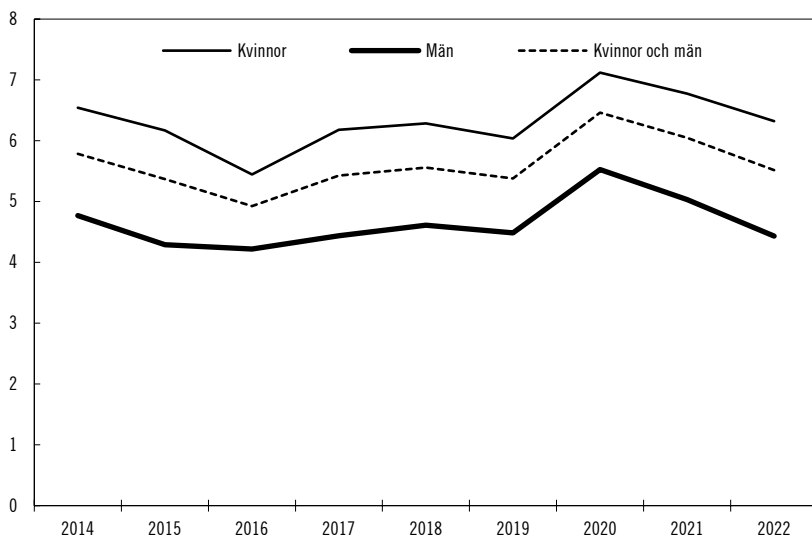
Givet nuvarande regler om karensavdrag kan regeln förväntas fungera som en drivkraft att påskynda återgång i arbete för individer. Arbetsgruppen saknar dock underlag för att bedöma om regeln faktiskt också fungerar på det sättet. Därför kan vi inte säga så mycket om regelns måluppfyllelse. Med hänvisning till ovanstående resonemang bedömer arbetsgruppen ändå att en återinsjuknanderegeln är motiverad i en försäkring som innehåller karens.

I det fall nuvarande regler om karensavdrag markant ändrades, exempelvis genom ett avskaffat eller kraftigt reducerat karensavdrag så skulle sannolikt återinsjuknanderegeln inte vara lika motiverad ur individens perspektiv. För arbetsgivare skulle regeln ändå fortsatt kunna vara motiverad. Utan en återinsjuknanderegeln riskerar arbetsgivare i det enskilda fallet behöva betala sjuklön för mer än två veckor vid återinsjuknande. Arbetsgivares sjuklönekostnader skulle därmed öka.

Återinsjuknanderegeln tillämpas förhållandevis ofta

I jämförelse med andra undantagsregler som allmänt och särskilt högriskskydd bedömer vi att återinsjuknanderegeln i sjuklönelagen tillämpas ofta. Andelen sjukfall där återinsjuknanderegeln har tillämpats uppskattar vi till omkring 6 procent.¹⁴² Den andelen har varit förhållandevis jämn under den studerade perioden, men med en viss ökning under pandemiåret 2020 (se figur 10.11).

Figur 10.11 Andel sjukfall där återinsjuknanderegeln bedöms ha tillämpats
Fördelade efter kön och år



Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 1.

Återinsjuknande är relativt vanligare bland de grupper där korttidsfrånvaro är vanligare. Kvinnor har en större andel sjukfall med återinsjuknande. Vidare är tillämpning av återinsjuknanderegeln relativt vanligare i offentlig sektor och bland arbetstagare som arbetar inom vård, skola och omsorg. Den genomsnittliga längden på en period i en sjukperiod utan ersättning (där arbetstagaren kan antas vara åter i arbete) var 2,6 dagar 2019, både för kvinnor och män.

¹⁴² Som indikator för tillämpning av återinsjuknanderegeln använder vi i KSju registrerade så kallade glappdagar, som arbetsgivarna ska rapportera in i de fall det finns dagar i sjukperioden som inte ersätts.

Reglerna om återinsjuknande utgör delvis ett skydd även för arbetsgivare

För arbetsgivare innebär reglerna om återinsjuknande i viss bemärkelse en kostnad, då den begränsning av sjuklönekostnaderna som karensavdraget medför inte uppstår vid återinsjuknande. Samtidigt innebär återinsjuknanderegeln en begränsning av sjuklönekostnaderna i de fall det totala antalet frånvarodagar överstiger två veckor. År 2019 rörde det sig uppskattningsvis om 200 000 dagar med sjuklön som överfördes från arbetsgivarna till staten till följd av återinsjuknanderegeln. Med återinsjuknanderegeln blir det också tydligt för arbetsgivaren att antalet ersatta sjuklönedagar vid händelse av återinsjuknande inte kan överstiga 14. Vi bedömer därför att återinsjuknanderegeln även medför ett skydd för arbetsgivaren.

Vidare, om regeln även skulle uppmuntra till tidig återgång i arbete har regeln även begränsande inverkan på arbetsgivares kostnader för sjukfrånvaro, inklusive sjuklönekostnaderna.

I det fall nuvarande regler om karensavdrag markant ändrades, exempelvis genom ett avskaffat eller kraftigt reducerat karensavdrag så skulle sannolikt återinsjuknanderegeln ändå fortsatt kunna vara motiverad ur arbetsgivares perspektiv.

Svårt att bedöma om regler om återinsjuknande bidrar till att påskynda återgång i arbete

Reglerna om återinsjuknande infördes i samband med införandet av karensdagen i april 1993. Det främsta syftet med införandet av regler om undantag från karens vid återinsjuknande var att uppmuntra individer med sjukfrånvaro till tidig återgång i arbete. Utan en återinsjuknanderegeln finns en risk att ett nytt karensavdrag vid återinsjuknande har en dämpande effekt på individens benägenhet att återgå i arbete. I det fall nuvarande regler om karensavdrag markant ändrades, exempelvis genom ett borttaget eller reducerat karensavdrag så skulle sannolikt återinsjuknanderegeln inte vara lika motiverad ur individens perspektiv.

Medianlängden för sjukfall med återinsjuknande var 5 dagar 2019, vilket är 2 dagar mer än för samtliga sjukfall 2019. Den skillnaden kan inte tolkas som en effekt av regeln som sådan, utan skillnaden

uppstår sannolikt i första hand till följd av selektion. Uppgifterna säger inget som det så kallade kontrafaktiska tillståndet, det vill säga hur långa dessa sjukfall hade varit om det inte hade funnits någon återinsjuknanderegulering. För att kunna säga något om det kontrafaktiska tillståndet skulle en effektutvärdering behöva genomföras. Det har inte funnits utrymme för det inom ramen för den här översynen.

11 Differentierat karensavdrag – en möjlighet?

Arbetsgruppen har haft ett särskilt uppdrag att analysera förutsättningarna för att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån. I uppdraget ingick också att ta fram en modell för detta.

I kapitlet går vi först igenom de rättsliga förutsättningarna för ett differentierat karensavdrag och exemplifierar därefter med två alternativa modeller till en sådan differentierad självrisk, med olika karensregler för olika grupper av arbetstagare med syfte att förbättra villkoren för vissa avgränsade yrkesgrupper.

Bedömning: Det finns inte något rättsligt hinder för en författningsreglerad differentiering av karensavdrag för arbetstagare inom olika yrkesgrupper. Det finns dock inte något enkelt och heltäckande sätt att avgränsa arbetstagare inom vilka yrkesgrupper som bör omfattas av ett sådant differentierat karensavdrag. Denna gränsdragningsproblematik gör att ett författningsreglerat differentierat karensavdrag baserat på yrke inte är lämpligt.

Skäl för bedömning: Utifrån vår analys bedömer arbetsgruppen att det inte finns något rättsligt hinder för en författningsreglerad differentiering av karensavdrag i sig. Ur ett rättsligt perspektiv är möjligheten att införa en sådan reglering beroende på hur regleringen utformas och vilka skäl som ligger till grund för regleringen. De två alternativa modeller som arbetsgruppen har identifierat är dels ett direkt undantag från karensavdrag för

arbetstagare i avgränsade yrkesgrupper, dels en sökbar ersättning för karensavdrag för arbetstagare i avgränsade yrkesgrupper.

Arbetsgruppen bedömer dock att det inte finns något enkelt och heltäckande sätt att avgränsa arbetstagare inom vilka yrkesgrupper som bör omfattas av ett sådant differentierat karensavdrag i form av undantag från karensavdrag, eller i form av en sökbar ersättning. Det skulle därför behöva bli en bedömning från fall till fall. De möjliga vägar som arbetsgruppen har identifierat innebär att det främst på grund av denna gränsdragningsproblematik skulle bli en otydlig reglering, som skulle bli svår att tillämpa. Risken är stor att tillämpningen inte kan bli enhetlig. Mot den bakgrunden är det ur ett rättssäkerhetsperspektiv inte lämpligt att införa en sådan reglering. Vidare innebär svårigheten att avgränsa arbetstagare inom vilka yrkesgrupper som bör omfattas, att regleringen skulle riskera att få en betydande brist på träffsäkerhet, och därigenom riskera att inte uppnå sitt syfte. Arbetsgruppen bedömer därför att ett differentierat karensavdrag baserat på yrke inte är lämpligt och lämnar därför inte något sådant förslag.

11.1 Uppdraget att utforma ett differentierat karensavdrag för avgränsade yrkesgrupper

I tilläggsuppdraget (se bilaga 2) anges att arbetsgruppen särskilt ska analysera förutsättningarna att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån, t.ex. vissa arbetstagare inom vård, skola och omsorg, och ta fram en modell för detta.

Arbetsgruppen tolkar uppdraget som att det handlar om att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper, d.v.s. för arbetstagare inom vissa yrken. Det kan därmed både innefatta arbetstagare som omfattas av sjuklön i början av sjukperioder och arbetstagare som inte omfattas av sjuklön och därför ansöker om sjukpenning från början av sjukperioder, exempelvis individer med tim- eller behovsanställning. I förlängningen skulle det därmed både kunna vara aktuellt med en reglering av differentierat karensavdrag i sjuklönelagen och i socialförsäkringsbalken. Arbetsgruppen

bedömer att individer som är föräldralediga eller arbetslösa däremot inte bör omfattas av sådan differentierad karens utifrån yrke.

Arbetsgruppen tolkar att det som avses med begreppet *yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll* är det som i dagligt tal benämns kontaktyrken. Det finns ingen vedertagen definition av vad som är ett kontaktyrke, men det avser vanligtvis yrken där en stor del av arbetet handlar om att fysiskt möta och stötta andra människor. En definition av kontaktyrken är att det avser sådana yrken som karakteriseras av arbete som innefattar interaktion ansikte mot ansikte där arbetstagaren bistår personer som inte är arbetstagare på arbetsplatsen som kunder/patienter/ brukare, eller elever med vård, omvårdnad, utbildning, social- eller annan service. En snäv definition av kontaktyrken är att arbetet innefattar en tät fysisk kontakt mellan arbetstagare och kund, patient, brukare, eller elev. Det kan exempelvis röra sig om yrken som vårdbiträde och barnskötare. En bredare definition av kontaktyrken inkluderar också förvärvsarbete där arbetstagare har kontakt med många personer ansikte mot ansikte, men där fysisk kontakt är mer ovanlig. Exempel på sådana yrken är butiksbiträde eller busschaufför. Arbetstagare med kontaktyrken har vanligtvis svårt att arbeta hemifrån.

Arbetsgruppen erfar att det finns stora svårigheter att göra avgränsningar kring vilka yrkesgrupper som bör omfattas av differentierad karens. Inom enskilda yrken kan det finnas skillnader i arbetsuppgifter. Vissa arbetstagare inom ett yrke kan ha många arbetsuppgifter som innebär arbete nära tredje person som brukare, patienter, eller elever. Andra arbetstagare inom samma yrke kan ha sådana arbetsuppgifter i lägre grad, eller helt sakna sådana arbetsuppgifter. Inom ett yrke kan arbetstagare också ha olika möjligheter att arbeta hemifrån. Denna avgränsningsproblematik har lyfts till arbetsgruppen under samtal med arbetsmarknadens parter¹⁴³. Såväl de centrala arbetstagar- som arbetsgivarorganisationerna lyfter att det vore mycket svårt att göra en sådan avgränsning av vilka yrkesgrupper som bör omfattas av sådan differentierad karens.

¹⁴³ Sådana inspel lyftes bland annat på möte den 19 april 2023 då arbetsgruppen träffade representanter från arbetsmarknadens parter (Arbetsgivarverket, Svenskt Näringsliv, SKR, Sobona, LO, TCO och Saco). Syftet med mötet var bland annat att få parternas inspel till uppdraget, med särskilt fokus på tilläggsuppdraget om ett differentierat karensavdrag.

Arbetsgruppen bedömer att det inte finns något enkelt och heltäckande sätt att avgränsa inom vilka yrkesgrupper som arbetstagare bör omfattas av differentierad karens. Det skulle därför behöva bli en bedömning från fall till fall.

Risk för smittspridning på arbetet kan vara ett argument för differentierad karens

Argument för att införa ett differentierat karensavdrag för arbetstagare i avgränsade yrken kan vara att en sådan ändring skulle kunna fungera som ett verktyg för att motverka smittsam sjuknärvaro bland kontaktyrken. Arbetstagare inom kontaktyrken kan anses riskera att drabbas oproportionerligt hårt av den nuvarande självrisk i form av karensavdrag. De bör inte arbeta i de fall de har symptom på en smittsam virusjukdom, eftersom de arbetar nära tredje person. I vissa fall tillhör denna tredje person en särskilt skör grupp (exempelvis boende inom äldreomsorg) och i dessa fall är det särskilt viktigt att förhindra smittsam sjuknärvaro bland arbetstagare. Ett differentierat karensavdrag kan också vara ett sätt att kompensera arbetstagare i avgränsade yrkesgrupper för att de skulle kunna ha större risk att själva smittas av sjukdomar på sitt arbete eftersom de arbetar nära andra människor eller träffar många människor i sitt arbete.

Något som bör påtalas är att även om vi har kännedom om vilka yrken där kort sjukfrånvaro är mer vanligt förekommande (se avsnitt 6.2), så saknas uppgifter om orsak till den korta sjukfrånvaron i termer av vilka sjukdomar som är vanligast bland korta sjukfall. Diagnosuppgifter finns främst för sjukfall som blir längre än 14 dagar¹⁴⁴. Det gör att det finns bristande kunskap om hur stor del av sjukfall inom sjuklöneperioden som faktiskt härrör från luftvägsburet virus och hur stor del som rör andra sjukdomar. Vidare saknas information om personer som behöver avstå från arbete på grund av luftvägsburet virus faktiskt har smittats på arbetet eller på en annan plats. Det gör att det finns en risk att differentierat karensavdrag för avgränsade yrkesgrupper inte skulle vara träffsäkra insatser för att hantera problem med smittspridning.

¹⁴⁴ Även om det finns krav på läkarintyg från 8 dagars sjukfrånvaro får Försäkringskassan främst kännedom om sådana sjukfall för arbetstagare som överstiger 14 dagar, eftersom arbetsgivare ansvarar för sjuklön fram till dess.

11.2 Rättsliga förutsättningar för en författningsreglering om ett differentierat karensavdrag

Arbetsgruppen bedömer att det kan vara rättsligt möjligt att införa en författningsreglerad differentiering av karensavdrag inom sjuklöne- och sjukförsäkringssystemen som har sin grund i lag, beroende på hur regleringen utformas och vilka skäl som ligger till grund för regleringen utifrån vissa rättsliga perspektiv. Nedan beskrivs de rättsliga förutsättningarna för ett författningsreglerat differentierat karensavdrag.

Internationella regleringar som avser social trygghet måste beaktas

Inledningsvis behöver lagstiftaren beakta sådana internationella regleringar som Sverige är bundet av och som uttryckligen reglerar frågan om karens (se avsnitt 3.9). Vidare finns internationella instrument som på olika sätt fastställer att det ska finnas ekonomiskt skydd vid sjukdom och social trygghet.¹⁴⁵ Vissa av regleringarna är mer allmänt hållna medan andra är mer detaljerade.

En reglering om ett differentierat karensavdrag får inte vara diskriminerande

En annan aspekt som behöver beaktas är frågan om diskriminering. Förbud mot diskriminering på olika grunder, t.ex. kön, finns i både nationella och internationella regleringar.¹⁴⁶ Förbuden riktar sig mot

¹⁴⁵ Se t.ex. artikel 34.1 och 52.1 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (se även artikel 6.1 i fördraget om Europeiska unionen), artikel 12.1–12.3 och artikel G i Europeiska sociala stadgan (reviderad), Europeiska balken om social trygghet och dess protokoll, artikel 22 och 29.2 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, artikel 9 och 4 i FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR) samt Internationella arbetsorganisationens (ILO) konvention (nr 130) om läkarvård och kontanta sjukförmåner och rekommendation (nr 202) om nationellt socialt grundskydd.

¹⁴⁶ Några exempel är 2 kap. 13 § regeringsformen, diskrimineringslagen (2008:567), artikel 21 och 52.1 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (se även artikel 6.1 i fördraget om Europeiska unionen), Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/54/EG av den 5 juli 2006 om genomförandet av principen om lika möjligheter och likabehandling av kvinnor och män i arbetslivet (omarbetning), särskilt artikel 5, samt artikel 26 och 4.1 i FN:s

utformningen eller tillämpningen av föreskrifter eller kriterier och villkor på annan grund eller mot ageranden. Ett exempel är 2 kap. 13 § regeringsformen som stadgar att lag eller annan föreskrift inte får innebära att någon missgynnas på grund av sitt kön.

I vissa fall särskiljs direkt diskriminering och indirekt diskriminering, som båda är förbjudna. Direkt diskriminering innebär att någon av skäl som har samband med en diskrimineringsgrund behandlas sämre än någon annan i en jämförbar situation (se t.ex. 1 kap. 4 § 1 diskrimineringslagen och artikel 2.1 a i Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/54/EG av den 5 juli 2006 om genomförandet av principen om lika möjligheter och likabehandling av kvinnor och män i arbetslivet [omarbetning]). Indirekt diskriminering uppstår när tillämpningen av en i sig neutral bestämmelse eller ett i sig neutralt kriterium eller förfaringssätt får diskriminerande effekter (se t.ex. 1 kap. 4 § 2 diskrimineringslagen och artikel 2.1 b i direktiv 2006/54/EG). Från indirekt diskriminering undantas i vissa fall tillämpning av bestämmelser m.m. som har ett berättigat syfte och är proportionerliga i förhållande till syftet (se samma bestämmelser som ovan).

Utöver uttryckliga förbud mot diskriminering finns det internationella instrument som i mer allmänna ordalag anger att de berörda staterna ska arbeta mot diskriminering och som lyfter olika värden och principer, t.ex. principen om jämställdhet mellan kvinnor och män.¹⁴⁷

Frågan om statsstöd kan aktualiseras beroende på regleringens utformning

Om förslaget om differentiering skulle innefatta att staten på något sätt ska ersätta företag med arbetstagare inom en viss yrkesgrupp, t.ex. för utbetald sjuklön för den första dagen i en sjukperiod, så kan möjligen frågan om statsstöd aktualiseras.

internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR). Det finns också instrument som innehåller förbud mot diskriminering på olika grunder i förhållande till de rättigheter som fastslås i instrumentet, se t.ex. artikel E i Europeiska sociala stadgan, artikel 2 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och artikel 2.2 i ICESCR.¹⁴⁷ T.ex. artikel 2 och 3.3 i fördraget om Europeiska unionen, artikel 23 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (se även artikel 6.1 i fördraget om Europeiska unionen) samt ILO:s konvention (nr 111) angående diskriminering i fråga om anställning och yrkesutövning.

Det finns inom EU ett principiellt förbud mot statligt stöd som snedvrider eller hotar att snedvrída konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion, om det påverkar handeln mellan medlemsstaterna (artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt). Begreppet stöd har i detta sammanhang en bred innebörd och kan omfatta sådant som direkta bidrag och subventioner, garantier samt reducerade offentliga avgifter och skatter.

En planerad statsstödsåtgärd måste enligt huvudregeln anmälas till och godkännas av kommissionen innan statsstödet får lämnas (artikel 108.3 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt). En sådan anmälan behöver dock inte göras om åtgärden omfattas av och utformas i enlighet med vissa undantag som kommissionen har beslutat om, t.ex. de särskilda undantagsregelverken för stöd av mindre betydelse (t.ex. kommissionens förordning [EU] nr 1407/2013 av den 18 december 2013 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse).

Regleringar om kollektivavtal och den kollektiva förhandlingsrätten kan påverka

I Sverige har arbetsmarknadens parter, dvs. arbetsgivarna eller deras organisationer och arbetstagarna genom sina organisationer, huvudansvaret för att reglera villkoren på arbetsmarknaden utifrån de arbetsrättsliga lagarna som lägger fast ramarna. Parternas reglering av villkoren görs i kollektivavtal. Enligt 23 § lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet avses med kollektivavtal ett skriftligt avtal mellan arbetsgivarorganisation eller arbetsgivare och arbetstagarorganisation om anställningsvillkor för arbetstagare eller om förhållandet i övrigt mellan arbetsgivare och arbetstagare. Bestämelsen sätter en ram för vad som kan regleras genom kollektivavtal.

Därutöver finns internationella regleringar som på olika sätt berör den kollektiva förhandlingsrätten mellan arbetsmarknadens parter när det gäller arbetsvillkor.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Exempelvis artikel 28 och 52.1 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (se även artikel 6.1 i fördraget om Europeiska unionen), artikel 6 och artikel G i Europeiska sociala stadgan (reviderad), ILO:s konvention (nr 98) angående tillämpningen av principerna för organisationsrätten och den kollektiva förhandlingsrätten, särskilt artikel 4, och ILO:s konvention (nr 154) om främjande av kollektiva förhandlingar, särskilt artikel 2 och 5.

Det som anges ovan kan påverka möjligheten att införa en författningsreglerad differentiering av karensavdrag från sjuklön eller utformningen av en sådan reglering. Det kan konstateras att sjuklönefrågan huvudsakligen regleras i författning (lagen [1991:1047] om sjuklön, förkortad sjuklönelagen eller SjLL). Svenska ILO-kommittén har i sitt remissvar över förslagen i promemorian Vissa undantag från bestämmelserna om karensavdrag (S2020/09429) angett att avsaknaden av möjligheten att förhandla om karensavdraget i sig inte har ifrågasatts utifrån föreningsfriheten, organisationsrätten eller kollektiva förhandlingsrätten. Sjuklönelagen är i stort tvingande till arbetstagarens förmån (2 § SjLL). Lagen ställer inte upp några hinder för arbetsmarknadens parter att göra avvikelser från lagens bestämmelser om det är till fördel för arbetstagare. Arbetsdomstolen har i sitt remissvar över förslagen i promemorian Vissa undantag från bestämmelserna om karensavdrag, angett att det är möjligt att genom kollektivavtal bestämma att det inte ska göras något karensavdrag från sjuklön, i och med att det innebär en utvidgning av arbetstagarens rättigheter i förhållande till sjuklönelagen. Beroende på hur en reglering om differentierat karensavdrag för avgränsade yrkesgrupper utformas skulle den kunna innebära ett ingrepp i befintliga kollektivavtalsregleringar. Detta måste beaktas vid bedömningen av om det bör införas en sådan reglering.

En reglering om ett differentierat karensavdrag måste vara tydlig och förutsebar och ha sin grund i lag

Vid en författningsreglering av ett differentierat karensavdrag tillkommer aspekter rörande utformning och tillämpning. Regleringen måste vara tydlig och dess rättsliga konsekvenser förutsebara. Vidare ska regleringen kunna tillämpas på ett enhetligt, effektivt och kontrollerbart sätt (se t.ex. Bull och Sterzel 2023, s. 218, Axberger 1988, s. 153, Staaf och Zanderin (2020), s. 52–54 samt Ds 1998:43).

En annan aspekt att ta hänsyn till är i vilken typ av författning en sådan fråga som nu avses skulle kunna regleras. Föreskrifter meddelas av riksdagen genom lag och av regeringen genom förordning (8 kap. 1 § första stycket regeringsformen). Föreskrifter ska meddelas genom lag om de avser enskildas personliga ställning och deras personliga och ekonomiska förhållanden inbördes eller om de avser

förhållandet mellan enskilda och det allmänna under förutsättning att föreskrifterna gäller skyldigheter för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden (8 kap. 2 § första stycket 1 och 2 regeringsformen). Regleringar som avser sjuklön måste därmed ha sin grund i lag. Regeringen kan genom lag bemyndigas att meddela föreskrifter som avser förhållandet mellan enskilda och det allmänna enligt ovan, men inte föreskrifter som avser förhållandet mellan enskilda (8 kap. 3 § regeringsformen). Sjukförsäkringen utgör i och för sig ett område där föreskrifter inte enligt grundlag ska meddelas av riksdagen utan kan meddelas av regeringen, dvs. i förordningsform (regeringens s.k. restkompetens, 8 kap. 7 § första stycket 2 regeringsformen). Riksdagen har dock genom socialförsäkringsbalken lagstiftat på området (jfr 8 kap. 8 § regeringsformen). Detta innebär att även en reglering som avser sjukpenningen ska ha sin grund i lag.

Arbetsgruppen bedömer att en författningsreglering av differentierat karensavdrag inte är lämplig

Såsom framgår i avsnitt 11.1 bedömer arbetsgruppen att det inte finns något enkelt och heltäckande sätt att avgränsa vilka yrkesgrupper som bör omfattas av undantag från karensavdrag. Det skulle därför behöva bli en bedömning från fall till fall. De möjliga vägar som arbetsgruppen har identifierat innebär att det främst på grund av denna gränsdragningsproblematik skulle bli en otydlig reglering som skulle bli svår att tillämpa. Risken är stor att tillämpningen inte kan bli enhetlig. Mot den bakgrunden är det ur ett rättssäkerhetsperspektiv inte lämpligt att införa en sådan reglering. Vidare innebär svårigheten att avgränsa vilka yrkesgrupper som bör omfattas, att regleringen skulle riskera att få en betydande brist på träffsäkerhet, och därigenom riskera att inte uppnå sitt syfte. Redan på denna grund gör arbetsgruppen bedömningen att en författningsreglerad differentiering av karensavdrag inte bör införas.

11.3 Två alternativa modeller för differentierat karensavdrag

I arbetsgruppens tilläggsuppdrag (se bilaga 2) ingår att ta fram en modell för ett differentierat karensavdrag. Vi har därför identifierat två alternativa modeller för en lagreglerad differentierad karens för arbetstagare inom avgränsade kontaktyrken som saknar möjlighet att arbeta hemifrån. Dessa två modeller avser i första hand arbetstagare inom kontaktyrken som omfattas av sjuklön, men det vore även möjligt att utforma motsvarande reglering för arbetstagare som inte omfattas av sjuklön.

Nedan beskrivs de båda alternativen, och avsnittet avslutas med en genomgång av gemensamma utmaningar för dessa alternativ till differentierat karens för arbetstagare inom avgränsade yrkesgrupper. Sammanfattningsvis bedömer arbetsgruppen att det finns fler och mer betydande nackdelar än fördelar med båda modellerna. Det finns därför inte tillräckliga motiv för att gå vidare med något av alternativen.

Ett undantag från karensavdrag för kontaktyrken

Ett första alternativ till ett differentierat karensavdrag är att införa ett allmänt undantag från karensavdrag för arbetstagare med kontaktyrken, som inte kan arbeta hemifrån. En sådan reform skulle innebära en minskad självrisk i början av en sjukperiod för sådana arbetstagare.

De flesta arbetstagare med kontaktyrken omfattas av sjuklön, och ett sådant undantag från karensavdrag skulle sannolikt regleras i sjuklönelagen. Bedömningen om vilka arbetstagare som har kontaktyrken och inte har möjlighet att arbeta hemifrån skulle i de flesta fall göras av arbetsgivare, alternativt av arbetsgivare i samverkan med arbetstagare med motiveringen att det är de som har mest kännedom om arbetsuppgifter och arbetsmiljö.

I det fall ett motsvarande undantag även ska gälla arbetstagare som inte omfattas av sjuklön så skulle det också vara möjligt att införa ett sådant undantag i socialförsäkringsbalken. Bedömningen av vilka arbetstagare som har kontaktyrken och inte har möjlighet att arbeta hemifrån skulle i de fallen göras av Försäkringskassan. I

dessa fall skulle Försäkringskassan sannolikt behöva hämta in uppgifter från såväl arbetsgivare som arbetstagare.

Svårighet att skatta konsekvenser och kostnader av förslaget

Arbetsgruppen bedömer att en modell med ett undantag från karensavdrag för arbetstagare med kontaktyrken, som inte kan arbeta hemifrån, innebär stora svårigheter att göra avgränsningar kring vilka som ska omfattas av undantaget. Denna gränsdragningsproblematik gör att det också är svårt att skatta konsekvenser och kostnader av en sådan reglering.

Arbetsgruppen bedömer också att ett sådant undantag från karensavdrag för arbetstagare inom avgränsade yrkesgrupper sannolikt skulle bli administrativt komplicerat för arbetsgivare som behöver göra denna bedömning när arbetstagare (som omfattas av sjuklön) sjuknämmer sig. Detsamma gäller om Försäkringskassan ska göra motsvarande bedömning för arbetstagare som inte omfattas av sjuklön.

Olika arbetsgivare kan komma att göra olika bedömningar av vilken personkrets som ska undantas från karensavdrag. Det är även möjligt att dessa bedömningar kan komma att skilja sig från Försäkringskassans bedömningar av personkretsen. I förlängningen är det troligt att det skulle dröja innan praxis utvecklas på området.

En annan konsekvens av ett sådant undantag från karensavdrag är att kostnaden huvudsakligen skulle belasta arbetsgivare (eftersom de flesta arbetstagare omfattas av sjuklön från arbetsgivare). Arbetsgivare med en större andel arbetstagare inom kontaktyrken skulle belastas mer än andra av ett sådant undantag från karensavdrag. Arbetsgivare skulle bland annat behöva utveckla löneutbetalningssystem för att hantera reformen. I förlängningen är det troligt att kostnaden för undantaget skulle tas från löneutrymmet för de arbetstagare som omfattas. Många av de yrken som skulle kunna komma att undantas från karensavdrag finns inom välfärdssektorn och är kvinnodominerade, exempelvis inom vård, förskola och omsorg. Många arbetstagare inom dessa sektorer har löner som är låga i förhållande till medianlönen på arbetsmarknaden.

En sökbar ersättning för karensavdrag för kontaktyrken

Ett alternativ till ett undantag från karensavdrag är att utforma en sökbar ersättning för karensavdrag som riktar sig till arbetstagare med kontaktyrken som inte har möjlighet att utföra arbete hemifrån. En sådan ersättning skulle administreras av Försäkringskassan och vara inkomstrelaterad, som en procentuell andel av arbetstagarens sjukpenninggrundande inkomst (SGI).

Ett alternativ till en inkomstrelaterad ersättning vore en ersättning i form av en schablonsumma. Under pandemin fanns en liknande sökbar ersättning för karens som var mellan 790 och 810 kronor (se avsnitt 4.2). Beroende på schablonbeloppets nivå riskerar dock en sådan ersättning att överkompensera en del arbetstagare och underkompensera andra. Arbetsgruppen bedömer därför att en ersättning kopplad till SGI vore att föredra.

Genom att införa en sökbar ersättning för karensavdrag skulle arbetstagare med kontaktyrken som inte har möjlighet att utföra arbete hemifrån att få en möjlighet till lägre självrisk än andra individer i början av en sjukperiod. En sådan sökbar ersättning skulle kunna vara aktuell både för arbetstagare som omfattas av sjuklön och sådana som får ansöka om sjukpenning från början av sjukperioder. Självrisk i form av karensavdrag skulle därmed finnas kvar som en generell reglering, men vissa grupper av arbetstagare skulle i efterhand kunna få kompensation för del av avdraget.

Möjligheten att ansöka om en ersättning för karensavdrag skulle erbjudas arbetstagare inom kontaktyrken som inte har möjlighet att utföra arbete hemifrån. Likt det tidigare alternativet till differentierat karensavdrag bedömer dock arbetsgruppen att det inte finns något enkelt och heltäckande sätt att avgränsa vilka yrkesgrupper som bör omfattas av en möjlighet att ansöka om ersättning för karensavdrag.

Risk för mörkertal vid sökbar ersättning

En inkomstrelaterad ersättning för karensavdrag för kontaktyrken skulle lämpligen administreras av Försäkringskassan, som också skulle göra bedömningen om arbetstagaren har rätt till ersättningen. Staten belastas därmed av kostnaden för ersättningen. Kostnaden består dels i att utveckla en ny ersättning, däribland utveckling av

nya handläggnings- och IT-system, dels i att administrera, bedöma och betala ut ersättningen.

Eftersom arbetsgruppen ser stora utmaningar med att avgränsa vilka yrken som skulle ges möjlighet att kunna ansöka om en ersättning för karensavdrag, så förväntar vi oss att bedömningen om rätten till ersättning kommer att vara komplicerad och tidskrävande för Försäkringskassan. Myndigheten skulle troligtvis behöva omfattande underlag från såväl arbetstagare som arbetsgivare för att kunna göra en sådan bedömning.

Om ersättning för karensavdrag ska vara inkomstrelaterad så skulle Försäkringskassan behöva utreda de sökandes sjukpenninggrundande inkomst. Det innebär också att det skulle bli högre administrativa kostnader per utbetalad ersättning, jämfört med en schablonersättning.

Utöver detta ser arbetsgruppen andra negativa konsekvenser med en sådan sökbar ersättning för kontaktyrken. Utifrån tidigare erfarenheter av den sökbara ersättningen för karens som fanns under covid-19-pandemin vet vi att många av de individer som kunde ansöka om ersättningen inte gjorde det. Försäkringskassans analyser (2022a och b) visar att arbetstagare inom kvinnodominerade kontaktyrken var överrepresenterade bland de som ansökte om ersättningen för karens under pandemin. Bland överrepresenterade grupper återfinns förskolelärare, arbetsterapeuter, tandsköterskor, och sjukgymnaster. Det är troligt att arbetstagare inom dessa yrkesgrupper hade stort behov av ersättning för karens under pandemin. Det är också möjligt att kunskapen om ersättningen var mer utbredd bland arbetstagare inom dessa yrken.

Arbetsgruppen bedömer att det är oklart om de arbetstagare som har störst behov av denna typ av ersättning skulle ansöka om att få den. Det är troligt att det skulle finnas ett mörkertal av arbetstagare inom kontaktyrken som inte skulle ansöka om ersättningen.

De olika modellerna för differentierad karens har gemensamma utmaningar

De båda modellerna för differentierat karensavdrag har en del gemensamma utmaningar. Som tidigare nämnts innebär båda modellerna samma svårigheter att avgränsa vilka arbetstagare som ska omfattas av regleringen. Det gör också att det förväntas ta tid

innan praxis har utvecklats på området, och kan i förlängningen innebära merarbete för domstolsväsendet. Vidare kan det argumenteras att de olika modellerna inte bidrar till en mer rättvis och likartad reglering av självrisk. Modellerna går emot principen om en allmän och obligatorisk försäkring, samt ligger inte i linje med karensavdragets syfte. Sammantaget bedömer arbetsgruppen att det finns fler och mer betydande nackdelar än fördelar med båda modellerna, och att det därför inte finns tillräckliga motiv för att gå vidare med något av alternativen.

Kan dröja innan praxis utvecklas

Gränsdragningsproblematiken medför i förlängningen risk att det skulle dröja innan praxis utvecklas, både för ett undantag för karensavdrag och en sökbar ersättning för karens. I fall som rör undantag från karensavdrag för avgränsade arbetstagare som omfattas av sjuklön skulle det röra sig om en tvist mellan arbetsgivare och arbetstagare. Sådana tvister prövas i tingsrätt och i Arbetsdomstolen. För arbetstagare som inte omfattas av sjuklön, skulle ett undantag från karensavdrag för avgränsade yrkesgrupper kunna regleras i socialförsäkringsbalken. Arbetstagare som inte omfattas av sjuklön skulle därmed kunna överklaga beslut om undantag från karensavdrag hos Försäkringskassan som skulle ompröva beslutet. Därefter skulle individer kunna få beslut prövat i allmän förvaltningsdomstol.

Vid modellen för en sökbar ersättning för karens för avgränsade yrkesgrupper skulle det också kunna bli aktuellt att individer överklagar beslut hos Försäkringskassan som skulle få ompröva beslutet, och därefter skulle individer kunna få beslut prövat i allmän förvaltningsdomstol.

I förlängningen kan båda modellerna innebära merarbete för domstolsväsendet, både för förvaltningsdomstol, tingsrätt och Arbetsdomstolen.

Ingen av modellerna bidrar till en mer rättvis och likartad reglering av självrisk

Arbetsgruppen bedömer att ett undantag från karensavdrag eller en sökbar ersättning för karensavdrag för avgränsade yrkesgrupper som inte kan arbeta hemifrån inte skulle bidra till en mer rättvis och likartad reglering av den enskildes självrisk i samband med sjukdom. Dessa modeller kan i stället uppfattas som orättvisa, inte minst bland de arbetstagare som arbetar i yrken med hög sjukfrånvaro, men som inte klassas som kontaktyrken, och därför inte har möjlighet att omfattas av personkretsen för modellerna.

Denna typ av undantag eller sökbar ersättning gör också försäkringen mer komplicerad. Båda alternativen kommer troligtvis vara svårare att förstå och följa för individer och arbetsgivare, samt svårare att förvalta och följa upp för relevanta myndigheter.

Vidare bedömer arbetsgruppen att ett undantag från karensavdrag för arbetstagare i avgränsade yrkesgrupper inte ligger inte i linje med principen om att regler kring vem som har rätt till ersättning vid kort sjukfrånvaro ska vara enkla och entydiga och inte innebära kostsam behovsprövning. Samma bedömning görs för en sökbar ersättning för karensavdrag för arbetstagare i avgränsade yrkesgrupper. I princip vore sådana modeller som endast omfattar arbetstagare i avgränsade yrkesgrupper en apart konstruktion i sjukförsäkringen. Det kan argumenteras för att införande av sådan reglering skulle medföra ett skifte inom sjukförsäkringen, där individer inom olika yrken vanligtvis omfattas av samma regler för att kunna kompenseras för inkomstbortfall vid sjukdom.

Om det finns behov av undantag från karensavdrag för arbetstagare inom specifika yrken eller branscher eller för särskild kompensation till sådana arbetstagare, så kan ett alternativ vara att arbetsmarknadens parter i stället får förhandla om sådana undantag genom kollektivavtal. Det är idag möjligt för parterna att förhandla om sådana lösningar om det innebär en utvidgning av arbetstagarens rättigheter (se avsnitt 11.2 ovan).

Modellerna går emot principen om en allmän och obligatorisk försäkring

Arbetsgruppen bedömer vidare att varken ett undantag från karensavdrag eller en sökbar ersättning för karensavdrag ligger i linje med principen om en allmän och obligatorisk försäkring. Försäkringen bör vara generell och ha regler som fungerar för huvuddelen av individerna. Ett undantag från karensavdrag eller en ersättning för karensavdrag för arbetstagare med kontaktyrken skulle innebära särlösningar som också sannolikt omfattar en stor grupp av arbetstagare på arbetsmarknaden.

Det går också att argumentera för att olika karensregler för olika yrkesgrupper inte ligger i linje med karensavdragets syfte att bidra till en mer rättvis och likartad reglering av den enskildes självrisk i samband med sjukdom. Enligt förarbeten ska karensens utformning bidra till att självriskerna vid kort sjukfrånvaro så långt som möjligt träffar individer i lika hög utsträckning. Självriskerna bör, så långt som möjligt, vara densamma för alla, samtidigt som effekterna av försäkringens villkor bör bli mer lika mellan individer. Både ett undantag från karensavdrag för arbetstagare i avgränsade yrkesgrupper och en sökbar ersättning för karensavdrag går emot denna princip.

12 Överväganden om möjliga förändringar av karensreglerna

Arbetsgruppen har valt en bred ansats till uppdraget och har övervägt flera möjliga förändringar av nuvarande system med syftet att göra den inledande självriskan i sjuklönesystemet och den allmänna sjukförsäkringen mer ändamålsenlig. Frågan om karensregler i sjukförsäkringen och sjuklönesystemet debatteras i olika sammanhang, och frågan om karens har aktualiserats ytterligare sedan pandemin. Genom denna ansats vill vi presentera ett så fullständigt kunskapsunderlag som möjligt.

I kapitlet presenterar vi inledningsvis ett resonemang om valet mellan generella och riktade regleringar av självriskan vid sjukfrånvaro, vilket är en central fråga för översynen. I efterföljande avsnitt redovisas de alternativ till generella respektive riktade regleringar som vi har övervägt. Med utgångspunkt i vår nulägesanalys och våra vägledande principer (se kapitel 2) presenterar vi för- och nackdelar med vart och ett av dessa tänkbara alternativ. Vi redovisar även några kostnadsuppskattningar för alternativen.

12.1 Generella eller riktade regleringar av självriskan vid sjukfrånvaro?

En av arbetsgruppens vägledande principer är likformighet, där generella regleringar är utgångspunkten vid utformning av självriskan i den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet. I det fall en generell reglering medför oönskade konsekvenser för vissa identifierbara grupper så kan dock särregleringar vara motiverade. Vidare bör en eventuell särreglering inte riktas till en alltför stor grupp och ha ett legitimt syfte. Den främsta fördelen med

generella åtgärder och regleringar är att de ofta är enklare att både förstå och att tillämpa, med lägre administrationskostnader som följd. En uppenbar nackdel med generella regleringar är sämre träffsäkerhet. Generella åtgärder kan i jämförelse med riktade regleringar riskera att vara dyra och ge låg kostnadseffektivitet. Valet mellan en generell och en riktad reglering är därför beroende av vad lagstiftaren vill uppnå med den.

Karensavdraget är ett exempel på en generell reglering som är lika för alla, men som kan få vissa oönskade konsekvenser för enskilda individer eller grupper. Det allmänna och det särskilda högriskskyddet är särregleringar som syftar till att motverka sådana oönskade konsekvenser.

När karensavdraget infördes 2019 gjordes det som en generell reglering med syfte att fungera bättre för individer med oregelbunden eller koncentrerad arbetstid. Samtidigt var det tänkt att utformningen av karensavdraget skulle fungera på liknande sätt som tidigare för individer med kontorsarbetstid fem dagar i veckan. Ett annat syfte var att den enskilde inte skulle kunna påverka självriskens storlek genom att medvetet sjukanmäla sig sent på arbetsdagen. Arbetsgruppen bedömer att det syftet uppnåddes och att karensavdragets införande var en ändamålsenlig reglering för att lösa de identifierade problemen (se avsnitt 10.1). Med utgångspunkt i arbetsgruppens bedömning om karensavdragets ändamålsenlighet bedömer vi att det finns fler oönskade konsekvenser av nuvarande karensregler, som också bör hanteras.

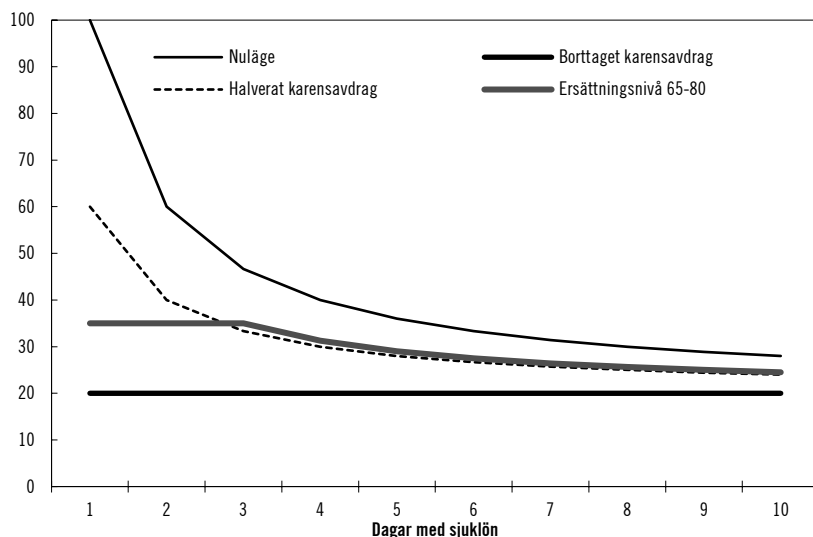
Ett sätt att uppnå en mer ändamålsenlig reglering av självrisken vid sjukfrånvaro skulle därför kunna vara att se över den generella regleringen i form av karensavdrag för att motverka dess kvarstående oönskade konsekvenser. Ett annat sätt skulle kunna vara att se över om nuvarande undantag och begränsningsregler skulle kunna anpassas för att minska karensavdragets oönskade konsekvenser. Det vore också möjligt att införa ytterligare undantag för avgränsade grupper för att hantera sådana oönskade konsekvenser.

Vid en anpassning av regleringen är det av vikt att minimera risken för att nya oönskade konsekvenser skapas. Risk för felaktiga utbetalningar, negativa konsekvenser för arbetsutbudet, administrationen och de offentliga finanserna är några aspekter att ta hänsyn till.

12.2 Möjliga generella åtgärder för en mer ändamålsenlig självrisk

I det här avsnittet redovisas några möjliga generella lösningar för att uppnå en mer ändamålsenlig självrisk i den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet – ett borttaget karensavdrag, ett halverat karensavdrag samt ett borttaget karensavdrag i kombination med reducerad ersättningsnivå de första tre dagarna med sjuklön. I figur 12.1 redovisas en illustration över skillnaderna i sammanlagd självrisk per dag med sjuklön mellan dessa tre alternativ. Figuren visar till att börja med att skillnaderna mellan alternativen är som störst vid kortare sjukperioder samt att ett halverat karensavdrag och en reducerad ersättningsnivå för de tre första dagarna främst skiljer sig åt de två första dagarna.

Figur 12.1 Sammanlagd självrisk per dag med sjuklön för nuvarande och alternativa generella regleringar



Källa: Arbetsgruppens egen sammanställning.

Arbetsgruppen ser tre gemensamma huvudsakliga syften med dessa alternativ på generella förändringar.

Ett första syfte skulle kunna vara att minska risken för underutnyttjande av den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet. Dagens nivå på självrisk i början av en

sjukperiod kan medföra att individer som har nedsatt arbetsförmåga avstår ifrån att sjukanmäla sig till följd av det inkomstbortfall som uppstår.

Ett andra syfte, som relaterar till det förstnämnda, skulle kunna vara att förbättra sjukförsäkringen och sjuklönesystemets förmåga att ge ekonomisk trygghet vid sjukdom. För individer i ekonomisk utsatthet kan enstaka eller återkommande sjukperioder vara särskilt ekonomiskt kännbara.

Ett tredje syfte skulle kunna vara att förenkla dagens regelverk och minska behovet av särreglering av självrisker som nuvarande undantag från karensavdraget innebär.

Med ett helt borttaget karensavdrag skulle det inte finnas något behov av särregleringar i form av undantag från karensavdrag. Vid en reducering av den inledande självrisker skulle sannolikt inte behov av begränsningsregler i form av allmänt högriskskydd vara lika stort. Däremot skulle ett fortsatt behov av ett särskilt högriskskydd kunna kvarstå.

Ett helt borttaget karensavdrag

En möjlig förändring av självrisker i början av en sjukperiod, som lyfts av några av de organisationer som arbetsgruppen har samrått med¹⁴⁹, är att helt ta bort karensavdraget i både sjuklönelagen, förkortad SjLL och socialförsäkringsbalken, förkortad SFB. Alla som idag omfattas av karensavdrag skulle kunna omfattas av en sådan ändring. Dock skulle ett borttaget karensavdrag göra att det kan finnas behov av följdändringar i karensregler för grupper av individer som idag inte omfattas av karensavdrag, exempelvis för egenföretagare och för arbetslösa som deltar i arbetsmarknadspolitiska program.

Ett borttaget karensavdrag skulle sannolikt medföra att fler sjukperioder påbörjas

I kapitel 8 redovisas en genomgång av kunskapsläget om självriskens betydelse för användningen av sjukförsäkringen. Baserat på denna

¹⁴⁹ Parter som under samråd med arbetsgruppen föreslagit ett borttaget karensavdrag är LO och Funktionsrätt Sverige.

genomgång gör arbetsgruppen bedömningen att nuvarande karensavdrag har en begränsande inverkan på antalet sjukfall som startar (incidens). Ett borttaget karensavdrag kan därför antas medföra beteendeeffekter som innebär att fler sjukperioder påbörjas. Hur många fler sjukperioder som skulle startas går inte att säga säkert. Baserat på tidigare forskning så bedömer vi att incidensen för korttidssjukfrånvaro skulle öka med mellan 20 och 30 procent som en beteendeeffekt av en sådan reform.¹⁵⁰

Arbetsgruppen bedömer att beteendeeffekter i form av fler påbörjade sjukperioder sannolikt skulle bestå både i ett minskat *underutnyttjande* av sjukförsäkringen och sjuklönesystemet, i enlighet med regleringens intention, och i ett ökat *överutnyttjande*. Vi bedömer att det inte är möjligt att separera dessa båda beteendeeffekter ifrån varandra. Det är därför svårt att bedöma hur effektivt ett borttaget karensavdrag skulle vara för att minska underutnyttjandet.

Att inte anse sig ha råd att vara sjukfrånvarande är den femte vanligaste anledningen till självrapporterad sjuknärvaro i Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökning. Att ingen annan kan göra jobbet, att inte vilja belasta kollegor, att gilla jobbet och att inte vilja bli betraktad som lat är de fyra vanligaste skälen till självrapporterad sjuknärvaro. Det talar för att ett borttagande av karensavdraget skulle ha en begränsad inverkan på sjuknärvaron för många arbetstagare. Det finns dock skillnader mellan grupper av arbetstagare. Att inte anse sig ha råd att vara sjukfrånvarande är mer förekommande bland arbetstagare med sämre ekonomi. Enkätundersökningar riktade till medlemmar hos Kommunal och Handelsanställdas förbund ger stöd för att den inledande självrisken kan ha större betydelse för dessa arbetstagers val att utföra lönearbete trots en sjukdom som gör att de har behov av att avstå från arbete (se avsnitt 8.4).

Ett borttaget karensavdrag skulle sannolikt medföra fler frånvarodagar med sjuklön och ett minskat arbetsutbud

Förutom att karensregler kan påverka incidensen för sjukfrånvaro, kan det också finnas beteendeeffekter på sjukperiodernas

¹⁵⁰ Se bilaga 6 för utförligare resonemang om detta.

varaktighet (duration). Flera studier har visat att karensregler i genomsnitt medför längre sjukperioder (se avsnitt 8.2). Den effekten består sannolikt både av en selektion av färre korta sjukfall och av beteendeffekter på beslutet att återgå i arbete.

Ett borttaget karensavdrag skulle påverka sjukfallens sammansättning, där en något större del av de påbörjade sjukfallen skulle utgöras av korta sjukfall jämfört med idag. Arbetsgruppen bedömer att det totala antalet frånvarodagar med sjuklön skulle öka med mellan 1,7 och 5,3 miljoner dagar, motsvarande mellan 5 och 17 procent.¹⁵¹ Antalet arbetade dagar i ekonomin skulle därmed minska med lika mycket. Påverkan på arbetsutbudet kan antas vara störst bland yngre arbetstagare utan barn, för vilka den ekonomiska standarden skulle påverkas mest av ett borttaget karensavdrag (se avsnitt 9.2).

Ett borttaget karensavdrag skulle ge en allmänt förbättrad ekonomisk standard

Ur individens perspektiv skulle ett borttaget karensavdrag innebära en i genomsnitt minskad självrisk vid sjukfrånvaro och därmed minskade kostnader för korttidsfrånvaro vid sjukdom i det enskilda fallet. Utan ett karensavdrag skulle självrisken endast bestå av de 20 procent som uppstår till följd av ersättningsnivån på 80 procent (se figur 12.1). Ett borttaget karensavdrag skulle därmed ge en sjuklön och sjukpenning som bättre skulle ersätta det inkomstbortfall som uppstår vid sjukfrånvaro. En sådan generellt minskad självrisk skulle träffa alla grupper på arbetsmarknaden, men framför allt ha betydelse för grupper med relativt hög korttidsfrånvaro vid sjukdom.

Den direkta effekten av ett borttaget karensavdrag skulle vara en generellt högre ekonomisk standard för berörda hushåll på i genomsnitt 0,43 procent. Med hänsyn tagen till beteendeffekter och påverkan på arbetsutbudet bedömer vi att påverkan på den ekonomiska standarden är lägre – mellan 0,24 och 0,30 procent. I den analysen har vi inte tagit hänsyn till att beteendeffekterna kan förväntas vara större bland individer i den nedre delen av

¹⁵¹ Se vidare bilaga 6 för antaganden och tillvägagångssätt för denna uppskattning.

inkomstfördelningen. Fördelningseffekterna av ett borttaget karensavdrag är därmed osäkra.

Ett borttaget karensavdrag vore en dyr åtgärd oavsett vem som skulle stå för kostnaden

Ur arbetsgivarnas perspektiv skulle ett helt borttaget karensavdrag resultera i ökade sjuklönekostnader. I 2025 års värden bedömer vi att sjuklönekostnaderna inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift skulle öka från 38,1 miljarder till 52,5 miljarder kronor som en direkt effekt av att ett karensavdrag inte görs från sjuklönen.¹⁵² Det skulle vara en ökning med 14,4 miljarder motsvarande 38 procent. Om hänsyn tas till förväntade beteendeeffekter av en reform bedömer vi att kostnadsökningen i stället skulle vara mellan 17,9 och 24,1 miljarder kronor motsvarande 47–63 procent. Det visar en känslighetsanalys av karensavdragets beteendeeffekter som redovisas i bilaga 6.

Om arbetsgivarna inte skulle kompenseras på något sätt av en sådan kostnadsökning är det rimligt att anta att den kostnaden helt eller delvis skulle tas från arbetstagarnas löneutrymme i kommande avtalsrörelse. Det skulle i sin tur medföra negativa konsekvenser för både hushållens ekonomiska standard och storleken på skatte- och avgiftsintäkterna för stat, kommuner och regioner.

Om arbetsgivarna på något sätt skulle kompenseras av staten för denna kostnadsökning skulle det för det första medföra stora kostnadsökningar (eller inkomstminskningar) för statens ekonomi. Beroende på val av finansieringsmodell skulle det också kunna tillkomma administrationskostnader.

Tidigare krav på läkarintyg för att motverka överutnyttjande vore sannolikt för kostsamt för vården

Ett alternativ till en hög självrisk i en försäkring är en hög grad av kontroll för att motverka risken för felaktiga utbetalningar. Om karensavdraget helt skulle tas bort skulle ett sådant utökad kontrollverktyg kunna vara tidigare krav på läkarintyg. Idag krävs

¹⁵² Uppgift baserad på arbetsgruppens bearbetning av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

läkarintyg från och med dag 8 i sjukperioden. Bland våra nordiska grannländer finns generellt möjlighet för arbetsgivare att kräva läkarintyg före åtta dagars sjukfrånvaro.¹⁵³ Om läkarintygsgränsen skulle förkortas generellt som en åtgärd för att begränsa risken för överutnyttjande, skulle det framför allt leda till stora kostnader för hälso- och sjukvården. Individens tillgång till sjukskrivande läkare, och inte minst till specialister i allmänmedicin inom primärvården som står för största delen av de utfärdade läkarintygen vid sjukskrivning¹⁵⁴, är redan i dagsläget begränsad. Det finns idag större efterfrågan än utbud av sådana specialistläkare¹⁵⁵. Ett tidigare krav på läkarintyg skulle ytterligare belasta hälso- och sjukvården. Risken för underutnyttjande i form av sjuknärvaro skulle också sannolikt öka vid tidigare krav på läkarintyg. Arbetsgruppen bedömer därför att ett tidigarelagt krav på läkarintyg ur ett hälsoekonomiskt perspektiv vore en onödigt dyr och ineffektiv åtgärd.

Vid särskilda skäl finns idag möjlighet att kräva att individer inkommer med läkarintyg redan från första dagen i sjukperioden, så kallat läkarintygsföreläggande¹⁵⁶. Utifrån arbetsgruppens samtal med olika intressenter¹⁵⁷ framstår arbetsgivares och Försäkringskassans benägenhet att idag använda läkarintygsföreläggande vara liten. Ett helt borttaget karensavdrag skulle dock kunna leda till ett ökat användande av läkarintygsföreläggande.

Ett halverat karensavdrag

Ett mindre omfattande alternativ till att helt ta bort karensavdraget vore att reducera självrisken i början av en sjukperiod. Ett sätt att reducera självrisken vore att sänka karensavdraget från dagens nivå om 20 procent till 10 procent av en genomsnittlig sjuklön (alternativt sjukpenning) under en vecka. En sådan generell ändring innebär en lägre total självrisk för alla individer som omfattas av

¹⁵³ Se mer information om kontrollverktyg i kapitel 5 om svenska regler i ett nordiskt perspektiv, samt i bilaga 3.

¹⁵⁴ Primärvården står för stor del av utfärdade läkarintyg vid sjukskrivningar, drygt 40 procent enligt ett statistikuttag från Försäkringskassan.

¹⁵⁵ Tillgång och efterfrågan på specialistläkare, Socialstyrelsen (2021).

¹⁵⁶ Reglering om läkarintygsföreläggande finns i sjuklönelagen (10 § SjLL) och i 2 § förordningen (1995:1051) om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i sjukpenningärenden.

¹⁵⁷ Bedömning baseras på samtal med arbetsmarknadens parter, Försäkringskassan, Företagarna och Funktionsrätt Sverige.

karensavdrag. En sådan reform kan leda till behov av följdändringar för individer som omfattas av andra karensregler¹⁵⁸.

För en arbetstagarare med månadslön som arbetar fem dagar i veckan skulle ett halverat karensavdrag innebära en självrisk på 60 procent¹⁵⁹ för den första hela dagen i sjukperioden. Ett halverat karensavdrag har liknande effekter som ett helt borttaget karensavdrag, men i lägre grad. Självriskerna vid en sjukperiod med tre ersatta dagar med sjuklön skulle för en anställd med kontorsarbetstid och månadslön innebära en sammanlagd självrisk på 33 procent (se figur 12.1).

En konsekvens av att reducera karensavdraget från 20 till 10 procent blir att utformningen inte har en lika tydlig koppling till tidigare reglering av karensdag. Arbetsgruppen känner inte till liknande utformning av karens i andra delar av den svenska socialförsäkringen, eller i andra länders sjukförsäkringar.

Rent lagtekniskt bedöms reformen vara okomplicerad och enkel att genomföra. Det är också troligt att ändringen inte medför större förändringar i lönehanteringssystem, eftersom det rent tekniskt rör sig om en mindre förändring.

Halverat karensavdrag leder till fler startade sjukfall än dagens karensavdrag

Ett halverat karensavdrag förväntas leda till fler startade sjukfall, och att sjukfall avslutas något tidigare jämfört med dagens karensavdrag. Denna effekt vore i enlighet med intentionen med reformen om den kan bidra till ett minskat underutnyttjande. Fler startade sjukfall skulle dock sannolikt också vara en konsekvens av ett ökat överutnyttjande vid en reducerad karens.

Det går inte med säkerhet beräkna effekter av en reform med ett reducerat karensavdrag, men utifrån tidigare studier om självrisker och påverkan på sjukfall är det möjligt att modellera effekter. Om vi antar att effekten av ett halverat karensavdrag skulle vara hälften så stor som för ett borttaget karensavdrag innebär det en ökning av antalet startade sjukfall per år på mellan 10 och 15 procent (se vidare bilaga 6). Det finns dock en risk att ett halverat karensavdrag inte

¹⁵⁸ Exempelvis egenföretagare eller arbetslösa med aktivitetsstöd.

¹⁵⁹ 80 procent sjuklön minus 40 procent i karensavdrag skulle ge en sjuklön inklusive karensavdrag som motsvarar 40 procent av lönen och andra anställningsförmåner.

skulle upplevas som en tröskel på samma sätt som det nuvarande karensavdraget. I sådana fall skulle dessa antaganden kunna vara i underkant och därmed underskatta konsekvenserna av en reform.

Halverat harensavdrag leder också till ökade sjuklönekostnader

Arbetsgruppen skattar att ett halverat karensavdrag skulle leda till fler frånvarodagar med sjuklön och ett minskat arbetsutbud (se bilaga 6). Givet våra antaganden skulle denna reform medföra mellan 0,9 och 2,9 miljoner fler dagar med sjuklön, motsvarande en ökning med 3 till 9 procent. Samtidigt innebär det också en lika stor minskning av antalet arbetade dagar i ekonomin.

Vi skattar att den direkta effekten av en sådan reform på arbetsgivares sjuklönekostnader skulle vara en ökning av sjuklönekostnaderna 2025 från 38,1 till 45,3 miljarder kronor.¹⁶⁰ Det är en ökning med 7,2 miljarder kronor motsvarande 19 procent. Med hänsyn tagen till beteendeffekter uppskattar vi att sjuklönekostnaderna i stället skulle öka med mellan 8,4 och 11,3 miljarder kronor, motsvarande 22–30 procent (se bilaga 6). Det är sannolikt att beteendeffekterna är relativt större för anställda inom kommuner och regioner än för anställda inom staten och det privata näringslivet.

Halverat karensavdrag leder till en förbättrad ekonomisk standard men kan påverka löneutrymmen för vissa grupper

Ur individens och hushållens perspektiv skulle en halvering av karensavdraget reducera inkomstbortfallet vid sjukfrånvaro och därmed påverka hushållens disponibla inkomst och ekonomiska standard. Arbetsgruppen skattar att den direkta effekten av ett halverat karensavdrag är en ökning av den genomsnittliga ekonomiska standarden bland berörda hushåll med cirka 860 kronor (0,21 procent). En sådan reform blir särskilt betydelsefull för ekonomiskt utsatta grupper och individer med återkommande sjukfrånvaro. Eftersom ökningen av sjukdagar också innebär en reducering av arbetsutbudet och i förlängningen arbetsinkomsterna,

¹⁶⁰ Uppgift baserad på arbetsgruppens bearbetning av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

så påverkas individernas och hushållens disponibla inkomst även i motsatt riktning. Med hänsyn tagen till dessa beteendeeffekter bedömer vi att den genomsnittliga påverkan på den ekonomiska standarden bland berörda hushåll skulle vara mellan 380 och 550 kronor (0,09–0,14 procent).

Ett halverat karensavdrag kan i förlängningen också påverka löneutrymmet och därmed den ekonomiska standarden ytterligare, särskilt i kommuner och regioner samt branscher med hög sjukfrånvaro. Sammantaget är det därmed osäkert om den genomsnittliga ekonomiska standarden på sikt skulle förbättras av ett halverat karensavdrag.

Ett borttaget karensavdrag och sänkt ersättningsnivå de första tre dagarna med sjuklön respektive sjukpenning

En annan möjlig generell reform som reducerar självriskerna i början av en sjukperiod vore att ta bort karensavdraget både inom sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken men samtidigt sänka ersättningsnivån till exempelvis 65 procent de första tre dagarna med sjuklön (alternativt sjukpenning). En liknande konstruktion fanns under tidsperioden mars 1991 till och med mars 1993.

Även denna modell för att reducera självriskerna innebär en lägre total självrisk för alla individer. Konsekvenser av en sådan reglering liknar i hög grad de som beskrivs för ett halverat karensavdrag, med en minskad risk för underutnyttjande, och en ökad risk för överutnyttjande. I det fall en individ är sjuk minst tre dagar så är konsekvensen för individen liknande en reform med ett halverat karensavdrag. Jämfört med dagens karensavdrag skulle den totala självriskerna för en arbetstagarare med tre frånvarodagar minska från 47 till 35 procent (se figur 12.1).

Till skillnad från ett halverat karensavdrag så skulle borttagen karens i kombination med sänkta ersättningsnivåer dag ett till tre förväntas medföra något högre kostnader för arbetsgivare att uppdatera lönehanteringssystem, samt för Försäkringskassan att hantera regeländringen.

Borttagen karens i kombination med sänkta ersättningsnivåer dag ett till tre skulle, liksom det nuvarande karensavdraget, också kunna fungera som ett verktyg för att sprida ut självriskerna för arbetstagarare med oregelbunden arbetstid. Konstruktionen skulle också hantera

problemet som fanns vid tidigare reglering av karensdag, att arbetstagare sjukanmälde sig sent på arbetsdagen för att minska självrisk, om än inte fullt i lika stor utsträckning.

Arbetsgruppen skattar att den direkta effekten av reformen för arbetsgivares sjuklönekostnader skulle vara ökade kostnader med 10,3 miljarder, motsvarande en ökning med 27 procent. Till dessa kostnader tillkommer även kostnader av en förväntad ökning av startade sjukfall. Sådana beteendeeffekter kan särskilt förväntas i form av sjukfall som är mellan en och två dagar långa. Beteendeeffekternas storlek i procent kan antas vara någonstans mitt emellan ett borttaget och ett halverat karensavdrag.

Om ersättningsnivån de tre första dagarna med sjuklön i stället skulle sättas till 60 procent beräknar vi att det skulle ge ökade sjuklönekostnader för arbetsgivarna med 8,9 miljarder kronor, som en direkt effekt av en reform. Även en sådan reform vore därmed mer omfattande än ett halverat karensavdrag.

12.3 Riktade åtgärder för en mer ändamålsenlig självrisk

Redan idag finns det flera exempel på särregleringar av självrisk i form av begränsningsregler och undantag från karensavdrag i början av en sjukperiod. Det allmänna högriskskyddet är en begränsningsregel som gör att antalet karensavdrag under en tolv månadersperiod hos samma arbetsgivare eller hos Försäkringskassan inte kan överstiga tio. Undantag från karensavdrag i form av särskilt högriskskydd riktas idag i huvudsak till individer med sjukdomar som kan antas medföra ett stort antal sjukperioder under en kommande tolv månadersperiod. Vår nulägesanalys, som redovisas i kapitel 10, visar att det är få individer som berörs av det allmänna och det särskilda högriskskyddet. Givet våra vägledande principer om att riktade regleringar kan övervägas vid avgränsade behov (se kapitel 2) kan därför en särreglering vara motiverad.

I det här avsnittet redovisas möjliga förändringar av de befintliga undantagen som arbetsgruppen identifierat. Syftet med att förändra de befintliga undantagen skulle framför allt vara att skapa bättre förutsättningar för att särregleringarna i högre utsträckning än idag

träffar de tilltänkta målgrupperna och förbättra skyddens målpuppfyllelse.

Vidare har arbetsgruppen haft i uppdrag att bedöma möjligheterna till att förbättra villkoren för vissa yrkesgrupper samt att ta fram en modell för det. Det skulle dels kunna göras genom generella åtgärder eller anpassningar av de befintliga undantagen, dels kunna göras genom att införa ett differentierat karensavdrag med avseende på yrkesgrupper. Sådana alternativa reformer beskrivs separat i kapitel 11.

Utökade begränsningsregler för karens

Nuvarande begränsningsregler för karens innebär att inte fler än tio karensavdrag ska göras under en tolv månadersperiod (6 § tredje stycket SjLL och 37 kap 39 § SFB). De individer som omfattas av sådan upprepad sjukfrånvaro kan få sjuklön eller sjukpenning från den första dagen i ett nytt sjukfall. Begränsningsregeln benämns allmänt högriskskydd i socialförsäkringsbalken.

Vår nulägesanalys i kapitel 10 visar att det i tre procent av alla sjukperioder inte görs karensavdrag med hänvisning till dessa begränsningsregler. En procent av arbetstagarna har haft minst ett sjukfall där denna begränsningsregel har tillämpats.¹⁶¹ För dem som berörs är skyddet ofta både kortvarigt och litet, och regeln utgör därmed ett ytterst begränsat skydd mot inkomstbortfall vid återkommande sjukfrånvaro.

En möjlig reform är att sänka gränsen för hur många karensavdrag som maximalt kan göras under en 12-månadersperiod till färre än tio. En sådan regeländring bör vara okomplicerad både lagtekniskt och administrativt.

Alternativa ändringar är att justera ramtiden, som i dagsläget är rullande 12 månader. Det skulle kunna göras genom att korta den rullande ramtiden eller att utforma skyddet utifrån fast ramtid baserad på kalenderår eller en kvartalsindelad 12-månadersperiod. En fördel med en sådan konstruktion vore att den sannolikt skulle vara enklare att både tillämpa och förstå för både arbetstagare och arbetsgivare. Beroende på hur en fast ramtid bestäms skulle även tidpunkten för skyddsperioderna bättre kunna tajma perioder då

¹⁶¹ Uppgifterna avser arbetstagare hos offentliga och större privata arbetsgivare.

smittspridningen är som störst. Arbetsgruppen bedömer dock att en konstruktion med rullande 12-månadersperiod är mer flexibel och rättvis än en kalenderbaserad konstruktion. Vidare bedömer arbetsgruppen att en konstruktion med fast ramtid sannolikt skulle innebära ökade risker för negativa beteendeeffekter bland individer som omfattas av skyddet i slutet av ramtiden. Ett sänkt gränsvärde medför också en tidigare kvalificering till skyddet och därmed längre skyddsperioder. Enbart en sänkning av gränsvärdet från dagens 10 karensavdrag är vidare en mindre förändring som sannolikt är enklare för leverantörer av lönesystem att genomföra.

Genom sänkta gränser ökar möjligheten att uppnå syftet med begränsningsregeln

Den begränsningsregel som allmänt högriskskydd innebär syftar till att individer ska skyddas från ett allt för omfattande inkomstbortfall till följd av karensreglerna (Prop. 1992/93:31, s 48). Sänkta gränsvärden för när regeln ska aktualiseras leder till minskade självrisiker för individer som har återkommande sjukfrånvaro. Både tiden med ett skydd och antalet tillfällen där begränsningsregeln skulle tillämpas skulle öka. Genom sänkta gränser ökar möjligheten att uppnå syftet med begränsningsregeln.

De individer som omfattas av en sådan ändring är individer som har återkommande sjukfrånvaro. Det kan röra individer som oftare drabbas av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, exempelvis personer som är infektionskänsliga. Det kan röra arbetstagare i kontaktyrken som arbetar nära andra eller möter många individer i sitt arbete och därmed kan ha större risk att utsättas för luftvägsburna smittor på arbetet. Det kan också röra arbetstagare med återkommande sjukfrånvaro på grund av en belastande arbetssituation.

Med sänkta gränser uppnås ett förbättrat skydd mot inkomstbortfall vid sjukdom för arbetstagare i yrkesgrupper med hög korttidssjukfrånvaro, som har svårt att arbeta hemifrån – exempelvis vårdbiträden, undersköterskor och barnskötare. Vidare skulle kvinnor och män i den nedre delen av inkomstfördelningen, liksom med nuvarande begränsningsregler, i högre grad ta del av skyddet vid ett sänkt gränsvärde.

Arbetsgruppen bedömer att reformen vore träffsäker eftersom det även efter reformen endast skulle vara individer som ofta är sjuka som skulle omfattas av begränsningsregeln, och i dessa fall undantas från karensavdrag. De flesta individer skulle inte omfattas av begränsningsregeln, och skulle därför liksom tidigare få karensavdrag i början av en sjukperiod. Karensavdraget kan därmed fortsätta att fungera som en inledande självrisk för de flesta individer och fortsätta att fungera som ett verktyg som hanterar risk för överutnyttjande.

Beroende på var gränsvärdet sätts så förväntas olika många individer omfattas av begränsningsregeln

I tabell 12.1 nedan skattas betydelsen av olika gränsvärden för hur stor andel arbetstagare och sjukfall som skulle omfattas av denna begränsningsregel samt en skattning av hur skyddsperiodernas längd påverkas av ett lägre gränsvärde.

Tabell 12.1 Uppskattning* av betydelsen av olika gränsvärden för begränsningsregelns omfattning

	Gränsvärde antal karensavdrag					
	5	6	7	8	9	10
Andel arbetstagare med minst ett undantag (procent)	12,0	8,5	5,9	4,2	2,9	2,1
Andel sjukfall med undantag (procent)	17,2	12,2	8,6	6,1	4,3	3,1
Median för längd per skyddsperiod (dagar)	52	41	38	31	27	23
Medelvärde antal skydds dagar per år**	114	101	91	83	76	70

Anm.: * Uppskattningarna baseras på i KSju registrerade sjukfall bland offentliga och större privata arbetsgivare (>200 anställda) under perioden juli 2022 till och med juni 2023, med utgångspunkt i nuvarande regler för övrigt och utan hänsyn tagen till eventuella beteendeeffekter av ändrade gränsvärden. ** Avser arbetstagare med minst en pågående skyddsperiod under perioden.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1A och 3A

Beroende på var gränsvärdet sätts så förväntas olika många individer omfattas av begränsningsregeln. En större grupp arbetstagare skulle omfattas vid ett gränsvärde om fem karensavdrag, jämfört med ett högre gränsvärde. Arbetsgruppen bedömer att undantag för mindre

grupper kan vara motiverade och att begränsningsregeln därför inte bör omfatta en för stor andel av arbetstagarna.

Huvuddelen av kostnaden för reformen förväntas belasta arbetsgivare

Kostnaden för att sänka det maximala antalet karensavdrag under tolv månader delas av arbetsgivare och stat. Huvuddelen av kostnaden förväntas belasta arbetsgivare eftersom huvuddelen av karensavdrag görs för arbetstagare som omfattas av sjuklön.

Sänkta gränsvärden för begränsningsregeln medför att justeringar behöver göras i lönesystem som idag delvis har automatiserad hantering av arbetstagares karensavdrag. Det är troligt att sådana justeringar inte bör medföra omfattande kostnader för arbetsgivare.

Försäkringskassan har ingen automatiserad hantering av dagens begränsningsregler för karensavdrag, vilket sannolikt beror på att mycket få individer som inte omfattas av sjuklön får fler än tio karensavdrag under en 12-månadersperiod¹⁶². Skulle begränsningsregeln utökas genom att gränsvärdet sänks skulle Försäkringskassan eventuellt behöva utveckla IT-system för att mer automatiserat kunna hantera en sådan regel.

Sannolikt ökad kännedom om regelverket när fler omfattas

Utifrån arbetsgruppens samtal med arbetsmarknadens parter, Försäkringskassan och representanter för patient- och brukarorganisationer genom Funktionsrätt Sverige, framstår det som att nuvarande begränsningsregel för karensavdrag (som benämns allmänt högriskskydd i socialförsäkringsbalken) är tämligen okänd bland individer. Det går därför att argumentera för att skyddet tidigare inte har haft någon större påverkan på individers beteende och hur de uppfattar självrisk. Det är även osäkert om individer som faktiskt omfattas av begränsningsregeln för att de haft fler än tio karensavdrag under en tolv månadersperiod är medvetna om denna regel, samt hur länge de undantas från karensavdrag.

¹⁶² Arbetsgruppen skattar att under 10 individer omfattades av detta undantag från karensavdrag enligt reglerna om allmänt högriskskydd i socialförsäkringsbalken under 2019.

En konsekvens av en utökad begränsningsregel är sannolikt att när fler individer kommer att omfattas så kan den allmänna kännedomen om begränsningsregeln också öka. I förlängningen skulle det kunna leda till beteendeeffekter bland individer som har återkommande sjukfrånvaro, och det är möjligt att den korta sjukfrånvaron kan öka något bland denna grupp som effekt av reformen. Det är dock svårt att skatta omfattningen av sådana beteendeeffekter av denna typ av reform.

Utökat särskilt högriskskydd

Det särskilda högriskskyddet har flera syften och omfattar delvis olika situationer beroende på om individen är arbetstagare som omfattas av sjuklön¹⁶³ eller inte¹⁶⁴. För båda grupperna har det särskilda högriskskyddet inneburit ett skydd från inkomstbortfall till följd av karensregler för individer som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder eller om individen ska genomgå donation eller transplantation. Särskilt högriskskydd enligt sjuklönelagen har också kunnat beviljas individer som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod riskerat att medföra en eller flera längre sjukperioder (13 § första stycket 2 SjLL), eller om individen har haft rätt till aktivitetsersättning under de senaste tolv månaderna före ansökan om särskilt högriskskydd. I dessa två situationer har den enskilde inte skydd från karensavdrag men arbetsgivaren har kunnat ansöka om ersättning för de kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagaren (16 § första stycket SjLL).

Förbättrat skydd mot inkomstbortfall vid sjukdom som medför återkommande sjukperioder

Individer som ska genomgå donation av biologiskt material (transplantation m.m.), sökande med en sjukdom som under en tolv månadersperiod riskerat att medföra en eller flera längre sjukperioder, och sökande som haft rätt till aktivitetsersättning någon av de senaste tolv kalendermånaderna före månaden för

¹⁶³ Omfattas av särskilt högriskskydd enligt reglering i 13–16 §§ SjLL.

¹⁶⁴ Omfattas i stället av regler om särskilt högriskskydd i 27 kap. 40–44 §§ SFB.

ansökan om högriskskydd hos Försäkringskassan ska liksom tidigare kunna omfattas av särskilt högriskskydd.

Arbetsgruppen bedömer dock att skyddet skulle kunna fungera bättre för individer med sjukdomar som kan antas medföra förhöjd risk för återkommande sjukperioder. Förarbeten specificerar att uttrycket större antal sjukperioder ska tolkas som att antalet avslutade sjukperioder under en tolv månaders period kan bedömas överstiga tio (Prop. 1990/91:181 s. 78–79, Prop. 1990/91:59 s. 30). Det kan argumenteras att begränsningsregeln och högriskskyddet kompletterar varandra, och i det fall som gränsvärdet för begränsningsregeln (som har benämnts det allmänna högriskskyddet i socialförsäkringsbalken) sänks så kan det vara aktuellt att också förespråka en sänkt gräns vid undantag från karensavdrag i form av högriskskydd mot karens (tidigare benämnt särskilt högriskskydd).

En mer generös tolkning av vad som ska ses som återkommande sjukfrånvaro förväntas leda till att fler individer och fler sjukdomstillstånd som medför risk för återkommande sjukfrånvaro kan omfattas av undantaget. I förlängningen skulle därmed även fler arbetsgivare kunna ansöka om ersättning för sjuklönekostnader för arbetstagare som beviljats högriskskyddet.

Den förhöjda risken för sjukperioder skulle liksom tidigare kunna antas härröra från en eller flera sjukdomar. Tidigare förarbeten specificerar att det ska röra sig om individer med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd (Bet 1990/91:SfU9 s. 12 och prop. 1996/97:63 s. 67). Det kan röra individer som har sjukdomar som gör att de oftare drabbas av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, exempelvis personer med kroniska sjukdomar som migrän och endometrios eller personer som på grund av underliggande sjukdom och/eller behandling är infektionskänsliga. Det kan också handla om personer med sjukdomar som går i skov som MS eller Crohns sjukdom, och som kan leda till återkommande och/ eller längre sjukperioder.

Utifrån de skattningar som arbetsgruppen gjort bedömer vi att ungefär 12 000 individer har särskilt högriskskydd årligen. Av dessa skattas 90 procent haft skyddet på grund av risk för återkommande sjukfrånvaro och 4 procent på grund av donation¹⁶⁵. Endast en mindre andel har haft skyddet på grund av risk för lång sjukfrånvaro

¹⁶⁵ Skattningarna baseras på ärendestatistik från Försäkringskassans kvalitetsanalys (2022).

eller för att de haft rätt till aktivitetsersättning tolv månader före de ansökte om att omfattas av skyddet.

Vid en ändrad gräns för vad som ska ses som risk för återkommande sjukfrånvaro kommer fler individer att kunna omfattas av undantag från karensavdrag vid särskilt högriskskydd, vilket leder till ett ökat skydd mot inkomstbortfall för individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder på grund av sjukdom.

Svårt att skatta konsekvenser av ett utökat och förenklat skydd

Bristen på kvalitetssäkrade registerdata tillsammans med risken för underutnyttjande av det särskilda högriskskyddet gör det mycket svårt att skatta konsekvenser av ett utökat och förenklat skydd.

Det saknas idag tillräcklig uppföljning av särskilt högriskskydd. Försäkringskassan har inte kvalitetssäkrad statistik om särskilt högriskskydd avseende individer eller arbetsgivare. Arbetsgruppen har tagit fram skattningar om beviljanden¹⁶⁶, och har fått uppgifter om kostnader för utbetalningar av särskilt högriskskydd till arbetsgivare, men har svårt att skatta hur omfattande underutnyttjandet är (se avsnitt 10.3).

Utifrån våra samtal med arbetsmarknadens parter, Funktionsrätt Sverige och Försäkringskassan bedömer vi att det är sannolikt att betydligt fler individer skulle kunna omfattas om kännedomen om det särskilda högriskskyddet ökade, och fler ansökte om skyddet. I förlängningen är det också sannolikt att fler arbetsgivare än idag skulle kunna få ersättning för sjuklönekostnader inom ramen för det särskilda högriskskyddet.

Vid ett utökat särskilt högriskskydd förväntas fler individer komma att omfattas av undantaget. Eftersom det särskilda högriskskyddet idag både innebär ett undantag från karensavdrag för den enskilde och att arbetsgivare kan få ersättning för sjuklönekostnader för en anställd som omfattas av skyddet, så förväntas en ändrad gräns för vad som ska ses som återkommande sjukperioder både leda till ökade kostnader för arbetsgivare och för staten.

¹⁶⁶ Skattningarna baseras på bevakningsdata från Försäkringskassan.

För arbetsgivare rör det främst ökade kostnader för undantag från karensavdrag för arbetstagare som omfattas av skyddet. I det fall arbetsgivare ansöker om att få sjuklönekostnader ersätta genom högriskskyddet så blir kostnaderna för arbetsgivare begränsade.

För staten skulle ett utökat särskilt högriskskydd innebära ökade kostnader för att ersätta arbetsgivare för sjuklönekostnader för arbetstagare med högriskskydd. För staten tillkommer även administrativa kostnader för fler beviljanden av särskilt högriskskydd, samt kostnader för undantag från karensavdrag för individer med högriskskydd som inte omfattas av sjuklönen.

Förändrad administration av det särskilda högriskskyddet

Ett ytterligare alternativ till att ändra det särskilda högriskskyddet vore att förändra administrationen av skyddet. Ändringen innebär att ansvaret för att betala ut ersättning för inkomstbortfall de två första veckorna av en sjukperiod till arbetstagare som omfattas av det särskilda högriskskyddet förs över från arbetsgivare till Försäkringskassan. Att ge arbetstagare med särskilt högriskskydd rätt till sjukpenning från början av sjukperioden vore sannolikt enklare och mer administrativt effektivt än nuvarande system. Arbetsgruppen bedömer vidare att både risken för under- och överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader skulle hanteras med reformen.

Försäkringskassan får ett helhetsansvar för det särskilda högriskskyddet

En ändrad administration skulle innebära att Försäkringskassan får ett helhetsansvar för att betala ut ersättning till de individer som omfattas av skyddet. I det fall en arbetstagare som har beviljats särskilt högriskskydd blir sjuk så ska arbetsgivaren sjukanmäla individen till Försäkringskassan från början av sjukperioden. Arbetstagaren ska ansöka om sjukpenning från första dagen i sjukperioden, och arbetsgivaren kommer inte som idag betala ut sjuklön för arbetstagare med särskilt högriskskydd.

För att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till om arbetstagare med särskilt högriskskydd som vanligtvis omfattas av

sjuklöneperiod, i stället har rätt till sjukpenning för dag 1–7, behöver myndigheten en ansökan om sjukpenning från arbetstagaren, och en sjukanmälan från arbetsgivaren. Det läkarutlåtande vid särskilt högriskskydd som styrker att individen har en sjukdom som medför risk för återkommande eller längre sjukperioder blir också ett underlag när Försäkringskassan bedömer arbetsförmågans nedsättning och rätten till sjukpenning för individer som omfattas av skyddet. Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning sker i förhållande till rehabiliteringskedjans tidsgränser (27 kap. 46–49 §§ SFB). I det fall individer med särskilt högriskskydd blir sjuka mer än sju dagar krävs liksom tidigare ett läkarintyg.

Den nuvarande processen är ineffektiv

Nuvarande bestämmelser om särskilt högriskskydd i sjuklönelagen innebär en förhållandevis omständlig administration med moment i flera steg. Den enskilde arbetstagaren skickar en ansökan om särskilt högriskskydd till Försäkringskassan som bedömer rätt till skyddet. Till grund för beslut ligger bland annat ett särskilt läkarutlåtande. Den som beviljas skyddet tar med sig det beslutet till sin arbetsgivare. Beslutet innebär att arbetsgivare kan ansöka om ersättning för sjuklönekostnader. Beslut kan även innebära att arbetstagaren ska undantas från karensavdrag. För att arbetstagare ska undantas från karens krävs manuell hantering i lönesystem. Det gör att det finns risk att arbetsgivare idag missar att undanta arbetstagare med särskilt högriskskydd från karensavdrag. I de fall som arbetsgivaren har betalat ut sjuklön för arbetstagare som har särskilt högriskskydd kan arbetsgivaren i efterhand skicka en ansökan till Försäkringskassan om att få kompensation för dessa sjuklönekostnader. Försäkringskassan betalar ut ersättning till arbetsgivaren om anspråket verkar rimligt.

Ur arbetsgivarens perspektiv är det särskilda högriskskyddet i teorin ett nollsummespel, där arbetsgivare först betalar sjuklön till berörda arbetstagare och i efterhand får tillbaka samma summa från Försäkringskassan. Det kan därför argumenteras att arbetsgivarna i praktiken inte har sjuklöneansvar för arbetstagare som har beviljats särskilt högriskskydd.

Dagens system medför risk för under- och överutnyttjande

Arbetsgruppen bedömer att det dels finns ett underutnyttjande av särskilt högriskskydd bland individer, dels finns risk för under- och överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader bland arbetsgivare. Till att börja med finns det sannolikt ett underutnyttjande bland individer med sjukdomar som medför risk för återkommande eller långa sjukperioder, samt bland individer som tidigare haft aktivitetsersättning (se avsnitt 10.3 i kapitel 10). Vidare innebär dagens system att det görs ansökningar till Försäkringskassan i flera steg för att arbetsgivare ska få ersättning för sjuklönekostnader. Det gör att inte alla arbetsgivare ansöker om ersättning. Det är även möjligt att vissa arbetsgivare inte känner till att de kan få ersättning för sjuklönekostnaderna för dessa arbetstagare. Att det finns ett liknande system, ersättning för höga sjuklönekostnader, med en helt annan administration kan dessutom ha bidragit till att arbetsgivare kan ha svårt att hålla isär olika skydd och ersättningar för sjuklönekostnader. I de fall arbetstagare inte ansöker om att omfattas av det särskilda högriskskyddet, finns inte heller förutsättningar för arbetsgivare att ansöka om ersättning för sjuklönekostnader för dessa arbetstagare.

Det finns också risk att dagens utformning av ersättning för sjuklönekostnader för arbetstagare med särskilt högriskskydd kan leda till överutnyttjande bland arbetsgivare. När arbetsgivare ansöker om ersättning för sjuklönekostnader rapporterar de själva in omfattningen av kostnaderna för en arbetstagare till Försäkringskassan. Myndighetens handläggare gör därefter en rimlighetsbedömning av anspråket, men har inte tillgång till kvalitetssäkrade uppgifter om sjuklönekostnader för enskilda arbetstagare och gör inte någon fördjupad utredning om de faktiska kostnaderna. Att arbetsgivaren har mer information än Försäkringskassan om de faktiska sjuklönekostnaderna gör att det idag finns möjligheter för arbetsgivare att ange felaktiga sjuklönekostnader, utan att bli upptäckta. Bristande kunskap hos arbetsgivare om sjuklöne regler och hur sjuklönekostnad ska räknas ut och anges i ansökan, medför också risker för fel i ansökningarna om ersättning för sjuklönekostnader. Det finns därför risk att arbetsgivare ansöker om större summor än de faktiska sjuklönekostnaderna och överkompenseras. Idag har

Försäkringskassan otillräckliga kontrollverktyg för att förhindra felaktiga utbetalningar för ersättning för sjuklönekostnader för arbetstagare med särskilt högriskskydd (se avsnitt 10.3).

Genom att låta Försäkringskassan både bedöma rätten till särskilt högriskskydd och betala ut sjukpenning direkt till de individer som omfattas av skyddet hanteras risker för såväl under- som överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader.

Ett av syftena med det särskilda högriskskyddet är att det är tänkt att förbättra arbetsmarknadssituationen för personer som är frekvent eller långvarigt sjuka genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar. Att ändra administrationen av skyddet bör leda till en ökad måluppfyllelse i denna del. En reformerad administration där Försäkringskassan får ett helhetsansvar för högriskskyddet, innebär att man på ett mer effektivt sätt säkerställer att arbetsgivares kostnader för sjukfrånvaro för arbetstagare med särskilt högriskskydd minskar.

Ändrad administration kan medföra något lägre ersättning till individer

I det fall Försäkringskassan får ett helhetsansvar för det särskilda högriskskyddet och ska betala ut ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom till de arbetstagare som omfattas av skyddet, så finns risk att arbetstagare får en något minskad ersättning vid sjukfrånvaro under de första 14 dagarna av en sjukperiod. Det beror på att sjuklön är högre än sjukpenning. Sjuklönen är 80 procent av lönen, inklusive eventuella anställningsförmåner som medarbetaren går miste om när hen är sjuk. Sjukpenningen är i stället knappt 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI), upp till ett inkomsttak på 43 750 kronor i månaden¹⁶⁷. Årligen är det runt 12 000 personer som har särskilt högriskskydd, och runt 3000 arbetsgivare har arbetstagare med särskilt högriskskydd. Dessa grupper skulle påverkas av en ändrad administration av högriskskyddet.

Arbetsgruppen har gjort beräkningar av hur arbetstagares ersättning vid kort sjukfrånvaro skulle påverkas av en övergång från sjuklön till arbetstidsberäknad sjukpenning genom ett antal typfall.

¹⁶⁷ Inkomsttaket är 43 750 kronor för år 2023.

Enligt våra skattningar förväntas en sådan reform göra att många arbetstagare får en något lägre ersättning i början av sjukfall (se).

För arbetstagare med särskilt högriskskydd och lön under inkomsttaket skulle en reform där Försäkringskassan tar över ansvaret för att betala ut ersättning, på marginalen innebära lägre ersättning dag 1 till 14. Att ersättningen blir lägre för denna grupp beror på omräkningsfaktorn för sjukpenning på 0,97. Arbetsgruppen bedömer att 90 procent av de individer som idag omfattas av särskilt högriskskydd har arbetsinkomster under inkomsttaket på 43 750.

För arbetstagare med särskilt högriskskydd och lön över inkomsttaket innebär reformen betydligt lägre ersättning i början av sjukperioden. Arbetsgruppen skattar att 10 procent av de individer som har särskilt högriskskydd har arbetsinkomster över inkomsttaket idag.

Det finns också risk för att arbetstagare som omfattas av särskilt högriskskydd skulle behöva vänta något längre på att få ersättning vid sjukfrånvaro, vid det första sjukfallet efter beviljande av särskilt högriskskydd jämfört med idag. Den risken bedömer vi ändå vara liten.

I det fall en arbetstagare i stället får sjukpenning från Försäkringskassan så kan det tillkomma några moment innan arbetstagare kan få ersättning vid första sjukfallet efter individen har beviljats särskilt högriskskydd. Det kan handla om fastställande av sjukpenninggrundande inkomst och bedömning om huruvida arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. För sjukfrånvaro kortare än 8 dagar förväntas Försäkringskassan inte göra någon annan prövning av arbetsförmågans nedsättning än den som arbetsgivaren gör vid sjukanmälan.

Sannolikt har många arbetstagare som beviljas särskilt högriskskydd sjukfallshistorik som medför en sedan tidigare upparbetad kontakt med Försäkringskassan. I dessa fall har de ofta en tidigare uppgift om sjukpenninggrundande inkomst, varför utredningstiden eventuellt inte blir längre än tidigare. Generellt har handläggningstiden vid första ansökan om sjukpenning varierat mellan 20–28 dagar under 2020–2022¹⁶⁸. Vid nästföljande sjukfall för individer med särskilt högriskskydd bör Försäkringskassans handläggningstid vara betydligt kortare.

¹⁶⁸ Uppgift från Försäkringskassans årsredovisning (2022).

En förändrad administration av det särskilda högriskskyddet innebär även potentiella fördelar för individer. Enligt samtal med representanter för patientorganisationer och funktionshinderförbund är det vanligt att arbetstagare med sjukdomar som medför risk för återkommande eller lång sjukfrånvaro känner skuld för att deras sjukfrånvaro medför kostnader för arbetsgivare. För dessa arbetstagare kan det ses som en fördel om arbetsgivare i lägre grad belastas av kostnader vid sjukfrånvaro.

Reformen innebär en förenkling för arbetsgivare och minskar de administrativa kostnaderna av undantag från karensavdrag

En reform som innebär att Försäkringskassan tar över ansvaret att betala ut ersättning till arbetstagare som beviljas särskilt högriskskydd innebär att arbetsgivare inte behöver betala ut sjuklön till individer med särskilt högriskskydd och därefter ansöka om ersättning för denna sjuklön. Det innebär även att arbetsgivare inte behöver ha kontroll över om arbetstagaren ska undantas från karensavdrag. En sådan reform innebär en förenkling för arbetsgivare och minskar de administrativa kostnaderna av undantag från karensavdrag och dagens modell för ersättning av sjuklönekostnader.

Utifrån arbetsgruppens skattningar har de faktiska sjuklönekostnaderna för arbetstagare med särskilt högriskskydd varit ca 30 procent högre¹⁶⁹ än det belopp som betalats ut i ersättning för sjuklönekostnader. Eftersom vi bedömer att det finns ett mörkertal av arbetsgivare som inte ansöker om ersättning för sjuklönekostnader, så skulle en reform vara fördelaktig för arbetsgivare, som inte behöver riskera att missa att ansöka om ersättning för sjuklönekostnader för arbetstagare. Om Försäkringskassan skulle betala ut ersättningen direkt till berörda arbetstagare innebär det en förenkling av processen med färre ansökningsmoment, samt minskar risken för felaktiga utbetalningar, vilket sammantaget ger en ökad administrativ effektivitet. Genom en förändrad administration skapas också bättre förutsättningar att hantera risk för överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare.

¹⁶⁹ Utgår från en skattning av sjuklönekostnader för arbetstagare med särskilt högriskskydd under perioden 2019–2022.

Om staten tar över ansvaret att betala ut ersättning för arbetstagare som beviljas särskilt högriskskydd så innebär det också Försäkringskassan får bättre förutsättningar att följa och analysera högriskskyddet. Det blir dessutom bättre förutsättningar för en sammanhållen uppföljning av sjukfrånvaro för individer som beviljats särskilt högriskskydd.

13 Förslag om utökade skydd mot inkomstbortfall till följd av karens

Arbetsgruppens översyn har i första hand rört karensavdrag samt undantag från karensavdrag i form av allmänt och särskilt högriskskydd som regleras i 27 kap. socialförsäkringsbalken, förkortad SFB, (27 och 39–44 §§) och i lagen (1991:1047) om sjuklön, förkortad sjuklönelagen eller SjLL, (6 och 13–16 §§). De förslag som presenteras rör individer som omfattas av karensregler i nämnda paragrafer.¹⁷⁰

Inledningsvis anser arbetsgruppen att det finns anledning att ändra benämningarna för det som i dag benämns allmänt högriskskydd och särskilt högriskskydd till karenstak respektive högriskskydd.

Arbetsgruppen bedömer att det finns behov av att utöka nuvarande begränsningsregler för karensavdrag i form av karenstak för att fler individer med återkommande sjukperioder ska kunna omfattas av begränsningsreglerna och omfattas av begränsningsreglerna under längre tid.

Arbetsgruppen bedömer vidare att det finns behov av att förenkla och effektivisera administrationen av högriskskydd. Arbetsgruppen bedömer också att det finns behov av att utöka undantag från karensavdrag i form av högriskskydd för att fler individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder ska kunna undantas från karensavdrag.

I kapitlet presenterar vi arbetsgruppens förslag till utökade skydd mot inkomstbortfall till följd av karens. Arbetsgruppen föreslår en mer generös begränsningsregel i form av karenstak, en ändrad administration av högriskskydd och ett utökat högriskskydd.

¹⁷⁰ Arbetsgruppen har inte berört reglering av karens för egenföretagare eller individer med inkomst av annat förvärvsarbete som inte har anmält karenstid, som omfattas av andra paragrafer i socialförsäkringsbalken.

Kapitlet innehåller även arbetsgruppens övriga bedömningar om behov av följdändringar av förslagen, samt en bedömning av sekretess och integritetsskydd. Vidare beskrivs behov av informationsinsatser och uppföljning kopplat till förslagen.

13.1 En mer generös begränsningsregel i form av karenstak

Förslag: Det allmänna högriskskyddet mot karensavdrag från sjuklön och sjukpenning ska utökas. Karensavdrag ska inte göras från sjuklön eller från sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning, om sådant avdrag har gjorts för arbetstagaren respektive den försäkrade vid sex, i stället för tio, tillfällen under de senaste tolv månaderna.

Vidare ska uttrycket ”allmänt högriskskydd” i socialförsäkringsbalken utmönstras. Det som benämns allmänt högriskskydd ska i stället benämnas karenstak. Benämningen karenstak ska även föras in i sjuklönelagen. Vissa följdändringar ska göras med anledning av begreppsändringen i socialförsäkringsbalken.

Skälen för förslag: Som framgår av kapitel 10 så utgör nuvarande begränsningsregler i form av det allmänna högriskskyddet endast ett begränsat skydd mot inkomstbortfall. Få individer berörs av det allmänna högriskskyddet i dag och för dem som berörs är skyddet ofta både kortvarigt och litet i relation till det totala inkomstbortfallet vid karensavdrag. Enligt arbetsgruppens beräkningar omfattas runt en procent av arbetstagarna (bland offentliga och större privata arbetsgivare) årligen av undantag från karensavdrag i form av det allmänna högriskskyddet. För de allra flesta individer som kommer upp till tio karensavdrag under ett år är skyddet också kortvarigt. Skyddsperioderna då individer omfattas av det allmänna högriskskyddet är generellt korta (medianen för skyddsperioder är 23 dagar). Det allmänna högriskskyddet har också en förhållandevis liten påverkan på inkomstbortfallet vid karensavdrag för de arbetstagare som omfattas. Bland de arbetstagare som fick undantag från karensreglerna genom det allmänna högriskskyddet 2019 var den genomsnittliga påverkan på inkomstbortfallet samma år 9 procent lägre än vad det hade varit om

de inte omfattats av undantag från karensavdrag vid allmänt högriskskydd.

För att en individ ska omfattas av det allmänna högriskskyddet krävs enligt nu gällande reglering att hen har fått karensavdrag vid sammanlagt tio tillfällen under de senaste tolv månaderna. Arbetsgruppen föreslår en sänkt gräns för hur många karensavdrag som maximalt kan göras under en 12-månadersperiod från 10 till 6. Regeländringen syftar till att förbättra skyddet mot inkomstbortfall för individer med återkommande sjukperioder. En sänkt gräns medför att fler individer med återkommande sjukperioder kommer att omfattas av ett skydd mot inkomstbortfall genom de berörda begränsningsreglerna (karenstaket). Ett sådant skydd mot karensavdrag kommer också gälla under längre perioder. Antal karensavdrag ska liksom tidigare räknas separat av olika arbetsgivare och av Försäkringskassan.

Genom sänkta gränser bedömer arbetsgruppen att det finns ökade förutsättningar för karenstaket att fylla sitt syfte att garantera att inkomstförlusten till följd av karens inte blir allt för stor för personer med återkommande sjukfrånvaro.

Ett förbättrat skydd mot inkomstbortfall för individer med återkommande sjukperioder har särskild betydelse för yrkesgrupper med hög korttidssjukfrånvaro som har svårt att arbeta hemifrån, däribland vårdbiträden, undersköterskor, barnskötare och förskollärare. Vidare skulle arbetstagare i den nedre delen av inkomstfördelningen, liksom med nuvarande begränsningsregler, i högre grad ta del av skyddet.

Arbetsgruppen bedömer att regeländringen i sig bör vara okomplicerad både lagtekniskt och administrativt. Arbetsgruppen bedömer vidare att reformen är träffsäker eftersom det även efter reformen endast är individer som ofta är sjukfrånvarande som kommer att omfattas av karenstaket. Även med en utökad begränsningsregel så kommer karensavdraget fortsätta att fungera som en inledande självrisk för de flesta individer och kan därmed fortsätta att hantera risk för överutnyttjande.

Arbetsgruppen bedömer att ett namnbyte på det allmänna högriskskyddet är angeläget. Det allmänna och det särskilda högriskskyddet är relativt okända bland arbetstagare och andra individer. Arbetsgruppen bedömer att det finns risk att individer, arbetsgivare och andra intressenter blandar ihop vad som är det

allmänna och det särskilda högriskskyddet. Det allmänna högriskskyddet är till skillnad från det särskilda högriskskyddet formellt inte ett högriskskydd, då regleringen inte hanterar en högre framtida risk. Det allmänna högriskskyddet är endast en begränsning av hur många karensavdrag som kan göras under en tolv månadersperiod (utfallet i efterhand). Arbetsgruppen föreslår därför att regleringen benämns *karenstak* eftersom det bättre speglar vad regeln innebär.

Lagtext

Bestämmelserna om karenstak för sjuklön och för sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning finns i 6 § tredje stycket SjLL och 27 kap. 39 § första stycket första meningen SFB. Bestämmelser där följdändringar görs med anledning av begreppsändringen i socialförsäkringsbalken finns i 27 kap. 1 § och 39 a § SFB.

13.2 Ändrat namn för och ändrad administration av högriskskydd

Ändrat namn för högriskskydd

Förslag: Uttrycket ”särskilt högriskskydd” i sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken ska utmönstras. Det som benämns särskilt högriskskydd ska i stället benämnas högriskskydd. Vissa följdändringar ska göras med anledning av begreppsändringen.

Skälen för förslag: Arbetsgruppen föreslår i avsnitt 13.1 att det som i dag benämns det allmänna högriskskyddet framöver ska benämnas karenstak. Till följd av detta föreslår arbetsgruppen att det som i dag benämns det särskilda högriskskyddet ska benämnas högriskskydd, i enlighet med ursprunglig benämning från sjuklönelagens ikraftträdande den 1 januari 1992.

Lagtext

De ändrade benämningarna av högriskskydd finns i 13 § första stycket första meningen SjLL och 27 kap. 40 § första stycket SFB. Bestämmelser där följdändringar görs med anledning av begreppsändringarna finns i 27 kap. 1 och 42 §, 43 § första stycket och 44 § SFB och 3 kap. 26 § andra stycket 1 b) studiestödsförordningen (2000:655).

En enklare och mer effektiv administration av högriskskyddet

Förslag: Den nuvarande ordningen för arbetstagare som omfattas av beslut om högriskskydd enligt sjuklönelagen ska ersättas med en ny. Den nya ordningen ska innebära följande:

- En arbetsgivare ska inte vara skyldig att betala ut sjuklön enligt sjuklönelagen vid sjukdom för sådan tid som en arbetstagare omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt lagen. Arbetstagaren ska i det fallet i stället hänvisas till att ansöka om sjukpenning, dvs. även för de första 14 dagarna i en sjukperiod.
- I de fall beslutet om högriskskydd enligt sjuklönelagen har sin grund i en sjukdom som kan antas medföra återkommande sjukperioder eller i en donation ska sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning lämnas utan karensavdrag.
- En arbetsgivare ska inte göra karensavdrag från sjuklön, om sjuklöneperioden har börjat en dag då arbetstagaren omfattades av ett beslut om högriskskydd enligt sjuklönelagen.

Vissa följdändringar ska göras med anledning av förslagen om den ändrade ordningen för arbetstagare som omfattas av beslut om högriskskydd enligt sjuklönelagen. Därutöver ska vissa strukturella ändringar göras i sjuklönelagen.

Skälen för förslag: Att ge arbetstagare med (särskilt) högriskskydd rätt till sjukpenning från början av en sjukperiod bedömer vi är enklare och mer administrativt effektivt än nuvarande system. Nuvarande bestämmelser om särskilt högriskskydd i sjuklönelagen innebär en förhållandevis omständlig administration med moment i

flera steg. Den enskilde arbetstagaren skickar en ansökan om särskilt högriskskydd till Försäkringskassan som bedömer rätt till skyddet. Till grund för beslut ligger bland annat ett särskilt läkarutlåtande. Den som beviljas skyddet tar med sig det beslutet till sin arbetsgivare. Beslutet innebär att arbetsgivare kan ansöka om ersättning för sjuklönekostnader. Beslutet kan även innebära att arbetstagaren ska undantas från karensavdrag. För att arbetstagare ska undantas från karens krävs manuell hantering i arbetsgivares lönesystem. Det gör att det finns risk att arbetsgivare missar att undanta arbetstagare med särskilt högriskskydd från karensavdrag. I de fall som arbetsgivaren har betalat ut sjuklön för arbetstagare som har särskilt högriskskydd kan arbetsgivaren i efterhand skicka en ansökan till Försäkringskassan om att få kompensation för dessa sjuklönekostnader. Försäkringskassan betalar ut ersättning till arbetsgivarna om anspråket verkar rimligt.

Ur arbetsgivarens perspektiv är det särskilda högriskskyddet i teorin ett nollsummespel, där arbetsgivare först betalar sjuklön till berörda arbetstagare och i efterhand får tillbaka samma summa från Försäkringskassan. Det kan därför argumenteras att arbetsgivarna i praktiken inte har sjuklöneansvar för arbetstagare som har beviljats särskilt högriskskydd. Arbetsgruppen bedömer att det vore mer effektivt om Försäkringskassan betalade ut ersättning direkt till de berörda arbetstagarna, i form av arbetstidsberäknad sjukpenning (de första 14 dagarna av en sjukperiod).

Arbetsgruppen bedömer att det dels finns ett underutnyttjande av särskilt högriskskydd bland individer, dels finns risk för under- och överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader bland arbetsgivare. Genom en förändrad administration där Försäkringskassan både får ansvar att bedöma rätten till högriskskydd och betala ut sjukpenning direkt till individerna hanteras risker för såväl under- som överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare.

Ett av syftena med det särskilda högriskskyddet är att det är tänkt att förbättra arbetsmarknadssituationen för personer med sjukdomar som kan antas medföra ett större antal sjukperioder, eller en eller flera längre sjukperioder, genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar. Det är svårt att bedöma i vilken utsträckning skyddet bidrar till detta. Arbetsgruppen bedömer ändå att en ändrad administration bör medföra förbättrade

förutsättningar för att högriskskyddet ska kunna förbättra arbetsmarknadssituationen för målgruppen såsom avsett. En reformerad administration där Försäkringskassan får ett helhetsansvar för detta högriskskydd, innebär att myndigheten på ett mer effektivt sätt kan säkerställa att arbetsgivares kostnader för sjukfrånvaro för arbetstagare med särskilt högriskskydd minskar.

Arbetsgruppen bedömer också att en reformerad administration av det särskilda högriskskyddet skapar bättre förutsättningar för uppföljning av förmånen, samt möjlighet till sammanhållen uppföljning av sjukfrånvaro för individer som beviljats särskilt högriskskydd.

Karensavdrag vid övergång mellan sjuklön och sjukpenning

Det kan uppkomma situationer då en individ för en sjukperiod som är kortare än 14 dagar får sjukpenning på grund av att hen omfattas av högriskskydd enligt sjuklönelagen och, efter att beslutet om högriskskydd har upphört att gälla, antingen fortsätter vara sjuk eller återinsjuknar inom fem dagar från den tidigare sjukperioden. När beslutet om högriskskydd upphör att gälla är arbetsgivaren direkt skyldig att betala sjuklön enligt sjuklönelagen, om arbetstagaren har en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan och en sjuklöneperiod har påbörjats (se föreslagna 4 a § SjLL, se även 6 § första stycket, 7 § första och andra stycket samma lag). Definitionen av sjuklöneperiod i sjuklönelagen hindrar inte att en sådan period kan omfatta även dagar under de två första veckorna av en sjukperiod då arbetstagaren inte har haft rätt till sjuklön på grund av att hen har omfattats av ett beslut om högriskskydd (se 7 § första och andra stycket SjLL). Det finns enligt arbetsgruppens bedömning inget i sjuklönelagen som hindrar att arbetsgivaren då också gör ett karensavdrag (se 6 § andra stycket SjLL, jfr 7 § tredje stycket samma lag). Detta bedöms dock inte vara rimligt. Det bör vara situationen i början av sjukperioden som styr om ett karensavdrag ska göras eller inte. Arbetsgruppen föreslår därför en särskild bestämmelse i sjuklönelagen som hindrar en arbetsgivare från att göra karensavdrag i situationerna ovan (se föreslagna 6 a § SjLL).

Det kan också uppkomma motsatta situationer, som berör individer vars beslut om högriskskydd enligt sjuklönelagen har sin

grund i längre sjukperioder eller i aktivitetsersättning och som således inte omfattas av högriskskyddet i form av undantag från karensavdrag från sjukpenning (jfr föreslagna 27 kap. 44 a § SFB). Det kan avse situationen att ett beslut om högriskskydd börjar gälla mitt under en arbetstagares pågående sjuklöneperiod. Om arbetstagaren fortsätter att vara sjuk är hen enligt arbetsgruppens förslag hänvisad till att ansöka om sjukpenning för den del av sjukperioden som omfattas av beslutet om högriskskydd. Om sjukpenning lämnas kommer inget karensavdrag göras i detta fall eftersom sjukperioden inte har inletts med sjukpenning (27 kap. 27 § första stycket och 26 § andra stycket SFB).

Det kan vidare avse situationen att en individ får sjuklön för en sjukperiod och, efter att ett beslut om högriskskydd börjat gälla, återinsjuknar inom fem dagar från den tidigare sjukperioden. Även i detta fall är individen hänvisad till att ansöka om sjukpenning för den senare sjukperioden. Enligt både sjuklönelagen (7 § tredje stycket) och socialförsäkringsbalken (27 kap 32 §) ska inget ytterligare karensavdrag göras om en sjukperiod börjar inom fem dagar från det att en tidigare sjukperiod har avslutats. Det är enligt arbetsgruppens bedömning rimligt att samma gäller även om den möjliga ersättningen ändras mellan sjukperioderna i det nu angivna fallet. Bestämmelserna i socialförsäkringsbalken torde också innebära att det är så, dvs. återinsjuknandebestämmelsen i balken gäller även om den första sjukperioden har skett inom tidsramen för arbetsgivarens skyldighet att betala sjuklön (se 27 kap. 32 § och definitionen av sjukperiod i 27 kap. 26 § första stycket 1 SFB). Det gäller dock förutsatt att sjukdomen under den första sjukperioden satte ner individens arbetsförmåga med minst en fjärdedel.

Lagtext

De grundläggande bestämmelserna om den ändrade ordningen för arbetstagare som omfattas av beslut om högriskskydd finns i 4 a § 1 SjLL och 27 kap. 44 a § SFB. Bestämmelsen om att karensavdrag från sjuklön inte ska göras vid övergången från sjukpenning till sjuklön på grund av att ett beslut om högriskskydd har upphört att gälla finns i 6 a § SjLL.

Bestämmelser där följdändringar görs med anledning av ändringarna ovan finns i 2 a § 3, 13 § andra stycket, 17, 26 och 28 §§ SjLL samt 27 kap. 1 och 27 §§ SFB. I 6 b §, 13 § andra och tredje stycket, 15 och 16 §§ SjLL görs strukturella ändringar.

Ändrad administration medför nya skyldigheter för Försäkringskassan och arbetsgivare

Förslag: Arbetsgivarens anmälningsskyldighet till Försäkringskassan enligt sjuklönelagen ska även avse sjukdomsfall för arbetstagare som omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt lagen och som har anmält sjukdomsfallet till arbetsgivaren. Arbetsgivarens anmälan ska i det fallet göras inom sju kalenderdagar från dagen då arbetstagaren har anmält sjukdomsfallet. I arbetsgivarens anmälan ska uppgifter lämnas om arbetsgivarens organisationsnummer, personnummer eller samordningsnummer, arbetstagarens personnummer eller samordningsnummer och datumet för den första dagen i sjukperioden. Försäkringskassan ska få meddela föreskrifter om att uppgifter om sjukdomsfall enligt ovan får lämnas genom automatiserad behandling.

Begränsningen att sjukpenning inte får lämnas för längre tid tillbaka än sju dagar före den dag då anmälan om sjukdomsfallet gjordes till Försäkringskassan ska inte gälla om arbetsgivaren ska anmäla sjukdomsfallet enligt ovan.

Försäkringskassan ska vara skyldig att skyndsamt underrätta arbetstagarens arbetsgivare om att ett beslut har meddelats om att bevilja arbetstagaren högriskskydd enligt sjuklönelagen. I underrättelsen ska även anges för vilken tidsperiod beslutet gäller. Även Försäkringskassans redan befintliga underrättelseskyldighet, när ett beslut om högriskskydd upphävs, ska göras skyndsamt. Vid en sådan underrättelse ska myndigheten även ange vid vilken tidpunkt beslutet upphör att gälla.

Skälen för förslag: En ändrad administration av högriskskyddet kräver förändringar i Försäkringskassan skyldighet att underrätta arbetsgivare och arbetsgivares anmälningsskyldighet. Dessa ändringar är nödvändiga för att säkerställa att arbetstagare med högriskskydd får ersättning i form av sjukpenning i stället för

sjuklön vid kort sjukfrånvaro. På motsvarande sätt behövs dessa ändringar för att säkerställa att arbetstagare som inte längre omfattas av högriskskydd åter kan få sjuklön från sin arbetsgivare vid kort sjukfrånvaro.

Lagtext

Bestämmelserna om arbetsgivares skyldighet att till Försäkringskassan anmäla sjukdomsfall för arbetstagare med beslut om högriskskydd finns i 12 § andra stycket SjLL. Bestämmelsen med bemyndigande till Försäkringskassan att meddela föreskrifter om automatiserad behandling finns i 2 § 2 förordningen (1998:562) med vissa bemyndiganden för Försäkringskassan. Bestämmelsen om undantag från tidsbegränsningen för retroaktiv sjukpenning finns i 27 kap. 18 § SFB. Bestämmelserna om Försäkringskassans undermålskyldighet gentemot arbetsgivare finns i 16 § SjLL.

13.3 Utökat högriskskydd

Förslag: Högriskskyddet för arbetstagare respektive försäkrade som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder ska utökas. Skyddet ska i stället gälla för dem som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra minst sju eller annars återkommande sjukperioder.

Skälen för förslag: Arbetsgruppen bedömer att det finns behov av att utöka högriskskyddet så att fler försäkrade med en sjukdom som medför en risk för återkommande sjukperioder ska kunna få skyddet.

De utökade situationerna som högriskskyddet är tänkta att omfatta innebär ett förbättrat skydd mot inkomstbortfall till följd av karensregler. Förslaget innebär att fler individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder ska kunna undantas från karensavdrag. Till personkretsen som ska omfattas av skyddet ingår liksom tidigare också individer som har eller ska genomföra donation eller transplantation.

Arbetsgruppen bedömer att skyddet liksom tidigare ska vara knutet till en individ. Om en individ beviljas skyddet så ska det gälla oavsett vilken sjukdom som sätter ned arbetsförmågan i det enskilda sjukfallet.

Det särskilda högriskskyddet i form av undantag från karensavdrag syftar till att skydda individer som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder från ett allt för stort inkomstbortfall till följd av karensreglerna. Som framgår av kapitel 10 så utgör det särskilda högriskskyddet ett reellt skydd mot inkomstbortfall till följd av karensregler för de individer som beviljas skyddet på grund av återkommande sjukperioder eller donation. Arbetsgruppen skattar att runt 12 000 individer årligen har särskilt högriskskydd och att majoriteten av dessa har skyddet med hänvisning till en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder. Bland arbetstagare omfattas 0,4 procent av kvinnor och 0,1 av män av en period med särskilt högriskskydd.

Tidigare förarbeten till regleringen om det särskilda högriskskyddet (prop. 1990/91:59 s. 30 och prop. 1990/91:181 s. 78 och 79) klargör att med *ett större antal* avses att antalet avslutade sjukperioder under en tolv månadersperiod kan bedömas bli fler än tio. Arbetsgruppen bedömer att den nu uttalade gränsen om att det ska kunna antas att individer är sjuka vid fler än tio tillfällen under en tolv månadersperiod är för högt ställd. Arbetsgruppen bedömer att för få individer med sjukdomar som medför återkommande sjukperioder omfattas av skyddet i dag och att fler individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukfrånvaro borde omfattas av skyddet. Arbetsgruppens förslag om att det utökade högriskskyddet ska kunna beviljas till individer med sjukdom som medför risk för återkommande sjukperioder innebär en mer generös reglering.

Arbetsgruppen föreslår att risk för återkommande sjukperioder ska tolkas som att individen har en sjukdom som under en kommande tolv månadersperiod antingen

1. medför risk för minst sju sjukperioder, eller
2. medför risk för skov som kan antas medföra nedsatt arbetsförmåga.

Skälet till att utöka personkretsen är att endast en del av de individer med kroniska eller andra sjukdomar som kan antas medföra återkommande sjukperioder har fler än tio sjukfall under en tolv månadersperiod. Arbetsgruppen bedömer att det utökade högriskskyddet bör omfatta fler individer med sjukdomar som innebär risk för återkommande sjukperioder. Exempel på sjukdomar som kan medföra sådan risk är neurologiska sjukdomar som migrän eller MS, mag- och tarmsjukdomar som Crohns sjukdom eller andra kroniska sjukdomar som endometrios. En del av dessa sjukdomar medför också risk för återkommande skov, d.v.s. perioder av tillfällig försämring av ett sjukdomstillstånd.

Rekvisitet ändras från att individen ska ha en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder, till att skyddet ska gälla för dem som har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra minst sju eller annars återkommande sjukperioder.

Arbetsgruppen bedömer vidare att reformen är träffsäker eftersom det även efter reformen endast är individer med sjukdomar som medför risk för återkommande eller långa sjukperioder som kommer att omfattas av högriskskyddet.

Även med ett utökat högriskskydd så är det endast en del individer som omfattas av detta undantag från karensavdrag. Den inledande självrisken i form av karensavdraget kommer därför att fortsätta fungera som en inledande självrisk för de flesta individer och kan därmed fortsätta att hantera risk för överutnyttjande.

När det gäller tidpunkt för implementering bedömer arbetsgruppen att både förslaget om ändrad administration och utökat högriskskydd med fördel genomförs samtidigt. Arbetsgruppen har övervägt ett förslag om stegvis implementering, genom att först ändra administrationen och därefter utöka skyddet. Syftet med att först ändra administrationen av högriskskyddet skulle vara att det innebär bättre förutsättningar för uppföljning av högriskskyddet i dess nuvarande utformning, och därmed ger möjligheter till en mer kvalificerad bedömning av behovet av att utöka högriskskyddet. Ett stegvis införande skulle också underlätta övergången för Försäkringskassan. Genom att först ändra administrationen och därefter utöka högriskskyddet skulle Försäkringskassan ges tid till att genomföra och följa upp resultatet av en informationsinsats om

högriskskyddet för att minska mörkertalet för högriskskyddet (se avsnitt 13.6).

Arbetsgruppen bedömer det ändå vara mer ändamålsenligt att genomföra båda förändringarna samtidigt. Det blir framför allt tydligare för alla berörda vad förändringarna medför, och skulle underlätta för Försäkringskassans informationsinsats. Vidare skulle ett utökat högriskskydd vara betydelsefullt för både berörda individer och arbetsgivare. Med hänsyn tagen till vad förändringen innebär för Försäkringskassan bedömer arbetsgruppen att förslagen tidigast kan träda i kraft den 1 juli 2025.

Lagtext

Bestämmelserna om högriskskydd mot karensavdrag från sjuklön och från sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning vid återkommande sjukperioder finns i 13 § första stycket andra meningen 1 SjLL och 27 kap. 41 § SFB.

13.4 Behov av följändringar i andra regleringar

Bedömning: Arbetsgruppens förslag medför att det kommer att uppstå en skillnad i skyddet mot inkomstbortfall till följd av karens mellan olika grupper av individer. De föreslagna förändringarna om karenstak och högriskskydd bör gälla på motsvarande sätt för individer med inkomst av annat förvärvsarbete (t. ex egenföretagare) och som betalar egenavgift samt gjort anmälan om karenstid på en dag. Den föreslagna regleringen om karenstak bör också gälla på motsvarande sätt för deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser. Det bör därför utredas om och i så fall hur nu gällande begränsningsregel för dessa grupper kan förändras på motsvarande sätt.

Skälen för bedömning: Arbetsgruppen har inte haft ett uppdrag att göra en översyn av regleringarna för individer med inkomst av annat förvärvsarbete och som betalar egenavgift (t.ex. egenföretagare) och inte heller för studerande och deltagare i arbetsmarknadspolitiska program. Arbetsgruppens förslag ovan om karenstak och

högriskskydd omfattar därför inte dessa individer, vilket innebär att det kommer uppstå en skillnad i skyddet mot inkomstbortfall till följd av karens mellan olika grupper av individer. Arbetsgruppen bedömer att det bör utredas om och i så fall hur nu gällande begränsningsregler och högriskskydd för dessa grupper kan förändras på motsvarande sätt.

Individer med inkomst av annat förvärvsarbete och som betalar egenavgift (egenföretagare) samt gjort anmälan om karenstid på en dag, omfattas av liknande begränsningsregler för karens om de haft minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna (27 kap. 39 § SFB). Behovet av följdändringar för dessa individer bör utredas vidare.

Deltagare i arbetsmarknadspolitiska program omfattas av liknande begränsningsregler för karens om de haft mer än tio karensdagar under en period om tolv månader (4 kap. 3 § andra stycket förordningen [2017:819] om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser). Behovet av följdändringar även för dessa individer bör utredas vidare.

Det kan argumenteras att individer med inkomst av annat förvärvsarbete (t.ex. egenföretagare) som betalar egenavgift samt gjort anmälan om karenstid på en dag också bör omfattas av den föreslagna regleringen av högriskskydd. Behovet av följdändringar för dessa individer bör därför utredas vidare.

13.5 Sekretess, tystnadsplikt och integritetsskydd

Bedömning: Utifrån den hantering av information som föranleds av arbetsgruppens förslag saknas det behov av nya eller ändrade bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess.

Den befintliga regleringen om personuppgiftsbehandling är tillräcklig för den personuppgiftsbehandling som kan komma att ske hos Försäkringskassan och hos arbetsgivare till följd av arbetsgruppens förslag. Det behöver således inte föras in någon ytterligare reglering om denna behandling med anledning av förslagen.

Om regeringens förslag i propositionen En ny dataskyddsreglering på socialförsäkringsområdet (prop. 2023/24:29) genomförs kan en analys av den personuppgiftsbehandling som

föranleds av arbetsgruppens förslag behöva göras i förhållande till den nya dataskyddsregleringen.

Skälen för bedömning: Inom ramen för de ärenden och situationer som berörs av arbetsgruppens förslag krävs att Försäkringskassan och arbetsgivare har tillgång till och hanterar olika uppgifter. I stora delar handlar det om uppgifter som redan i dag hanteras inom ramen för Försäkringskassans och arbetsgivares redan befintliga verksamheter. Det gäller information till Försäkringskassan och arbetsgivare inom ramen för ärenden om sjukpenning respektive sjuklön (karenstaket). Det gäller vidare information till och från Försäkringskassan i ärenden om högriskskydd (utökat skydd och undantag från karensavdrag från sjukpenning i fler fall). Avsikten med förslagen i dessa delar är att fler individer ska omfattas av karenstak och högriskskydd. Förslagen innebär inget nytt när det gäller vilka typer av uppgifter som måste hanteras. Precis som i dag behövs i dessa fall uppgifter för att identifiera den berörda individen och dennes arbetsgivare samt uppgifter om individens hälsa.

Arbetsgruppens förslag om en ny administration av högriskskydd medför emellertid att Försäkringskassan kommer behöva hantera uppgifter om individer och arbetsgivare i vissa nya sammanhang (se avsnitt 13.2). Detsamma gäller vissa uppgifter om arbetstagare som arbetsgivare behöver hantera.

Ett nytt sådant sammanhang följer av arbetsgivares nya skyldighet att till Försäkringskassan anmäla sjukdomsfall för arbetstagare som omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt sjuklönelagen. Det handlar då om uppgifter för att identifiera arbetstagaren och arbetsgivaren samt uppgift om den första dagen i sjukperioden (se föreslagna 12 § andra stycket SjLL). Genom dessa uppgifter kan utläsas viss indirekt information om en individs hälsosituation, att individen har varit sjuk och att hen har en sjukdom som ger rätt till högriskskydd. Ett annat nytt sammanhang följer av Försäkringskassans nya skyldigheter att underrätta arbetsgivare om att en arbetstagare har beviljats högriskskydd och för vilken tidsperiod samt från och med vilken tidpunkt ett upphävt beslut högriskskydd upphör att gälla (se föreslagna 16 § SjLL). Utöver de nyss angivna uppgifterna handlar det även i dessa fall om uppgifter för att identifiera både den berörda individen och dennes arbetsgivare. Även i dessa fall innebär uppgifterna viss indirekt information om en

individuvs hälsosituation, att hen har eller har haft en sjukdom som ger rätt till högriskskydd.

De typer av uppgifter som behöver hanteras i de nya sammanhangen ovan är i stort desamma som typerna av uppgifter som redan i dag behandlas till följd av arbetsgivares befintliga skyldighet att anmäla sjukdomsfall (12 § första stycket SjLL) och Försäkringskassans befintliga underrättelseskyldighet om att ett beslut om högriskskydd har upphävts (nuvarande 13 § fjärde stycket femte meningen SjLL), med tillägg för angivande av vissa datum.

Nedan analyseras den tillgång till och hantering av information som föranleds av arbetsgruppens förslag i förhållande till tystnadsplikt, sekretess och personuppgiftsbehandling.

Sekretess och tystnadsplikt

Försäkringskassan som handläggande myndighet

I 28 kap. 1 § första stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, finns en bestämmelse som avser sekretess för uppgifter inom ramen för Försäkringskassans verksamhet med att handlägga ärenden inom framför allt socialförsäkringen. Bestämmelsen gäller till skydd för enskild i bl.a. ärenden enligt lagstiftningen om allmän försäkring. De uppgifter som omfattas är sådana om enskildas personliga förhållanden, som kan avse exempelvis personnummer och hälsotillstånd. För uppgifterna gäller sekretess om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Den nämnda bestämmelsens räckvidd omfattar uppgifter som förekommer i ärenden om sjukpenning, vilket även bedöms omfatta t.ex. uppgifter i en anmälan om sjukdomsfall och uppgifter om beslut om högriskskydd. Enligt arbetsgruppens bedömning behöver inga ytterligare bestämmelser om sekretess införas till följd av arbetsgruppens förslag.

Enligt arbetsgruppen utgör den föreslagna bestämmelsen om Försäkringskassans underrättelseskyldighet (föreslagna 16 § första stycket SjLL) en sekretessbrytande bestämmelse enligt 10 kap. 28 § och 28 kap. 6 § OSL. Eventuell sekretess enligt ovan innebär således inget hinder för Försäkringskassan att lämna ut de aktuella uppgifterna till arbetsgivare.

Arbetsgivare

I 18 § första och andra stycket SjLL finns bestämmelser om tystnadsplikt för arbetsgivare i privat verksamhet. Att bryta mot en lagstadgad tystnadsplikt är straffsanktionerat enligt 20 kap. 3 § brottsbalken. Tystnadsplikten enligt sjuklönelagen omfattar uppgifter om personliga förhållanden som lämnas i intyg av läkare eller tandläkare eller i en skriftlig försäkran från arbetstagaren om att hen har varit sjuk. Sådana uppgifter som arbetsgivare kommer behöva ha tillgång till på grund av arbetsgruppens förslag om en ny administration av högriskskyddet omfattas inte av detta, dvs. uppgifter som ska anges i arbetsgivarens anmälan om sjukdomsfall för arbetstagare med högriskskydd och uppgifter i Försäkringskassans underrättelse om beslut om högriskskydd. Redan i dag har arbetsgivare tillgång till sådana typer av uppgifter som avses, som alltså inte omfattas inte av tystnadsplikten ovan (jfr prop. 1990/91:181 s. 50). Det handlar om uppgifter som ska lämnas enligt den befintliga anmälningskyldigheten om sjukdomsfall för arbetstagare och uppgifter i Försäkringskassans underrättelse om att ett beslut om högriskskydd har upphävts. För att arbetsgivare ska kunna uppfylla sina skyldigheter enligt sjuklönelagen på ett korrekt sätt krävs det dessutom redan i dag att de har uppgift om att en arbetstagare omfattas av ett beslut om högriskskydd och för vilken tidsperiod samt vid vilken tidpunkt ett beslut om högriskskydd upphävs. Arbetsgruppen bedömer inte att det finns skäl för att utöka tystnadsplikten eller göra några andra ändringar avseende denna till följd av de förslag som lämnas i denna promemoria. Bestämmelsen om tystnadsplikt innebär därmed inget hinder för arbetsgivare i fråga att lämna uppgifter till Försäkringskassan i enlighet med den nya anmälningskyldigheten om sjukdomsfall för arbetstagare med högriskskydd.

För arbetsgivare i allmän verksamhet gäller bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen, i detta fall bl.a. 39 kap. 2 §. I den paragrafen finns bestämmelser om sekretess till skydd för enskilda för uppgifter i personaladministrativ verksamhet om bl.a. hälsotillstånd. Sekretess gäller om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Därutöver gäller enligt 39 kap. 3 § första stycket OSL sekretess i personaladministrativ verksamhet för andra uppgifter om en enskilds personliga förhållanden, t.ex. personnummer, om det kan antas att den

enskilde eller någon närstående utsätts för våld eller lider annat allvarligt men om uppgiften röjs. Arbetsgruppen gör bedömningen att sådana uppgifter som arbetsgivare kommer behöva ha tillgång till på grund av arbetsgruppens förslag om en ny administration av högriskskydd kan omfattas av dessa bestämmelser, på samma sätt som motsvarande uppgifter som arbetsgivarna redan i dag har tillgång till. Inte heller i detta fall bedömer arbetsgruppen att det finns skäl att göra några ändringar till följd av arbetsgruppens förslag. Enligt arbetsgruppen utgör den föreslagna bestämmelsen om anmälningsskyldighet (föreslagna 12 § andra stycket SjLL) en sekretessbrytande bestämmelse enligt 10 kap. 28 § OSL. Eventuell sekretess enligt ovan innebär således inget hinder för arbetsgivare i fråga att lämna uppgifter till Försäkringskassan i enlighet med den nya anmälningsskyldigheten om sjukdomsfall för arbetstagare med högriskskydd.

Integritetsskydd

Arbetsgruppens förslag innebär att personuppgifter kommer behöva behandlas av både Försäkringskassan och arbetsgivare enligt vad som har beskrivits tidigare i avsnittet. I det sammanhanget blir det aktuellt att tillämpa Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), nedan kallad dataskyddsförordningen.

Enligt dataskyddsförordningen avses med personuppgifter varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person som är i livet. Avgörande är om den personuppgiftsansvarige eller någon annan kan knyta den aktuella uppgiften, ensamt eller i kombination med andra uppgifter, till en individ (se artikel 4.1 i samt skäl 26 och 27 till dataskyddsförordningen). Begreppet har således en vid betydelse. Det har även begreppet behandling, som omfattar exempelvis insamling, registrering, lagring, bearbetning, utlämnande genom överföring, spridning eller radering (se artikel 4.2 i dataskyddsförordningen).

Personuppgiftsbehandling av Försäkringskassan som handläggande myndighet

Den personuppgiftsbehandling som Försäkringskassan i egenskap av handläggande myndighet kommer behöva göra till följd av arbetsgruppens förslag sker för att fastställa en individs rätt till sjukpenning, framför allt vad gäller ersättningsperiod och ersättningens storlek. Den sker även för att myndigheten ska kunna underrätta arbetsgivare om beslut om högriskskydd enligt vad arbetsgruppen föreslår ska föreskrivas i sjuklönelagen. Behandlingen kommer att företas på automatisk väg (jfr artikel 2.1 i dataskyddsförordningen).

Befintlig reglering

Utöver den grundläggande regleringen om behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningen finns bestämmelser om sådan personuppgiftsbehandling hos Försäkringskassan som nu är i fråga i 114 kap. SFB och förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration.

För att få behandla personuppgifter, krävs att det finns en rättslig grund för behandlingen (artikel 6 i dataskyddsförordningen). Försäkringskassans behandling enligt ovan är nödvändig för att myndigheten ska kunna fullgöra sin uppgift att handlägga ärenden om sjukpenning och högriskskydd enligt vad som regleras i socialförsäkringsbalken och sjuklönelagen i den lydelse som föreslås av arbetsgruppen och i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan. Behandlingen är vidare nödvändig för att myndigheten ska kunna fullgöra sin underrättelseskyldighet gentemot arbetsgivare enligt sjuklönelagen i den lydelse som arbetsgruppen föreslår. De rättsliga grunderna för Försäkringskassans behandling är därmed att den är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse och att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse och som ett led i myndighetsutövning (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen). De rättsliga grunderna är fastställda i nationell rätt, dvs. i de ovan nämnda lagarna och den ovan nämnda förordningen (jfr artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). De närmare ändamålen för Försäkringskassans behandling av personuppgifter i allmänhet finns i socialförsäkringsbalken.

Bestämmelserna i 114 kap. SFB tillämpas vid behandling av personuppgifter i verksamhet som gäller förmåner enligt balken och är därmed tillämpliga i förhållande till ärenden om sjukpenning och högriskskydd enligt arbetsgruppens förslag (se 114 kap. 2 § första stycket SFB). De ändamål för vilka Försäkringskassan får behandla personuppgifter i allmänhet framgår av 114 kap. 7–10 §§ SFB. Myndigheten får i sin verksamhet behandla personuppgifter bl.a. om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades rättigheter i fråga om förmåner ska kunna bedömas eller fastställas och om det är nödvändigt för att handlägga ärenden (114 kap. 7 § första stycket 2 och 4 SFB). Sådana personuppgifter som behövs i ärenden om sjukpenning och högriskskydd enligt arbetsgruppens förslag kommer att behandlas för samma ändamål som motsvarande personuppgifter redan i dag behandlas för i sådana ärenden. Försäkringskassan får vidare behandla personuppgifter som behandlas för ändamålen ovan för att tillhandahålla information utanför den egna myndigheten på grund av en sådan bestämmelse om skyldighet att lämna ut uppgifter till andra myndigheter som avses i 10 kap. 28 § första stycket OSL eller ett sådant medgivande att lämna ut uppgifter som följer av särskilda bestämmelser i lag eller förordning (114 kap. 9 § 1 och 2 SFB, se även avsnitt *Sekretess och tystnadsplikt* ovan). Sådana personuppgifter som behövs för att Försäkringskassan ska kunna fullgöra sin underrättelseskyldighet i fråga om beslut om högriskskydd gentemot arbetsgivare enligt sjuklönelagen i den lydelse som arbetsgruppen föreslår kommer behandlas för samma ändamål som motsvarande personuppgifter redan i dag behandlas för när myndigheten fullgör sin underrättelseskyldighet om att ett beslut om högriskskydd har upphävts. Uppgifterna får behandlas i socialförsäkringsdatabasen (se 114 kap. 14 § och 15 § första stycket SFB och 2 § förordningen om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration).

Den aktuella regleringen om personuppgiftsbehandling har redan i ett tidigare lagstiftningsärende ansetts vara förenlig med dataskyddsförordningen (se prop. 2017/18:171 s. 76).

Känsliga personuppgifter

Som framgår ovan kommer personuppgiftsbehandlingen hos Försäkringskassan även omfatta uppgift om hälsa, som är en s.k. känslig personuppgift. Försäkringskassans behandling av sådana personuppgifter är nödvändig för att myndigheten ska kunna fullgöra sina åligganden i ärenden om sjukpenning och högriskskydd och för att myndigheten ska kunna fullgöra sin underrättelseskyldighet gentemot arbetsgivare enligt sjuklönelagen i den lydelse som arbetsgruppen föreslår. Behandling av känsliga personuppgifter är som utgångspunkt förbjuden, med vissa undantag. Sådana personuppgifter som nu avses får behandlas av Försäkringskassan eftersom det är nödvändigt av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse på grundval av svensk rätt (artikel 9.2 g i dataskyddsförordningen).

Det rättsliga stödet för Försäkringskassans behandling av de känsliga personuppgifterna i fråga finns i socialförsäkringsbalken, sjuklönelagen och förordningen med instruktion för Försäkringskassan. De närmare ändamålen för Försäkringskassans behandling av känsliga personuppgifter finns i socialförsäkringsbalken. Myndigheten får behandla känsliga personuppgifter om uppgifterna har lämnats till myndigheten i ett ärende eller om de är nödvändiga för handläggning av ett ärende. Myndigheten får vidare behandla sådana personuppgifter för att tillhandahålla information utanför den egna myndigheten (114 kap. 9 § SFB), om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet (114 kap. 11 § första stycket SFB). För exempelvis ändamålet att tillgodose behov av underlag (114 kap. 7 § första stycket 2 SFB) får sådana känsliga personuppgifter behandlas som rör hälsa och som är nödvändiga med hänsyn till ändamålet (114 kap. 11 § andra stycket SFB). Sådana känsliga personuppgifter som kan behövas i ärenden om sjukpenning och högriskskydd samt för att myndigheten ska fullgöra sin underrättelseskyldighet gentemot arbetsgivare utifrån arbetsgruppens förslag kommer att behandlas för samma ändamål som motsvarande personuppgifter redan i dag behandlas för i de ärenden och situationer som är i fråga. Uppgifterna får behandlas i socialförsäkringsdatabasen (se 114 kap. 15 § andra stycket och 16 § SFB och 2 § förordningen om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration). I socialförsäkringsbalken finns bestämmelser som omfattar skyddsåtgärder

för att i de nu aktuella fallen säkerställa individens grundläggande rättigheter och intressen (bl.a. 114 kap.17, 18, 19, 24, 27 och 31 §§).

De aktuella bestämmelserna har ansetts förenliga med artikel 9.2 g i dataskyddsförordningen (se prop. 2017/18:171 s. 193).

Integritetsrisker och proportionalitetsbedömning

Det kan finnas integritetsrisker med den personuppgiftsbehandling till följd av arbetsgruppens förslag som nu är i fråga. Hos Försäkringskassan samlas många olika uppgifter om individer som berörs av socialförsäkringen. I och med arbetsgruppens förslag kommer fler individer och situationer att beröras av rätten till högriskskydd. Vidare kommer fler individer att beröras av rätten till sjukpenning till följd av den ändrade administrationen för högriskskydd. Detta innebär att Försäkringskassan kommer att behandla fler personuppgifter avseende fler individer än i dag. Individuella handläggare och beslutsfattare hos myndigheten kommer att kunna ta del av uppgifterna. Det kan finnas risk för spridning. Därutöver omfattar behandlingen i nu aktuella fall uppgifter som anses mer skyddsvärda än andra (hälsa och personnummer/samordningsnummer), varför extra försiktighet är motiverad.

Syftet med behandlingen inom ramen för Försäkringskassans handläggning av ärenden om sjukpenning och högriskskydd är i förlängningen att rätt person ska få rätt ersättning. Syftet med myndighetens underrättelseskyldighet gentemot arbetsgivare är i förlängningen att säkerställa att arbetsgivare har förutsättningarna för att fullgöra sina skyldigheter enligt sjuklönelagen gentemot sina arbetstagare på ett korrekt sätt. De uppgifter som kommer att behandlas är enbart sådana uppgifter som behövs för att Försäkringskassan ska kunna handlägga ett ärende om sjukpenning eller högriskskydd och uppfylla sin underrättelseskyldighet i enlighet med arbetsgruppens förslag. Exempelvis ska underrättelsen till arbetsgivare endast omfatta uppgift om att beslut har fattats och för vilken tidsperiod, inte några närmare detaljer om skälen för beslutet eller individens hälsa. Vidare handlar det i grunden om samma typer av uppgifter som Försäkringskassan redan i dag behandlar i befintliga ärendetyper hos myndigheten. Därutöver omfattas behandlingen av känsliga personuppgifter av skyddsbestämmelser

för att exempelvis minska risken för spridning av uppgifterna. Dessutom omfattas uppgifter om enskilds personliga förhållanden i dettas sammanhang av sekretessbestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen (se framför allt 28 kap. 1 §, men även 21 kap. 1 och 7 §§). Personuppgifterna kommer att behandlas inom en myndighet som redan hanterar personuppgifter av det avsedda slaget och som har uppbyggda system för en sådan behandling. Det är Försäkringskassan såsom personuppgiftsansvarig (114 kap. 6 a § SFB) som ansvarar för att dataskyddsregleringen efterlevs i praktiken.

Det bedöms inte finnas någon annan, eventuellt mindre ingripande, metod för att Försäkringskassan ska kunna fullgöra sin åligganden utifrån den aktuella regleringen enligt arbetsgruppens förslag eller för att på ett effektivt och säkert sätt åstadkomma det som åliggandena i fråga är avsedda att uppnå.

Arbetsgruppen bedömer att den personuppgiftsbehandling som det nu är fråga om är proportionerlig, även med beaktande av att den omfattar känsliga personuppgifter.

Slutlig bedömning

Sammanfattningsvis bedöms de befintliga regelverken om behandling av personuppgifter vara tillräckliga för den personuppgiftsbehandling hos Försäkringskassan i egenskap av handläggande myndighet som arbetsgruppens förslag medför.

Regeringen föreslår i propositionen En ny dataskyddsreglering på socialförsäkringsområdet (prop. 2023/24:29) en ny dataskyddsreglering för bl.a. Försäkringskassan. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 15 februari 2024. Riksdagens beslut om regeringens förslag är planerat till den 24 januari 2024. Om regeringens förslag genomförs kan en analys av den personuppgiftsbehandling som föranleds av arbetsgruppens förslag behöva göras i förhållande till den nya dataskyddsregleringen.

Personuppgiftsbehandling av arbetsgivare

Den personuppgiftsbehandling som arbetsgivare kommer behöva göra till följd av arbetsgruppens förslag sker i syfte att fastställa en arbetstagares rätt till sjuklön och för att arbetsgivaren ska kunna

fullgöra sin anmälningsskyldighet gentemot Försäkringskassan enligt sjuklönelagen i den lydelse som arbetsgruppen föreslår. Behandlingen kan förväntas komma att företas på automatisk väg (jfr artikel 2.1 i dataskyddsförordningen).

Befintlig reglering

I detta fall är det i första hand lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad dataskyddslagen, som ska tillämpas vid sidan av dataskyddsförordningen. Bestämmelserna i dataskyddslagen tillämpas vid behandling av personuppgifter i allmänhet, om det inte finns någon avvikande bestämmelse i annan lag eller förordning som träffar behandlingen i fråga (1 kap. 6 § dataskyddslagen).

Arbetsgivarnas personuppgiftsbehandling enligt ovan är nödvändig för att de ska kunna fullgöra sina skyldigheter enligt sjuklönelagen enligt arbetsgruppens förslag, både arbetsrättsliga skyldigheter gentemot sina arbetstagare och anmälningsskyldighet gentemot Försäkringskassan. De rättsliga grunderna för arbetsgivarnas behandling är därmed att den är nödvändig för att fullgöra en rättlig förpliktelse och att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 c och e i dataskyddsförordningen och 2 kap. 1 och 2 §§ dataskyddslagen). De rättsliga grunderna är fastställda i nationell rätt, dvs. i sjuklönelagen (jfr artikel 6.3 i dataskyddsförordningen). Den rättsliga förpliktelsen och uppgiften av allmänt intresse kan också följa av kollektivavtal. Sådana personuppgifter som behövs för att en arbetsgivare ska kunna bedöma en arbetstagares rätt till sjuklön eller ska kunna fullgöra sin anmälningsskyldighet gentemot Försäkringskassan avseende en arbetstagare som omfattas av ett beslut om högriskskydd kommer att behandlas för samma ändamål som motsvarande personuppgifter redan i dag behandlas för vid arbetsgivares bedömning av en arbetstagares rätt till sjuklön eller fullgörande av den redan befintliga anmälningsskyldigheten i sjuklönelagen gentemot Försäkringskassan.

Särskilt skyddsvärda personuppgifter

Även personuppgiftsbehandlingen hos arbetsgivare kommer att omfatta känsliga personuppgifter (hälsa). Arbetsgivares behandling av sådana personuppgifter är nödvändig för att de ska kunna fullgöra sina skyldigheter i fråga om sjuklön till arbetstagare och sin anmälningsskyldighet gentemot Försäkringskassan enligt sjuklönelagen i den lydelse som arbetsgruppen föreslår. Sådana uppgifter får behandlas av arbetsgivarna i de nu aktuella fallen eftersom det är nödvändigt för att arbetsgivare eller arbetstagare ska kunna fullgöra sina skyldigheter och utöva sina särskilda rättigheter inom arbetsrätten och på området social trygghet (artikel 9.2 b i dataskyddsförordningen och 3 kap. 2 § första stycket dataskyddslagen). Det rättsliga stödet för arbetsgivares behandling av de känsliga personuppgifterna i fråga finns i sjuklönelagen. Sådana känsliga personuppgifter som behövs för att en arbetsgivare utifrån arbetsgruppens förslag ska kunna fullgöra sina arbetsrättsliga skyldigheter enligt sjuklönelagen gentemot arbetstagare på ett korrekt sätt och sin anmälningsskyldighet gentemot Försäkringskassan kommer att behandlas för samma ändamål som motsvarande personuppgifter redan i dag behandlas för i de situationer som är i fråga. I dataskyddslagen finns en bestämmelse om skyddsåtgärder för att i de nu aktuella fallen säkerställa individens grundläggande rättigheter och intressen (3 kap. 2 § andra stycket). Eftersom det i och med arbetsgruppens förslag finns en skyldighet enligt sjuklönelagen för arbetsgivare att lämna uppgifter till Försäkringskassan, hindrar inte bestämmelsen om skyddsåtgärder att så görs.

Även personnummer och samordningsnummer kommer behöva behandlas av arbetsgivare. Sådana personuppgifter får behandlas utan samtycke endast när det är klart motiverat med hänsyn till ändamålet med behandlingen, vikten av en säker identifiering eller något annat beaktansvärt skäl (3 kap. 10 § dataskyddslagen, se också artikel 87 i dataskyddsförordningen). På samma sätt som i fråga om den redan befintliga behandlingen av personuppgifter i arbetsgivares personaladministrativa verksamhet är det avgörande att rätt person kan identifieras i de situationer som följer av arbetsgruppens förslag.

Integritetsrisker och proportionalitetsbedömning

Det kan finnas integritetsrisker även med den nu aktuella personuppgiftsbehandlingen till följd av arbetsgruppens förslag. I och med arbetsgruppens förslag kommer fler individer att beröras av rätten till högriskskydd. Det innebär att arbetsgivare i det sammanhanget kommer att behandla fler personuppgifter avseende fler individer än i dag. Vidare kommer arbetsgivaren till följd av arbetsgruppens förslag om en ny administration för högriskskydd behöva behandla personuppgifter i samband med anmälan om sjukdomsfall till Försäkringskassan i fler fall. Viss personal hos arbetsgivare kommer att kunna ta del av uppgifterna och det kan finnas risk för spridning. Behandlingen omfattar även i dessa fall uppgifter som anses mer skyddsvärda än andra (hälsa och personnummer/samordningsnummer), varför extra försiktighet är motiverad.

Syftet med behandlingen inom ramen för arbetsgivares hantering av sjuklön är i förlängningen att rätt person ska få rätt sjuklön. Syftet med arbetsgivares anmälningsskyldighet gentemot Försäkringskassan är i förlängningen att säkerställa att en person som har rätt till sjukpenning ska få sådan ersättning och det utifrån korrekta förutsättningar. De uppgifter som kommer att behandlas är enbart sådana uppgifter som behövs för att arbetsgivare ska kunna fullgöra sina skyldigheter. Exempelvis innebär arbetsgruppens förslag att det inte behövs någon närmare information om arbetstagarens sjukdom, utan endast att arbetstagaren har varit sjuk och när samt att arbetstagaren omfattas av ett beslut om högriskskydd och för vilken tid. De personuppgifter som nu avses måste arbetsgivare redan i dag ha för att de ska kunna fullgöra sina arbetsrättsliga skyldigheter och sin anmälningsskyldighet enligt sjuklönelagen. Uppgifterna har inte bedömts vara av sådan allvarlig art att de bör omfattas av regleringen om tystnadsplikt i sjuklönelagen (se avsnitt *Sekretess och tystnadsplikt* ovan). Behandlingen av känsliga personuppgifter omfattas dock i detta sammanhang av en skyddsbestämmelse för att minska risken för spridning. Hos arbetsgivare i allmän verksamhet omfattas dessutom uppgift om enskilda personliga förhållanden av bestämmelser om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (39 kap. 2 och 3 §§). Arbetsgivare i privat verksamhet har överhuvudtaget ingen skyldighet att lämna ut uppgifter. Det är den personuppgiftsansvarige, dvs. i detta fall respektive arbetsgivare, som ansvarar för att dataskydds-

regleringen efterlevs i praktiken (jfr artikel 4.7 i dataskyddsförordningen).

Det bedöms inte finnas någon annan, eventuellt mindre ingripande, metod för att arbetsgivarna ska kunna fullgöra sina åligganden utifrån den aktuella regleringen enligt arbetsgruppens förslag eller för att på ett effektivt och säkert sätt åstadkomma det som åliggandena är avsedda att uppnå.

Också i förhållande till arbetsgivare bedömer arbetsgruppen att den personuppgiftsbehandling som arbetsgruppens förslag ger upphov till är proportionerlig, även med beaktande av att den till viss del avser känsliga personuppgifter.

Slutlig bedömning

Sammanfattningsvis bedöms de befintliga regelverken om behandling av personuppgifter vara tillräckliga för den personuppgiftsbehandling hos arbetsgivare som arbetsgruppens förslag medför.

13.6 Behov av informationsinsats om karenstak och högriskskydd

Bedömning: Försäkringskassan bör få i uppdrag att genomföra informationsinsatser om karenstak och högriskskydd. Information om karenstak bör framför allt riktas till mindre arbetsgivare. En bred informationsinsats om högriskskyddet bör både riktas till individer, arbetsgivare och vårdgivare. Behovet av informationsinsatser gäller oberoende av arbetsgruppens förslag om karenstak, ändrad administration, samt utökat högriskskydd.

Skälen för bedömning: I samtal med arbetsmarknadens parter, företrädare för patientorganisationer genom Funktionsrätt Sverige, och Försäkringskassan har det framkommit att det generellt är låg kännedom om det allmänna högriskskyddet bland individer, samt att det finns risk att mindre arbetsgivare som har mer manuell lönehantering i högre grad missar att göra undantag från karensavdrag för de arbetstagare som omfattas av allmänt högriskskydd. Det har också framkommit att den allmänna

kännedomen om särskilt högriskskydd är låg såväl bland försäkrade, arbetsgivare som vårdgivare.

Arbetsgruppen bedömer därför att det finns behov av en informationsinsats om karenstaket som riktar sig till arbetsgivare, och särskilt sådana som i lägre grad använder lönesystem för lönehantering. Arbetsgruppen ser inte samma behov att informera individer om karenstaket, eftersom det är arbetsgivare och Försäkringskassan som främst behöver ha kunskap om begränsningsregeln för att kunna tillämpa regeln korrekt. Arbetsgruppen bedömer att det är rimligt att ett sådant informationsuppdrag ges till Försäkringskassan.

Arbetsgruppen bedömer vidare att det behöver bli tydligare för individer vid vilka skyddsvärda situationer som de kan ansöka om att helt undantas från karensavdrag i form av högriskskydd. Vi bedömer att det generellt är låg kännedom om särskilt högriskskydd bland försäkrade, arbetsgivare och vårdgivare. De individer som kan omfattas av högriskskyddet behöver få ökad kännedom om det, om att det finns möjlighet att ansöka om att omfattas av undantag från karensavdrag och om ansökningsförfarandet.

Arbetsgruppens nulägesanalys visar att det är troligt att det finns ett större mörkertal av individer som skulle kunna omfattas, men som inte ansöker om högriskskyddet. Det är dock svårt att estimerar mörkertalet bland individer. Arbetsgruppens analyser visar att det idag finns ett mörkertal av arbetsgivare som har möjlighet att ansöka om ersättning för sjuklönekostnader för individer med högriskskydd, men som av olika anledningar inte ansöker om denna ersättning (se avsnitt 10.3).

Även om administrationen av högriskskyddet skulle vara oförändrad, eller om skyddet inte utökas så behövs en större informationsinsats om skyddet. Försäkringskassan behöver undersöka hur individer, arbetsgivare och vårdgivare bättre kan nå av information om högriskskydd. Arbetsgruppen bedömer att en bred informationsinsats om högriskskyddet kan bidra till att fler individer än idag skulle kunna ansöka om och beviljas högriskskydd.

Arbetsgruppen bedömer att det i det fall administrationen av högriskskyddet ändras och Försäkringskassan skulle betala ut ersättning i form av sjukpenning till arbetstagare i stället för att arbetsgivare betalar ut sjuklön för arbetstagare som omfattas av högriskskydd finns ökade behov av att informera om skyddet.

Det finns även ökat behov att informera om vilka individer som har möjlighet att ansöka om samt beviljas skyddet i det fall högriskskyddet även utökas och en större grupp individer än tidigare kan omfattas av skyddet.

13.7 Behov av uppföljning av högriskskydd

Bedömning: Idag saknas förutsättningar för att göra en tillräcklig uppföljning av högriskskyddet. Arbetsgruppen bedömer att Försäkringskassan behöver skapa förutsättningar till regelbunden uppföljning av högriskskyddet.

Arbetsgruppen bedömer vidare att högriskskydd efter period med aktivitetsersättning eller vid risk för längre sjukperioder sannolikt inte fungerar som lagstiftaren tänkt. Det finns därför ett särskilt behov av en fortsatt uppföljning av måluppfyllelse och behov av att förändra dessa delar av högriskskyddet, sannolikt genom en separat översyn.

Skälen för bedömning: För att en uppföljning av högriskskyddet ska kunna genomföras krävs att det skapas förutsättningar att analysera utfall för de individer som ansöker om och beviljas skyddet, perioder som beslutet gäller, och sjukperioder hos de som omfattas av skyddet. I det fall arbetsgivare även fortsättningsvis ska kunna ansöka om, samt beviljas ersättning för sjuklönekostnader, så behövs även förutsättningar att analysera utfall kopplat till arbetsgivare och utbetalade belopp i ersättning för sjuklönekostnader. Sannolikt behöver Försäkringskassan skapa förutsättningar för dataanalyser på individnivå, analyser av enskilda arbetsgivare samt analys av sjuklönekostnader som kan kopplas till arbetstagare och arbetsgivare. Den mikrodata som idag finns om särskilt högriskskydd erbjuder begränsade möjligheter att analysera undantaget. För att genomföra sådana uppföljningar med regelbundenhet krävs sannolikt att uppgifter om högriskskydd läsas in i Försäkringskassans datalager SToRE.

Idag följs det särskilda högriskskyddet upp som del av Försäkringskassans modell för systematisk kvalitetsuppföljning (SKU). Uppföljningen fokuserar på handläggningsnära mått som utvecklingen av inkomna och avslutade ärenden, handläggningstider,

omprovningar, antal återkrav och antal årsarbetare. Försäkringskassan gör inte någon riskanalys för särskilt högriskskydd, det saknas en kontrollstruktur, vilket innebär att Försäkringskassan i dagsläget inte skattar eventuellt under- och överutnyttjande av särskilt högriskskydd. I dagsläget saknas underlag för att estimerar hur omfattande mörkertalet för högriskskyddet är, samt risken för felaktiga utbetalningar till arbetsgivare som ansöker om ersättning för sjuklönekostnader.

Försäkringskassan anger i den senaste kvalitetsanalysen (2022) att det saknas applikationskontroller, vilket medför att försäkringsutredare inte har systemstöd för kontroll av utbetalningar av ersättning till arbetsgivare. När arbetsgivare ansöker om ersättning för sjuklönekostnader gör handläggare på Försäkringskassan en rimlighetsbedömning av anspråket, men gör inte någon fördjupad utredning om de faktiska sjuklönekostnaderna. I kvalitetsanalysen lyfts också att handläggare uppfattar att det är många arbetsgivare som gör fel när de ska ansöka om ersättning för sjuklönekostnader. Vidare anger Försäkringskassan att de endast kan följa utbetalad ersättning till arbetsgivare. I det fall en arbetsgivare får ersättning för sjuklönekostnader för flera arbetstagare med särskilt högriskskydd, så finns det i dagsläget inte möjlighet för Försäkringskassan att följa vilken utbetalning som gjorts för respektive arbetstagare.

I det fall arbetsgruppens förslag genomförs finns ett fortsatt behov av en regelbunden uppföljning av felaktiga utbetalningar inom ramen för högriskskyddet. En sådan uppföljning bör innefatta en bedömning av risk för över- och underutnyttjande av högriskskydd bland individer. I det fall förslag om ändrad administration av högriskskyddet inte genomförs finns även ett fortsatt behov av regelbunden uppföljning av felaktiga utbetalningar i form av över- och underutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare med arbetstagare som har högriskskydd.

Högriskskyddet har flera syften och omfattar delvis olika situationer beroende på om individen är arbetstagare som omfattas av sjuklön eller inte. Arbetstagare kan bland annat beviljas högriskskydd enligt sjuklönelagen om de haft rätt till aktivitetsersättning under de senaste tolv månaderna före ansökan om högriskskydd, eller om de har en sjukdom som medför risk för en eller fler längre sjukperioder. Arbetsgruppen skattar att mycket

få av de individer som beviljas högriskskydd gör det på grund av dessa situationer, samtidigt som det sannolikt finns många fler än de som ansöker om skyddet av dessa anledningar som omfattas av personkretsen (se vidare avsnitt 10.3, kapitel 10).

Arbetsgruppen bedömer därför att det är tveksamt om dessa delar av högriskskyddet fyller syftet med regleringen; att förbättra arbetsmarknadssituationen för dessa individer genom att arbetsgivarens kostnader för deras sjukfrånvaro minskar. Det finns därför ett särskilt behov av en uppföljning av dessa delar av högriskskyddet, för att kunna ta ställning till skyddets ändamålsenlighet, och behov av att förändra skydden, sannolikt genom en separat översyn.

I det fall högriskskyddet utökas, så att fler individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder kan omfattas av det, så finns särskilda behov av uppföljning av regeländringen samt måluppfyllelse. Det behövs ökade förutsättningar för Försäkringskassan att få tillgång till tillförlitliga uppgifter om ersättning för sjuklönekostnader för enskilda arbetstagare. I det fall administrationen av högriskskyddet inte ändras så skulle en utökning av skyddet även medföra att fler arbetsgivare kan ansöka om ersättning för sjuklönekostnader. För att inte risk för felaktiga utbetalningar ska öka vid ett utökat högriskskydd behövs därmed bättre förutsättningar för Försäkringskassan att få tillgång till tillförlitliga uppgifter om sjuklönekostnader för enskilda arbetstagare.

14 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2025.

För sjuklöneperioder respektive sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet ska de äldre bestämmelserna om karenstak (i socialförsäkringsbalken tidigare benämnt allmänt högriskskydd) fortfarande gälla.

De äldre bestämmelserna om högriskskydd (tidigare benämnt särskilt högriskskydd) ska fortfarande gälla för beslut om sådant skydd, sjuklön och beslut om ersättning till arbetsgivare för kostnader för sjuklön för arbetstagare med högriskskydd som till någon del avser tid före ikraftträdandet. De äldre bestämmelserna ska i det fallet gälla längst för tid till och med den 31 december 2025.

Ersättning för höga sjuklönekostnader ska även fortsättningsvis minskas med belopp som Försäkringskassan med stöd av äldre bestämmelser har betalat ut till en arbetsgivare för kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagare med högriskskydd. Regeringen ska vid extraordinära händelser i fredstid även framöver få meddela föreskrifter om undantag från detta.

Skälen för förslag: De föreslagna författningsändringarna är avsedda att förbättra situationen för individer med återkommande sjukperioder genom utökade skydd mot inkomstbortfall till följd av karens. Ändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt. Arbetsgruppen bedömer att förslagen kan träda i kraft tidigast den 1 januari 2025.

För vissa delar av förslagen bör det finnas övergångsregleringar. Dessa beskrivs i det följande.

Karenstaken och de utökade högriskskydden

De föreslagna regleringarna bör ge en enhetlig effekt för de individer som berörs och som utgångspunkt endast påverka sjuklöneperioder respektive sjukperioder som börjar den 1 januari 2025 eller senare.

När det gäller förslagen om karenstak (i socialförsäkringsbalken tidigare benämnt allmänt högriskskydd) krävs särskilda övergångsregleringar för att det ska bli så, bl.a. eftersom ersättning kan ges retroaktivt. Det bör således regleras så att de nya bestämmelserna om karenstak inte gäller för sjuklöneperioder respektive sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet. Begränsningen bör dock inte gälla för de karensavdrag som ska beaktas vid bedömningen av om det nya karenstaket har uppnåtts. Även om sjuklöneperioden eller sjukperioden har börjat den 1 januari 2025 eller senare ska alltså karensavdrag som har gjorts före det datumet kunna räknas med vid bedömningen av om karenstaket har nåtts.

När det gäller de utökade högriskskydden (tidigare benämnda särskilt högriskskydd) krävs ingen övergångsreglering utan det följer av regleringarna i sig att skydden endast kan avse sjukperioder som börjar efter ikraftträdandet. Det är regleringen som gäller vid tidpunkten för Försäkringskassans beslut som är avgörande. Beslut enligt de föreslagna regleringarna kan inte fattas förrän efter att regleringarna har trätt i kraft och bedömningen vad gäller effekterna av individens sjukdom som innebär en rätt till högriskskydd görs för en framtida period. Om ansökan om högriskskydd har gjorts före ikraftträdandet kan kompletterande underlag för beslut behövas. Detta är en praktisk fråga för Försäkringskassan att hantera.

För beslut om högriskskydd som till någon del avser tid före den 1 januari 2025 bör de äldre bestämmelserna om i vilka situationer sådant skydd kan beviljas fortsätta att gälla efter ikraftträdandet. Det kan exempelvis bli aktuellt att tillämpa de bestämmelserna vid en prövning efter ikraftträdandet av ett överklagande av ett beslut att avslå en ansökan om högriskskydd som i vart fall delvis omfattar tid före ikraftträdandet. Beslut om högriskskydd kan vara tidsbestämda eller gälla tills vidare. För att hålla samman de nu angivna ändringarna i sak och ändringarna vad gäller administrationen av högriskskydd (se nedan) bör de äldre bestämmelserna i det nu aktuella fallet som utgångspunkt gälla för beslutets giltighetstid. Det innebär att beslut enligt de äldre bestämmelserna omfattas av administrationen

enligt de äldre bestämmelserna och tvärt om. För tid efter den 31 december 2025, dvs. ett år efter ikraftträdandet, bör dock alla individer med beslut om högriskskydd omfattas av den föreslagna regleringen.

En individ som har bedömts inte uppfylla villkoren för högriskskydd enligt de äldre bestämmelserna kan för tid efter ikraftträdandet ansöka om högriskskydd enligt de föreslagna bestämmelserna.

Den ändrade administrationen av högriskskydd

Någon övergångsreglering behövs inte för förslagen om ändrad administration av högriskskydd i förhållande till individer vars beslut om högriskskydd fattas efter ikraftträdandet. För dessa gäller den föreslagna regleringen direkt.

I förslaget om ändrad administration av högriskskydd ingår bl.a. att det undantag från karensavdrag från sjuklönen som vissa arbetstagare med högriskskydd i dag omfattas av och den ersättning som en arbetsgivare i dag kan få av Försäkringskassan för kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagare med högriskskydd tas bort. Vid ikraftträdandet kan det dock finnas situationer som avser tiden före den 1 januari 2025 som ännu inte har hanterats. Det kan handla om sjuklön till arbetstagare eller ersättning till arbetsgivare som ännu inte har betalats ut. För dessa situationer bör de äldre bestämmelserna i nämnda frågor fortfarande gälla.

I och med den effekt som en övergång till den föreslagna regleringen om administrationen av högriskskydd kan få för individer som omfattas av den i dag gällande regleringen bör dessa under en övergångsperiod efter ikraftträdandet fortfarande omfattas av de äldre bestämmelserna, dvs. med sjuklön, undantag från karensavdrag från sjuklön och möjlighet för arbetsgivaren att få ersättning för kostnader för sjuklön. Det var den regleringen som gällde när beslut om högriskskydd fattades i de avsedda fallen. En rimlig övergångsperiod i dessa fall bedöms vara tiden fram till dess att individens beslut upphör att gälla, men längst till och med den 31 december 2025. Efter det datumet bör således samtliga individer som berörs omfattas av den föreslagna regleringen om en ny administrativ

ordning för högriskskydd, även t.ex. de som har tidigare fattade beslut som gäller tills vidare.

Socialförsäkringsbalkens bestämmelser

Arbetsgruppen bedömer att det inte behövs några särskilda övergångsbestämmelser till bestämmelserna i socialförsäkringsbalken som avser den ändrade administrationen av högriskskydd. Tillämpningen av de bestämmelserna följer vad som gäller i fråga om arbetsgivarens ansvar gentemot arbetstagaren enligt sjuklönelagen. En individ har inte rätt till sjukpenning grundat på anställningsförmåner från en arbetsgivare för tid som ingår i en sjuklöneperiod när arbetsgivaren ska svara för sjuklön (se 27 kap. 9 § första stycket SFB och även 28 kap. 8 § samma balk). Om de äldre bestämmelserna i sjuklönelagen om särskilt högriskskydd gäller för arbetstagaren, har arbetsgivaren således ett sjuklöneansvar och arbetstagaren har inte rätt till sjukpenning för de första 14 dagarna i en sjukperiod hos den arbetsgivaren. Om de föreslagna bestämmelserna i sjuklönelagen gäller för arbetstagaren, finns det emellertid inget sjuklöneansvar hos arbetsgivaren som hindrar att arbetstagaren kan ha rätt till sjukpenning från och med den första dagen i en sjukperiod. Om individen i det fallet har rätt till sjukpenning, tillämpas även de nya bestämmelserna i socialförsäkringsbalken om t.ex. undantag från karensavdrag i det fall de är aktuella.

Följdändringar

I och med förslaget om den ändrade administrationen av högriskskydd och upphävandet av bestämmelserna om ersättning till arbetsgivare för kostnader för sjuklön som de har haft för arbetstagare med högriskskydd, föreslås även att bestämmelserna i sjuklönelagen som avser Försäkringskassans handläggning av ärenden och beslut om sådan ersättning tas bort. Vidare föreslås att bestämmelserna om hur sådan ersättning påverkar arbetsgivares ersättning för höga sjuklönekostnader tas bort.

De föreslagna övergångsregleringarna avseende den ändrade administrationen av högriskskydd innebär emellertid att ersättning enligt de äldre bestämmelserna till arbetsgivare för kostnader för

sjuklön som de har haft för arbetstagare med högriskskydd kommer att kunna lämnas även efter ikraftträdandet. I dessa fall bör även de äldre bestämmelserna om handläggning av ärenden, beslut och påverkan på ersättning för höga sjuklönekostnader fortfarande gälla.

För det fall det skulle bli fråga om en extraordinär händelse i fredstid bör regeringen även fortsättningsvis få meddela föreskrifter om undantag från bestämmelsen om hur ersättning till arbetsgivare för kostnader för sjuklön som de har haft för arbetstagare med högriskskydd påverkar ersättning för höga sjuklönekostnader, om det kan behövas för de situationer som nu avses.

15 Konsekvensanalys

I det här kapitlet redovisar vi arbetsgruppens bedömning av konsekvenserna av de författningsförslag som presenteras i den här promemorian. Vi har dock inte bedömt några konsekvenser av våra bedömningar om behov av följdändringar för andra grupper (se avsnitt 13.4), eller informationsinsatser (se avsnitt 13.6). Om framtida informationsinsatser av framför allt högriskskyddet skulle visa sig vara effektiva skulle antalet ansökningar och beviljanden av högriskskyddet potentiellt kunna öka betydligt mer än vad arbetsgruppen har estimerat. Det gäller även om förslagen som rör högriskskyddet inte skulle genomföras. Det är därför av särskilt stor vikt att både högriskskyddet och informationsinsatser följs upp av Försäkringskassan (se avsnitt 13.7).

Utgångspunkten för analysen är att förslagen träder i kraft 1 januari 2025. Till grund för analysen ligger därför en prognos över arbetsgivares sjuklönekostnader och där tillkommande avgifter och skatter för 2025.

15.1 Konsekvenser för individer

Förslag om ett sänkt karenstak och ett utökat högriskskydd berör individer som omfattas av dagens reglering om karensavdrag i sjuklönelagen och i socialförsäkringsbalken. Karenstaket kan bättre än tidigare allmänt högriskskydd bidra till att skydda individer mot ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karenregler vid återkommande sjukfrånvaro. Vidare uppnår högriskskyddet i högre grad än tidigare särskilt högriskskydd syftet att begränsa inkomstbortfallet för individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukfrånvaro. Därutöver har arbetsgruppen

identifierat konsekvenser för individer, som redovisas i det här avsnittet.

Fler individer kommer omfattas av karenstak

Förslag om att ersätta det nuvarande allmänna högriskskyddet med ett lägre satt karenstak medför att fler arbetstagare kan omfattas av undantag från karensavdrag. Bland offentliganställda och arbetstagare hos privata arbetsgivare, som analysen baseras på, bedömer vi att antalet arbetstagare som når upp till karenstaket kommer att öka från 68 000 till 274 000. En uppskattning för övriga arbetstagare är betydligt mer osäker. Om vi antar att antalet arbetstagare hos dessa arbetsgivare i dag når upp till det allmänna högriskskyddet är mellan 9 000 och 28 000, skulle antalet som omfattas av karenstaket kunna vara mellan 30 000 och 90 000.¹⁷¹ Totalt skulle detta innebära att antalet arbetstagare som skulle få ett undantag från karensavdraget genom ett karenstak under ett år skulle vara mellan cirka 300 000 och 400 000, motsvarande mellan 6 och 7 procent.

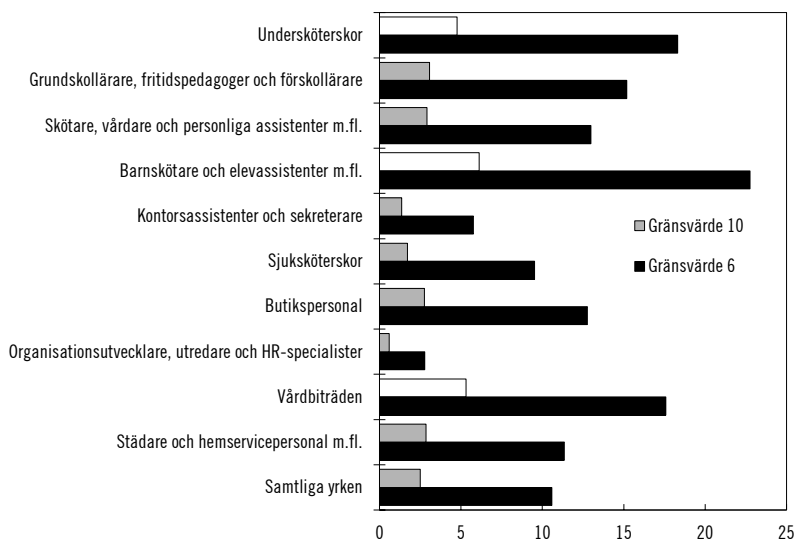
I figur 15.1 och 15.2 redovisas en skattning av andel arbetstagare som förväntas beröras av karenstak jämfört med det tidigare allmänna högriskskyddet. Redovisningen avser arbetstagare hos offentliga och större privata arbetsgivare. Andelen är fördelad efter de tio största yrkesgrupperna bland kvinnor respektive män i urvalet.¹⁷²

¹⁷¹ Antagandet baseras på att arbetstagare hos mindre privata arbetsgivare inte har lika många sjukfall som arbetstagare hos större privata arbetsgivare (se tabell 9.1 i avsnitt 9.1). Vi saknar uppgift om förekomst av återkommande sjukperioder bland mindre arbetsgivare. Sannolikt är skillnaderna ännu större än i tabell 9.1. Vi antar att andelen med allmänt högriskskydd respektive karenstak är 25–75 procent av motsvarande andel för arbetstagare hos större privata arbetsgivare.

¹⁷² De tio vanligaste yrkesgrupperna bland kvinnor och män hos offentliga och större privata arbetsgivare skiljer sig något från de tio vanligaste i hela populationen (jämför tabell 6.1 och 6.2 i avsnitt 6.2),

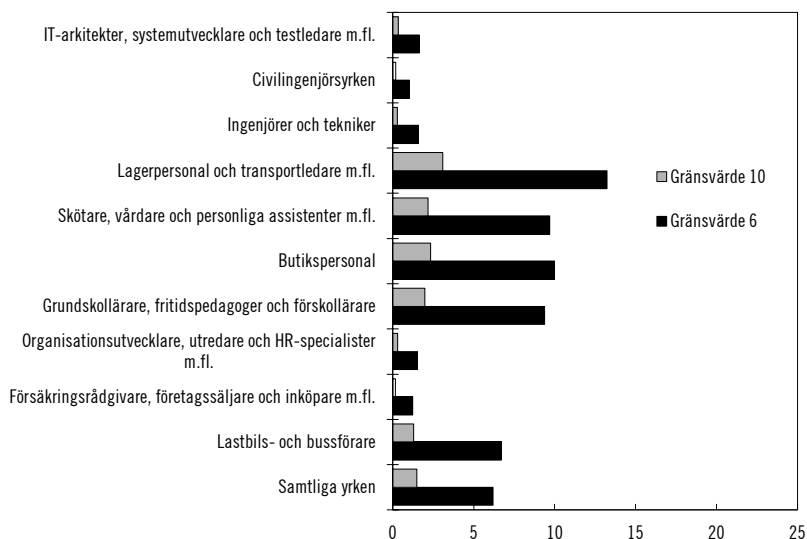
Figur 15.1 Andel arbetstagare* som berörs av karenstak vid gränsvärde 6 respektive 10 – kvinnor

Fördelade efter de tio vanligaste yrkesgrupperna** bland kvinnor



Figur 15.2 Andel arbetstagare* som berörs av karenstak vid gränsvärde 6 respektive 10 – män

Fördelade efter de tio vanligaste yrkesgrupperna** bland män



Anm.: Yrkesgrupperna är rangordnade efter antal kvinnor och män som ingår i urvalet. Uppgifterna avser arbetstagare hos offentliga och större privata arbetsgivare.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1A och 3A.

Figur 15.1 visar att andelen kvinnor som förväntas omfattas av begränsningsregeln ökar från 2,5 till 10,6 procent vid ett sänkt karenstak. Arbetstagare inom några av de större yrkesgrupperna bland kvinnor, förväntas omfattas av karenstaket i högre grad. Det gäller bland annat barnskötare och elevassistenter, undersköterskor, vårdbiträden och förskollärare. Karenstaket förväntas därmed i hög utsträckning träffa sådana arbetstagare inom vård, skola och omsorg som lyfts i arbetsgruppens uppdrag. I dessa yrkesgrupper är återkommande sjukfrånvaro vanligare.

Figur 15.2 redovisar motsvarande uppgifter för de 10 vanligaste yrkesgrupperna bland män. Figuren visar att bland män som är arbetstagare förväntas andelen som omfattas av begränsningsregeln öka från 1,5 till 6 procent vid förslaget om karenstak. De vanliga yrkesgrupper bland män som berörs i högre grad är lagerpersonal, skötare, vårdare och personliga assistenter, butikspersonal samt grundskollärare.

Högriskskydd ger ett ökat skydd mot inkomstbortfall för arbetstagare med sjukdomar som innebär risk för återkommande sjukfrånvaro

Förslaget om en ändrad administration för högriskskyddet kommer att medföra att arbetstagare i genomsnitt får en något minskad ersättning vid sjukfrånvaro under de första 14 dagarna av en sjukperiod. Det beror främst på omräkningsfaktorn för sjukpenning på 0,97¹⁷³, som gör att sjukpenningen för många är 3 procent lägre än sjuklönen. Det finns även ett inkomsttak för sjukpenning, som gör att månadsinkomster högre än 43 750 kronor (år 2023) inte kan försäkras genom den allmänna sjukförsäkringen. Vissa kollektivavtal försäkrar dock sådana inkomster från och med dag 15 i sjukperioden. Arbetsgruppen skattar att 10 procent av de individer som idag har särskilt högriskskydd har arbetsinkomster över inkomsttaket. Dessa kommer därför att få lägre ersättning som en konsekvens av arbetsgruppens förslag. Möjligheten finns dock att arbetsmarknadens parter skulle kunna komma överens om att kompensera berörda arbetstagare med inkomst över taket redan under de första 14 dagarna i en sjukperiod.

¹⁷³ 28 kap. 7 § 1 socialförsäkringsbalken.

En potentiell risk för arbetstagare vid en ändrad administration av högriskskydd är att det kommer att krävas att de har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) för att kunna få sjukpenning i stället för sjuklön vid kort sjukfrånvaro. Arbetsgruppen bedömer dock att få av de arbetstagare som ansöker om högriskskydd idag saknar en SGI. De flesta arbetstagare som omfattas av skyddet är sannolikt väletablerade på arbetsmarknaden och har en SGI. Om en situation skulle uppstå då individen inte längre vill omfattas av högriskskyddet, till exempel för att individen inte har en SGI, borde det vara möjligt för hen att få beslutet upphävt på egen begäran.

Det finns också en mindre risk att vissa av de arbetstagare som tidigare skulle fått sjuklön av arbetsgivare vid kort sjukfrånvaro vid en reform riskerar att få avslag från Försäkringskassan vid ansökan om sjukpenning. Arbetsgruppen bedömer att andel avslag för arbetstagare med särskilt högriskskydd sannolikt skulle bli lägre än andel avslag vid första ansökan om sjukpenning i sjukfall, som varit mellan 1–3,5 procent mellan 2020–2022.

Det finns också risk att arbetstagare som omfattas av högriskskydd kommer att behöva vänta något längre på att få ersättning vid sjukfrånvaro, vid det första sjukfallet efter beviljande av skyddet jämfört med idag. Det beror på att Försäkringskassan vid ansökan om sjukpenning utreder årsarbetstid, SGI och huruvida arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel. Vidare kommer arbetstagare med högriskskydd få en arbetstidsberäknad sjukpenning under de första 14 dagarna av en sjukperiod, och det medför generellt något längre handläggningstid, jämfört med kalenderdagsberäknad sjukpenning.

Arbetsgivares hantering av sjuklön innehåller färre utredningskrävande eller administrativt tunga moment. Men även arbetsgivares hantering av löneavdrag vid sjukfrånvaro för arbetstagare med månadslön och utbetalning av sjuklön för timanställda har en eftersläpning i tid. I många fall kommer sannolikt sjukpenningen betalas ut innan arbetstagaren får löneavdrag för sjukfrånvaro från sin arbetsgivare. De flesta lönehanteringssystem har rutiner för att hantera ersättning vid sjukfrånvaro. Löneavdraget vid sjukfrånvaro görs vanligtvis i samband med löneutbetalning den 25–27 respektive månad. Beroende på när sjukperioden startar så kan avdrag för sjuklön ske i efterhand vid nästkommande månads löneutbetalning. Löneavdraget vid sjukfrånvaro för arbetstagare med månadslön görs

vanligtvis tre till sju veckor i efterhand. För arbetstagare med timlön, för vilka något löneavdrag inte görs, sker sannolikt utbetalningen av sjuklönen med samma tidsintervall. Risken för ett tidsglapp mellan utbetalningen av sjukpenningen och löneavdraget från arbetsgivaren bedömer vi därför vara liten (se vidare avsnitt 13.2).

Att arbetsgivare idag ansvarar för ersättning vid korttidssjukfrånvaro under sjuklöneperioden kan leda till risk för selektionseffekter vid nyrekrytering för individer med sjukdomar som medför risk för återkommande eller långa sjukperioder. Det finns risk att arbetsgivare avstår från att anställa en individ som på grund av sjukdom har ökad risk för återkommande eller lång sjukfrånvaro. Denna risk bör minska genom dagens ersättning för sjuklönekostnader inom ramen för det särskilda högriskskyddet. Arbetsgruppen bedömer dock att risken minskar ytterligare genom en ändrad administration där Försäkringskassan ansvarar för att betala ut ersättning för inkomstbortfall vid sjukdom till arbetstagare som omfattas av högriskskyddet.

En ändrad administration där Försäkringskassan betalar ut sjukpenning från första dagen av en sjukperiod leder även till att arbetstagare med högriskskydd snabbare kommer i kontakt med Försäkringskassan jämfört med tidigare. En tidigare kontakt med Försäkringskassan kan i vissa fall innebära större möjligheter att snabbare påbörja insatser för anpassade arbetsuppgifter, eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Förslag om att utöka högriskskydd innebär att fler arbetstagare med sjukdomar som innebär risk för återkommande sjukperioder kan omfattas av skyddet, vilket leder till ett ökat skydd mot inkomstbortfall för dessa arbetstagare. Arbetsgruppen skattar att runt 12 000 individer årligen har högriskskydd, varav merparten har det på grund av en sjukdom som kan antas medföra återkommande sjukperioder. En preliminär skattning är att mellan 18 000 och 36 000 individer med sjukdomar som kan antas leda till återkommande sjukperioder skulle kunna beviljas högriskskydd om förslagen genomförs. I det fall andra insatser ger ett minskat mörkertal bland individer, så förväntas ökningen bli större än så.

Högriskskyddet förväntas i hög utsträckning träffa arbetstagare inom vård, skola och omsorg. Kvinnor i åldern 45–64 år är klart överrepresenterade bland individer som beviljats särskilt högriskskydd och bland yrkesgrupper som är överrepresenterade

med en högre andel arbetstagare med särskilt högriskskydd återfinns undersköterskor, barnskötare och förskollärare. Vid ett utökat högriskskydd skattar arbetsgruppen att sådan överrepresentation av dessa yrkesgrupper förväntas kvarstå.

Andra grupper av försäkrade påverkas i mindre utsträckning av arbetsgruppens förslag

Förslaget om karenstak föreslås även införas i socialförsäkringsbalken och därmed gälla för övriga grupper som föräldralediga, arbetslösa och behovsanställda som får sjukpenning från början av sjukperioden. Övriga grupper har däremot återkommande sjukfrånvaro i betydligt mindre utsträckning än anställda. Arbetsgruppen uppskattar att Försäkringskassan endast gjorde undantag från karensavdrag genom det allmänna högriskskyddet i totalt två fall under hela 2022. Även vid ett lägre satt karenstak förväntas antalet fall vara få.

Förslaget om ändrad administration av högriskskydd får ingen större påverkan för grupper av försäkrade som inte omfattas av sjuklön. Arbetslösa och föräldralediga med högriskskydd som har sjukpenning som baseras på en SGI kommer liksom tidigare att ansöka om sjukpenning i början av sjukfall. Detsamma gäller individer som arbetar men inte har rätt till sjuklön, som timanställda.

Förslaget om ett utökat högriskskydd föreslås även införas i socialförsäkringsbalken. Jämfört med anställda förväntas dock övriga försäkrade omfattas av regleringen om högriskskydd i lägre grad.

15.2 Konsekvenser för sjukfrånvaro och arbetsutbud

Arbetsgruppens förslag kan få viss inverkan på både sjukfrånvaron och arbetsutbudet, i de fall som förslagen skulle medföra beteendeeffekter i form av fler påbörjade sjukperioder och fler frånvarodagar. Arbetsgruppen bedömer dock att sådana beteendeeffekter av förslagen sammantaget är begränsade.

Förslaget om ett karenstak kan medföra fler sjukfall för individer med återkommande sjukfrånvaro

Förslaget om ett karenstak med ett lägre satt gränsvärde för att omfattas än med nuvarande allmänna högriskskydd innebär att fler individer kommer att undantas från karensavdrag. En sådan förändring kan medföra vissa beteendeeffekter i form av fler påbörjade sjukperioder bland dem som kommer upp till sex karensavdrag under en tolv månadersperiod. På kort sikt är sannolikt sådana beteendeeffekter små, då vi bedömer att kännedomen om det nuvarande allmänna högriskskyddet är begränsad och sannolikt fortsatt kommer att vara det inledningsvis. Förhoppningen är dock att den ändrade benämningen för begränsningsregeln och det faktum att fler kommer att beröras av karenstaket gör att individers kunskap om karenstaket ökar. En individ som känner till att den under en viss period inte får ett karensavdrag vid sjukfrånvaro kan förväntas vara mer benägen att sjukanmäla sig än en individ som utgår från att hen får ett karensavdrag vid sjukfrånvaro.¹⁷⁴ På sikt kan därför förslaget om karenstak medföra vissa beteendeeffekter i form av fler påbörjade sjukperioder. En sådan beteendeeffekt kan både vara ett resultat av ett minskat underutnyttjande och ett ökat överutnyttjande. Samtidigt är den period då individen omfattas av det skydd som karenstaket medför begränsad. Mediantiden för skyddsperioderna uppskattas med karenstaket öka till 41 dagar. Det talar för att beteendeeffekterna av ett karenstak efter sex karensavdrag under en tolv månadersperiod är små.

Förslaget om ett utökat högriskskydd kan medföra fler sjukfall för dem som omfattas av skyddet

Förslaget om ett utökat högriskskydd och en ändrad administration av det kan av samma skäl som för karenstaket förväntas få vissa konsekvenser för korttidsfrånvaron vid sjukdom bland dem som kommer att få ett beslut om högriskskydd. Ett beslut om högriskskydd kan dels medföra en ökad trygghet som minskar risken för underutnyttjande av sjukförsäkringen. Vetskapen om att ett karensavdrag inte görs vid sjukfrånvaro kan samtidigt medföra en risk för överutnyttjande. Det är svårt att bedöma hur just den här

¹⁷⁴ Se vidare kapitel 8 om karensens betydelse för användningen av sjukförsäkringen.

gruppen individer kan reagera på sänkt självrisk genom högriskskyddet.

15.3 Konsekvenser för arbetsgivare

Arbetsgruppens förslag kommer att medföra konsekvenser för arbetsgivare med sjuklöneansvar på flera sätt. Förslaget om att ersätta det nuvarande allmänna högriskskyddet med ett lägre satt karenstak kommer att medföra kostnader för arbetsgivare i form av ökade sjuklönekostnader och vissa administrativa kostnader. Förslaget om ändrad administration av högriskskyddet kommer att medföra mindre administration och sänkta sjuklönekostnader för arbetsgivare som i dag inte ansöker om ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för arbetstagare med (särskilt) högriskskydd. Förslaget om utökat högriskskydd kommer på sikt medföra sänkta sjuklönekostnader för de arbetsgivare som har arbetstagare som omfattas av högriskskyddet. Vi förväntar oss dock att det kan dröja några år innan ett utökat högriskskydd får genomslag i antalet ansökningar och beviljanden av högriskskydd.

Förslagets sammantagna konsekvenser förväntas skilja sig på kort och lång sikt. På kort sikt förväntas förslaget om sänkt karenstak medföra ökade sjuklönekostnader för arbetsgivare. Men på längre sikt förväntas den sammantagna effekten av ökade kostnader för karenstaket och minskade kostnader på grund av högriskskyddet i genomsnitt innebära oförändrade och potentiellt minskade sjuklönekostnader för arbetsgivare jämfört med idag. Arbetsgivare som i högre grad än andra har arbetstagare med sjukdomar som medför en förhöjd risk för återkommande sjukperioder kan förväntas få minskade sjuklönekostnader. Kommuner och regioner kommer generellt att påverkas mer av förslagen än privata arbetsgivare.

Förslag om karenstak medför ökade kostnader för arbetsgivare

Arbetsgruppen uppskattar att arbetsgivares sjuklönekostnader under tolv månadersperioden juli 2022 till juni 2023 uppgick till åtminstone 31,6 miljarder kronor inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift. En ekonomisk framskrivning av dessa kostnader

till 2025 ger sjuklönekostnader på sammanlagt 35,1 miljarder kronor.¹⁷⁵ Dessa uppgifter är osäkra, då vi bedömer att det saknas tillförlitliga uppgifter över arbetsgivares sjuklönekostnader. Vår uppskattning baseras på registrerade sjuklöneperioder i SCB:s urvalsundersökning för sjuklöner (KSju) i kombination med uppgifter om löner från lönestrukturdatan (se vidare bilaga 4). Även om storleken på arbetsgivares nuvarande sjuklönekostnader är osäkra, bedömer vi att den direkta effekten av förslaget på arbetsgivares sjuklönekostnader ändå kan uppskattas. Den uppskattningen redovisas i tabell 15.1.

Tabell 15.1 Konsekvenser för arbetsgivares sjuklönekostnader 2025 av förslag om karenstak

Fördelning efter sektor och antal anställda

	Nuläge*, mnkr	Prognos, mnkr	Förslag, mnkr	Förändring, mnkr	Förändring, procent
Stat	1 546	1 716	1 769	53	3,1
Kommun	7 613	8 449	8 811	362	4,3
Region	2 299	2 551	2 649	98	3,8
Privat ≥200 anställda	10 119	11 230	11 593	364	3,2
Privat <200 anställda**	9 502– 9 549	10 545– 10 597	10 630– 10 854	86–257	0,8–2,4
Totalt	31 079 – 31 126	34 491– 34 543	35 452– 35 676	963– 1 134	2,8–3,3

Anm.: * Avser arbetsgruppens uppskattning av sjuklönekostnader inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift under perioden juli 2022–juni 2023 och utan några beteendeeffekter. ** Skattad uppgift baserad på schablon om 25–75 procent i relation till privata arbetsgivare ≥200 anställda. Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1.

Vid ett sänkt gränsvärde till maximalt sex karensavdrag under en 12-månadersperiod beräknas de totala sjuklönekostnaderna öka med mellan 960 och 1 130 miljoner kronor, vilket motsvarar en ökning med 2,8–3,3 procent. För arbetsgivare i offentlig sektor och större privata arbetsgivare baseras uppgifterna på simuleringar som arbetsgruppen har genomfört. Arbetsgivare med färre än 200 anställda, för vilka fullständiga individuppgifter saknas, antar vi har relativt lägre kostnader för karenstaket då sjukfrånvaron, och framför allt återkommande sjukfrånvaro, kan antas vara mindre vanligt bland mindre arbetsgivare. De ökade sjuklönekostnaderna

¹⁷⁵ Det finns inga tillgängliga prognoser av sjuklönekostnaderna, varför vi endast gör en ekonomisk framskrivning baserad på antaganden om löneutveckling hämtad från FASIT för grundår 2021, version 4.

förväntas särskilt beröra kommuner och regioner, som har mer omfattande korttidssjukfrånvaro än statliga och privata arbetsgivare.

I beräkningarna som redovisas i tabell 15.1 har vi inte tagit hänsyn till några eventuella beteendeeffekter av förslaget, vilket på marginalen gör att skattningarna kan vara underskattade. I beräkningarna har vi heller inte tagit hänsyn till förslaget om utökad högriskskydd (se nedan), vilket på marginalen innebär risk för överskattade sjuklönekostnader. Till grund för den bedömningen ligger att uppskattningsvis var fjärde individ som beviljas (särskilt) högriskskydd tidigare har berörts av det allmänna högriskskyddet. Om fler söker och beviljas högriskskydd till följd av arbetsgruppens förslag om utökad högriskskydd kan det förväntas röra en del av dem som har beräknats beröras av karenstaket. Den som får undantag från karensavdrag genom högriskskyddet kommer inte att kvalificera sig för karenstaket. Det är svårt att säga vilken av dessa båda effekter som är störst.

Ett karenstak med sänkt gränsvärde medför även vissa administrativa kostnader för arbetsgivare som behöver implementera regeländringen. Liksom vid det tidigare allmänna högriskskyddet behöver arbetsgivare kunna identifiera vilka arbetstagare som omfattas av en sådan begränsningsregel. Större arbetsgivare har generellt tillgång till lönehanteringssystem som innehåller bevakningar av karensavdrag och därmed har en mer automatiserad hantering av det allmänna högriskskyddet. Vid ett sänkt karenstak behöver det därmed göras justeringar i sådana lönesystem. Det är troligt att sådana justeringar inte bör medföra omfattande kostnader för arbetsgivare med tillgång till sådana lönehanteringssystem. Mindre arbetsgivare med få anställda har dock sämre tillgång till sådana lönesystem. Det finns därför en risk att mindre arbetsgivare med mer manuell hantering av löner får relativt större administrativa kostnader när de ska implementera regler om karenstak. Samtidigt är korttidssjukfrånvaron bland anställda hos mindre arbetsgivare generellt låg, vilket gör att de administrativa kostnaderna bör vara begränsade. Det finns risk att arbetsgivare som saknar lönehanteringssystem i större utsträckning kommer att ha svårare att implementera regler kring karenstak.

Förslag om högriskskydd medför minskade kostnader för arbetsgivare

Nuvarande ordning för det särskilda högriskskyddet innebär att arbetsgivare betalar sjuklön till alla arbetstagare, och i efterhand kan ansöka om att få ersättning för de sjuklönekostnader som uppstår för arbetstagare med beslut om särskilt högriskskydd. Arbetsgruppen bedömer att det idag finns ett relativt stort mörkertal av arbetsgivare som inte ansöker om ersättning för sjuklönekostnader (se avsnitt 10.3). En förändring av administrationen där berörda individer i stället för sjuklön får sjukpenning direkt från Försäkringskassan medför att arbetsgivare på totalen kommer att få minskade nettokostnader¹⁷⁶ för sjuklön. Arbetsgruppen uppskattar att enbart en ändrad administration medför minskade sjuklönekostnader för arbetsgivare på runt 130 miljoner kronor 2025.¹⁷⁷ Det framgår av den övre delen av tabell 15.2, som visar arbetsgruppens bedömning av konsekvenserna av en förändrad administration av högriskskyddet. Den ändrade administrationen innebär därmed ett mer effektivt sätt att säkerställa att arbetsgivares kostnader för sjukfrånvaro för arbetstagare med särskilt högriskskydd minskar.

Vi saknar uppgift om vilka arbetsgivare som inte ansöker om ersättning. För arbetsgivare som i dagsläget ansöker om ersättning för de sjuklönekostnader de har haft för individer med (särskilt) högriskskydd medför inte en förändrad administration några minskade sjuklönekostnader. Förslaget om att ge Försäkringskassan ett helhetsansvar för högriskskyddet innebär dock förenklingar för arbetsgivarna, som inte längre behöver betala ut sjuklön till arbetstagare med högriskskydd för att därefter ansöka om ersättning för dessa sjuklönekostnader från Försäkringskassan. Däremot tillkommer viss administration för arbetsgivare som kommer att behöva göra sjukanmälan till Försäkringskassan från första dagen i en sjukperiod, på samma sätt som för arbetstagare som är sjukfrånvarande i mer än två veckor.

¹⁷⁶ Med nettokostnad för sjuklön avses kostnader för sjuklön (inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift) efter avdragen ersättning för sjuklönekostnader enligt 16 § SjLL. Ersättning för höga sjuklönekostnader enligt 17 § SjLL ingår inte beräkningen, då vi antar att den ersättningen har upphört till 2025 i enlighet med förslaget i prop. 2023/24:1 utg.om. 10.

¹⁷⁷ Prognosen för 2025 baseras på ett antagande om samma volymer på beslut om högriskskydd som 2019, det vill säga innan pandemin.

Tabell 15.2 Konsekvenser för arbetsgivares sjuklönekostnader 2025 av förslag om högriskskydd

	Nuläge*, mnr	Prognos, mnr	Förslag, mnr	Förändring, mnr	Förändring, procent
<i>Förslag om ändrad administration</i>					
Sjuklönekostnader	31 593	35 060	34 549	-511	-1,5
Ersättning för sjuklönekostnader	244	387	0	-387	-100
Nettokostnader för sjuklön	31 349	34 673	34 549	-124	-0,4
<i>Förslag om ändrad administration och utökat högriskskydd</i>					
Nettokostnader för sjuklön scenario 1 – ökning 50 %	31 349	34 673	34 318	-355	-1,0
Nettokostnader för sjuklön scenario 2 – ökning 100 %	31 349	34 673	34 087	-586	-1,7
Nettokostnader för sjuklön scenario 3 – ökning 200 %	31 349	34 673	33 588	-1 049	-3,0

Anm.: * Avser sjuklönekostnader inklusive arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift under 2022.
Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1.

Även ett utökat högriskskydd genom ett ändrat rekvisit kan förväntas medföra minskade sjuklönekostnader för arbetsgivare. Det är dock svårt att bedöma med hur mycket som sjuklönekostnaderna påverkas, då storleken helt och hållet är beroende av vilket genomslag ett ändrat rekvisit får på antalet arbetstagare som ansöker om och beviljas högriskskydd och antalet sjukfall bland dessa. Arbetsgruppen har räknat på tre tänkbara scenarier där antalet individer som beviljas högriskskydd 2025 ökar med 50, 100 respektive 200 procent och där de individer som tillkommer i genomsnitt har lika många sjukfall per år som befintliga arbetstagare med särskilt högriskskydd.¹⁷⁸ Resultatet av ett utökat högriskskydd med dessa tre scenarier, i kombination med en ändrad administration, redovisas i den nedre delen av tabell 15.2. Analysen visar att arbetsgivares sjuklönekostnader med dessa antaganden på totalen minskar med cirka 350 till 1 050 miljoner kronor, vilket motsvarar en minskning med 1 till 3 procent. Då vi kan förvänta oss att det kommer att ta ett tag innan ett utökat högriskskydd får fullt genomslag är sannolikt scenario 1 mer troligt på kort sikt och scenario 3 mer troligt på lång sikt.

¹⁷⁸ Arbetstagare med beslut om ett särskilt högriskskydd under perioden juli 2022 till juni 2023 hade i genomsnitt 7 påbörjade sjukperioder under den perioden.

Arbetsgruppen bedömer att mörkertalet för det särskilda högriskskyddet idag är stort, och våra förslag om högriskskydd kommer inte att kunna lösa det problemet. För att komma till rätta med mörkertalet krävs stora informationsinsatser från Försäkringskassan. I takt med att informationsinsatser om högriskskyddet ger resultat kan antalet ansökningar och beviljanden av högriskskydd potentiellt öka betydligt mer än vad arbetsgruppen har räknat på. Det gäller även om ett förslag om ett utökat högriskskydd inte skulle genomföras. Utfallet av förändrade regler, liksom resultatet av Försäkringskassans informationsinsats för ett minskat underutnyttjande, bör därför följas upp (se avsnitt 13.7).

15.4 Konsekvenser för Försäkringskassan

Karenstak medför marginellt ökade kostnader för sjukpenning

Förslaget om att ersätta det nuvarande allmänna högriskskyddet med ett lägre satt karenstak kommer att medföra marginellt ökade kostnader för sjukpenning. Antalet sjukpenningärenden där inget karensavdrag görs med hänvisning till det allmänna högriskskyddet är i dag ytterst få. Arbetsgruppen uppskattar att två sådana undantag gjordes under 2022. Genom förslaget om karenstak efter sex karensavdrag beräknas antalet sjukpenningärenden där inget karensavdrag görs med hänvisning till karenstaket öka från 2 till cirka 50.

Förslaget medför också behov av att uppdatera vägledningar och handläggarstöd till Försäkringskassans handläggare och även information om förändrat regelverk på Försäkringskassans webbsidor.

Förslag om högriskskydd innebär fler ansökningar och ökad administration för Försäkringskassan

Under perioden 2015–2019 ansökte omkring 9 000 individer årligen om särskilt högriskskydd, varav mellan 7000 och 8000 individer årligen beviljades skyddet. Majoriteten av dessa individer (runt 97 procent) är arbetstagare som tidigare omfattats av sjuklön från sin

arbetsgivare. Under åren 2020–2022 skedde en nedgång i antalet ansökningar (se vidare avsnitt 10.3). Vi skattar att det är runt 12 000 individer som någon gång under året har högriskskydd.

Förslaget om en ändrad administration av högriskskydd innebär att arbetstagare med högriskskydd inte ska få sjuklön från arbetsgivare, utan i stället ansöka om sjukpenning från första dagen av en sjukperiod. Förslaget innebär därmed ökade kostnader för sjukpenning. En ändrad administration med fler ärenden innebär också ökade kostnader för handläggning av förmånen.

Arbetstagare med högriskskydd kommer sannolikt få arbetstidsberäknad sjukpenning de första 14 dagarna av en sjukperiod. Arbetstidsberäknad sjukpenning innebär en relativt utredningskrävande hantering och en till stor del manuell handläggning åtminstone vid första anspråk om sjukpenning efter beslut om högriskskydd. I det fall Försäkringskassan i högre grad kan automatisera hanteringen av anspråk om sjukpenning vid korta sjukfall för individer med högriskskydd bör belastningen för Försäkringskassan bli mindre än vid en mer manuell hantering av sjukpenninganspråk.

Förslaget om att utöka högriskskyddet leder till att fler individer förväntas ansöka om och beviljas högriskskydd, vilket innebär ökade kostnader för att handlägga och fatta beslut om skyddet på Försäkringskassan.

Idag är det årligen runt 250 individer som ansöker om högriskskydd som inte omfattas av sjuklön. Förslaget om utökat högriskskydd medför på marginalen ökade kostnader för sjukpenning när gruppen blir större och Försäkringskassan ska göra undantag från karensavdrag för dessa individer. Sammantaget förväntas förslagen som rör högriskskydd medföra ökade kostnader för handläggning av skyddet, dels för bedömning om rätt till högriskskydd, dels handläggning av sjukpenninganspråk för individer med högriskskydd.

Fler ansökningar om högriskskydd förväntas i förlängningen också medföra en ökning av antal omprövningar om högriskskydd.

Förslaget medför också behov av att uppdatera vägledningar och handläggarstöd till Försäkringskassans handläggare och även information om förändrat regelverk på Försäkringskassans webbsidor.

15.5 Konsekvenser för den offentliga sektorns finanser

Förslagen innebär en negativ påverkan på både statens utgifter och inkomster

Arbetsgruppens förslag kommer att påverka både statens inkomster och utgifter. Vi bedömer dock att påverkan på utgifterna är större än på inkomsterna, vilket sammantaget innebär en negativ påverkan på statens budget (se tabell 15.3). Precis som för arbetsgivarna beror kostnadernas storlek på hur stort genomslag som förslaget om utökat högriskskydd får på antalet ansökningar och beviljanden av högriskskydd.

Tabell 15.3 Konsekvenser för statens finanser 2025 av förslag om karenstak och högriskskydd

	Förändring inkomster*, mnkr	Förändring utgifter**, mnkr	Resultat, mnkr
Förslag om karenstak	+279 till +329	<1	+279 till +329
Förslag om ändrad administration för högriskskydd	-112	+120	-232
Förslag om ändrad administration och utökat högriskskydd			
- Scenario 1 (ökning 50 %)	-164	+392	-556
- Scenario 2 (ökning 100 %)	-215	+665	-880
- Scenario 3 (ökning 200 %)	-317	+1 211	-1 528

Anm.: * Avser inkomster för arbetsgivaravgifter, allmän löneavgift, statlig inkomstskatt och skattereduktion arbetsinkomster. ** Avser utgifter för sjukpenning inkl. statlig ålderspensionsavgift och ersättning för sjuklönekostnader enligt 16 § SjLL (anslag 10:1:1). Ersättning för höga sjuklönekostnader enligt 17 § SjLL ingår inte i beräkningen, då den ersättningen antas ha upphört till 2025 i enlighet med förslaget i prop. 2023/24:1 utg.om. 10.

Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1.

Förslaget om ett karenstak i sjuklönelagen kommer att medföra ökade inkomster för staten i form av arbetsgivaravgifter, allmän löneavgift och statlig inkomstskatt.¹⁷⁹ Arbetsgruppen skattar att inkomsterna till staten ökar med mellan 280 och 330 miljoner kronor 2025 om förslaget om karenstak genomförs.

¹⁷⁹ Även skattereduktionen av arbetsinkomster, som går i motsatt riktning, påverkas.

Förslaget om högriskskydd innebär i stället minskade inkomster och ökade utgifter för staten. I det fall förslag om ändrad administration implementeras skattar arbetsgruppen minskade inkomster (från arbetsgivaravgifter, allmän löneavgift, statlig inkomstskatt och skattereduktion arbetsinkomster) för staten om 110 miljoner kronor 2025. Samtidigt skulle förslaget om ändrad administration medföra ökade utgifter för sjukpenning (inkl. statlig ålderspensionsavgift och ersättning för sjuklönekostnader enligt 16 § SjLL (anslag 10:1:1)) med runt 120 miljoner kronor. Sammantaget förväntas minskade inkomster och ökade utgifter av en ändrad administration medföra en kostnadsökning för staten på runt 230 miljoner kronor 2025.

Om även förslag om utökat högriskskydd genomförs, tillsammans med förslag om ändrad administration ökar kostnaderna för högriskskyddet ytterligare. Sammantaget förväntas det för högriskskyddet medföra en kostnadsökning på mellan 560 och 1 530 miljoner kronor. På kort sikt väntas förslaget om utökat högriskskydd medföra lägre kostnadsökningar än på längre sikt. Det beror på att det sannolikt tar tid innan det ändrade rekvisitet medför en större ökning av ansökningar om högriskskyddet. På längre sikt förväntas därför antal ansökningar om högriskskydd öka mer än på kort sikt.

Förslagen kommer påverka kommuners och regioners finanser på både inkomst- och utgiftssidan

Arbetsgruppens förslag kommer att påverka kommuner och regioners finanser både på inkomst- och utgiftssidan. I tabell 15.4 redovisas arbetsgruppens skattning av hur förslag om karenstak och högriskskydd påverkar kommuner och regioners inkomster och utgifter för år 2025. Sammantaget bedömer vi att förslagen på sikt medför ett positivt nettoresultat.

Tabell 15.4 Konsekvenser för kommuner och regioners finanser 2025 av förslag om karenstak och högriskskydd

	Förändring inkomster*, mnkr	Förändring utgifter**, mnkr	Resultat, mnkr
Förslag om karenstak	+234 till +276	+365	-128 till -86
Förslag om ändrad administration för högriskskydd	-5	-24	+19
Förslag om ändrad administration och ändrat rekvisit för högriskskydd			
- Scenario 1: ökning 50 %	-7	-97	+89
- Scenario 2: ökning 100 %	-10	-170	+160
- Scenario 3: ökning 200 %	-15	-316	+301

Anm.: * Avser inkomster för kommunal inkomstskatt. ** Avser nettokostnader för sjuklön inkl. arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift efter avdragen ersättning för sjuklönekostnader enligt 16 § SjLL. Ersättning för höga sjuklönekostnader enligt 17 § SjLL ingår inte i beräkningen, då den ersättningen antas ha upphört till 2025 i enlighet med förslaget i prop. 2023/24:1 utg.om. 10. Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB och Försäkringskassan), analyspopulation 1 och 1A.

Förslaget om karenstak skattas medföra ökade inkomster för kommuner och regioner mellan 230 och 280 miljoner kronor, till följd av att invånarnas anställningsinkomster (inklusive sjuklön) ökar som en direkt följd av förslaget. Samtidigt bedömer vi att förslaget medför ökade utgifter med runt 370 miljoner kronor, i form av ökade sjuklönekostnader för de anställda i kommunerna och regionerna. Sammantaget innebär förslaget en kostnadsökning med för kommuner och regioner på uppskattningsvis mellan 90 och 130 miljoner kronor.

Förslag om ändrad administration är beroende av i vilken utsträckning kommuner och regioner står för mörkertalet för arbetsgivare som inte ansöker om ersättning för sjuklönekostnader. Antar vi att mörkertalet är jämnt fördelat mellan sektorerna motsvarar det minskade nettokostnader för sjuklön på drygt 20 miljoner kronor. Förslaget innebär även på marginalen lägre intäkter för inkomstskatt till följd av att kommuninvånarnas utbetalningar av sjukpenning kan förväntas vara cirka 3 procent lägre än sjuklönen.

Förslag om ändrad administration tillsammans med ett utökat högriskskydd förväntas innebära minskade utgifter för kommuner och regioner. Precis som för arbetsgivare beror konsekvenser för finanserna på hur stort genomslag som förslaget om utökat högriskskydd får på antalet ansökningar och beviljanden av högriskskydd. På kort sikt förväntas förslag om ändrad

administration och utökat högriskskydd innebära ett positivt resultat om cirka 90 miljoner kronor för kommuner och regioner (scenario 1). På längre sikt, när fler individer förväntas ansöka om och få högriskskydd blir påverkan större, och kommuner och regioner förväntas då få ytterligare minskade utgifter, främst i form av minskade sjuklönekostnader. I scenario 3 skattar arbetsgruppen minskade utgifter med cirka 300 miljoner kronor.

15.6 Konsekvenser för domstolsväsendet

Arbetsgruppen bedömer att regeländringen som avser karenstak är okomplicerad och därför inte på grund av utformningen i sig bör medföra fler domstolsprövningar jämfört med dagens reglering av det allmänna högriskskyddet. Eftersom fler individer kommer att omfattas av den föreslagna begränsningsregeln för karensavdrag, så skulle det dock kunna innebära något ökad måltillströmning hos berörda domstolar jämfört med tidigare. I fall som rör en arbetstagare som omfattas av sjuklön (regleringen av karenstak i sjuklönelagen), rör det sig om en tvist mellan arbetsgivare och arbetstagare. Sådana tvister prövas i tingsrätt och i Arbetsdomstolen. Individer som inte omfattas av sjuklön, omfattas av regleringen av karenstak i socialförsäkringsbalken. Överklagade beslut om sjukpenning omprövas först av Försäkringskassan och individen kan därefter få beslutet prövat i allmän förvaltningsdomstol. Sammantaget bedömer arbetsgruppen att regeländringen om karenstak i sjuklönelagen och socialförsäkringsbalken endast får begränsade konsekvenser för domstolsväsendet.

Regeländringen som rör högriskskydd förväntas få något större konsekvenser för domstolsväsendet. De ändrade rekvisiten för högriskskydd vid återkommande sjukfrånvaro medför att det kan uppkomma frågor kring tolkning av dessa. Syftet är dessutom att utöka skyddet vilket innebär att det kan bli fråga om fler ärenden och därmed också fler överklaganden. Detta påverkar de allmänna förvaltningsdomstolarna, som är de som överprövar Försäkringskassans beslut om högriskskydd. Ändrad administration av högriskskyddet som innebär att individer som omfattas av högriskskydd ska ansöka om sjukpenning från och med den första dagen i sjukperioden (i stället för att få sjuklön från sin arbetsgivare),

kan också medföra en ökad måltillströmning hos förvaltningsdomstolarna. Utifrån att det även fortsättningsvis är en mindre andel individer som kommer att omfattas av högriskskydd så bedömer arbetsgruppen att konsekvenserna för domstolsväsendet sammantaget blir begränsade.

15.7 Konsekvenser för fusk och felaktiga utbetalningar

Viss risk för felaktiga utbetalningar av sjukpenning på grund av förslag om karenstak

Förslag om karenstak kan på sikt medföra vissa beteendeeffekter hos individer som fått karensavdrag mer än 6 gånger under en tolv-månadersperiod. I det fall arbetsgivare eller Försäkringskassan ser tecken på att individer som haft fler än 6 karensavdrag under en tolv-månadersperiod och därmed omfattas av karenstaket därpå sjukanmäler sig utan att de verkar ha en nedsatt arbetsförmåga, så finns liksom tidigare möjlighet för Försäkringskassan att ålägga individ om läkarintygspöreläggande¹⁸⁰. Beslut om läkarintygspöreläggande innebär att en individ ska inkomma med läkarintyg före dag åtta i sjukperioden, eller från och med första dagen av varje sjukperiod i det fall det finns särskilda skäl till det. Läkarintygspöreläggande kan därmed användas som ett kontrollverktyg för att förhindra överutnyttjande av sjukförsäkringen, och därmed hantera eventuell ökad risk för felaktiga utbetalningar av sjukpenning på grund av förslag om karenstak.

Förslag om högriskskydd hanterar både risk för över- och underutnyttjande

Förslaget om en ändrad administration av högriskskydd leder i förlängningen till en minskad risk för felaktiga utbetalningar. Dagens reglering av det särskilda högriskskyddet medför att det

¹⁸⁰ 10 § SjLL, förordningen (1995:1051) om skyldigheten att lämna läkarintyg m.m. i sjukpenningärenden i vissa fall.

finns risk att arbetsgivare missar att undanta arbetstagare med särskilt högriskskydd från karensavdrag. Denna risk bör minska om Försäkringskassan övertar ansvaret att betala ut ersättning till arbetstagare med högriskskydd i form av sjukpenning.

Dagens reglering av det särskilda högriskskyddet medför även risk för såväl under- som överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare (se avsnitt 10.3 och 13.2). Genom att ändra administrationen av högriskskydd så att individer med högriskskydd får ansöka om sjukpenning från första dagen i sjukperioden så förväntas dessa risker för under- och överutnyttjande av ersättning för sjuklönekostnader hanteras.

15.8 Konsekvenser för hälso- och sjukvården

Om arbetsgivare eller Försäkringskassan ser tecken på att individer sjukanmäler sig utan att de verkar ha en nedsatt arbetsförmåga, så finns liksom tidigare möjlighet för Försäkringskassan att ålägga en individ om läkarintyg föreläggande. Det innebär att individen ska inkomma med läkarintyg före dag åtta i sjukperioden, eller från och med första dagen av varje sjukperiod i det fall det finns särskilda skäl till det. Förslagen om karenstak och i viss mån högriskskydd skulle kunna leda till ett ökat antal beslut om läkarintygsföreläggande, vilket skulle innebära ett ökat antal läkarbesök och därmed en ökad belastning på hälso- och sjukvården.

15.9 Konsekvenser för närliggande system

Arbetsgruppens förslag kan komma att få vissa konsekvenser för några närliggande system. Det handlar dels om deltagare i arbetsmarknadspolitiska program som får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning från Försäkringskassan, dels tillfällig föräldrapenning för vård av barn. Dessa konsekvenser beskrivs i det här avsnittet. För övrigt bedömer arbetsgruppen att det inte finns någon nämnvärd påverkan på andra närliggande trygghetssystem.

Förslag om karenstak och högriskskydd kan få viss inverkan på sjukfrånvaro bland deltagare i arbetsmarknadspolitiska program

Deltagare i arbetsmarknadspolitiska program som får aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning från Försäkringskassan omfattas idag av det särskilda högriskskyddet i sjuklönelagen som anställda.¹⁸¹

Förslaget om ett utökat högriskskydd kommer därför att få betydelse även för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program. Arbetsgruppen har inte kunnat få fram några underlag om sjukfrånvaro bland individer i arbetsmarknadspolitiska program då Försäkringskassan inte längre lagrar den informationen. Tidigare analyser visar dock att korttidsfrånvaro vid sjukdom är betydligt vanligare bland deltagare i arbetsmarknadspolitiska program än bland öppet arbetslösa.¹⁸² Det är därför sannolikt att utgifterna för aktivitetsstöd och utvecklingsersättning kan komma att påverkas av förslaget om ett utökat högriskskydd. Förslaget om ändrad administration berör inte deltagare i arbetsmarknadspolitiska program, då de redan idag får ersättning direkt från Försäkringskassan.

Arbetsgruppens förslag om karenstak kommer inte per automatik att beröra individer i arbetsmarknadspolitiska program på samma sätt som högriskskyddet. Däremot finns det en motsvarande bestämmelse i ovan refererade förordning.¹⁸³ Om anställda och öppet arbetslösa med flera skulle få ett sänkt gränsvärde genom ett karenstak vore det därför rimligt att det även skulle gälla deltagare i arbetsmarknadspolitiska program (se avsnitt 13.4). I sådana fall skulle utgifterna för aktivitetsstöd och utvecklingsersättning på marginalen kunna påverkas av förslaget.

Påverkan på föräldrars användning av tillfällig föräldrapenning bedöms vara liten

Arbetsgruppens genomgång av korttidssjukfrånvaro vid sjukdom och vid vård av barn visar att det finns ett visst samspel mellan den

¹⁸¹ 4 kap. 3 § första stycket förordning (2017:819) om ersättning vid deltagande i arbetsmarknadspolitiska program.

¹⁸² Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (2013), *Den låga rörligheten mellan sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen*, Underlagsrapport nr 15.

¹⁸³ 4 kap. 3 § andra stycket förordning (2017:819).

korta sjukfrånvaron bland föräldrar och deras användning av tillfällig föräldrapenning (se avsnitt 6.4). När fler föräldrar kommer att omfattas av karenstaket och högriskskyddet är det möjligt att det får en viss påverkan på användningen av tillfällig föräldrapenning. Föräldrar är dock underrepresenterade bland individer som idag berörs av det allmänna högriskskyddet och skulle vara det även vid ett lägre satt karenstak.¹⁸⁴ Föräldrar är även underrepresenterade när det gäller särskilt högriskskydd idag.¹⁸⁵ Om fler föräldrar till följd av den högre ersättningen vid sjukfrånvaro skulle använda tillfällig föräldrapenning i mindre utsträckning rör det sig sannolikt inte om någon omfattande påverkan.

15.10 Konsekvenser för jämställdhet

Kvinnor är sjukfrånvarande i större utsträckning än män och har i genomsnitt 40 procent fler sjukdagar med sjuklön per arbetstagar än män. Sjukfrånvaron är också högre bland arbetstagar inom kommuner och regioner, jämfört med arbetstagar i andra sektorer. Arbetstagar med kontaktyrken, såsom barnskötare, förskollärare, undersköterskor och vårdbiträden, har i genomsnitt fler sjukfall med sjuklön än andra arbetstagar. Dessa yrken är i hög grad kvinnodominerade.

Ur individens perspektiv utgör karensavdraget en monetär kostnad för korttidssjukfrånvaro. Karensavdraget påverkar därmed individens förvärvsinkomster, disponibla inkomst liksom hushållens ekonomiska standard. Karensavdragets genomsnittliga påverkan på berörda hushålls ekonomiska standard är något större för kvinnor jämfört med män. De grupper som påverkas mest är ensamstående med eller utan barn. Kvinnor har också i genomsnitt relativt fler sjukfall än män. Det gör att karensavdragets påverkan på den individuella disponibla inkomsten är större för kvinnor än för män. Arbetsgruppen skattningar visar att karensavdragets påverkan på den individuella disponibla inkomsten genomgående är högre bland kvinnor som arbetar i ett kontaktyrke, jämfört med andra yrken.

¹⁸⁴ Under perioden juli 2022 till och med juni 2023 stod föräldrar för 27 respektive 23 procent av alla påbörjade sjukfall med sjuklön bland kvinnor och män. Det kan jämföras med 20 respektive 13 procent av alla sjukfall bland kvinnor och män som omfattades av det allmänna högriskskyddet.

¹⁸⁵ Under samma period stod föräldrar för 13 respektive 15 procent av sjukfallen med särskilt högriskskydd bland kvinnor och män.

Förslag om karenstak innebär ett förbättrat skydd mot inkomstbortfall till följd av karens som bidrar till ökad ekonomisk jämställdhet

Det allmänna högriskskyddet innebär att det inte ska göras något karensavdrag om en individ haft fler än 10 karensavdrag under en tolv månadersperiod. Få individer omfattas idag av denna begränsningsregel, men bland de som omfattas utgör kvinnor en majoritet. För de allra flesta som kommer upp till tio karensavdrag på ett år är skyddet kortvarigt. Det allmänna högriskskyddets påverkan på det totala inkomstbortfallet är också litet. Arbetsgruppen skattar att runt två procent av arbetstagare får undantag från karensavdrag med hänvisning till det allmänna högriskskyddet. Andelen är något högre bland kvinnor (2,5 procent) än bland män (1,5 procent). Förekomst av sjukfall där allmänt högriskskydd tillämpats är vanligast bland arbetstagare inom kommuner och regioner. Yrkesgrupper där det är vanligare att omfattas av skyddet är vårdbiträden, undersköterskor, förskollärare, barnskötare och elevassistenter, yrken där många kvinnor arbetar.

Förslag om karenstak då individer maximalt ska få 6 karensavdrag under en tolv månadersperiod bedöms bättre skydda individer mot ett alltför omfattande inkomstbortfall till följd av karensregler jämfört med tidigare reglering. Arbetsgruppen skattar att förslag om karenstak medför att fler individer kommer att omfattas av begränsningsregeln och undantas från karensavdrag. Kvinnor förväntas utgöra en majoritet av individerna som omfattas av karenstaket. Anställda inom kommuner och regioner förväntas även fortsättningsvis vara överrepresenterade bland de som omfattas av karenstak. Bland yrkesgrupper som i högre grad förväntas omfattas av karenstak återfinns kvinnodominerade yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg. Sammantaget bedöms förslaget om karenstak bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

Förslag om högriskskydd ger ett bättre skydd mot inkomstbortfall för individer med sjukdomar som medför återkommande sjukfrånvaro och bidrar till ökad ekonomisk jämställdhet

Särskilt högriskskydd är ett sökbart skydd som kan innebära dels undantag från karensavdrag för individer, dels ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare. För de individer som beviljas särskilt högriskskydd på grund av att de har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra ett större antal sjukperioder (minst tio) eller ska genomgå transplantation eller donation, är skyddet reellt och begränsar inkomstbortfallet som beror på karensregler.

Runt 8000 individer beviljas årligen särskilt högriskskydd. De flesta av dessa har beviljats skyddet på grund av att de har en sjukdom som kan antas medföra ett större antal sjukperioder. Tre av fyra som har särskilt högriskskydd är kvinnor, och många av dessa är i åldersgruppen 45 till 64 år. Skyddet träffar vissa yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg i något högre omfattning sett till antal arbetstagare i dessa sektorer, däribland undersköterskor, barnskötare och förskollärare. Den del av det särskilda högriskskyddet som innebär undantag från karensavdrag gör skillnad för inkomstbortfallet vid sjukdom för berörda individer. Det är däremot oklart om den del av det särskilda högriskskyddet som innebär ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare faktiskt bidrar till att förbättra arbetsmarknaden för berörda arbetstagare.

Arbetsgruppens förslag om utökat högriskskydd innebär att fler individer med sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder ska kunna omfattas av högriskskydd och därmed undantas från karensavdrag. Genom förslaget kommer fler individer med kroniska eller andra sjukdomar som medför risk för återkommande sjukperioder kunna omfattas av skyddet. Exempel på sjukdomar som kan medföra sådan risk är neurologiska sjukdomar som migrän eller MS, eller kroniska sjukdomar som endometrios.

Förslaget om en ändrad administration av högriskskyddet innebär att arbetstagare som omfattas av högriskskydd enligt sjuklönelagen inte ska ha rätt till sjuklön utan i stället ska ansöka om sjukpenning under de första 14 dagarna i en sjukperiod. Förslaget innebär att arbetstagare med högriskskydd kommer att få en något

minskad ersättning vid sjukfrånvaro under de första 14 dagarna av en sjukperiod. Det beror på att sjuklönen är högre än sjukpenning.¹⁸⁶ Arbetsgruppen skattar att de flesta med särskilt högriskskydd endast får marginellt sänkt ersättning, men att runt 10 procent av de individer som omfattas av skyddet idag har arbetsinkomster över inkomsttaket.

Förslag om ändrad administration medför också viss risk att arbetstagare som omfattas av högriskskydd kommer att behöva vänta något längre på att få ersättning vid sjukfrånvaro, vid det första sjukfallet efter beviljande av särskilt högriskskydd jämfört med idag. Det finns också en mindre risk att en liten grupp arbetstagare med högriskskydd riskerar att få avslag från Försäkringskassan vid ansökan om sjukpenning. Sådana avslag kan både bero på att Försäkringskassan bedömer att individer saknar sjukpenninggrundande inkomst eller att arbetsförmågan inte bedömts vara nedsatt med minst en fjärdedel. Förslag om ändrad administration bör även medföra minskad risk för selektionseffekter vid rekrytering när fler arbetstagare omfattas av högriskskydd, och arbetsgivare inte kommer att ha kostnader för sjuklönen för dessa arbetstagare.

Sammantaget bedöms förslagen om utökning och ändrad administration av högriskskyddet innebära ett förbättrat skydd mot inkomstbortfall till följd av karensregler. Arbetsgruppen bedömer att en majoritet av de som kan beviljas högriskskydd liksom tidigare kommer att vara kvinnor. Förslagen bedöms därigenom bidra till ökad ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män.

15.11 Konsekvenser för Sveriges internationella åtagande

Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser eller stå i strid med de skyldigheter som följer av EU-lagstiftning, och däribland EU:s direktiv om likabehandling i arbetslivet och regler om statsstöd. Förslagen bedöms även vara förenliga med Sveriges övriga internationella åtaganden, till exempel gentemot ILO.

¹⁸⁶ Sjuklönen är 80 procent av lönen, inklusive eventuella anställningsförmåner som medarbetaren går miste om när hen är sjuk. Sjukpenningen är i stället knappt 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI), upp till ett inkomsttak på 43 750 kronor i månaden.

15.12 Övriga konsekvenser

I övrigt bedöms förslagen i denna promemoria inte ha några konsekvenser för de integrationspolitiska målen, barnens situation eller miljön.

16 Författningskommentar

16.1 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringsbalken

27 kap.

- 1 § I detta kapitel finns bestämmelser om
- rätten till sjukpenning i 2–8 §§,
 - samordning med sjuklön i 9 §,
 - sjukpenning för anställda och vissa andra vid kortare sjukdomsfall, m.m. i 10–16 a §§,
 - sjukanmälan i 17 och 18 §§,
 - ersättningsnivåer i 19 §,
 - förmånstiden och karens i 20–38 §§,
 - *karenstak* i 39 och 39 a §§,
 - högriskskydd i 40–44 a §§,
 - förmånsnivåer och arbetsförmåga i 45 §,
 - bedömning av arbetsförmågans nedsättning (rehabiliteringskedjan) i 46–55 b §§, och
 - arbetsgivarinträde m.m. i 56–61 §§.

I paragrafen anges innehållet i 27 kap.

I sjunde och åttonde strecksatserna ändras benämningarna ”allmänt högriskskydd” och ”särskilt högriskskydd” till ”karenstak” respektive ”högriskskydd”. Vidare införs i den åttonde strecksatsen en hänvisning även till 44 a §.

18 § Om den försäkrades arbetsgivare ska anmäla sjukdomsfallet enligt 12 § första *eller andra* stycket lagen (1991:1047) om sjuklön, ska sjukpenning som grundas på inkomst av anställning lämnas utan hinder av det som anges i 17 §.

I paragrafen regleras ett undantag från bestämmelsen i 17 § som anger att sjukpenning inte får lämnas för längre tid tillbaka än sju dagar före den dag då anmälan om sjukdomsfallet gjordes till Försäkringskassan. Undantaget innebär att någon sådan tidsgräns inte gäller och avser den situationen att arbetsgivaren är skyldig att göra en anmälan om sjukdomsfallet.

Det införs en hänvisning även till 12 § andra stycket lagen (1991:1047) om sjuklön, förkortad sjuklönelagen. Det innebär att undantaget även gäller när arbetsgivaren ska anmäla sjukdomsfall för arbetstagare som omfattas av ett gällande beslut om högriskskydd enligt den lagen.

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

27 § Om sjukperioden inleds med sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning och inte något annat följer av 27 a §, 28 §, 28 b §, 39 §, 39 a § eller 40–44 a §§, ska ett karensavdrag göras från och med den första dagen med sjukpenning.

Om sjukpenningen ska kalenderdagsberäknas under de första 14 dagarna i en sjukperiod, görs ett karensavdrag som motsvarar ersättningen för en hel dag med sjukpenning.

Om sjukpenningen ska arbetstidsberäknas under de första 14 dagarna i en sjukperiod, görs ett karensavdrag som motsvarar 20 procent av den sjukpenning som den försäkrade genomsnittligen beräknas få under en vecka.

I paragrafen regleras karensavdraget inom sjukpenningen.

I *första stycket* införs en hänvisning även till 44 a § som reglerar undantag från karensavdraget när ett beslut om högriskskydd enligt sjuklönelagen gäller för den försäkrade.

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

Karenstak

39 § Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning till följd av bestämmelsen i 27 § vid sammanlagt sex tillfällen under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas utan karensavdrag som avses i 27 § (*karenstak*). Om den försäkrade gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelsen i 27 a § under fem sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för dagar som avses i 27 a § från

och med den sjukperiod som inträder efter det att den försäkrade gått miste om sjukpenning för sammanlagt minst 21 dagar.

Om den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § gått miste om sjukpenning som svarar mot inkomst av annat förvärvsarbete till följd av bestämmelserna i 27 a § eller 30 § under minst tio sjukperioder under de senaste tolv månaderna, kan sjukpenning lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.

I paragrafen finns en begränsningsregel för karens inom sjukpenningen för försäkrade med inkomst av anställning och för vissa försäkrade med inkomst av annat förvärvsarbete. Begränsningsregeln innebär att sjukpenning i vissa fall ska lämnas utan karens.

I *första stycket* första meningen ändras antalet tillfällen som den försäkrade ska ha fått karensavdrag från sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning för att begränsningen ska träda in från tio till sex. Inom en tolv månadersperiod kan en försäkrad följaktligen få karensavdrag från sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning vid högst sex tillfällen. Vidare ändras benämningen av begränsningsregeln från ”allmänt högriskskydd” till ”karenstak”.

Övervägandena finns i avsnitt 13.1.

39 a § För en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket gäller, i fråga om *karenstak*, 39 § andra stycket.

I paragrafen finns en begränsningsregel för karens inom sjukpenningen för försäkrade som har inkomst av annat förvärvsarbete och som blir arbetslösa.

I paragrafen ändras benämningen ”allmänt högriskskydd” till ”karenstak”.

Högriskskydd

40 § Efter ansökan av den försäkrade får Försäkringskassan besluta att sjukpenning kan lämnas utan beaktande av sådan karens som avses i 27 och 27 a §§ (högriskskydd).

Försäkringskassan får även efter ansökan av den som betalar egenavgift och som gjort anmälan om karenstid på 1 dag enligt 29 § besluta att sjukpenning kan lämnas även för den första dagen i en sjukperiod.

Detsamma gäller i förhållande till en försäkrad som omfattas av bestämmelserna i 28 b § första stycket.

I paragrafen finns den grundläggande regleringen om beslut om undantag från karens inom sjukpenningen i vissa utpekade situationer (se 41 och 42 §§).

I *första stycket* ändras benämningen av undantaget från ”särskilt högriskskydd” till ”högriskskydd”.

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

41 § Ett beslut om högriskskydd får meddelas om den försäkrade har en sjukdom som under en tolv månadersperiod kan antas medföra *minst sju eller annars återkommande* sjukperioder.

I paragrafen regleras en av de situationer som omfattas av högriskskyddet inom sjukpenningen.

Bestämmelsen ändras på så sätt att den avser sjukdomar som kan antas medföra ”återkommande” sjukperioder. Med återkommande sjukperioder avses att antalet avslutade sjukdomsfall under en tolv månadersperiod riskerar att bli fler än sex. Vidare avses att sjukdomen medför risk för s.k. skov, dvs. perioder av tillfällig försämring av ett sjukdomstillstånd. I den senare situationen är antalet sjukperioder som riskerar att uppkomma inte avgörande, men i begreppet återkommande ligger att sjukdomen kan antas medföra i vart fall två avslutade sjukdomsfall på grund av skov under den angivna tidsperioden. Effekterna av sjukdomen ska påverka den försäkrades arbetsförmåga, vilket följer av det handlar om sjukperioder (se definitionen av sjukperiod i 26 § som hänvisar till 2 §). Avsikten är att bestämmelsen ska omfatta fler situationer än tidigare.

Några ändringar i övrigt vad gäller bestämmelsens innehåll eller tillämpningen av densamma är inte avsedda. Fortfarande ska således t.ex. följande gälla. Den försäkrade ska ha en medicinskt betingad nedsättning av arbetsförmågan. Det krävs däremot inte att arbetsförmågan ständigt är nedsatt. Den medicinska faktorn kan vara en kroppslig eller psykisk sjukdom eller ett följdillstånd efter sjukdom. Skyddet ska endast omfatta försäkrade med medicinskt väl dokumenterade sjukdomstillstånd. I de fall Försäkringskassan inte har god kännedom om den försäkrades sjukdom bör i regel krävas att den försäkrades uppgifter styrks med läkarintyg. Det ska vidare handla om att göra en prognos av situationen för den närmaste tolv månadersperioden. (Se författningskommentaren till dåvarande 3 kap. 4 b § första stycket andra meningen lagen [1962:381] om

allmän försäkring i prop. 1990/91:59 s. 30 och 31 samt bet. 1990/91:SfU9 s. 12).

Vidare ändras benämningen ”särskilt högriskskydd” till ”högriskskydd”.

Övervägandena finns i avsnitt 13.3.

42 § Ett beslut om högriskskydd får även meddelas för en sjukperiod när den försäkrade, som givare av biologiskt material enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m., har rätt till sjukpenning till följd av ingrepp för att ta till vara det biologiska materialet eller förberedelser för sådant ingrepp.

43 § Ett beslut om högriskskydd enligt 41 § gäller från och med den kalendermånad när ansökan gjordes, om inte annat anges i beslutet.

Högriskskyddet ska gälla för viss tid som anges i beslutet eller, om det finns särskilda skäl, tills vidare.

44 § Ett beslut om högriskskydd enligt 41 § ska upphävas om det villkor som anges där inte längre är uppfyllt.

I paragraferna finns ytterligare bestämmelser om högriskskyddet inom sjukpenningen.

I paragraferna ändras benämningen ”särskilt högriskskydd” till ”högriskskydd”.

44 a § Om ett beslut om högriskskydd enligt 13 § första stycket 1 eller andra stycket lagen (1991:1047) om sjuklön gäller för den försäkrade, lämnas sjukpenning utan karensavdrag som avses i 27 §.

I paragrafen, som är ny, regleras undantag från karensavdrag från sjukpenning för försäkrade med inkomst av anställning som har ett gällande beslut om högriskskydd enligt sjuklönelagen.

Bestämmelsen innebär att karensavdrag inte ska göras från sjukpenning som svarar mot inkomst av anställning för de försäkrade i fråga när beslutet om högriskskydd har sin grund i en sjukdom som kan antas medföra återkommande sjukperioder eller i donation. Det görs inte något undantag från karensavdrag om beslutet har sin grund i en sjukdom som medför risk för en eller flera längre sjukperioder eller i att den försäkrade har uppburit eller har bedömts ha

haft rätt till aktivitetsersättning (se 13 § första stycket 2 och tredje stycket sjuklönelagen).

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

2. I fråga om sjukpenning för sjukperioder som har påbörjats före ikraftträdandet gäller fortfarande 27 kap. 39 § i den äldre lydelsen.

3. Bestämmelsen i 27 kap. 41 § i den äldre lydelsen gäller fortfarande för beslut om särskilt högriskskydd som till någon del avser tid före ikraftträdandet, dock längst för tid till och med den 31 december 2025.

Enligt *den första punkten* träder lagen i kraft den 1 januari 2025. Det innebär bl.a. att Försäkringskassan från och med det datumet kan fatta beslut med stöd av den nya bestämmelsen i 27 kap. 41 § om högriskskydd vid återkommande sjukperioder. Det innebär vidare att de nya bestämmelserna i 27 kap. 18, 27 och 44 a §§ från och med det datumet ska tillämpas för försäkrade med beslut om högriskskydd (tidigare benämnt särskilt högriskskydd) som omfattas av de nya bestämmelserna i sjuklönelagen om sådant skydd (se författningskommentaren till den första och tredje punkten i övergångsbestämmelserna till sjuklönelagen, avsnitt 16.2).

Av *den andra punkten* följer att den nya bestämmelsen om karenstak endast gäller i fråga om sjukpenning för sjukperioder som påbörjas den 1 januari 2025 eller senare. Vid beräkningen av antalet tillfällen som den försäkrade har fått karensavdrag under de senaste tolv månaderna kan dock även beaktas karensavdrag som har gjorts före ikraftträdandet. För sjukperioder som har påbörjats senast den 31 december 2024 gäller fortfarande att det under de senaste tolv månaderna ska ha gjorts tio karensavdrag för att karensavdrag inte ska göras för sjukperioden i fråga.

Enligt *den tredje punkten* gäller den äldre bestämmelsen om för vilka situationer särskilt högriskskydd kan beviljas även fortsättningsvis i fråga om beslut som till någon del avser tid före ikraftträdandet. De äldre bestämmelserna gäller för beslutets giltighetstid, dock längst till och med den 31 december 2025. Det innebär exempelvis att om ett beslut om särskilt högriskskydd som till viss del avser tid före ikraftträdandet överklagas ska den äldre bestämmelsen

i 27 kap. 41 § tillämpas även vid en prövning efter ikraftträdandet. För tid från och med den 1 januari 2026 ska den nya bestämmelsen i paragrafen tillämpas i samtliga fall där en prövning av frågan om högriskskydd är aktuell.

Övervägandena finns i kapitel 14.

16.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1047) om sjuklön

2 a § Regeringen får meddela föreskrifter om

1. undantag från de begränsningar i rätten till ersättning som anges i 17 §,

2. avvikelser från vad som sägs i 17 b § andra stycket, och

3. de ytterligare undantag från 17 b–17 d §§ som föranleds av föreskrifter enligt 1 eller 2.

Föreskrifter enligt första stycket får meddelas endast vid extraordinära händelser i fredstid.

I paragrafen finns ett bemyndigande till regeringen att meddela föreskrifter om vissa undantag från lagens bestämmelser vid extraordinära händelser i fredstid.

I *första stycket* 3 tas hänvisningen till 17 a § bort till följd av att den paragrafen upphör att gälla.

4 a § En arbetsgivare är inte skyldig att betala ut sjuklön vid sjukdom

1. för sådan tid som arbetstagaren omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt 13 §,

2. för sådan tid som arbetstagaren omfattas av bestämmelserna i 37 kap.

3 § socialförsäkringsbalken, eller

3. om arbetstagaren inte helt har återgått i arbete och utfört arbete under minst en dag hos arbetsgivaren efter det att sjuklön för en hel sjuklöneperiod har betalats ut av arbetsgivaren.

I paragrafen regleras vissa undantag från en arbetsgivares skyldighet att betala ut sjuklön.

I *punkt 1* införs en ny bestämmelse som innebär att arbetsgivaren inte ska svara för sjuklön enligt lagen (jfr 27 kap. 9 § socialförsäkringsbalken) för tid när arbetstagaren omfattas av ett beslut om högriskskydd som har meddelats med stöd av 13 §, dvs. arbetstagaren i fråga har inte rätt till sjuklön under den tidsperioden. Undantaget

från skyldigheten att betala ut sjuklön gäller för den tid beslutet gäller (se 13 § andra stycket samt 15 § andra och tredje stycket). För tid då arbetstagaren omfattas av ett beslut om högriskskydd är hen hänvisad till att ansöka om sjukpenning enligt socialförsäkringsbalken vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom (se 27 kap. 44 a § socialförsäkringsbalken om undantag från karensavdrag i vissa fall).

De tidigare punkterna 1 och 2 omnumreras till *punkt 2 respektive 3*.

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

6 § För dagar i en sjuklöneperiod enligt 7 § som arbetstagaren gått miste om lön och andra anställningsförmåner till följd av nedsättningen i arbetsförmågan utgör sjuklönen 80 procent av anställningsförmånerna före avdrag enligt andra stycket.

Från sjuklönen ska ett karensavdrag göras. Avdraget ska motsvara 20 procent av den sjuklön som belöper på summan av de anställningsförmåner som arbetstagaren genomsnittligen beräknas få under en vecka.

Om arbetstagaren under de senaste tolv månaderna till följd av bestämmelserna i andra stycket fått avdrag från sjuklönen vid *sex* tillfällen, ska avdrag för ytterligare sjuklöneperioder inte göras (*karenstak*).

I paragrafen regleras sjuklönens storlek.

I *tredje stycket* finns en begränsningsregel för karensavdrag från sjuklön som innebär att sjuklön i vissa fall ska betalas ut utan sådant avdrag. Antalet tillfällen som arbetstagaren ska ha fått karensavdrag från sjuklönen för att begränsningen ska träda in ändras från tio till sex. Inom en tolv månadersperiod kan en arbetstagare följaktligen få karensavdrag från sjuklön vid högst sex tillfällen. Vidare införs benämningen "karenstak" för begränsningsregeln. (Jfr 27 kap. 39 § socialförsäkringsbalken.)

Bestämmelsen i det *tidigare fjärde stycket*, om att det finns avvikelser från bestämmelsen om karensavdrag, tas bort.

Övervägandena finns i avsnitt 13.1.

6 a § *Karensavdrag enligt 6 § andra stycket ska inte göras om sjuklöneperioden har börjat en dag då arbetstagaren omfattades av ett beslut om högriskskydd enligt 13 §.*

I paragrafen, som är ny, finns en bestämmelse om undantag från karensavdrag i vissa fall för arbetstagare som har omfattats av ett beslut om högriskskydd enligt lagen.

Den situation som avses är att beslutet om högriskskydd upphör att gälla under de första 14 dagarna i en sjukperiod. Arbetsgivaren ska då betala ut sjuklön för dagar i sjuklöneperioden som infaller efter att beslutet har upphört (jfr 4 a § 1 och definitionen av sjuklöneperiod och sjukperiod i 7 §). Bestämmelsen innebär att det inte ska göras något karensavdrag från sjuklönen i det fallet.

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

6 b § Till en sjöman på fartyg som inte uteslutande går i inre fart betalas sjuklön ut utan sådant avdrag som avses i 6 § andra stycket.

Med inre fart avses detsamma som i 64 kap. 6 § inkomstskattelagen (1999:1229).

I paragrafen, som är ny, regleras undantag från karensavdrag från sjuklön till vissa sjömän. Bestämmelserna fanns tidigare i 15 § andra och tredje stycket.

12 § Arbetsgivaren ska till Försäkringskassan anmäla sjukdomsfall som har gett arbetstagare hos honom rätt till sjuklön, om sjukperioden och anställningen fortsätter efter sjuklöneperiodens utgång. Anmälan ska göras inom sju kalenderdagar från denna tidpunkt. I anmälan ska uppgift lämnas om

1. arbetsgivarens organisationsnummer, personnummer eller samordningsnummer,
2. arbetstagarens personnummer eller samordningsnummer, och
3. det datum när sjuklöneperioden började.

Arbetsgivaren ska till Försäkringskassan även anmäla sjukdomsfall för arbetstagare som omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt 13 § och som har anmält sjukdomsfallet till arbetsgivaren. Arbetsgivarens anmälan ska göras inom sju kalenderdagar från dagen då arbetstagaren har anmält sjukdomsfallet. I arbetsgivarens anmälan ska sådana uppgifter som anges i första stycket 1 och 2 lämnas. Arbetsgivaren ska även lämna uppgift om datumet för den första dagen i sjukperioden.

Om anmälningsskyldighet vid inträffad arbetsskada finns föreskrifter i 42 kap. 10 § socialförsäkringsbalken.

I paragrafen regleras arbetsgivares skyldighet att anmäla en arbetstages sjukdomsfall till Försäkringskassan.

I *andra stycket* införs en ny bestämmelse om anmälningsskyldighet när det gäller arbetstagare som omfattas av ett beslut om högriskskydd enligt lagen. För att skyldigheten ska gälla räcker att arbetstagaren är anställd hos arbetsgivaren den första dagen i sjukperioden (se 7 § *andra stycket* för vad som avses med sjukperiod). Arbetstagaren måste ha anmält sjukdomsfallet till arbetsgivaren för att skyldigheten ska uppkomma. Därutöver förutsätts att arbetsgivaren har fått information om att arbetstagaren omfattas av ett beslut om högriskskydd.

Arbetsgivarens anmälan till Försäkringskassan ska göras inom en kalendervecka efter dagen då arbetstagaren har anmält sjukdomsfallet, dvs. gör arbetstagaren sin anmälan en måndag ska arbetsgivaren göra anmälan till Försäkringskassan senast måndagen därefter. Av 2 § lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid följer att en anmälan som senast skulle ha gjorts på en söndag, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton får göras nästa vardag. Vad som utgör allmän helgdag framgår av lagen (1989:253) om allmänna helgdagar. (Jfr författningskommentaren till paragrafens första stycke i prop. 1990/1991:181 s. 77.)

De uppgifter som arbetsgivaren ska lämna i anmälan är arbetsgivarens organisationsnummer, personnummer eller samordningsnummer, arbetstagarens personnummer eller samordningsnummer och datumet för den första dagen i sjukperioden. Eftersom anmälningsskyldigheten redan i sig enligt 19 § första stycket omfattas av straffansvar (böter) kommer även den nya uppgiftsskyldigheten att inbegripas i det ansvaret.

Det tidigare *andra stycket* blir paragrafens *tredje stycke*.

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

Beslut om högriskskydd

13 § Försäkringskassan får, efter skriftlig ansökan, besluta om *högriskskydd* för en arbetstagare som är försäkrad för sjukpenning enligt 24–28 kap. socialförsäkringsbalken. Ett sådant beslut får meddelas om den sökande har en sjukdom som under en tolv månadersperiod

1. kan antas medföra *minst sju eller annars återkommande* sjukperioder, eller
2. medför risk för en eller flera längre sjukperioder.

Ett beslut som avses i första stycket första meningen får även meddelas för en sjukperiod när den sökande som givare av biologiskt material enligt

lagen (1995:831) om transplantation m.m. *skulle ha* rätt till sjuklön till följd av ingrepp för att ta till vara det biologiska materialet eller förberedelser för sådant ingrepp, *om han eller hon inte omfattades av ett beslut om högriskskydd.*

Ett beslut som avses i första stycket första meningen får även meddelas när den sökande uppburit eller bedömts ha haft rätt till aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken under någon av de senaste tolv kalendermånaderna före månaden för ansökan hos Försäkringskassan.

I paragrafen regleras beslut om högriskskydd inom sjuklönen. Effekten av ett sådant beslut regleras i 4 a § 1.

I *första stycket* ändras benämningen av skyddet från ”särskilt högriskskydd” till ”högriskskydd”. Vidare ändras bestämmelsen i punkt 1 på så sätt att den avser sjukdomar som kan antas medföra ”återkommande” sjukperioder. För innebörden av detta, se kommentaren till 27 kap. 41 § socialförsäkringsbalken (se även författningskommentaren till 13 § första stycket i prop. 1990/91:181 s. 78 och 79).

Bestämmelsen i *andra stycket* om högriskskydd vid donation ändras till följd av att en arbetsgivare inte längre är skyldig att betala ut sjuklön till de arbetstagare som avses (se 4 a § 1). Bedömningen enligt bestämmelsen ska dock göras som om arbetstagaren har rätt till sjuklön för sjukperioden i fråga.

Bestämmelsen i tidigare *andra stycket* andra meningen om högriskskydd vid aktivitetsersättning flyttas till *tredje stycket*. Inledningen till bestämmelsen tydliggörs. Ingen ändring i sak är avsedd. Den tidigare bestämmelsen i *tredje stycket*, om effekten av högriskskydd, tas bort.

Det *tidigare fjärde stycket* tas bort i och med att bestämmelserna däri, om giltigheten av beslut om högriskskydd och Försäkringskassans underrättelseskyldighet, flyttas till 15 § och 16 § *andra stycket*.

Övervägandena finns i avsnitt 13.3.

15 § *Ett beslut enligt 13 § ska avse den sökandes samtliga anställningar.*

Ett beslut enligt 13 § första stycket ska gälla från och med den kalendermånad då ansökan gjordes hos Försäkringskassan eller från och med den senare kalendermånad som anges i beslutet. Detta beslut gäller till och med den dag som anges i beslutet eller, om det finns särskilda skäl, tills vidare. Beslutet ska

upphävas om villkoret enligt 13 § första stycket andra meningen 1 eller 2 inte längre är uppfyllt.

Ett beslut enligt 13 § tredje stycket ska gälla under tolv kalendermånader, räknat från och med månaden efter den då beslutet meddelades.

I paragrafen finns bestämmelser om giltigheten av beslut om högriskskydd. Bestämmelserna fanns tidigare i 13 § fjärde stycket.

I *första stycket* införs bestämmelsen om giltigheten i förhållande till arbetstagarens arbetsgivare. Den tidigare bestämmelsen i stycket, om undantag från karensavdrag från sjuklön vid beslut om högriskskydd, tas bort.

Till *andra stycket* flyttas bestämmelserna om giltigheten i tid för beslut om högriskskydd vid återkommande eller längre sjukperioder. Den tidigare bestämmelsen i stycket, om undantag från karensavdrag från sjuklön till vissa sjömän, flyttas till 6 b § första stycket.

I *tredje stycket* införs bestämmelsen om giltigheten i tid för beslut om högriskskydd vid aktivitetsersättning. Den tidigare bestämmelsen i stycket, om vad som avses med ”inre fart” i förhållande till bestämmelsen om undantag från karensavdrag från sjuklön till vissa sjömän, flyttas till 6 b § andra stycket.

16 § *När ett beslut om att bevilja en arbetstagare högriskskydd enligt 13 § har meddelats ska Försäkringskassan skyndsamt underrätta arbetstagarens arbetsgivare om att ett sådant beslut har fattats och för vilken tidsperiod beslutet gäller.*

Om ett beslut om högriskskydd upphävs ska Försäkringskassan skyndsamt underrätta arbetstagarens arbetsgivare om detta och vid vilken tidpunkt beslutet upphör att gälla.

I paragrafen regleras Försäkringskassans underrättelseskyldighet gentemot arbetsgivare när det gäller beslut om högriskskydd. De tidigare bestämmelserna i paragrafen, om arbetsgivares rätt till ersättning för kostnader för sjuklön för arbetstagare som omfattas av beslut om högriskskydd, tas bort.

I *första stycket* införs en ny bestämmelse om att Försäkringskassan ska underrätta arbetsgivaren när ett beslut om att bevilja högriskskydd enligt lagen har meddelats för en arbetstagare. I och med beslutet har arbetsgivaren ingen skyldighet att betala sjuklön enligt lagen (4 a § 1). Vidare uppkommer för arbetsgivaren en

särskild anmälningsskyldighet (12 § andra stycket). Försäkringskassans underrättelse ska därför göras skyndsamt, dvs. så snart det kan ske, efter att beslutet har meddelats. Den information som ska lämnas till arbetsgivaren är endast att arbetstagaren har beviljats högriskskydd och för vilken tidsperiod skyddet gäller. Om arbetstagaren har flera arbetsgivare, gäller underrättelseskyldigheten gentemot samtliga. Det handlar om de arbetsgivare som arbetstagaren har vid tidpunkten för beslutet. Myndighetens underrättelseskyldighet gäller inte gentemot arbetsgivare som arbetstagaren får vid en senare tidpunkt. I det fallet är det arbetstagarens ansvar att informera arbetsgivaren om att hen omfattas av ett beslut om högriskskydd. Det ställs inte upp något särskilt krav på underrättelsens form. Hur en sådan underrättelse som nu avses bör göras är upp till Försäkringskassan att avgöra inom ramen för myndighetens skyldigheter, t.ex. de som följer av serviceskyldigheten i 6 § förvaltningslagen (2017:900) samt regelverk om hantering av personuppgifter och sekretess. Myndigheten bör i det sammanhanget beakta att det är av vikt att informationen når arbetsgivaren bl.a. med hänsyn till att en försummelse av arbetsgivaren att fullgöra anmälningsskyldigheten när det gäller sjukdomsfall för nu avsedda arbetstagare omfattas av straffansvar (12 § andra stycket och 19 § första stycket).

I *andra stycket* finns en bestämmelse om myndighetens underrättelseskyldighet när ett beslut om högriskskydd upphävs (se t.ex. 15 § andra stycket tredje meningen). Bestämmelsen fanns tidigare i 13 § fjärde stycket. När ett beslut om högriskskydd upphävs gäller inte längre undantaget enligt 4 a § 1 från arbetsgivarens skyldighet att betala ut sjuklön till arbetstagaren. I bestämmelsen införs därför att underrättelsen även i detta fall ska göras skyndsamt. Vidare införs att arbetsgivaren även ska informeras om vid vilken tidpunkt beslutet om högriskskydd upphör att gälla, dvs. i förlängningen när arbetsgivarens skyldighet att betala ut sjuklön inträder. För att tydliggöra att även denna underrättelseskyldighet gäller gentemot arbetstagarens samtliga arbetsgivare anges "arbetstagarens arbetsgivare" i stället för "arbetsgivaren". Inte heller i detta fall finns det något särskilt krav på underrättelsens form. I likhet med vad som gäller för underrättelser enligt paragrafens första stycke avgör Försäkringskassan på vilket sätt underrättelsen bör göras inom ramen för myndighetens skyldigheter. Myndigheten bör i detta samman-

hang beakta att det är av vikt att informationen når arbetsgivaren bl.a. eftersom arbetstagaren som berörs då kan ha rätt till sjuklön. Orden ”på lämpligt sätt” tas bort då de inte tillför något.

Det *tidigare tredje stycket* tas bort till följd av att bestämmelsen däri upphör att gälla.

Övervägandena finns i avsnitt 13.2.

17 § En arbetsgivare vars kostnader för sjuklön enligt 6 §, inklusive därpå belöpande avgifter och skatt, under ett kalenderår överstiger en viss del av arbetsgivarens totala lönekostnader, inklusive därpå belöpande avgifter och skatt, får ersättning med högst 250 000 kronor för överskjutande del av sjuklönekostnaden enligt följande. Ersättning för sjuklönekostnaden lämnas till den del kostnaden överstiger

- 0,5 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad uppgår till högst 3 miljoner kronor årligen,
- 0,9 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 3 men inte 6 miljoner kronor årligen,
- 1,2 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 6 men inte 12 miljoner kronor årligen,
- 1,3 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 12 men inte 20 miljoner kronor årligen, och
- 1,5 procent av den totala lönekostnaden om arbetsgivarens lönekostnad överstiger 20 miljoner kronor årligen.

Med avgifter och skatt enligt första stycket avses avgifter enligt socialavgiftslagen (2000:980) och lagen (1994:1920) om allmän löneavgift samt skatt enligt lagen (1990:659) om särskild löneskatt på vissa förvärvsinkomster.

I paragrafen finns den grundläggande bestämmelsen om ersättning till arbetsgivare för höga sjuklönekostnader.

Hänvisningen till 17 a § i *första stycket* tas bort med anledning av att den paragrafen upphör att gälla. Därutöver görs en redaktionell ändring i stycket.

26 § I fråga om Försäkringskassans handläggning av ärenden enligt 10, 11, 13, 14, 17, 17 d och 20 §§ samt 24 § andra stycket och 27 § andra stycket tillämpas följande föreskrifter i socialförsäkringsbalken:

- 107 kap. 9 och 10 §§ om förbud mot utmätning och överlåtelse,
- 107 kap. 12 § om preskription,
- 108 kap. 2, 11 och 22 §§ om återbetalningsskyldighet,
- 108 kap. 15, 16, 19 och 21 §§ om ränta,

- 110 kap. 13 § och 31 § första stycket samt 115 kap. 4 § om skyldighet att lämna uppgifter,
- 110 kap. 14 § 1 och 2 om utredningsåtgärder,
- 110 kap. 39 och 42 §§ om undantag från sekretess,
- 110 kap. 52 § första stycket 2 och andra stycket samt 53 § om indragning eller nedsättning av ersättning,
- 112 kap. 2 och 3 §§ samt 108 kap. 10 § om interimistiska beslut.

28 § De föreskrifter om omprövning och ändring av Försäkringskassans beslut som finns i 113 kap. 3–9 §§ socialförsäkringsbalken ska tillämpas på motsvarande sätt i fråga om

- beslut enligt 10 eller 13 §, 14 § andra meningen, 17, 17 d eller 20 § eller 24 § andra stycket, samt
- beslut att inte avge yttrande enligt 27 § andra stycket.

Vidare ska föreskrifterna i 113 kap. 10–17, 19, 20 och 21 §§ socialförsäkringsbalken om överklagande av Försäkringskassans eller domstols beslut tillämpas på motsvarande sätt i fråga om beslut enligt 10 § första stycket 2, 13 §, 14 § andra meningen, 17, 17 d eller 20 § eller 24 § andra stycket.

I övrigt får Försäkringskassans beslut enligt denna lag inte överklagas.

I paragraferna regleras Försäkringskassans handläggning av vissa ärenden enligt lagen samt omprövning, ändring och överklagande av vissa myndighetens beslut enligt lagen.

I uppräkningsarna i 26 § och 28 § första stycket första strecksatsen och andra stycket tas ärenden och beslut enligt 16 § bort eftersom den tidigare bestämmelsen i den paragrafen, om arbetsgivares rätt till ersättning för kostnader för sjuklön för arbetstagare som omfattas av beslut om högriskskydd, upphör att gälla.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.
2. För sjuklöneperioder som har påbörjats före ikraftträdandet gäller fortfarande 6 § tredje stycket i den äldre lydelsen.
3. Äldre bestämmelser om särskilt högriskskydd gäller fortfarande för beslut om särskilt högriskskydd, sjuklön och beslut om ersättning för kostnader som till någon del avser tid före ikraftträdandet, dock längst för tid till och med den 31 december 2025.

4. Bestämmelserna i 2 a och 17 §§ i den äldre lydelsen och bestämmelsen i den upphävda 17 a § gäller fortfarande i fråga om ersättning som har betalats ut till en arbetsgivare med stöd av 16 § i den äldre lydelsen.

Enligt *den första punkten* träder lagen i kraft den 1 januari 2025. Det innebär bl.a. att Försäkringskassan från och med det datumet kan fatta beslut med stöd av den nya bestämmelsen i 13 § första stycket 1 om högriskskydd vid återkommande sjukperioder.

Av *den andra punkten* följer att den nya bestämmelsen om karenstak endast gäller för sjuklöneperioder som påbörjas den 1 januari 2025 eller senare. Vid beräkningen av antalet tillfällen som arbetstagaren har fått karensavdrag under de senaste tolv månaderna kan dock även beaktas karensavdrag som har gjorts före ikraftträdandet. För sjuklöneperioder som har påbörjats senast den 31 december 2024 gäller fortfarande att det under de senaste tolv månaderna ska ha gjorts tio karensavdrag för att karensavdrag inte ska göras för sjuklöneperioden i fråga.

Enligt *den tredje punkten* gäller de äldre bestämmelserna om särskilt högriskskydd även fortsättningsvis i fråga om beslut om sådant skydd, sjuklön och beslut om ersättning till arbetsgivare för kostnader för sjuklön för arbetstagare som omfattas av beslut om högriskskydd som till någon del avser tid före ikraftträdandet. De äldre bestämmelserna gäller för beslutets giltighetstid, dock längst till och med den 31 december 2025.

Det innebär exempelvis att om ett beslut om särskilt högriskskydd som till viss del avser tid före ikraftträdandet överklagas ska den äldre bestämmelsen i 13 § första stycket 1 tillämpas även vid en prövning efter ikraftträdandet. Det innebär vidare att arbetsgivaren har ett sjuklöneansvar för tidsperioden i fråga. Karensavdrag kan göras från sjuklönen i de fall beslutet om särskilt högriskskydd har sin grund i längre sjukperioder eller i aktivitetsersättning, men inte i de fall beslutet om särskilt högriskskydd har sin grund i ett större antal sjukperioder eller i donation. Vidare har en arbetsgivare rätt till ersättning för kostnader för sjuklön som denne har haft för arbetstagare som omfattas av beslut om särskilt högriskskydd som avser tid under perioden i fråga. Därutöver gäller de i 26 § angivna bestämmelserna i socialförsäkringsbalken om Försäkringskassans handläggning även fortsättningsvis för ärenden enligt de äldre bestämmelserna om ersättning till arbetsgivare för kostnader för

arbetstagare som omfattas av beslut om särskilt högriskskydd. Även de i 28 § angivna bestämmelserna i socialförsäkringsbalken om omprövning, ändring och överklagande gäller fortsättningsvis för Försäkringskassans beslut om sådan ersättning som har fattats med stöd av den äldre regleringen.

För tid från och med den 1 januari 2026 gäller den nya regleringen för alla som ansöker om eller har beslut om högriskskydd enligt lagen, dvs. exempelvis även för dem som sedan före den 1 januari 2025 har ett beslut om särskilt högriskskydd som gäller tills vidare.

Enligt *den fjärde punkten* ska ersättning för sjuklönekostnader som en arbetsgivare har fått med stöd av 16 § i den äldre lydelsen för arbetstagare som omfattas av beslut om särskilt högriskskydd även fortsättningsvis minska arbetsgivarens ersättning för höga sjuklönekostnader. Vidare får regeringen även fortsättningsvis föreskriva om undantag från detta vid extraordinära händelser i fredstid, om det behövs för de situationer som nu avses.

Övervägandena finns i kapitel 14.

Referenser

Vetenskapliga artiklar

- Abay Asfaw, D., Rosa, R., Pana-Cryan, R. (2017). Potential economic benefits of paid sick leave in reducing absenteeism related to the spread of influenza-like illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(9), 822–829.
- Aboagye, E., Gustafsson, K., Jensen, I., Hagberg, J., Aronsson, G., Marklund, S., Bergström, G. (2020). What is number of days in number of times? Associations between, and responsiveness of, two sickness presenteeism measures. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(5), 180-185.
- Andrén, D. (2005). 'Never on a Sunday': Economic incentives and short-term sick leave in Sweden. *Applied Economics*, 37(3), 327-338.
- Arai M. Skogman Thoursie P, (2004) Sickness absence, Worker and establishment effects, *Swedish Policy Review* 11, 9-28.
- Arnold, D. (2016) Determinants of the annual duration of sickness presenteeism: Empirical evidence from European data. *Labour* 30:2: 198–212.
- Aronsson G, Gustafsson K. (2005) Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med*. Sep;47(9):958–66
- Aronsson, G., Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 958–966.
- Aronsson G, Gustafsson K & Mellner C. (2009). Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro och självskattad hälsa i den

- yrkesaktiva populationen och i specifika yrkesgrupper. *Arbete och hälsa*, 43(3).
- Aronsson, G (2012) Sjuknärvaro – en forskningsöversikt i: Kristina Alexandersson (red.) med flera *Socialförsäkringsforskning – En vänbok till Staffan Marklund*. Sektionen för Försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. Stockholm: Universitetsservice US-AB. S 25–35.
- Aaviksoo E, Kiivet R. A (2016) Influence of the sickness benefit reform on sickness absence, *Health Policy*, Volume 120, Issue 9.
- Barmby T. A, Bojke C. Treble J.G (1997) Worker Absenteeism: a note on the effect of contract structure. *Australian Journal of Labour Economics*, 1 (2) 97-102.
- Barnes, M. C., Buck, R., Williams, G., Webb, K. & Aylward, M. (2008). Beliefs about common health problems and work: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 67(4), 657–665.
- Ben Halima, M. A. Koubi, M. (2022) The effects of expanding the generosity of statutory sick leave insurance: The case of a French reform, *Health Policy*, Volume 126, Issue 3.
- Bergström, G, Bodin, L, Hagberg, J, Lindh, T., Aronsson, G & Josephson, M. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82,10, 1179-1190.
- Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G & Josephson M. (2009a). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 629-638.
- Biron, C., J.-P. Brun, H. Ivers, and C. L. Cooper. (2006) At work but ill: Psychosocial work environment and well-being determinants of presenteeism propensity. *Journal of Public Mental Health* 5:4: 26–37.
- Bockerman, Kanninen och Suoniemi (2018) A kink that makes you sick: The effect of sick pay on absence, *Journal of Applied Econometrics*, 33, (4), 568-579.
- Cazenave-Lactroutz, A, Godzinski A, (2017) Effects of the one-day waiting period for sick leave on health-related absences in

- the French central civil service. Working Paper, Institute National de la statistique et des études économiques.
- Cazenave-Lactroutz, A, Godzinski A, (2018) Lower sick leave cover, fewer health related work absences? Evidence from France, Mimeo, Paris School of Economics.
- Caverley, N. Cunningham J. B. McGregor, J.N. (2007) Sickness presenteeism sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*, 44, 304-319.
- Chapman, L. S. (2005). Presenteeism and its role in worksite health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 19(4), 1–8
CIPD (2016).
- Chaupain-Guillot, S. Guillot O. (2017) Sickness Benefit Rules and Work Absence: An Empirical Study Based on European Data, *Revue d'économie politique* 2017/6 (Vol. 127), 1109-1137.
- Chemin M. Wasmer E. (2009) Using Alsace-Moselle Local Laws to Build a Difference-in-Differences Estimation Strategy of the Employment Effects of the 35-Hour Workweek Regulation in France, *Journal of Labor Economics*, Vol. 27, No. 4 (October 2009), 487-524.
- Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95, 834–848.
- De Paola, M et al. (2014) Absenteeism in the Italian Public Sector: The Effects of Changes in Sick Leave Policy. *Journal of Labor Economics* 32: 337-360.
- DeRigne L, Stoddard-Dare P, Quinn L. (2016) Workers Without Paid Sick Leave Less Likely To Take Time Off For Illness Or Injury Compared To Those With Paid Sick Leave. *Health Aff* 35, No 3.
- Dew, K., Keefe, V. & Small, K. (2005). Choosing to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science and Medicine*, 60, 2273–2282.
- Diamond, P, Mirrlees J, (1978) A model of social insurance with variable retirement, *Journal of public Economics*.

- Eliason, M, Nilsson, M, Inläsningseffekter och differentierade ersättningsnivåer i sjukförsäkringen, IFAU Rapport 2015:14.
- Eliason, M, Johansson, P, Nilsson, M, (2019) Forward-looking moral hazard in social insurance, *Labour Economics*, Vol 60.
- Engström P, Hägglund P, Johansson P, (2017) Early Interventions and Disability Insurance: Experience from a Field Experiment, *Economic Journal* 127, 363-397.
- Eurofound (2022), Working conditions in the time of COVID-19: Implications for the future, European Working Conditions Telephone Survey 2021 series, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fenn, P, (1981) Sickness Duration, Residual Disability, and Income Replacement: An Empirical Analysis, *Economic Journal* 91, 158-173.
- Fevang, E., Hardoy, I., Røed, K. (2017). Temporary disability and economic incentives. *The Economic Journal*, 127 (603), 1410-1432.
- Frick, B., Malo, M. (2005) Labour market institutions and individual absenteeism in the European union: The relative importance om sickness benefit systems and employment protection legislation, *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 47(4), 505-529.
- Garrow, V. (2016). Presenteeism: A review of current thinking. Institute for Employment Studies Report 507.
- Gerich, J. (2016). Determinants of Presenteeism Prevalence and Propensity: Two Sides of the same Coin? *Archives of Environmental and Occupational Health* 71 (4) 189-198.
- Glaeser, E L, Scheinkman J, A, Sacerdote B I (2003) The Social Multiplier, *Journal of the European Economic Association*1, 345-353.
- Grant, A. M. (2008). The significance of task significance: Job performance effects, relational mechanisms, and boundary conditions. *Journal of Applied Psychology*, 93, 108-124.
- Gustafsson K, Bergström G, Marklund S, Aboagye E, Leineweber C, (2019) Presenteeism as a predictor of disability pension: A prospective study among nursing professionals and care assistants in Sweden. *J Occup Health*.

- Gustafsson, K. Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 24, 2, 153-165.
- Gustafsson K, Senden M, Schenck-Gustafsson K, Fridner A (2016) Gender I in reasons for sickness presenteeism—a study among GPs in a Swedish health care organization. *Ann Occup Environ Med* 28:50.
- Hansen, CD. Andersen, JH. (2009). Sick at work – a risk factor for long-term sickness absence at a later date? *Journal of Epidemiology Community Health*, 63, 397-402.
- Hauge, K E, Ulvestad M E (2017) Having a bad attitude? The relationship between attitudes and sickness absence, *IZA Journal of Labour Policy* 6.
- Hemp P. (2004) Presenteeism: at work—but out of it. *Harv Bus Rev*. Oct;82(10):49-58, 155.
- Henrekson, M., Persson, M. (2004) The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system. *Journal of Labour economics*, 22(1), 87-113.
- Hesselius, P, Johansson, P, Larsson L, (2005) Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment, Working Paper Series 2005:15, IFAU - Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy.
- Hesselius, P., Persson, M. (2007) Incentive and spill-over effects of supplementary sickness compensation. Working Paper, No. 2007:16. Uppsala: Institute for Evaluation of Labour Market and Education Policy, IFAU.
- Hesselius, P., Persson, M., Vikström J (2008) Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro? *Ekonomisk debatt* nr 7.
- Hesselius, P, Johansson P, Nilsson P (2009) Sick of your colleagues' absence? *Journal of European Economic Association*, vol 7 (2-3), 1-12.
- Hesselius, P., Johansson P, Hartman L (2013) Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment, *Labour Economics*, Vol. 20, pp. 48–56.

- Hesselius, P., Persson, M. (2013). Social Behaviour in Work Absence, *The Scandinavian Journal of Economics*, 115, 995–1019.
- Hirsch, B., D. S. J. Lechmann, and C. Schnabel. (2017) Coming to work while sick: An economic theory of presenteeism with an application to German data. *Oxford Economic Papers* 69:4: 1010–1031.
- Holm K, Hummelgaard H, Mikkelsen P, Rieper O (1986) Sygefravær og karensdag. Copenhagen: AKFs Forlag.
- Ichino A, Riphahn R. (2004) Absenteeism and employment protection: Three case studies. *Swedish economic review*, 11(1) 95–114.
- Irvine, A. (2011). Fit for work? The influence of sick pay and job flexibility on sickness absence and implications for presenteeism. *Social Policy & Administration*, 45(7), 752–769.
- Jena AB, Meltzer DO, Press VG, Arora VM (2012) Why physicians work when sick. *Arch Intern Med* 172(14):1107–1108.
- Johansson, P. Lindahl E (2013) Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment. *Empirical Economics* 2013, vol 44, 3. S 1673-1695.
- Johansson P, Brännäs K, (1998) A household model for work absence, *Applied Economics* 30, 1493-1503.
- Johansson, P., Palme, M. (1996) Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data. *Journal of Public Economics*, 59(2) 195– 218.
- Johansson, P., Palme, M. (2002) Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism. *Journal of Human Resources*, 37, 381–409.
- Johansson, P., Palme, M. (2004). Moral Hazard and Sickness Insurance. Empirical Evidence from a Sickness Insurance Reform in Sweden, *Journal of Public economics*, 89, (9–10), 1879–1890.
- Johansson P, Karimi A, Nilsson P (2014) Könsskillnader i hur sjukfrånvaro påverkas av omgivningen, Rapport 2014:7, IFAU.

- Johns, G. (2008). Absenteeism or presenteeism? Attendance dynamics and employee well-being, in S. Cartwright & C. L. Cooper (Eds.), *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*, Oxford: Oxford University Press. 7–30.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519–542.
- Khan, J, Rehnberg C, (2009) Perceived job security and sickness absence: A study on moral hazard, *Eur J Health Econ* 10:421-428.
- Karanika-Murray M, Pontes HM, Griffiths MD, Biron C. (2015) Sickness presenteeism determines job satisfaction via affective-motivational states. *Soc Sci Med*. Aug; 139:100-6
- Karanika-Murray, M., & Cooper, C. (2018). Presenteeism: An Introduction to a Prevailing Global Phenomenon. In C. Cooper & L. Lu (Eds.), *Presenteeism at Work* (Cambridge Companions to Management, pp. 9-34). Cambridge University Press.
- Kigozi J, Jowett S, Lewis M, Barton P, Coast J. (2017) The Estimation and Inclusion of Presenteeism Costs in Applied Economic Evaluation: A Systematic Review. *Value Health*. 2017 Mar;20(3):496–506.
- Kinman G, Wray S, (2018) Presenteeism in academic employees—occupational and individual factors, *Occupational Medicine*, Volume 68, Issue 1, January 2018, 46–50.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley, M. J., Vahtera, J et al. (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 95, 98–102.
- Larsson L (2002) Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden, Working Paper 2002:6, IFAU.
- Larsson L (2004) Samspel mellan arbetslöshets och sjukförsäkringen, Rapport 2004:7, IFAU.
- Larsson, L, Runeson C (2007) Moral hazard among the sick and unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform. IFAU Working paper 2007:8.

- Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., Svedberg, P. & Alexanderson, K. (2012). Sickness presenteeism is more than an alternative to sickness absence: Results from the population-based SLOSH study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(8), 905–914.
- Lindbeck A, Palme M, Persson, M, (2004) Sjukskrivning som ett socialt fenomen, *Ekonomiskt debatt* 32, 50–62.
- Lindbeck A, Persson, M, (2013) A continuous model of income insurance, *International Tax and Public Finance* 20, 938-960.
- Lindbeck A, Palme M, Persson, M, (2016) Sickness Absence and Local Benefit Cultures, *The Scandinavian Journal of Economics* 118(1), 49-78.
- Lindbeck A, Persson, M, (2018) Social Norms in Social Insurance, *Journal of Political Economy* vol 126, no S1.
- Marie O, Castello J V. (2020) If Sick-Leave Becomes More Costly, Will I Go Back to Work? Could It Be Too Soon? IEB Working Paper N. 2020/09.
- Marklund S, Gustafsson K, Bergström G, Leineweber C. (2021) Reasons for presenteeism in different occupational branches in Sweden: a population based cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021 Aug;94(6):1385-1395.
- Markussen S, Røed K, (2015) Social Insurance Networks, *Journal of Human Resources* 50, 1081–1113.
- Markussen S, Røed K, Schreiner R C (2017) Can compulsory dialogues nudge sick-listed workers back to work? *Economic journal* 128, 1276–1303.
- Miraglia M, Johns G (2015) Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model, *Journal of occupational health psychology*, Vol 21 3, 261-283.
- Natoli, J.L., et al.(2010) Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*,. 30(5): p. 599-609.
- Navarro, A., Salas-Nicás, S., Moncada, S., Llorens, C., & Molinero-Ruiz, E. (2018). Prevalence, associated factors and reasons for sickness presenteeism: a cross-sectional nationally representative study of salaried workers in Spain, 2016. *BMJ open*, 8(7).

- Nilsson, M. (2005) Differences and similarities in work absence behavior, Empirical evidence from micro data. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, Växjö University, Acta Wexionensia No 65/2005.
- Olsson M, Skogman Thoursie, P, (2015), Sick leave insurance and spousal labour supply, *Labour Economics*, 33, (C), 41-54.
- Ose, S. O (2005) Working conditions, compensation and absenteeism. *J. Health Economics* 24, 161-188.
- Osterkamp R, Röhn O, 2005, Being on sick leave: Possible explanations for inter-country differences of sick leave days, *CESifo Economic Studies*, 53(1), 97- 114.
- Palme, M., Persson, M. (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.
- Paola M D, Scoppa V, Pupo V (2014) Absenteeism in the Italian Public Sector. The effects of Changes in Sick Leave Policy. *Journal of Labour Economics*. 32(2) 337-360.
- Pettersson-Lidbom, P, Skogman Thoursie P. (2013) Temporary Disability Insurance and Labour Supply: Evidence from a Natural Experiment, *The Scandinavian Journal of Economics*, Vol. 115, No. 2, 485-507.
- Pichler S, Ziebarth N R, (2017) The pros and cons of sick pay schemes: Testing for contagious presenteeism and noncontagious absenteeism behaviour, *Journal of Public Economics* 156, 14-33.
- Pollak C. (2017) The impact of a sick pay waiting period on sick leave patterns. *Eur J Health Econ*. Jan;18(1):13-31.
- Reuter et al 2019 Do Temporary Workers More Often Decide to Work While Sick? Evidence for the Link between Employment Contract and Presenteeism in Europe" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, no. 10: 1868.
- Ruhle, S. A. and Schmoll, R. (2021), 'Covid-19, telecommuting, and (virtual) sickness presenteeism: Working from home while ill during a pandemic', *Frontiers in Psychology*, Vol. 12, 734106.
- Schnabel C. (2022) Presenteeism at the workplace. *IZA World of Labor* 2022: 495.

- Schultz A.B, Chen C.Y, Edington D.W. (2009) The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature. *Pharmacoeconomics*. 2009;27(5)365-78.
- Scognamiglio A (2020) Paid Sick Leave and Employee Absences *Labour*, volume 34, Issue 3. 305-322.
- Skagen K, Collins AM. (2016) The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2016 Jul;161: 169–77.
- Skogman Thoursie, P (2004) Reporting Sick: Are Sport Events Contagious? *Journal of Applied Econometrics* 19, 809-823.
- Skogman Thoursie, P. (2007) Happy Birthday! You are Insured! Gender Differences in Work Ethics, *Economics Letters*, vol 94, 141-145.
- Steidelmüller, C., Meyer, S.-C. and Müller, G. (2020), Home-based telework and presenteeism across Europe, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 62, No. 12, 998–1005.
- Turpin, R. S., Ozminkowski, R. J., Sharda, C. E., Collins, J. J., Berger, M. L., Billotti, G. M., Nicholson, S. (2004). Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 1123-1133.
- Vingård, E., Alexanderson, K. & Norlund, A. (2004). Sickness presence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (63 suppl.), 216–221.
- Voss, M., Floderus, B., Diderichsen, F. (2001). Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit-findings from Sweden Post. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(3) 166–174.
- Webster RK, Liu R, Karimullina K, Hall I, Amlot R, Rubin GJ (2019) A systematic review of infectious illness presenteeism: prevalence, reasons and risk factors. *BMC Public Health* 19(1)799.
- Wells, C., Edgerton, D., & Kruse, A. (2004). An Analysis of Sick Leave in Sweden using Panel Data 1985-1997. Working Papers, Department of Economics, Lund University; No. 3.

- Widera, E., Chang, A., & Chen, H. L. (2010). Presenteeism: A public health hazard. *Journal of General Internal Medicine*, 25, 1244–1247.
- Winkelmann, R (1999), Wages, firm size and absenteeism, *Applied Economics Letters*, 6, issue 6, p. 337-341.
- Ziebarth, N. R., Karlsson, M. (2010). A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labour costs. *J. Public Econ.* 94, 1108–1120.
- Ziebarth, N. R., Karlsson, M. (2014). The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *Journal of Applied Econometrics* 29:2, 208–230.
- Österlund N. (2014). Effekter av förlängd karenstid i den allmänna sjukförsäkringen för egenföretagare, *Ekonomisk debatt* nr. 2 2014 årgång 42.

Offentligt tryck

Lagar

Regeringsformen

Brottsbalken

Socialförsäkringsbalken

Lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid

Lagen (1962:381) om allmän försäkring

Lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister

Lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet

Lagen (1989:253) om allmänna helgdagar

Lagen (1991:1047) om sjuklön

Lagen (1994:1920) om allmän löneavgift

Föräldradighetslagen (1995:584)

Lagen (1997:238) om arbetslöshetsförsäkring

Inkomstskattelagen (1999:1229)

Socialavgiftslagen (2000:980)

Lagen (2000:981) om fördelning av socialavgifter

Diskrimineringslagen (2008:567)

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Skatteförfarandelagen (2011:1244).

Förvaltningslagen (2017:900)

Lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning

Förordningar

Studiestödsförordningen (2000:655)

Förordningen (2000:1418) om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst

Förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration

Förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

Förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser

Förordningen (2022:79) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19

Förordningen (2022:1559) om skiktgräns för statlig inkomstskatt för beskattningsåret 2023

Myndighetsföreskrifter

Försäkringskassan (2022) Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2022:12) om sjukförsäkringsavgift vid karenstid för sjukpenning avseende år 2023.

Propositioner

Prop. 1946:312 Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om allmän sjukförsäkring, m.m.

Prop. 1966:113 Kungl. Maj:ts proposition med förslag om förbättrad sjukpenningförsäkring.

Prop. 1981/82:144 Om ändringar i sjukförsäkringen m.m.

- Prop. 1986/87:69 Om förbättrad kompensation vid korttidssjukdom och vid tillfällig vård av barn.
- Prop. 1990/91:59 Om vissa ändringar i sjukförsäkringen m.m.
- Prop. 1990/91:181 Om sjuklön m.m.
- Prop. 1992/93:31 Om ändrad sjukersättning m.m.
- Prop. 1996/97:63 Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration, m.m.
- Prop. 1997/98:1 Budgetpropositionen för 1998 utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.
- Prop. 1999/2000:95 Vissa socialförsäkringsfrågor.
- Prop. 2001/02:81, Vissa arbetsskadefrågor m.m.
- Prop. 2002/03:100 2003 års ekonomiska vårproposition.
- Prop. 2007/08:136 En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- Prop. 2009/10:120 Trygghetssystemen för företagen.
- Prop. 2010/11:1 Budgetpropositionen för 2011 utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.
- Prop. 2017/18:96 Karensavdrag – en mer rättvis självrisk.
- Prop. 2017/18:171 Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde - en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.
- Prop. 2018/19:100 2019 års ekonomiska vårproposition, Bilaga 2.
- Prop. 2021/22:1 Budgetpropositionen för 2022 utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.
- Prop. 2023/24:1 Budgetpropositionen för 2024 utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet.
- Prop. 2023/24:29 En ny dataskyddsreglering på socialförsäkringsområdet.

Utskottsbetänkanden

- Bet. SfU 1975:10 Socialförsäkringsutskottets betänkande med anledning av motioner om rätt till sjukpenning m.m.
- Bet. 1990/91:FiU10 Den ekonomiska politiken.

Bet. 1990/91:SfU9 Vissa ändringar i sjukförsäkringen m.m.

Statens offentliga utredningar (SOU)

SOU 1944:15 Lag om allmän sjukförsäkring.

SOU 1952:39 Sjukförsäkring och Yrkesskadeförsäkring.

SOU 1972:60 Beskattade förmåner vid sjukdom och arbetslöshet
m. m.

SOU 1981:22 Sjukersättningsfrågor.

SOU 2000:72 Sjukförsäkringen – basfakta och
utvecklingsmöjligheter.

SOU 2008:89 Trygghetssystemen för företagare.

S 2010:04 (2013) Den låga rörligheten mellan sjukförsäkringen och
arbetslöshetsförsäkringen. Underlagsrapport nr 15 till den
parlamentariska socialförsäkringsutredningen S2010:04.

SOU 2014:81, Yrke, karriär och lön - kvinnors och mäns olika
villkor på den svenska arbetsmarknaden, Forskningsrapport till
Delegationen för jämställdhet i arbetslivet, Stockholm 2014.

SOU 2015:21, Mer trygghet och bättre försäkring.

SOU 2019:5, Tid för trygghet, Slutbetänkande av utredningen för
hållbart arbetsliv över tid, Stockholm 2019.

Blomberg A. Hensing G Arbetslivsinriktad rehabilitering – en
kartläggande litteraturöversikt i En begriplig och trygg
sjukförsäkring med plats för rehabilitering SOU 2020:6 bilaga 5.

Departementsserien (Ds)

Ds S 1986:8 Förbättrad kompensation vid korttidssjukdom och vid
tillfällig vård av barn.

Ds 1992:49 Karensdagar vid sjukersättning.

Ds 1998:43 Myndigheternas föreskrifter – Handbok i författ-
ningsskrivning.

Ds 2004:16 Drivkrafter för minskad sjukfrånvaro.

Ds 2017:18 Karensavdrag – en mer rättvis självrisk.

Regeringens skrivelser och beslut m.m

Karensavdrag i stället för karensdag (S2004/4290/SF).

Vissa undantag från bestämmelserna om karensavdrag (S2020/09429).

Dir. 2022:23 Översyn av karens och sjuklön.

Upphörande av Karensutredningens (S 2022:02) arbete (S2023/00383).

Myndighetsrapporter och beslut m.m.

Arbetsdomstolen, remissvar över förslagen i promemorian Vissa undantag från bestämmelserna om karensavdrag (S2020/09429), 2021-02-01.

Arbetsmiljöverket (2021) Arbetsmiljön 2021, Arbetsmiljöstatistik Rapport 2022:2.

European Commission (2022) Your social security rights in Finland.

Försäkringskassan (2003) Vägledning 2003:4, version 20, Förmåner vid arbetsskada.

Försäkringskassan (2006) Sjukförsäkring, kulturer och attityder- Fyra aktörers perspektiv, SKA-projektet, Analyserar 2006:16.

Försäkringskassan (2008) FK analyserar 2008:12.

Försäkringskassan (2010) Försäkringskassans rättsliga ställningstagande, FKRS 2010:05 om bedömning av arbetsförmåga för olika grupper.

Försäkringskassan (2011) Vägledning 2011:1, version 9, Sjuklöneförmåner.

Försäkringskassan (2015) Vägledning 2015:1, version 18, Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning.

Försäkringskassan (2017) Långa sjukfall, Korta analyser 2017:2.

Försäkringskassan (2017a) Unga i aktivitetsersättning, Allt fler unga får aktivitetsersättning, Korta analyser 2017:3.

Försäkringskassan (2018) Särskilt högriskskydd, Rättslig kvalitetsuppföljning 2018:4.

- Försäkringskassan (2021) Kvalitetsanalys för särskilt högriskskydd avseende perioden 2020-09-01–2021-08-31.
- Försäkringskassan (2021a) Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen, Svar på regeringsuppdrag, delrapport 1, FK 2020/000065.
- Försäkringskassan (2022) Kvalitetsanalys för ersättning för sjuklönekostnader till arbetsgivare avseende perioden 2021-09-01 –2022-08-31.
- Försäkringskassan (2022a) Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen, Svar på regeringsuppdrag, delrapport 3, FK 2020/000065.
- Försäkringskassan (2022b) Ersättning för karens under coronapandemin. Korta analyser 2022:2.
- Försäkringskassan (2023), Felaktiga utbetalningar av ersättning för höga Sjuklönekostnader, PM 2023:13.
- Försäkringskassan (2023a) Socialförsäkringen i siffror.
- Försäkringskassan (2023b) Utgiftsprognos.
- Hägglund P., Johansson P. (2021). Upp till bevis – En ESO-rapport om experiment som underlag för politik, ESO rapport 2021:4.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2013), Sju dagars karens i sjukförsäkringen för egenföretagare – en effektutvärdering av reformen juli 2010, rapport 2013:10.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014) Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete? ISF 2014:21.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016) Tidsbegränsade anställningar och sjukförsäkringen. Arbetsrapport 2016:1.
- Lidwall U, Marklund S, Skogman Thoursie P (2005), Sickness Absence in Sweden, i Gustafsson, R (red), Work Life and Health in Sweden 2005, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Medlingsinstitutet (2022) Kollektivavtal: Så ser de vita fläckarna ut, 9 november 2022.
- Regeringsprogram (2023) Ett starkt och engagerat Finland, Regeringsprogrammet för statsminister Petteri Orpos regering 20.06.2023, Statsrådets publikationer 2023:59.

Riksförsäkringsverket (2002) Riksförsäkringsverkets allmänna råd, RAR 2002:2, om sjukpenninggrundande inkomst och årsarbetstid.

Riksrevisionen (2023) Lätt att göra fel – Systemet för ersättning för höga sjuklönekostnader, RiR 2023:16.

Svenska ILO-kommittén, remissvar över förslagen i promemorian Vissa undantag från bestämmelserna om karensavdrag (S2020/09429), 2021-02-01.

EU-rättsliga och andra internationella eller utländska dokument

EU-rätt

Fördraget om Europeiska unionen av den 13 december 2007 (konsoliderad version, EUT C 202, 7.6.2016, s. 13).

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt av den 13 december 2007 (konsoliderad version, EUT C 202, 7.6.2016, s. 47).

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna 2016 (EUT C 202, 7.6.2016, s. 389).

Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/54/EG av den 5 juli 2006 om genomförandet av principen om lika möjligheter och likabehandling av kvinnor och män i arbetslivet (omarbetning).

Europaparlamentets och rådets direktiv 2010/41/EU av den 7 juli 2010 om tillämpning av principen om likabehandling av kvinnor och män som är egenföretagare och om upphävande av rådets direktiv 86/613/EEG.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

Rådets direktiv 2000/78/EG av den 27 november 2000 om inrättande av en allmän ram för likabehandling i arbetslivet.

Kommissionens förordning (EU) nr 1407/2013 av den 18 december 2013 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse.

Internationella konventioner

Europarådet, Europeisk balk om social trygghet 1964 (ETS nr 048).

Europarådet, Protokoll till den europeiska balken om social trygghet 1964 (ETS nr 048A).

Europarådet, Konvention om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna 1950.

Europarådet, Europeisk social stadga (reviderad) 1996 (ETS nr 163).

FN, Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966.

FN, Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter 1966.

ILO, Konvention (nr 98) angående tillämpningen av principerna för organisationsrätten och den kollektiva förhandlingsrätten 1949.

ILO, Konvention (nr 111) angående diskriminering i fråga om anställning och yrkesutövning 1958.

ILO, Konvention (nr 121) angående förmåner vid yrkesskada 1964.

ILO, Konvention (nr 130) om läkarvård och kontanta sjukförmåner 1969.

ILO:s konvention (nr 154) om främjande av kollektiva förhandlingar 1981.

Övriga internationella och utländska dokument

FN, Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna 1948.

ILO, Rekommendation (nr 202) om nationellt socialt grundskydd 2012.

Arbetsavtalslag 55/2001, Arbetsavtalslag 55/2001 - Ursprungliga författningar - FINLEX ®

Sjukförsäkringslag 1224/2004 - Uppdaterad lagstiftning - FINLEX ® 2023-04-17.

Rättsfall

Högsta förvaltningsdomstolen

HFD 2019 ref. 41.

RÅ 1997 not 221.

RÅ 1998 ref. 38.

RÅ 2004 ref. 103.

Webbplatser

Borger.dk (2023) <https://www.borger.dk> (2022-12-12).

Folkhälsomyndigheten (2020)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/personer-over-70-bor-begransa-sociala-kontakter-tills-vidare/> (2023-04-18).

Folkhälsomyndigheten (2020a)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/februari/pandemin-med-covid-19-gar-in-i-en-ny-fas/> (2023-04-18).

Folkhälsomyndigheten (2021) Många restriktioner tas bort den 29 september, Nyhet 7 september 2021

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/september/manga-restriktioner-tas-bort-den-29-september/> (2023-04-18).

Folkpensionsanstalten, FPA (2023)

<https://www.kela.si/sjukdagpenning> (2022-12-08).

- Internetmedicin (2023) Multipel skleros, <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/neurologi/multipel-skleros-ms-utredning/> (2023-11-01).
- Lapidus, a B (2009) Ibd ökar starkt- Ännu oklart varför, Läkartidningen nr 45, [LKT0945s2980_2982.pdf](https://www.lakartidningen.se/LKT0945s2980_2982.pdf) (lakartidningen.se) (2023-11-01).
- LO (2022) Avskaffa karensavdraget- för alla och för alltid, Publicerat 2022-03-30, https://www.lo.se/start/nyheter/avskaffa_karensavdraget_for_alla_och_for_alltid (2022-03-31).
- Missoc (2021) Missoc databas över komparativa tabeller om välfärdssystem <https://www.missoc.org/missoc-database/> (2023-01-10).
- Missoc (2022) <https://www.missoc.org> (2022-12-12).
- NAV (2022) www.nav.no (2022-12-12).
- Nordiskt samarbete (2023) <https://www.norden.org/en/info-norden/sickness-benefits-norway> (2023-01-10).
- Nordiskt samarbete (2023) <https://www.norden.org/en/info-norden/sickness-benefit-iceland> (2023-01-11).
- Nordiskt samarbete (2023) Sykefravær i Norden – Kan vi lære av hverandre?, TemaNord 2007:593, Nordiskt samarbete, <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:700566/FULLTEXT01.pdf> (2023-01-10).
- SCB (2018) Inkomstrappport 2017.
- SCB (2022) Arbetsmiljöundersökningen <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/arbetsmiljo/arbetsmiljoundersokningen/> (2023-02-01).
- SCB (2022a) Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/> (2023-02-15).
- SCB (2023) Arbetskraftsundersökningarna (AKU) <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter->

- amne/arbetsmarknad/arbetskraftsundersokningar/arbetskraftsu
ndersokningarna-aku/ (2023-01-20).
- SCB (2023a) Yrkesregistret <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/yrkesregistret-med-yrkesstatistik/> (2023-02.20).
- Sjúkratryggingar (2023) <https://island.is/en/o/icelandic-health-insurance> (2023-01-11).
- Sjúkratryggingar (2023) <https://island.is/en/sick-leave-rights> (2023-01-18).
- Social- och hälsovårdsministeriet (2022).
<https://stm.fi/sv/utkomst/sjukdom> (2022-12-12).
- Socialstyrelsen (2023) Nationella riktlinjer för vård vid endometrios , <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar> (2023-11-01).
- Socialstyrelsen (2023a) Organ och vävnadsdonation, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/organ-och-vavnadsdonation> (2023-10-15).
- Statistisk sentralbyrå (SSB) statistik om arbetsinkomster 2022 www.ssb.no (2023-01-10).
- Store norske leksikon (2023) <https://snl.no/> (2023-01-10)
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2023)
<https://star.dk> (2023-01-10).
- Øresunddirekt (2023) <https://oresunddirekt.se> (2022-12-12).

Övriga källor

- Allmänna bestämmelser (AB) (2023) I lydelse från och med 2023-10-01.
- Allmänna bestämmelser (AB 13, 14 och 20) för anställda i kommuner och regioner.
- Axberger, H-G (1988) Eko-brott, Eko-lagar och Eko-domstolar – en rättspolitisk utvärdering av lagstiftningen mot ekonomisk brottslighet, BRÅ forskning.

- Berggren, C (2023) Sjuk på jobbet. En rapport om sjuknärvaron bland Handels medlemmar, Handels rapporter 2023:4.
- Bull, T och Sterzel, F (2023) Regeringsformen – en kommentar, JUNO version 5.
- Bussbranschavtalet 2017–2020 och 2021–2023 mellan Sveriges Bussföretag och Svenska Kommunalarbetarförbundet.
- Detaljhandelsavtalet mellan Svensk Handel och Handels-anställdas förbund 2016–2017 respektive 2023–2025.
- Försäkringskassan, FK7262, Blankett för Läkarnutlåtande För särskilt högriskskydd.
- Försäkringskassan, FK7465, Blankett för Ansökan Särskilt högriskskydd.
- Försäkringskassan, FK 7804, Läkrintyg för sjukpenning.
- Kommunal (2021) Kommunals medlemsundersökning, enkätundersökning bland Kommunals medlemmar.
- Lager- och e-handelsavtalet mellan Svensk Handel och Handelsanställdas förbund 2023–2025.
- Larsson, L, Kruse A, Palme M, Persson M, (2005) En hållbar sjukpenningförsäkring, Valfärdsrådets rapport 2005.
- LO (2019) Tid, makt, pengar i ett förändrat politiskt landskap. Sveriges jämställdhetsbarometer. Landsorganisationen i Sverige.
- Lön och anställningsvillkor för personlig assistent och anhängigvårdare, Avtal mellan Sveriges Kommuner och Regioner, Sobona och Svenska Kommunalarbetareförbundet (PAN 20).
- Programmet Ett arbetsliv för alla (2003) En teknisk översyn av reglerna om karensdag (PM4) (S2003/00541).
- StAAF, A och Zanderin, L (2020) Förvaltningsrätt – En introduktion för professionsutbildningar, JUNO version 6.
- Tjänstemän basindustrin, Avtal om allmänna anställningsvillkor m.fl. mellan Industrierbetsgivarna, ledarna, Sveriges Ingenjörer och Unionen.
- Villkorsavtal mellan Arbetsgivarverket och OFR/S,P,O i lydelse från och med 2017-10-01 med ändringar och tillägg till och med 2021-08-03. Villkorsavtal Arbetsgivarverket - OFR/S,P,O

Villkorsavtal-T mellan Arbetsgivarverket och Saco-S i lydelse från och med 2013-06-01 med ändringar och tillägg till och med 2021-08-03. Villkorsavtal-T Arbetsgivarverket - Saco-S

Villkorsavtal mellan Arbetsgivarverket och Seko i lydelse från och med 2017-10-01 med ändringar och tillägg till och med 2021-08-03. Villkorsavtal Arbetsgivarverket - Seko

Wondmeneh Y. (2015) Friskt liv i sikte – En rapport om sjuknärvaron i välfärdstjänstesektorn, Kommunal.



Socialdepartementet

**Tillsättande av arbetsgrupp med uppdrag att se över
karensavdraget****Beslut**

Regeringskansliet (Socialdepartementet) beslutar att tillsätta en arbetsgrupp som ska vara en del av Regeringskansliet. Deltagare i arbetsgruppen ska vara Kristina Erikson, Fanny Jatko och Niklas Österlund.

Arbetsgruppen ska analysera karensavdraget i lagen (1991:1047) om sjuklön och i socialförsäkringsbalken samt överväga behovet av förändring av karensavdrag vid en pågående sjukskrivning.

Arbetet ska redovisas skriftligt senast den 15 december 2023. I samband med redovisningen upphör arbetsgruppen.

Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 1 Rikets styrelse, anlag 4:1 Regeringskansliet m.m., anslagsposten 1 Till Regeringskansliets disposition, budgetramen 6 Socialdepartementet.

Ärendet

Regeringen har denna dag beslutat att Karensutredningens (S 2022:02) arbete ska upphöra (S2023/00383). Behovet av en översyn av karensavdraget kvarstår. Uppdraget bör dock förändras och förtydligas samt knytas närmare till Regeringskansliets övriga arbete. Därför tillsätts en arbetsgrupp i Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Arbetsgruppen ska

- analysera ändamålsenligheten, fördelningseffekterna, inklusive jämställdhetseffekter, samt övriga konsekvenser av karensavdraget i sjukförsäkringen,
- överväga behovet av karensavdrag vid en pågående sjukskrivning, och
- om det bedöms motiverat, föreslå förändringar av karensavdraget.

Analysen av ändamålsenligheten, fördelningseffekterna samt övriga konsekvenser av karensavdraget ska omfatta konsekvenser för arbetstagare, arbetsgivare, arbetsutbud och sjukfrånvaro.

Övervägandena om behovet av karensavdrag ska omfatta en analys av nuvarande självrisk genom karensavdrag i början av en sjukperiod. Övervägandena ska också omfatta en analys av behovet av en självrisk vid en pågående sjukskrivning för att motverka omotiverat hög sjukfrånvaro.

Arbetsgruppen ska, om den föreslår förändringar av karensavdraget, bedöma konsekvenserna för arbetstagare, övriga försäkrade, arbetsgivare, närliggande system, arbetsutbud, sjukfrånvaro, myndigheter, den offentliga sektorns finansiella sparande samt riskerna för fusk och felaktiga utbetalningar. Arbetsgruppen ska vidare bedöma konsekvenserna för det jämställdhetspolitiska målet och relevanta delmål, främst ekonomisk jämställdhet och jämställd hälsa. Arbetsgruppen ska också bedöma om eventuella förändringar har några konsekvenser för Sveriges åtaganden gentemot Internationella arbetsorganisationen (ILO) och är förenliga med EU:s direktiv om likabehandling i arbetslivet och regler om statsstöd.

Arbetsgruppen ska inhämta synpunkter och upplysningar från relevanta myndigheter och organisationer, t.ex. arbetsmarknadens parter.

Arbetet ska redovisas skriftligt senast den 15 december 2023.

Utdrag till

Statsrådsberedningen/Gransk
Finansdepartementet/BA
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/RK S
Socialdepartementet/SAM



Socialdepartementet

**Tilläggsuppdrag till arbetsgrupp med uppdrag att se över
karensavdraget (S 2023:A)**

Regeringskansliet (Socialdepartementet) beslutade den 26 januari 2023 att tillsätta en arbetsgrupp i Regeringskansliet med uppdrag att se över karensavdraget.

Arbetsgruppen får nu även i uppdrag att

- särskilt analysera förutsättningarna att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån, t.ex. vissa anställda inom vård, skola och omsorg, och ta fram en modell för detta, och
- om det bedöms motiverat, föreslå förändringar av karensavdraget i övrigt.

Uppdraget ändras dessutom på så sätt att arbetsgruppen inte ska överväga behovet av karensavdrag vid en pågående sjukskrivning.

En parlamentariskt sammansatt referensgrupp ska inrättas till stöd för arbetsgruppens arbete.

Utredningstiden ligger fast. Arbetet ska således redovisas skriftligt senast den 15 december 2023.

Sjukförsäkringssystem i Norden

Bilagan innehåller en genomgång av sjukförsäkringarna i övriga länder i Norden (Norge, Danmark, Finland och Island). Sammanställningen är underlag för kapitel 6 om svenska regler i ett nordiskt perspektiv. Genomgången innehåller information om villkor för rätt till ersättning, ersättningens längd och storlek, sjuklöneperiod, självrisk, kontrollfunktion, eventuella högriskskydd, kompletterande försäkringar samt tillfälliga regler i samband med covid-19-pandemin. Om det finns särskilda regler för egenföretagare återges dessa separat. Materialet baseras dels på offentliga källor från de olika länderna (se referenslista), samt på möten med representanter från departement, och förvaltningsmyndigheter i de olika nordiska länderna¹⁸⁷.

Sjukförsäkringen i Norge

Arbets- och inkluderingsdepartementet har det övergripande ansvaret för sjukförsäkringen och för uppföljning av sjukfrånvaro i Norge. Sjukförsäkringen administreras av den statliga myndigheten Arbets- och velferdsestaten (NAV).

De ekonomiska förmånerna vid sjukdom finansieras via statsbudgeten. De statliga utgifterna finansieras i sin tur av arbetsgivare, arbetstigare, egenföretagare och frilansare genom sociala avgifter.

¹⁸⁷ Arbetsgruppen har haft möten med tjänstemän på Arbets- och inkluderingsdepartementet 2023-03-24, representanter från Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2023-01-27, tjänstemän på Social- och Helsevårdsministeriet 2023-04-14, representanter från Sjúkratryggingar Íslands, 2023-01-27.

Reglerna om sjukpenning (sykepenger) finns i Lov om folketrygd (folketrygdloven, kap 8). Lagen trädde i kraft den 1 maj 1997.

Villkor för rätt till ersättning

För rätt till sjukpenning i Norge måste personen vara medlem i folketrygden. Medlem i folketrygden är den som är bosatt i Norge eller den som arbetar i landet. För att räknas som bosatt ska en person ha bott eller ha för avsikt att bo i Norge i minst 12 månader och ha en laglig grund att vistas i landet.

Det är också möjligt att vara medlem i folketrygden på frivillig basis. Den som ska uppehålla sig i Norge 3–12 månader utan att arbeta och som har en stark anknytning till landet, kan ha rätt till frivilligt medlemskap i folketrygden. Även den som ska uppehålla sig i utlandet och som därigenom kan förlora sitt medlemskap i folketrygden, kan ha rätt till ett frivilligt medlemskap.

Förutom detta gäller för rätt till sjukpenning att den försäkrade inte kan arbeta på grund av en funktionsnedsättning som härrör en skada eller sjukdom, och att förmågan att utföra inkomstbringande arbete är nedsatt med minst 20 procent. För att ha rätt till sjukpenning ska personen vara under 70 år¹⁸⁸. Personen måste också ha arbetat i minst fyra veckor omedelbart före arbetsförmågans inträde (intjäningstid) och inkomsten ska ha uppgått till minst 50 procent av grundbeloppet i folketrygden¹⁸⁹. Arbetet ska dessutom vara pensionsgrundande. Perioder med föräldrapenning och tillfällig föräldrapenning likställs med att ha varit i arbete.

Arbetslösa har i allmänhet rätt till sjukpenning om de mottar arbetslöshetsersättning och om sjukdomen gör att ett aktivt jobbsökande inte är möjligt.

Studenter som förvärvsarbetar under studietiden kan i vissa fall vara berättigade till sjukpenning.

¹⁸⁸ Specialregler gäller för yrkesaktiva mellan 67–70 år.

¹⁸⁹ Grundbeloppet är 111 477 norska kronor per år eller 9 290 norska kronor per månad, år 2023.

Ersättningens längd och storlek

För anställda är sjukpenningen 100 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. De första 16 dagarna av sjukfrånvaro bekostas av arbetsgivaren genom sjuklön (se vidare i avsnitt om Sjuklöneperiod). Därefter betalar NAV ut sjukpenning. Endast inkomst upp till sex gånger Folketrygdens grundbelopp, vilket motsvarade 668 862 norska kronor år 2023, räknas med i den sjukpenninggrundande inkomsten. Knappt en fjärdedel av anställda i Norge hade inkomster över grundbeloppet år 2022.

Vid deltidssjukskrivning har den sökande rätt till sjukpenning som baseras på reducering av arbetstid, och inkomstbortfall. Sjuklönen i arbetsgivarperioden (de första 16 dagarna) beräknas normalt utifrån den genomsnittliga arbetsinkomsten från de tre senaste månaderna som föregick sjukdomen. Den statliga sjukpenningen baseras i normalfallet på inkomstunderlaget från arbetsgivarperioden som justeras upp till en årsinkomst. Denna årsinkomst jämförs med de senaste 12 månadernas medelinkomst. I det fall den försäkrade haft en inkomst som är mer än 25 procent högre vid insjuknandet än den beräknade medelinkomsten kan sjukpenningen räknas upp.

Sjukpenning är beskattningsbar inkomst.

Sjukpenning betalas i regel ut under högst 52 veckor (248 dagar), oavsett om den sökande är sjukskriven på hel- eller deltid. Sjukperioder upp till tre år tidigare räknas samman om det är mindre än 26 veckor mellan perioderna. När 52 veckor har gått behöver den försäkrade åter vara arbetsför i 26 veckor innan det är möjligt att ansöka om statlig sjukpenning på nytt. Däremot kan personer ha rätt till sjuklön från arbetsgivare under sjuklöneperioden.

Om arbetsoförmågan består kan den sökande ha rätt till andra förmåner, exempelvis rehabiliteringsbidrag (så kallade arbetsavklaringspenger) eller uføretrygd, som är en förmån för personer med en varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Personer med godkänd yrkesskada kan ha rätt till sociala förmåner enligt mer gynnsamma regler.

Ersättningens längd och storlek för egenföretagare

Näringsidkare som bedriver sin verksamhet i form av Aksjeselskap (AS) eller Samvirkeforetag (SA) betraktas som anställda i företaget.

Egenföretagare och frilansare i Norge får ingen ersättning de första 16 dagarna. Sjukpenning till egenföretagare och frilansare betalas alltså ut först från dag 17. För egenföretagare uppgår sjukpenningen till 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Utgångspunkten är att den sjukpenninggrundande inkomsten uppgår till genomsnittet av den pensionsgrundande årsinkomsten för de tre senaste årens slutskattebesked. Detta gäller under förutsättning att dessa besked inte ändrats.

För frilansare är ersättningsnivån 100 procent. Ersättningen beräknas på liknande sätt som för arbetstagare. Utgångspunkten är den genomsnittliga frilansintäkten under de tre månader som föregick sjukperioden.

Det finns dock möjlighet för egenföretagare och frilansare att teckna en frivillig kompletterande försäkring genom NAV som ger rätt till sjukpenning även de första 16 dagarna. Sådana försäkringar kan antingen ge:

- Sjukpenning med 80 procent av sjukpenningunderlaget från första dagen av sjukfrånvaro, eller
- Sjukpenning med 100 procent av sjukpenningunderlaget från dag 17 av sjukfrånvaro, eller
- Sjukpenning med 100 procent av sjukpenningunderlaget från första dagen av sjukfrånvaro.

Premien för försäkringen beror på de val som görs enligt ovanstående och tanken är att den kompletterande försäkringen ska vara självfinansierande.

Ersättningsperioden för egenföretagare och frilansare är 248 dagar.

Sjuklöneperiod

Arbetsgivare i Norge betalar sjuklön som motsvarar 100 procent av inkomstunderlaget de första 16 kalenderdagarna i en sjukperiod.

Precis som för sjukpenning finns motsvarande tak för inkomster som ersätts av sjuklönen (upp till sex gånger Folketrygdens grundbelopp), men vissa arbetsgivare ersätter även inkomster över taket.

Personer som nekas sjuklön av sina arbetsgivare kan ansöka om statlig sjukpenning från första sjukdagen, i stället från dag 16.

Självrisk

I Norge finns ingen karens för anställda som har rätt till sjuklön (alternativt sjukpenning) från första sjukdagen. Eftersom ersättningen uppgår till 100 procent av tidigare inkomst, finns ingen självrisk i sjukförsäkringssystemet för anställda. Dock finns ett inkomsttak i den statliga norska sjukförsäkringen som endast ersätter inkomster upp till sex gånger Folketrygdens grundbelopp.

Egenföretagare har i normalfallet en väntetid (motsvarande karens) de första 16 dagarna. Ersättningen till egenföretagare är också lägre och uppgår till 80 procent av den sjukpenningsgrundande inkomsten. För egenföretagare finns alltså en betydande karens i det norska systemet, men också möjlighet att försäkra sig mot denna självrisk.

Före Sykepengereformen 1978 fanns karens i den norska sjukförsäkringen, men många anställda omfattades då av avtal som gjorde att de hade möjlighet att få ersättning under karensdagarna.

Kontrollfunktion

Vid frånvaro på grund av sjukdom behöver den anställde inkomma med antingen ett läkarintyg eller "egenmelding". Egenmelding betyder att arbetstagaren gör en sjukanmälan till arbetsgivaren, utan att bifoga ett läkarintyg. Om personen är frånvarande mer än tre dagar kan dock arbetsgivaren kräva in ett läkarintyg.

För att få rätt att använda egenmelding måste den anställde ha arbetat minst två månader hos arbetsgivaren. Det är endast möjligt att använda egenmelding under sjuklöneperioden, det vill säga de första 16 dagarna.

Generellt kan egenmelding användas upp till tre dagar åt gången och upp till fyra gånger under ett år. Arbetsgivare kan dock ha egna

skriftliga eller digitala rutiner för vad som gäller kring egenmelding. I många verksamheter har anställda rätt att använda egenmelding upp till åtta dagar åt gången och upp till 24 dagar på ett år. Frågan om utökad rätt till egenmelding ska enligt lagen lyftas med förtroendevalda på arbetsplatsen.

Arbetsgivare har rätt att neka arbetstagare att bruka egenmelding om det finns en rimlig grund att anta att arbetstagaren inte är frånvarande på grund av sjukdom.

Den försäkrade är skyldig att delta i utredning och behandling under sjukskrivningsperioden och arbetsgivaren har skyldighet att anpassa arbetsplatsen och arbetsuppgifterna till den anställdes behov.

Inom fyra veckor från sjukfrånvarons start ska den anstälde tillsammans med arbetsgivaren ta fram en uppföljningsplan som redogör för vilka anpassningar som ska genomföras för att den sjukskrivne ska kunna komma tillbaka i arbete eller i arbetsrelaterad aktivitet. En uppföljningsplan behöver dock inte upprättas om det är uppenbart att så inte är nödvändigt.

När en person har varit sjukskriven i åtta veckor kontrollerar NAV om personen uppfyller aktivitetsplikten. Det innebär att personen ska utföra någon del av sitt tidigare arbete eller andra arbetsuppgifter på arbetsplatsen. Det finns dock undantag från aktivitetsplikten. Det gäller allvarliga medicinska tillstånd samt om det inte är möjligt att genomföra aktiviteter på arbetsplatsen. I det senare fallet behöver arbetsgivaren redogöra för detta i uppföljningsplanen.

Om sjukperioden är kortare än tolv veckor bedömer NAV arbetsförmågan mot det aktuella yrket. Om sjukperioden blir längre än så bedöms arbetsförmågan i förhållande till andra yrken.

Innan sjukskrivning har pågått i sju veckor ska arbetsgivaren kalla till ett dialogmöte om den sjukskrivne då inte befinner sig i en arbetsrelaterad aktivitet. På dialogmötet följs uppföljningsplanen upp. Om sjukskrivningen blir längre ska NAV kalla till ett nytt dialogmöte med den sjukskrivne och dennes arbetsgivare (före sjukskrivningen pågått i sex månader). Senast en vecka före ett dialogmöte ska arbetsgivare skickat in en uppdaterad uppföljningsplan till NAV.

Högriskskydd försäkrade

Det finns inget högriskskydd på individnivå i den norska sjukförsäkringen.

Högekostnadsskydd arbetsgivare

Arbetsgivare få kompensation från staten för de sjuklönekostnader som avser de första 16 dagarna i ett sjukfall för personer som har förhöjd risk för sjukfrånvaro på grund av kroniska sjukdomar, eller i de fall arbetstagaren är sjukskriven på grund av en graviditetsrelaterad sjukdom.

Kompletterande försäkringar

Det är vanligt att anställda omfattas av kollektivavtal som ger rätt till sjuklön i mer än 16 dagar.

Tillfälliga regler under covid-19 pandemin

Under covid-19-pandemin genomfördes flera tillfälliga regleringar inom den norska sjukförsäkringen. Under några månader hade anställda, egenföretagare och frilansare möjlighet att ansöka om sjukpenning från fjärde sjukdagen, i stället för från dag 16. Under en period kunde arbetstagare använda sig av egenmelding alla 16 dagarna i sjuklöneperioden. Det har också funnits möjlighet att ansöka om sjukpenning vid karantän vid misstanke om smitta, även om den försäkrade inte var sjuk själv.

Det genomfördes också tillfälliga regleringar under pandemin som innebar att personer kunde bli sjukskrivna genom digitala läkarbesök (e-konsultation), vilket före pandemin inte var tillåtet. Det har också funnits andra förändringar inom sjukförsäkringen under pandemin, exempelvis i form av lägre krav på att delta i aktiviteter under tid med ersättning från sjukförsäkringen.

Sjukförsäkringen i Danmark

I Danmark har Beskæftigelsesministeriet det övergripande ansvaret för sjukförsäkringen men överlämnar många sjukförsäkringsrelaterade arbetsuppgifter till Arbejdsdirektoratet och Arbejdsmarkedsstyrelsen. Arbejdsmarkedsstyrelsen är också ansvarig för uppföljning av sjukförsäkringssystemet.

Det är landets 98 kommuner som sköter administrationen av sjukförsäkringen och fattar beslut om och betalar ut förmåner. Staten ersätter därefter kommunerna för utgifterna. Sjukförsäkringen finansieras via skattesystemet.

Reglerna om sjukpenning finns i Lov om sygedagpenge (LBK nr. 107 af 02/02/2020) som trädde i kraft den 1 januari 2020 och förkortas Sygedagslov.

Villkor för rätt till ersättning

Den som är arbetsoförmögen på grund av sjukdom eller skada har rätt till sjukpenning (sygedagpenge). För att ha rätt till ersättningen ska personen i normalfallet bo och betala skatt i Danmark, samt vara försäkrad för arbetsbaserade förmåner. Försäkringen täcker därmed anställda, egenföretagare, arbetslösa och studenter. Något av följande villkor måste vara uppfyllt för att sjukpenning ska betalas ut:

- Personen har arbetat minst 240 timmar under de senaste sex kalendermånaderna innan den första sjukdagen. I minst fem av dessa månader har arbetstiden uppgått till minst 40 timmar per månad.
- Personen skulle ha varit berättigad till arbetslöshetsersättning (arbejdsløshedsdagpenge) eller motsvarande om inte sjukdomen inträffat.
- Personen har under den senaste månaden avslutat en yrkesutbildning som var minst 18 månader lång.
- Personen är anställd som elev på yrkesutbildning.

- Personen har ett flexjobb¹⁹⁰.

Det är möjligt att beviljas sjukpenning på deltid. Sjukfrånvaron måste då uppgå till minst fyra timmar per vecka.

Villkor för rätt till ersättning för egenföretagare

I den danska sjukförsäkringen görs åtskillnad mellan självständiga näringsidkare (egenföretagare) och personer som bedriver näringsverksamhet genom aktiebolag i vilket de äger andelar och arbetar. De senare ses som anställda.

Rätt till sjukpenning förutsätter att egenföretagare under de senaste tolv månaderna utövat självständig näringsverksamhet under minst sex månader. Verksamheten ska dessutom ha utövats under minst hälften av normal arbetstid (det vill säga minst 18,5 timmar). Om verksamheten har bedrivits under kortare tid än sex månader kan tidigare anställning som löntagare räknas in.

Ersättningens längd och storlek

För anställda beräknas sjukpenningen utifrån arbetsinkomsten under de tre månader som föregick sjukfallet. Sjukpenning beräknas i regel utifrån den anställdes timlön. Sjukpenning kan högst uppgå till 4 460 danska kronor per vecka¹⁹¹ och den är skattepliktig.

Beloppsgränsen för den maximala sjukpenningen fastställs i januari varje år och beräknas utifrån löneutvecklingen i landet.

Sjukpenningen är tidsbegränsad i Danmark och försäkrade kan i regel få ersättning i högst 22 veckor inom en period på nio månader (26 veckor medräknat sjuklöneperioden). Innan de 22 veckorna tagit slut ska kommunen ta ställning till om personen uppfyller villkoren för förlängd sjukpenning eller om den försäkrade behöver andra insatser som arbetspraktik.

¹⁹⁰ Flexjobb (fleksjobb) kan erbjudas till personer som inte kan få eller behålla en anställning med normala arbetsvillkor, på grund av en bestående och allvarligt nedsatt arbetsförmåga. I flexjobbet tas hänsyn till att medarbetaren har en begränsad arbetsförmåga och kommunerna ersätter arbetsgivaren för delar av lönekostnaden.

¹⁹¹ Motsvarar ca 19 350 danska kronor i månaden 2023.

I vissa fall kan sjukpenning beviljas för perioder längre än 22 veckor. För att beviljas förlängd sjukpenning måste något av följande villkor vara uppfyllt:

- Personen bedöms kunna återgå till arbetet efter rehabilitering.
- Det bedöms nödvändigt att genomföra en arbetspraktik eller andra åtgärder för bedömning av arbetsförmåga, och en sådan kan ske inom 69 veckor.
- Personen väntar på eller genomgår en läkarbehandling och läkaren bedömer att personen kan återgå i arbetet inom 134 veckor.
- Kommunen bedömer att ärendet ska behandlas i rehabiliteringsteamet med målet att kommunen snarast möjligt ska besluta om ”ressourceforlob”, flexjobb eller förtidspension.
- Personen lider av en livshotande sjukdom.
- Personen genomgår en arbetsskadeprövning.
- Ansökan om förtidspension har inkommit. Sjukpenningen kan då förlängas till beslut om förtidspension har fattats.

I Danmark finns ingen motsvarighet till den svenska Lagen om anställningsskydd (LAS). Det finns därför ingen garanti att en person som har varit sjuk länge får behålla sitt jobb. Vad som gäller i det enskilda fallet specificeras i anställningskontraktet. Det är vanligt att en arbetsgivare har rätt att säga upp en anställd som varit sjukfrånvarande i mer än 120 dagar under ett år.

Arbetslösa med tidigare koppling till arbetsmarknaden kan beviljas sjukpenning under de första 14 dagarna av sjukperioden. Arbetslösa och personer som deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder beviljas samma belopp i sjukpenning som de annars skulle ha fått i arbetslöshetsersättning. Ersättningsperioden för arbetslöshetsersättning kan i vissa fall förlängas om en person beviljas sjukpenning.

För sjukpenning på deltid beräknas ersättningens storlek på samma sätt som vid heltid. Även längden på ersättningen är densamma som vid sjukpenning på heltid.

Ersättningens längd och storlek för egenföretagare

För egenföretagare är sjukpenningen grundad på arbetsförtjänsten inom verksamheten och den beräknas utifrån den senaste deklARATIONEN. I praktiken innebär det att det är den taxerade inkomsten för de senaste två åren som ligger till grund för sjukpenningberäkningen. Egenföretagaren har dock möjlighet att visa sin rätt till högre sjukpenning genom att låta en revisor beräkna resultatet för det aktuella året.

Egenföretagare har rätt till sjukpenning först efter en 14 dagar lång karenperiod. Om egenföretagaren har en väsentligt förhöjd risk för sjukfrånvaro på grund av långvarig eller kronisk sjukdom kan dock ersättning ges från dag 1.

Egenföretagare kan också i vissa fall teckna en försäkring som ger rätt till ersättning från dag 1 eller 3. Ett villkor för att få teckna sjukpenningförsäkring för egenföretagare är att den sökande uppfyller arbetskravet på 18,5 timmars arbete per vecka och att verksamheten genererar intäkt. Försäkringstagaren kan dels välja mellan att få sjukpenning från dag ett eller dag tre, dels mellan en minimiutbetalning och en maximumutbetalning. Vid minimiutbetalning betalas sjukpenning motsvarande två tredjedelar av den högsta sjukpenningen, oavsett storleken på verksamhetens intäkt. Vid maximumutbetalningen beräknas sjukpenningen i stället på överskottet av verksamheten. Om överskottet är mindre än 154 596 danska kronor 2021 kan utbetalning ske med mer än enligt minimireglerna. Om överskottet var mer än 231 920 danska kronor kan den högsta sjukpenningen betalas ut.

Efter anmälan tar det sex månader (karenstid) innan företagaren har rätt till sjukpenning från försäkringen vid sjukdom. Om företagaren skadas genom olycka under karenstiden, har dock vederbörande rätt till sjukpenning. För personer som tidigare varit löntagare och som tecknar en försäkring inom tre månader från starten av näringsverksamheten finns ingen karen. För den som tecknat försäkring utges sjukpenning även om näringsverksamheten visat underskott. I sådant fall kan sjukpenning betalas ut med belopp motsvarande högst två tredjedelar av maximinivån.

Sjuklöneperiod

Anställda har rätt till sjuklön från sin arbetsgivare under de 30 första dagarna (arbetsgiverperioden) i en sjukperiod. Sjuklönen motsvarar tidigare lön. För att ha rätt till sjuklön ska personen ha varit oavbrutet anställd hos arbetsgivaren under åtta veckor före sjukfallets första dag. Den anställda ska också under den perioden ha arbetat minst 74 timmar. Det är också ett krav att personen skulle ha arbetat hos arbetsgivaren den dag hen blev sjuk.

Längden på sjuklöneperioden har varierat över tid i Danmark, från som minst två veckor till som mest 13 veckor. Syftet med sjuklönen är att arbetsgivare ska ha ekonomiska incitament till att arbeta med att förebygga korttidssjukfrånvaro.

Efter 30 dagar betalas i stället sjukpenning från kommunen. I många fall fortsätter arbetsgivaren dock att betala ut sjuklön även efter 30 dagar. Detta enligt kollektivavtal eller överenskommelse mellan arbetsgivare och anställd. Det är inte möjligt för en arbetstagare att samtidigt motta både sjuklön och sjukpenning.

Den arbetsgivare som betalar sjuklön även efter 30 dagar kan begära att få ersättning för detta från kommunen, så kallad refusion. Vid vissa särskilda fall kan arbetsgivaren ha rätt till refusion redan från första dagen. Det gäller om den anställde:

- Har en väsentligt förhöjd risk för sjukfrånvaro på grund av långvarig eller kronisk sjukdom.
- Är anställd i ett flexjobb.
- Har varit anställd i mindre än åtta veckor.
- Har ådragit sig sjukdom eller skada på grund av grov oaktsamhet.

Mindre privata arbetsgivare har möjlighet att teckna en försäkring som ger rätt till refusion (se vidare vid Högkostnadsskydd arbetsgivare).

Självrisk

Det finns ingen karens för anställda i den danska sjukförsäkringen. Anställda har rätt till ersättning i form av lön eller sjuklön från sin arbetsgivare under de 30 första dagarna i en sjukperiod. Eftersom

sjuklönen motsvarar tidigare lön, finns det därmed ingen självrisk den första månaden av sjukfallet. Efter 30 dagar beviljas i stället sjukpenning och den uppgår till maximalt 4 460 danska kronor per vecka före skatt.

Längre tillbaka (från april 1983 till december 1986) fanns en karensdag i det danska sjukförsäkringssystemet. År 2002 fanns ett förslag från den danska arbetsgivarföreningen om att återinföra karensdagen i syfte att begränsa korttidssjukfrånvaron. Varken regeringen, LO eller Dansk Industri var dock för ett återinförande av karensdagen.

För egenföretagare finns en karens på två veckor vilken utgör en självrisk. Det finns dock en frivillig kompletterande försäkring som egenföretagare kan teckna som gör att ersättning betalas ut från den tredje sjukdagen, alternativt från och med första dagen om egenföretagare tecknar en försäkring med högre premie.

Kontrollfunktion

Senast fyra veckor efter sjukperiodens start ska arbetsgivaren kalla den anställde till ett samtal för att ta fram en plan för återgång i arbete, en så kallad ”mulighetserklaring”. Det är en plan för hel eller delvis återgång i arbete, med fokus på vilka arbetsuppgifter som personen klarar av trots sin sjukdom. Arbetsgivaren kan dock kräva in ett läkarintyg, eller kalla till ett samtal redan innan planeringsmötet.

Kommunens jobbcenter ska kalla till ett uppföljningssamtal senast åtta veckor efter sjukperiodens start. Uppföljningssamtalet handlar om vad som krävs för att personen ska kunna återgå i arbete.

Jobbcentret bestämmer själv omfattningen av, och innehållet i uppföljningen, baserat på en treskalig kategorisering av den försäkrade. För personer som placeras i kategori ett förväntas en snabb återgång i arbete och för kategori tre förväntas detta ta lång tid. Personer med mer oklar prognos placeras i kategori två.

För personer med allvarlig sjukdom och där kontakt inte är möjlig på grund av hälsosituationen, kan kommunens uppföljning ske utan kontakt med individen i fråga, så kallad ”standby ordning”.

Även kommunen kan kräva in ett läkarintyg om personen inte förväntas kunna återgå i arbete inom åtta veckor. Ett sådant intyg

ska innehålla information om personens möjligheter att återgå i arbete, delvis återgång i arbete och möjligheter till rehabilitering.

Högriskskydd försäkrade

Det finns inget högriskskydd på individnivå i den danska sjukförsäkringen.

Högekostnadsskydd arbetsgivare

Mindre privata arbetsgivare som har en samlad lönekostnad under föregående år som inte överstiger 1 750 gånger det högsta sjukpenningbeloppet per vecka, kan normalt teckna en försäkring som ger rätt till återbäring (refusion från kommunen) av den sjuklön som arbetsgivaren utbetalat.

Samtliga arbetsgivare har rätt till refusion för anställda med väsentligt förhöjd risk för sjukfrånvaro på grund av långvarig eller kronisk sjukdom och vid vissa andra omständigheter (se också avsnitt om Sjuklöneperiod).

Kompletterande försäkringar

Det är vanligt att kollektivavtal ger rätt till fortsatt utbetalning av sjuklön även efter de 30 första dagarna i en sjukperiod i Danmark. Sjuklönen motsvarar tidigare lön. Hur lång period detta gäller varierar mellan avtal men kan i vissa fall gälla hela sjukfrånvaroperioden.

Tillfälliga regler under covid-19 pandemin

Under covid-19-pandemin infördes vissa tillfälliga justeringar i den danska sjukförsäkringen. Arbetsgivare fick under pandemin rätt till refusion från första frånvarodagen när anställd konstaterades smittad med covid-19, vid hemkarantän eller när anställd sattes i självisolering efter nära kontakt med covid-19-smittad person. Det senare under förutsättning att arbetstagaren inte kunde arbeta på distans. Anställda som av läkare bedömdes höra till en riskgrupp fick

också rätt till sjukpenning. Detsamma gällde anställda som var nära anhörig till en person i riskgrupp. Dessa personers arbetsgivare fick på motsvarande sätt rätt till refusion under sjuklöneperioden.

Egenföretagare fick under covid-19-pandemin rätt till sjukpenning från första dagen i en sjukperiod i stället för som i normalfallet efter dag 14, samt vid hemkarantän på grund av covid-19.

Sjukförsäkringen i Finland

Social- och hälsoministeriet har det övergripande ansvaret för sjukförsäkringen i Finland. Sjukförsäkringen administreras av den offentligrättsliga institutionen Kela, eller Folkpensionsanstalten (FPA) på svenska. Den inkomstrelaterade delen av försäkringsskyddet vid varaktig arbetsoförmåga, så kallad invaliditetspension, administreras av privata arbetspensionsanstalter samlade under det lagstadgade centralorganet Pensionsskyddscentralen (PSC).

De ekonomiska förmånerna vid sjukdom finansieras genom avgifter från arbetsgivare, arbetstagare och egenföretagare samt via skattemedel.

De generella bestämmelserna om sjukförsäkring återfinns i Sjukförsäkringslagen (21.12.2004/1224). I Arbetsavtalslagen (26.1.2001/55) återfinns reglerna gällande lön för sjukdomstid.

Villkor för rätt till ersättning

Personer som är stadigvarande bosatta i Finland eller arbetar i landet är försäkrade enligt sjukförsäkringslagen. En person som flyttar till Finland är försäkrad från det att hen bosatt sig permanent i landet, eller börjat arbeta, om förvärvsinkomsterna uppfyller inkomstkravet. Det finns med andra ord ingen kvalificeringsperiod i sjukförsäkringen.

Rätt till sjukpenning föreligger från 16 till 67 års ålder om den försäkrade är förhindrad att utföra sitt arbete på grund av sjukdom. Även den som är under 68 år och har pension men som arbetar under tiden kan ha rätt till sjukpenning. Arbetslösa och studerande som är försäkrade i Finland kan också ha rätt till sjukpenning.

Personer som är anställda på heltid eller är egenföretagare kan få partiell sjukpenning. För att kunna få partiell sjukpenning måste arbetstiden minska med 40–60 procent jämfört med tidigare och sjukperioden måste pågå i minst tolv dagar.

Ersättningens längd och storlek

Sjukpenning betalas som ersättning för inkomstbortfall vid arbetsoförmåga som varar kortare tid än ett år. Sjukpenning betalas efter en självrisktid. Självrisktiden är i regel den dag individen insjuknar och de följande nio vardagarna. Under denna period betalar arbetsgivaren vanligtvis sjuklön.

Sjukpenning betalas för högst 300 vardagar, det vill säga för ungefär ett år. Partiell sjukpenning betalas i högst 150 vardagar. Sjukpenning betalas ut för sex dagar per vecka, måndag till lördag.

I maximitiden på 300 dagar inkluderas alla de dagar då den försäkrade har haft rätt till sjukpenning från FPA under de föregående två åren. Till de här dagarna räknas också de dagar som en försäkrad varit arbetsoförmögen men inte fått sjukpenning.

När maximitiden har uppnåtts kan den försäkrade beviljas sjukpenning igen på grund av samma sjukdom, först när hen har arbetat under ett års tid. Om den försäkrade återvänder till sitt arbete efter att ha fått sjukpenning för maximitiden och arbetar minst 30 dagar utan avbrott, kan hen få sjukpenning för 50 tilläggsdagar.

En försäkrad som efter att maximitiden uppnåtts insjuknar i en helt ny sjukdom som inte orsakat arbetsoförmåga under den föregående perioden med sjukpenning, kan dock beviljas ersättning igen.

Försäkrade som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under mer än ett år kan ansöka om rehabiliteringsstöd eller invalidpension. Då bedöms arbetsförmågan i förhållande till vilket arbete som helst som garanterar tillräcklig inkomst, inte enbart det egna arbetet.

Sjukpenningens storlek beräknas utifrån den försäkrades årsinkomst. Årsinkomsten beräknas utifrån en granskningsperiod som består av de tolv kalendermånader som infaller innan kalendermånaden före den månad då rätten till förmånen börjar. Det innebär att det mellan granskningsperioden och tidpunkten för

första utbetalningen av dagpenning finns en månad vars inkomster inte beaktas.

Beräkningen av sjukpenning skiljer sig åt beroende på årsinkomst. I allmänhet kan sägas att sjukpenningen utgör 70 procent av arbetsinkomsten upp till ett tak. Är inkomsten högre än taket utgör sjukpenningen mindre än 70 procent av arbetsinkomsten. För personer som saknar inkomster under granskningsperioden, eller som har haft mycket låga inkomster, beviljas sjukpenning på miniminivå. Minimidagpenningen uppgick 2023 till 31,99 euro per dag.

Tabell B3.1 Beräkning av sjukpenning i Finland

[Klicka här för att ange tabellens underrubrik.](#)

Årsinkomst (euro/år)	Formler för beräkning av sjukpenning (euro/månad)
Högst 13 712	Minimidagpenning
13 712–34 043	$0,7 \times \text{årsarbetsinkomsten} / 300$
Från 34 043	$79,43 + 0,20 \times (\text{årsarbetsinkomsten} - 34\,043) / 300$

Beloppen avser 2023

Som årsinkomst räknas lön, försäkringslön, pension, vissa förmåner samt vissa ersättningar för inkomstbortfall. Andra lagstadgade förmåner och pensioner som betalats för samma tid kan minska sjukpenningens belopp. Sjukpenning är beskattningsbar inkomst.

Ersättningens längd och storlek för egenföretagare

Grunden för vilken ersättning som betalas ut till egenföretagare är den årliga arbetsinkomsten som fastställts enligt lagen om pension för företagare (FöPL) eller lagen om pension för lantbruksföretagare (LFöPL). FöPL-arbetsinkomsten ska motsvara penningvärdet av arbetsinsatsen och är inte detsamma som beskattningsbar inkomst eller uttagen lön. Arbetsinkomsten beror inte heller på företagets resultat eller lönsamhet.

Genom att lämna in en försäkringsansökan ges förslag till FöPL-arbetsinkomstens belopp. I ansökan ska bland annat bransch, omsättning, arbetstid och antal anställda anges.

Beräkningen av sjukpenning sker på samma sätt för egenföretagare som för anställda. Egenföretagare har dock en dags

självrisktid (karens). Lantbrukare och individer med stipendium har tre dagars självrisktid (karens).

Sjuklöneperiod

Enligt Arbetsavtalslagen har arbetstagare som på grund av sjukdom eller olycksfall är förhindrad att utföra sitt arbete, rätt till lön under sjukdomstid. Det gäller för insjuknandedagen och de nio efterföljande veckodagarna¹⁹². Följande villkor ska vara uppfyllda för lön för sjukdomstiden:

- Frånvaron beror på arbetsoförmåga till följd av sjukdom eller olycksfall.
- Arbetsoförmågan beror inte på avsiktligt förfarande eller grov oaktsamhet.
- Grunden för sjukfrånvaro har visats genom en tillförlitlig utredning (vanligtvis ett läkarintyg).
- Arbetsgivaren har underrättats om sjukfrånvaron på ett adekvat sätt.

Om anställningsförhållandet har varat minst en månad, har arbetstagaren rätt till sin fulla lön. Om anställningsförhållandet varat i mindre än en månad betalas 50 procent av lönen ut. Efter tio dagars sjuklöneperiod kan anställda få sjukpenning från FPA.

Om arbetstagaren har varierande arbetstid har hen rätt till lön för sjukdomstid om arbetsskift som infaller under tiden för arbetsoförmågan har antecknats i en arbetsskiftsförteckning eller om det på annat sätt överenskommits om arbetsskiftet. Detsamma gäller om det med tanke på förhållandena kan anses vara tydligt att personen skulle ha arbetat om hen hade haft arbetsförmåga.

Den arbetsgivare som på basis av antingen branschens kollektivavtal eller ett eget arbetsavtal, betalar lön under sjukperioden även efter de tio första sjukdagarna, har rätt till den sjukpenning som arbetstagaren annars skulle ha mottagit. De flesta arbetsgivare betalar enligt kollektivavtal full lön för de första en till två månaderna av en sjukperiod.

¹⁹² Arbetstagaren får sjuklön för insjuknandedagen, och följande 9 veckodagar (måndag till lördag) enligt Arbetsavtalslag 55/2001.

Självrisk

Självrisktiden (karensperioden) i den statliga sjukförsäkringen är i regel den dag individen insjuknar och de följande nio vardagarna. Regleringen av självrisktid har inte genomgått större förändringar sedan den infördes på 1960-talet¹⁹³. Under en period var självrisktiden sju dagar.

Det finns undantag från självrisktid vid återinsjuknande. Om en försäkrad drabbas av arbetsoförmåga på grund av samma sjukdom på nytt inom 30 dagar från den dag som det senast betalades sjukpenning för dras ingen ytterligare självrisk.

Anställda som omfattas av sjuklön påverkas inte av självrisktiden (karensperioden) i den finska sjukförsäkringen. Anställda som inte omfattas av sjuklön har däremot 10 dagars självrisktid. Försäkrade som varit anställda i mindre än en månad får 50 procents sjuklön under självrisktiden. Egenföretagare har en dags självrisktid (karensperiod) medan lantbrukare och individer med stipendium har en självrisktid (karensperiod) på tre dagar.

Efter självrisktiden finns också annan självrisk i systemet i och med att sjukpenningen inte till fullo kompenserar för inkomstbortfallet utan i normalfallet uppgår till 70 procent av arbetsinkomsten. Den finska sjukförsäkringen omfattar inkomster upp till ett tak på 34 043 euro per år (vilket motsvarar 35 500 SEK¹⁹⁴ i månaden).

Många anställda får sjuklön under en längre period än de första 10 dagarna i en sjukperiod. Många arbetsgivare betalar full lön för de första en till två månaderna av en sjukperiod enligt kollektivavtal. Anställda som inte omfattas av sjuklön har därmed en högre självrisk i den finska sjukförsäkringen, även efter självrisktiden.

Kontrollfunktion

Under sjuklöneperioden varierar arbetsgivarnas krav gällande läkarintyg. Vissa arbetsgivare kräver ett intyg för varje sjukdag.

¹⁹³ Nuvarande regering har dock meddelat att de avser att införa en karensdag för anställda, med möjlighet att förhandla om karensdag genom enskilda kollektivavtal. En sådan karensdag skulle i så fall införas för den första dagen i en sjuklöneperiod enligt Arbetsavtalslag 55/2001. (Finlands regeringsprogram 20.06.2023).

¹⁹⁴ Beloppet i SEK är framtaget i juni 2023.

Andra arbetsgivare kräver ett läkarintyg från den andra eller den tredje dagen.

För att beviljas sjukpenning från FPA behövs ett läkarintyg som styrker att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom eller olycksfall. Arbetsförmågan bedöms av FPA i förhållande till det egna arbetet med utgångspunkt i läkarintyget.

Med ett så kallat "läkarintyg A" kan sjukpenning i allmänhet beviljas för högst 60 vardagar. Därefter behövs "läkarutlåtande B" eller en annan utredning om arbetsförmågan. Ytterligare utredningar kan dock efterfrågas redan tidigare.

Vid FPA deltar vid behov en sakkunnig läkare som är specialist inom försäkringsmedicin, vid bedömningen om rätten till sjukpenning.

Med utgångspunkt i läkarintyget bedömer FPA om den försäkrade kan ha nytta av rehabilitering. När den försäkrade har fått sjukpenning i 60 vardagar skickar FPA ut ett brev med information om rehabiliteringsalternativ och rehabiliteringsanordnare.

FPA är också skyldiga att utreda rehabiliteringsbehovet när sjukpenning har betalats ut för 150 respektive 230 dagar.

För den som är anställd gäller också att företagshälsovården ska bedöma arbetsförmågan efter att sjukpenning har betalats ut i 90 vardagar. Utlåtandet ska lämnas in till FPA. Om utlåtandet inte lämnas in avbryts utbetalningen av sjukpenning.

Högriskskydd försäkrade

Det finns inget högriskskydd för försäkrade inom den finska sjukförsäkringen.

Högekostnadsskydd arbetsgivare

Det finns inget högekostnadsskydd till arbetsgivare inom den finska sjukförsäkringen.

Kompletterande försäkringar

I kollektivavtal för respektive bransch, alternativt i eget arbetsavtal, fastställs för hur lång tid som lön utbetalas vid sjukdom. De flesta arbetsgivare betalar enligt kollektivavtal full lön för de första en till två månaderna av en sjukperiod. Alla arbetstagare som är offentligt anställda omfattas av denna typ av kollektivavtalade ersättningar. Det gör även 80 procent av anställda inom det privata näringslivet.

Tillfälliga regler i samband med covid-19-pandemin

Under pandemin ändrade riksdagen Sjukförsäkringslagen så att det var lättare att få dagpenning vid smittsam sjukdom när försäkrade hade en tillförlitligt bekräftad covid-19-infektion. Syftet med den temporära lagstiftningen var att uppmuntra personer som var smittade med coronaviruset att stanna hemma från sitt förvärvsarbete, om arbetet medförde risk för smittspridning. Enligt den temporära lagstiftningen kunde dagpenning vid smittsam sjukdom beviljas även om personen inte officiellt hade ålagts karantän eller isolering. Frånvaro från arbetet för att förhindra smittspridning är endast nödvändig när individen inte har möjlighet att arbeta på distans. Förlust av förvärvsinkomst kompenseras till fullo med dagpenning vid smittsam sjukdom. Vid ansökan om dagpenning vid smittsam sjukdom ska den sökande bifoga ett officiellt beslut om karantän eller isolering. Under pandemin fanns tillfälliga bestämmelser som gjorde att det räckte med ett läkarintyg över den tidsperiod för vilken smittorisken förhindrade arbete.

Under pandemin har det även funnits tillfälliga bestämmelser som reglerat rätt till dagpenning för smittsam sjukdom till vårdnadshavare till barn under 16 år, om det på grund av risk för smittspridning inte är tillrådligt att barnet vistas i skola eller förskola och att vårdnadshavaren därför förhindras att arbeta.

Dagpenning vid smittsam sjukdom betalas till arbetsgivaren om arbetstagaren har rätt till lön under tiden som hen inte kan arbeta på grund av risk för smittspridning.

Sjukförsäkringen på Island

Hälsoministeriet (Heilbrigðisráðuneyti) har det övergripande ansvaret för sjukförsäkringen på Island. Administrationen av densamma sköts av Isländska Hälsoförsäkringen (Sjúkratryggingar Íslands).

Sjukförsäkringssystemet är skattefinansierat. Reglerna om sjukpenning finns i Lög um sjúkratryggingar (No. 112/2008, artikel 32).

Villkor för rätt till ersättning

För att kunna få sjukpenning måste personen vara sjukförsäkrad på Island, ha haft tillräckligt nedsatt arbetsförmåga för att inte kunna arbeta i minst 21 dagar utan uppehåll, vara utan löneinkomster samt vara 18 år eller äldre. Personer som är 16–17 år kan erhålla sjukpenning i särskilda fall.

För att bli försäkrad krävs generellt sex månaders laglig bosättning på Island samt två månaders arbete innan sjukdomen uppstod. Det finns inget minimikrav på antal arbetade dagar för att uppnå försäkringsskydd.

Full sjukpenning betalas ut till den som på grund av sjukdom tillfälligt måste avstå från att arbeta och som har ett heltidsarbete. Den som är sjukfrånvarande från ett deltidsarbete, vilket innebär allt annat än 100 procents arbete, får 50 procent av full sjukpenning.

Studerande som är 18 år eller äldre och som studerar minst 75 procent kan ha rätt till sjukpenning om en sjukdom leder till att en del av studierna måste skjutas upp, förutsatt att vissa lagstadgade villkor är uppfyllda.

Den som är hushållsarbetande (hemmaman eller hemmafru) och blir tvungen att helt avbryta sådant arbete på grund av sjukdom har rätt till halv sjukpenning. Då krävs dock ett läkarintyg som styrker 100 procent nedsättning av arbetsförmågan för hushållsarbete. Detsamma gäller personer som deltar i rehabiliteringsprogram.

Villkor för rätt till ersättning egenföretagare

Villkoren för rätt till ersättning för egenföretagare är desamma som för anställda.

Ersättningens längd och storlek

Sjukpenning betalas ut från och med dag 15 i ett sjukfall om den berörda personen är oförmögen att arbeta under en period av minst 21 dagar.

Sjukpenning ges i form av en fast dagersättning (flat rate) på cirka 2 000 isländska kronor, vilket motsvarar cirka 170 SEK¹⁹⁵. Ersättningsnivån justeras årligen i förhållande till stadsbudgeten.

Den som arbetade heltid före insjuknandet och senare återfår tillräcklig arbetsförmåga för att börja arbeta deltid (upp till 50 procent), har rätt att få halv sjukpenning under en period av upp till tre månader.

Sjukpenning kan betalas ut under sammanlagt 52 veckor inom varje 24 månaders period. Löntagare har dock rätt till sjuklön från arbetsgivaren från första dagen av sjukfrånvaro, vilken motsvarar lön för normal arbetstid (se vidare i avsnitt om sjuklöneperiod). När rätten till sjuklön upphör har merparten rätt till ersättning via respektive fackförbunds kollektivavtal, samtidigt som de mottar sjukpenning (se vidare i avsnitt om kompletterande försäkringar).

Den som har en långvarig eller obotlig sjukdom kan ansöka om förtidspension från Socialförsäkringskassan (Tryggingastofnun ríkisins).

Sjuklöneperiod

Varje löntagare har enligt lag rätt till minst två dagars sjuklön från sin arbetsgivare för varje arbetad månad. I andra avseenden bestäms rätt till sjuklön genom fackförningars kollektivavtal, vilket gör att antal dagar med sjuklön varierar beroende på avtal. I allmänhet gäller att ju längre en anställd har arbetat hos samma arbetsgivare desto större rätt till sjuklön har den anställda om hen blir sjuk. Det finns dock en maxgräns för antal dagar med sjuklön, men även

¹⁹⁵ Belopp i SEK är framtaget i juni 2023.

maxgränsen varierar mellan avtal. Många anställda har rätt till sjuklön från arbetsgivaren för en lång tidsperiod, upp till 12 månader för statligt anställda som har arbetat i minst 18 år.

Anställda har rätt till sjuklön från arbetsgivaren från första dagen av sjukfrånvaro, vilket gör att de inte påverkas av karensen i den statliga sjukförsäkringen. Den sjuklön som betalas ut motsvarar lön för normal arbetstid, det vill säga arbetstid utan eventuell övertid, bonus, dricks med mera. Sjúkratryggingar betalar inte ut någon sjukpenning under perioden med sjuklön.

Arbetsolyckor och arbetssjukdomar som inträffar i arbetet eller i samband med resor till och från arbetet, ger rätt till sjuklön från arbetsgivaren motsvarande lön för normal arbetstid under en viss period, utöver den intjänade rätten till sjuklön. Normalt sett är perioden upp till tre månader men det varierar beroende på kollektivavtal.

Självrisk

Den statliga sjukförsäkringen på Island har en karens på 14 dagar. Löntagare har dock rätt till sjuklön från arbetsgivaren från första dagen av sjukfrånvaro, vilken motsvarar lön för normal arbetstid. Under perioden med sjuklön påverkas anställda inte av karensen i den statliga sjukförsäkringen.

Kontrollfunktion

För att kunna få sjuklön från arbetsgivaren krävs en sjukanmälan och om arbetsgivaren så kräver ska arbetstagaren uppvisa ett läkarintyg.

För att beviljas sjukpenning krävs ett läkarintyg. Därefter krävs inte någon ytterligare medicinsk uppföljning för ersättning men om sjukskrivningen pågår under en längre period, måste nytt läkarintyg skickas in.

Högriskskydd försäkrade

Det finns inget statligt högriskskydd för grupper av försäkrade på Island.

Högekostnadsskydd arbetsgivare

Det finns inget statligt högekostnadsskydd för arbetsgivare på Island.

Kompletterande försäkringar

Den som på grund av sjukdom eller olycka blir oförmögen att arbeta under en period som är längre än den intjänade rätten till sjuklön, har rätt till ersättning från sin fackförenings sjukkasse. Ersättningens storlek och längd beror på den aktuella fackförenings kollektivavtal, men i allmänhet betalar fackföreningar upp till 80 procent av lönen upp till ett tak, under en begränsad tidsperiod som vanligtvis är runt sex månader. Sådan ersättning kan mottas samtidigt som individen också mottar sjukpenning.

Egenföretagare som inte är medlem i någon fackförening och som därmed saknar kompletterande försäkring via dem, har möjlighet att teckna privata försäkringar.

Tillfälliga regler under covid-19-pandemin

Inga förändringar gjordes i sjukförsäkringssystemet under covid-19-pandemin på Island.

Metodbeskrivning kvantitativ analys

Mycket av den statistik och kvantitativ analys som redovisas i den här promemorian baseras på en insamling av registerdata som arbetsgruppen har genomfört. I den här bilagan redovisar vi en översiktlig genomgång av dessa registerdata och de bearbetningar som har varit nödvändiga för att kunna ta fram all statistik. Vi beskriver även översiktligt arbetsgruppens arbete med SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT¹⁹⁶.

Arbetsgruppens datainsamling från Statistiska Centralbyrån (SCB) och Försäkringskassan

För att kunna genomföra uppdraget har arbetsgruppen beställt registerdata från SCB och Försäkringskassan, för det specifika syftet att använda för översynen av karensavdraget. Arbetsgruppen har under arbetet med översynen haft tillgång till uppgifterna genom SCB:s system för åtkomst till mikrodata (MONA). I detta avsnitt redovisas en översiktlig beskrivning av dessa data.

Studiepopulation

För arbetsgruppens räkning har SCB tagit fram en individpopulation och en företagspopulation. Individpopulationen baseras på uppgifter från registren Lönesummestatistiken (LSUM), Registerbaserad Arbetsmarknadsstatistik (RAMS) och Arbetsgivardeklaration på Individnivå (AGI) och utgörs av samtliga arbetstagare och egenföretagare i Sverige 2012–2021, inklusive individer som inte är

¹⁹⁶ Fördelningsanalytiskt statistiksystem för inkomst och transfereringar.

varaktigt bosatta i Sverige. Populationen har kompletterats med imputerade personnummer från registret Konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju) under perioden 2014–2022. Den totala populationen uppgår till 8 023 817 individer (unika löpnummer). Individer med personnummerändringar är inkluderade i studiepopulationen.

Företagspopulationen utgörs av samtliga företag och organisationer som individerna ovan kan kopplas till.

Materialet är pseudonymiserat och identiteter har ersatts med löpnummer.

För studiepopulationen har flertalet variabler från ett antal register från SCB och Försäkringskassan samlats in. Dessa register beskrivs kort nedan.

Data från SCB

Konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju)

Den huvudsakliga källan för redovisningen av sjuklön och den korta sjukfrånvaron är KSju. KSju beskriver sjukfrånvaron under sjuklöneperioden – de första sjukfrånvarodagarna som finansieras av arbetsgivaren. Undersökningens uppgiftskällor är de företag, kommuner, regioner, myndigheter och hushållens icke-vinstdrivande organisationer (HiO) som lämnar in uppgifter om sina anställda.

Studiepopulationen för undersökningen utgörs av arbetstagare som är frånvarande på grund av sjukdom under den period som arbetsgivaren betalar sjuklön. Som urvalsram till undersökningen används Företagsdatabasen (FDB). Urvalsramen består av företag och organisationer med minst en anställd i FDB. Arbetsgivare i regioner och kommuner med färre än 100 anställda ingår inte i undersökningen. Rampopulationen stratifieras efter storlek enligt antal anställda, bransch och sektor. De stratum innehållande arbetsgivare i regioner och kommuner med fler än 99 anställda, samt alla arbetsgivare som kan hänföras till staten totalundersöks (A-strata). Även de stratum som innehåller företag och organisationer inom näringslivet och HiO med fler än 199 anställda totalundersöks. Bland övriga företag och organisationer inom näringslivet och HiO (B-strata) dras ett stratifierat obundet slumpmässigt urval (OSU).

Totalt undersöks drygt 4 100 företag och organisationer. 1 900 av dessa är utvalda i ett OSU.

Mikrodata för lönestrukturstatistik

Lönestrukturstatistiken belyser lönenivå, lönestruktur och löneutveckling inom privat respektive offentlig sektor. I den mikrodata som ligger till grund för statistiken finns bästa tillgängliga uppgifter om individers avtalade grundlön, månadslön respektive timlön, rörliga lönetillägg, tjänstgöringsgrad, veckoarbetstid med mera. Dessa uppgifter är viktiga för att kunna skatta sjuklörens storlek (se nedan). För arbetstagare anställda inom stat, regioner och kommuner är undersökningen en totalundersökning. För arbetstagare inom privata näringslivet dras ett stratifierat urval av företag baserat på näringsgren och företagsstorlek. Urvalsramen är i det närmaste identisk med den för KSju. För de företag som ingår i urvalet samlas löneuppgifter för samtliga deras anställda in vid tidpunkten för datainsamlingen. Totalt undersöks cirka 50 procent av de anställda inom privata näringslivet.

Mikrodata för lönesummestatistiken (LSUM)

SCB:s registerbaserade lönesummestatistik kan användas för att belysa nivå och utveckling av lönesummor, skattepliktiga sociala ersättningar och preliminär A-skatt. Statistiken baseras på arbetsgivardeklarationer på individnivå (AGI) samt kontrolluppgifter (KU) från arbetsgivare och utbetalare av skattepliktiga sociala ersättningar och levereras från Skatteverket. Populationen består av mottagare av löne- och förmånsutbetalningar från arbetsgivare och inkluderar individer som inte är folkbokförda i Sverige.

Inkomst- och taxeringsregistret (IoT)

IoT är ett administrativt grundregister som ligger till grund för statistiken för inkomster och skatter på individ och hushållsnivå. Registret omfattar alla skattskyldiga och folkbokförda personer

samt dödsbon. IoT har koppling till Registret över totalbefolkningen (RTB), där alla folkbokförda individer ingår, och variabler som t.ex. civilstånd och födelseland kopplas på. Det finns även en koppling till Företagsdatabasen (FDB). För det företag som individen fått sin lön ifrån (eller den enskilda firma som individen har fått sin företagarinkomst från) hämtas uppgift om bransch och sektor från FDB.

Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA)

LISA är en paneldatabas över Sveriges befolkning (äldre än 15 år som är folkbokförda den 31 december varje år), med detaljerade data om sjuk-, föräldra- och arbetslöshetsförsäkringen på individ- och årsnivå. Därutöver finns uppgifter om demografi, utbildning, sysselsättning, inkomst m.m. LISA innehåller även flera variabler från den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken (RAMS). Statistiken beskriver sysselsättningen i form av förvärvsarbetande och har en unik koppling mellan de personer som arbetar och deras arbetsställe och företag. Kopplingen mellan personen och arbetsstället gör det möjligt att bland annat beskriva pendling, personal- och näringsstrukturer. Huvudvariabeln i RAMS, förvärvsarbetandestatus, visar på om en person antas vara förvärvsarbetande eller inte.

Arbetsgivardeklaration på individnivå (AGI)

Arbetsgivare är enligt skatteförfarandelagen (2011:1244) skyldiga att månatligen rapportera in sin arbetsgivardeklaration till Skatteverket. Sedan januari 2019 (i vissa fall sedan juli 2018) gör arbetsgivare detta på individnivå. Dessa rapporteringar till Skatteverket lagras och samlas i databasen AGI. Registret innehåller såväl huvuduppgiften som individuppgiften och sociala ersättningskoder. I huvuduppgiften rapporterar arbetsgivare och utbetalande organisationer som Försäkringskassan och arbetslöshetskassor in uppgift om totala utgifter varje månad inklusive aggregerade uppgifter om sjuklönekostnader. Dessa uppgifter använder Försäkringskassan som underlag för administration av ersättning för

höga sjuklönekostnader enligt 17 § SjLL. I individuppgiften rapporteras detaljerade uppgifter om samtliga arbetstagares löner och andra ersättningar. I individuppgiften särredovisas dock inte sjuklönen, utan den ingår i kontant bruttolön.

Företagsregister (FDB och LAPS)

I datainsamlingen ingår även vissa uppgifter från Företagsdatabasen (FDB) och Lönesummor, arbetsgivaravgifter och preliminär A-skatt (LAPS). Från FDB hämtas bland annat uppgift om företagsstorlek. Från LAPS hämtas aggregerade uppgifter om lönesummor med mera per arbetsgivare och kvartal. Uppgifterna baseras på löpande arbetsgivardeklarationer från arbetsgivare, och har därmed inte samma eftersläpning som LSUM. Registret innehåller också information om arbetsgivarna, såsom näringsgren och institutionell sektorindelning.

Data från Försäkringskassan

Data från SCB har kompletterats med vissa uppgifter från Försäkringskassan. För de individer som ingår studiepopulationen ingår följande uppgifter för åren 2012–2022.

MiDAS sjukpenning

Försäkringskassan har en analysdatabas över sjukpenning, som är en del av MiDAS – Mikrodata för analys av socialförsäkringen. Det är en totalundersökning över sjukperioder med sjukpenning och rehabiliteringspenning sedan 1994. MiDAS består av dels episoddata, i form av fall och delfall, dels paneldata. Arbetsgruppen har haft tillgång till sjukfall och delsjukfall.

MiDAS sjukpenning ligger till grund för den statistik vi redovisar över sjukperioder för försäkrade som inte omfattas av sjuklön, däribland behovsanställda, öppet arbetslösa och egenföretagare. Genom att kombinera MiDAS med KSju kan vi även studera övergångar från sjuklön till sjukpenning. Det gör vi genom att utgå ifrån KSju-urvalet och markera de sjukfall som fortsätter med

sjukpenning. I enstaka fall där träff har uppstått även för sjuklöneperioder kortare än två veckor har tom-datumet för sjuklöneperioden korrigerats.

Särskilt högriskskydd

Försäkringskassan har för arbetsgruppens räkning tagit fram uppgifter om kostnader för det särskilda högriskskyddet för perioden 2015 till och med 2022, som baseras på Försäkringskassans resultaträkning för förmånen. Försäkringskassan har även tagit fram data om särskilt högriskskydd från sitt ärendehanteringssystem för perioden 2010–2022. Uppgifterna avser bevakningar om särskilt högriskskydd som handläggarna registrerat. De uppgifter som registrerats avser bland annat beslut (bifall/avslag), start- och sluttidpunkt för det särskilda högriskskyddet och typ av särskilt högriskskydd¹⁹⁷ som avses. Försäkringskassan har emellertid inte kunnat kvalitetssäkra registrerade uppgifter för särskilt högriskskydd, varför uppgifterna bör tolkas med viss försiktighet.

Tillfällig föräldrapenning

För perioden 2018 – 2022 har arbetsgruppen även haft tillgång till episoddata över tillfällig föräldrapenning för vård av barn, med uppgift om individlöpnummer, period, antalet ersatta dagar och belopp. Uppgifterna har använts för att kunna analysera samspelet mellan korttidsfrånvaro vid sjukdom och vid vård av barn.

Analyspopulationer

För att kunna analysera denna stora datamängd för dessa båda studiepopulationer har vi skapat några analysdatabaser. En översikt av dessa analyspopulationer ges i tabell B4.1.

¹⁹⁷ Särskilt högriskskydd och särskilt högriskskydd vid donation.

Tabell B416.1 Översikt analyspopulationer

Urval	Individ/sjukperiod studieenhet	Arbetsgivare studieenhet
KSju-urvalet	Analyspopulation 1	Analyspopulation 4
- offentlig sektor + privata arbetsgivare ≥ 200 anställda	Analyspopulation 1A	-
Lönestruktururvalet	Analyspopulation 2	-
- offentlig sektor + privata arbetsgivare ≥ 200 anställda	Analyspopulation 2A	-
Totalurval	Analyspopulation 3	Analyspopulation 5
- offentlig sektor + privata arbetsgivare ≥ 200 anställda	Analyspopulation 3A	-

Analyspopulation 1 består av samtliga arbetstagare med registrerade sjukperioder i KSju under perioden första kvartalet 2012 till och med andra kvartalet 2023. Analyspopulation 1 används för den mesta statistiken över sjuklöner som redovisas i promemorian.

De arbetstagare som är offentliganställda eller anställda hos en privat arbetsgivare med fler än 200 anställda bildar en egen delpopulation som benämns analyspopulation 1A. För dessa strata görs ett totalurval för arbetsgivare. Analyspopulation 1A är utgångspunkten för analys av det nuvarande allmänna högriskskyddet, liksom arbetsgruppens förslag om ett lägre satt karenstak. Anledningen till att den analysen avgränsas till A-strata är att en individs samtliga sjukfall under en längre period behöver inkluderas för att inte riskera att underskatta antalet individer som når upp till tio karensavdrag under en 12-månadersperiod.

Analyspopulation 2 består av samtliga arbetstagare med rapporterade uppgifter om lön och anställningsvillkor i lönestrukturdata. Lönestrukturdata används framför allt för analyspopulation 1 och 1A för att uppskatta sjuklönens storlek. Analyspopulation 2 används för vissa analyser där även arbetstagare som inte är sjukfrånvarande under en mätperiod ingår. Den används bland annat för att studera korrelationer mellan sjuklön och tillfällig föräldrapenning. Analyspopulation 2 har också legat till grund för urval av typfall, för analys av karensavdragsreformen.

Analyspopulation 3 är ett totalurval över samtliga individer som vi uppskattar är försäkrade med risk för korttidsfrånvaro. Analyspopulation 3 används som nämnare i många av de andelsmått som redovisas i promemorian.

Analyspopulation 4 är en aggregering av analyspopulation 1 med arbetsgivaren som studieenhet. Analyspopulation 5 är en motsvarande för totalurvalet. I analyspopulation 4 och 5 sammanställs uppgifter för samtliga individer som kan knytas till respektive arbetsgivare oavsett om vi bedömer att de är försäkrade med risk för korttidsfrånvaro.

Definitioner

I analysen är det några återkommande begrepp som behöver definieras. I analysen med individen som studieenhet studeras genomgående försäkrade arbetstagare med risk för korttidsfrånvaro vid sjukdom. I analysen med arbetsgivaren som studieenhet analyseras arbetsgivare med sjuklöneansvar.

Vem som är *försäkrad* för arbetsbaserade förmåner i de sociala trygghetssystemen enligt 4 och 6 kap. socialförsäkringsbalken går inte att säga exakt, då frågan om försäkringstillhörighet utreds av Försäkringskassan i samband med en ansökan om en förmån eller vid rapportering om ändrade förhållanden. Vi har uppskattat antalet försäkrade baserade på tillgängliga registeruppgifter. Vi har bedömt en individ vara försäkrad om den uppfyller något av följande kriterier, har en anställningsinkomst enligt LSUM eller AGI som överstiger 10 000 kronor, har en inkomst av näringsverksamhet enligt IoT som överstiger 10 000 kronor, om inkomstunderlaget för ålderspensionsavgift överstiger 0 kronor eller om ersättning från inkomst av anställning från Försäkringskassan (däribland sjukpenning, föräldrapenning och graviditetspenning) överstiger 0 kronor.

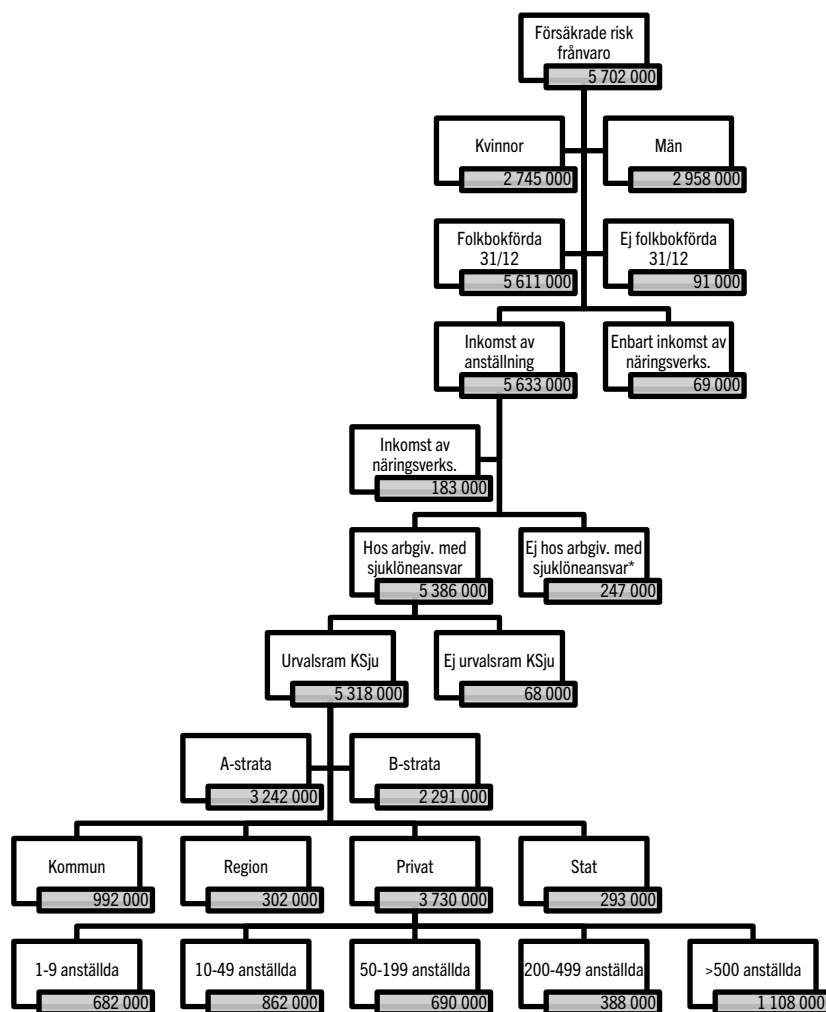
Individer med *risk för korttidsfrånvaro* är en delmängd av de försäkrade. Risk för korttidsfrånvaro bedömer vi den som har anställningsinkomst enligt LSUM eller AGI som överstiger 10 000 kronor, har en inkomst av näringsverksamhet enligt IoT som överstiger 10 000 kronor eller om inkomstunderlaget för ålderspensionsavgift exklusive sjukpenning och inkomstrelaterad sjukersättning överstiger 0 kronor.

En *arbetstagare* definieras baserat på uppgift om registrerad anställningsinkomst hos en arbetsgivare vi bedömer har ett sjuklöneansvar för minst en individ. Vi avgränsar till individer mellan

18 och 74 år, även om enstaka individer yngre än 18 och äldre 74 år uppfyller ovanstående villkor.

I figur B4.1 redovisas en översikt av försäkrade med risk för korttidsfrånvaro mellan 18 och 74 år 2021. Sammantaget ingår cirka 5,7 miljoner individer, varav 5,4 miljoner är arbetstagare enligt vår definition.

Figur B4.1 Översikt antalet försäkrade 18–74 år med risk för korttidsfrånvaro 2021

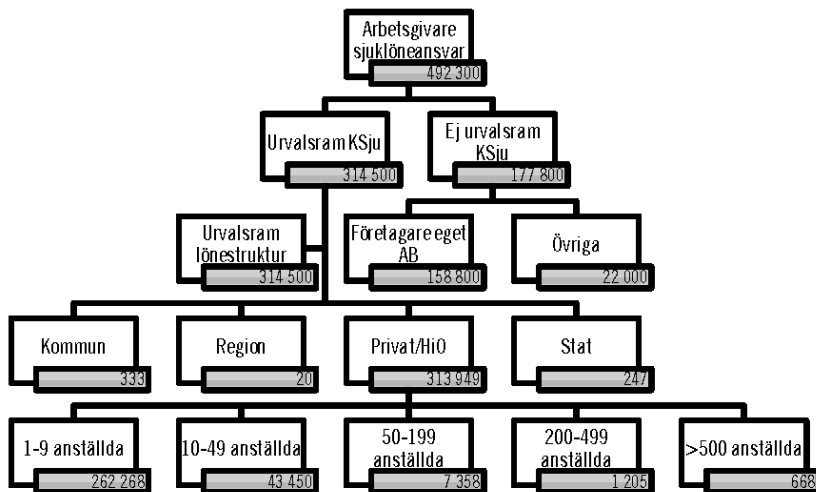


Anm.: * Inklusive individer med inkomst av anställning där uppgift om arbetsgivare saknas.
Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 3.

En *arbetsgivare med sjuklöneansvar* bedömer vi det företag eller organisation har som uppfyller minst ett av följande villkor: registrerad i FDB med minst en anställd (anstkl>0), är aktiebolag (jurform 49), betalar arbetsgivaravgifter för någon arbetstagare (ksumavg>0) eller har löneutbetalningar enligt AGI på i genomsnitt 10 000 kronor per registrerad person med lön. Vi exkluderar samtliga bostadsrättsföreningar och samfälligheter (jurform 53 och 62), då vi bedömer att merparten av dessa endast betalar ut ersättning i form av arvoden som inte genererar något inkomstbortfall vid sjukdom.

I figur B4.2 redovisas en motsvarande översikt över antalet arbetsgivare med sjuklöneansvar år 2021 enligt arbetsgruppens definition. Sammanlagt ingår cirka 314 500 arbetsgivare

Figur B4.2 Översikt antalet arbetsgivare med uppskattat sjuklöneansvar 2021



Anm.: * Inkluderar individer där uppgift saknas.
 Källa: Arbetsgruppens datainsamling (SCB), analyspopulation 5.

Arbetsgruppens beräkning av sjuklönens och karensavdragets storlek

En viktig del i arbetsgruppens uppdrag har varit att beräkna sjuklönens och karensavdragets storlek, både ur arbetstagarens och arbetsgivarens perspektiv. Arbetsgruppen bedömer att den bästa källan för att beräkna dessa uppgifter är att utgå ifrån SCB:s urvalsundersökning för konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju). Den undersökningen ligger till grund för Sveriges officiella statistik över antalet sjukdagar och sjukfall per kvartal, sektor och kön. I KSju registreras sjukperiodernas start- och sluttidpunkt samt antalet ersatta dagar med sjuklön. Några uppgifter om belopp finns således inte.

Den lagreglerade sjuklönen utgör 80 procent av anställningsförmånerna. Från sjuklönen görs ett karensavdrag som motsvarar 20 procent av en genomsnittlig veckosjuklön. Den närmare beräkningen av sjuklönen regleras i kollektivavtal. Arbetsgruppen har därför samlat in ett större antal kollektivavtal, för att försöka göra så precisa skattningar av sjuklönens storlek som möjligt. Några av dessa beskrivs i bilaga 5. Till grund för beräkningarna ligger avtalad lön och anställningsvillkor från lönestrukturdata. För individer som inte ingår i båda urvalsundersökningar har uppgift om genomsnittlig lön från lönestrukturstatistiken fördelad efter yrke, kön och ålder använts. Det görs för att kunna tillämpa samma metod för alla arbetstagare. På makronivå bedömer vi att den genomsnittliga lönen tillräckligt väl fångar individernas anställningsförmåner.

KSju till också till grund för beräkningar av sjuklönen i SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT (se nedan). I FASIT baseras beräkningen av sjuklönens storlek på registrerade inkomstuppgifter inklusive uppgifter om transfereringar såsom sjukpenning och föräldrapenning. Resultatet av de beräkningarna ger något högre totalsummor än de beräkningar som arbetsgruppen har genomfört. Vissa skillnader i redovisade uppgifter om arbetsgivares sjuklönekostnader i promemorian beror därför på olika källor och definitioner.

Mikrosimulering med FASIT

En del av analysen i denna promemoria görs med hjälp av SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT. Med FASIT är det möjligt att beräkna effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemet. FASIT utgår ifrån två registerbaserade urvalsundersökningar – STAR och MSTAR.

STAR är en urvalsundersökning avseende cirka 750 000 urvalspersoner eller bostadshushåll. Ett totalurval görs av personer med en inkomst av tjänst eller har ett över/underskott av kapital på ca 1,9 miljoner kronor. Ett OSU dras som består av 6 procent av befolkningen. Urvalet kompletteras med samtliga hushållsmedlemmar i bostadshushållet. Efter denna komplettering STAR av ca 2 100 000 individer och 960 000 familjehushåll (SCB, Användarhandledning FASIT, grundår 2021).

MSTAR är ett mindre urval som består av ca 31 000 urvalspersoner eller bostadshushåll. Ett totalurval görs av personer med en inkomst av tjänst eller kapital som överstiger 50 miljoner kronor. Sannolikheten att komma med i urvalet är därefter större för personer med höga kapitalinkomster. Efter att ha kompletterat urvalspersonerna med deras bostadshushåll består MSTAR av cirka 92 000 individer och 42 000 familjehushåll.

FASIT innehåller flera så kallade moduler (program), varav en sjukpenningmodul. I den modelleras bland annat sjuklön inklusive karensavdraget samt sjuk- och rehabiliteringspenning. Någon anpassning av modellen med anledning av införandet av karensavdraget har inte gjorts, då uppgift om arbetad tid saknas.

Med syftet att förbättra precisionen i beräkningarna har arbetsgruppen inledningsvis gjort följande anpassningar av grundmodellen i FASIT.

Sjuklönen (TSJLON) beräknas per estimerad arbetsdag i stället för kalenderdag i enlighet med tillämpliga kollektivavtal

Delningstalet för beräkning av inkomstunderlaget för sjuklön per dag (DPLL) sänks från 365 till 260

Inkomst av aktiv och passiv näringsverksamhet exkluderas från inkomstunderlaget för sjuklönen (DPLL)

Enstaka dubletter av sjukfall i hjälprestret exkluderas innan grundmodellen körs.

Resultatet av anpassningarna av grundmodellen redovisas i tabell B4.2.

Tabell B4.2 Beräkning av sjuklönesummor (TSJLON) genom FASIT

Fördelad efter årgång och urval

	Grundmodell	Korrigerad grundmodell	Skillnad, procent
<i>Årgång 2019 version 4</i>			
STAR	21 131	19 754	-6,5
MSTAR	20 979	19 590	-6,6
<i>Årgång 2021 version 4</i>			
STAR	23 781	24 681	3,8
MSTAR	23 447	24 296	3,6

Anm.: Arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift ingår inte i beloppen

För grundår 2019 version 4 reduceras sjuklönesummorna med cirka 1,4 miljarder kronor (-6,5 procent). Störst betydelse för skillnaden i utfall har borttagandet av dubletter, som annars räknas dubbelt. För grundår 2021 är antalet dubletter betydligt färre, vilket gör att den ändrade beräkningen för sjuklön leder till cirka 0,9 miljarder (3,8 procent) högre total sjuklön. Vi använder genomgående den korrigerade grundmodellen som jämförelse vid beräkning av statisk och dynamisk effekt av karensavdraget.

För att analysera den statistiska effekten av karensavdraget/ett borttaget karensavdrag har parametervärdet för ersättningsnivån dag 1 (XSJPROC1) korrigerats från 0 till 80. Tillvägagångssätt för att analysera den dynamiska effekten av karensavdraget, där vi försöker ta hänsyn till beteendeeffekter av karensavdraget, redovisas separat i bilaga 6.

Typfall för analys av karensavdragsreformen

För att bedöma huruvida införandet av karensavdraget uppnådde sitt formulerade syfte behöver vi kunna studera utfallet av karensdagen respektive karensavdraget på individnivå. Det förutsätter uppgift om tillämpligt kollektivavtal, anställningsvillkor, lön och arbetstidens förläggning på dagsnivå. Uppgift om arbetstidens förläggning saknas i tillgängliga register. Det är därför inte möjligt att använda register för att kunna göra en totalundersökning av utfallet av karensavdragsreformen. Vi har därför tagit fram ett antal typfall för ett urval av arbetstagare. Det bedömer vi är bästa möjliga sätt att kunna granska inkomstbortfallets och självriskens storlek i det enskilda fallet. I den här bilagan redovisas en genomgång av dessa typfallsindivider och typfall.

Urval av typfallsindivider

Typfallsindividerna syftar till att representera några vanligt förekommande exempel på arbetstagare med avseende på yrke, lön och arbetstidens förläggning (se tabell 8.1). Genom urvalet vill vi framför allt kunna studera arbetstagare med oregelbunden respektive koncentrerad¹⁹⁸ arbetstid, som var främsta målgrupp för reformen. Vi har därför fokuserat på sådana yrken där det bedöms vara någorlunda vanligt förekommande. Vi vill också kunna studera arbetstagare med mer regelbunden arbetstid, vars självrisk inte borde ha påverkats av reformen. Arbetstagare med regelbunden arbetstid utgör även en lämplig jämförelsegrupp för att kunna bedöma

¹⁹⁸ Med koncentrerad arbetstid avser vi i dessa exempel arbetstagare som arbetar färre än fem dagar i veckan och i vissa fall med långa arbetspass.

eventuella kvarstående skillnader i självriskens påverkan på inkomstbortfallet mellan grupper. Även om vi genom urvalet inte kan ge någon total genomlysning av samtliga kollektivavtal och samtliga exempel på oregelbunden och koncentrerad arbetstid, bedömer vi att urvalet ändå är tillräckligt stort för att kunna dra vissa generella slutsatser.

Tabell B5.3 Typfallsindivider för beräkning av sjuklön och karensavdrag

Nr.	Arbetstid	Längd arbets- pass	Yrke	Vecko- arbetstid*	Anställnings- form	Lön
<i>Stat</i>						
1	Regelbunden, mån-fre	8	Handläggare	40 (100)	Tills vidare	32 000 kr/mån
2	Oregelbunden, periodplanerad	8–10	Polis i yttre tjänst	38,3 (100)	Tills vidare	40 000 kr/mån
3	Koncentrerad, nattarbete	10	Kriminal- vårdare	36,25 (100)	Tills vidare	32 000 kr/mån
<i>Kommuner och regioner</i>						
4	Regelbunden, mån-fre	6,4	Förskollärare	32 (80)	Tills vidare	28 000 kr/mån
5	Koncentrerad, deltid	8	Barnskötare	32 (80)	Tills vidare	20 000 kr/mån
6	Oregelbunden, hård arbetsvecka	7–8	Sjuksköterska	38,25 (100)	Tills vidare	38 000 kr/mån
7	Koncentrerad, nattarbete	10	Undersköterska äldrevård	36,33 (100)	Tills vidare	32 000 kr/mån
<i>Privata näringslivet/kommunala företag</i>						
8	Regelbunden, mån-fre	8	Civilingenjör basindustrin	40 (100)	Tills vidare	50 000 kr/mån
9	Regelbunden, mån-fre	8	Lagerpersonal partihandeln	40 (100)	Tills vidare	30 000 kr/mån
10	Oregelbunden, schema	7–9	Bussförare	38,25 (100)	Tills vidare	30 000 kr/mån
11	Oregelbunden, schema	6–10	Butikspersonal detaljhandeln	30 (78)	Visstid	180 kr/tim
12	Koncentrerad, långa arbetspass	10–12	Personlig assistent	40 (100)	Visstid	180 kr/tim

Anm.: * Andel av heltid i procent anges inom parentes.

Beräkning av sjuklön och karensavdrag i berörda kollektivavtal

Sjuklönen är 80 procent av lön och anställningsförmåner och från sjuklönen ska det göras ett karensavdrag som motsvarar 20 procent av en genomsnittlig veckosjuklön. Den närmare beräkningen av sjuklönen och karensavdraget regleras i kollektivavtalen. Den tekniska regleringen av sjuklön och karensavdrag skiljer sig åt mellan avtalen. Vidare kan registreringen av sjuklön och karensavdrag variera mellan olika lönesystem.

För att beräkna sjuklönens och karensavdragets storlek för varje sjukfall har vi utgått ifrån följande centrala kollektivavtal.

- Villkorsavtal mellan Arbetsgivarverket och SEKO, OFR/S,P,O respektive Saco-S
- Allmänna bestämmelser (AB 13, 14 och 20) för anställda i kommuner och regioner
- Tjänstemän basindustrin, Avtal om allmänna anställningsvillkor m.fl. mellan Industriarbetsgivarna, ledarna, Sveriges Ingenjörer och Unionen.
- Detaljhandelsavtalet mellan Svensk Handel och Handelsanställdas förbund 2016–2017 respektive 2023–2025
- Lager- och e-handelsavtalet mellan Svensk Handel och Handelsanställdas förbund 2023–2025
- Bussbranschavtalet 2017–2020 och 2021–2023 mellan Sveriges Bussföretag och Svenska Kommunalarbetarförbundet
- Lön och anställningsvillkor för personlig assistent och anhörigvårdare, Avtal mellan Sveriges Kommuner och Regioner, Sobona och Svenska Kommunalarbetareförbundet (PAN 20)

För några av typfallsindividerna är det inte ovanligt med olika former av rörliga tillägg, såsom tillägg för obekvämt arbetstid (OB), ersättning för jour och uppehållstid. Det gäller bland andra personal som arbetar natt, personliga assistenter och bussförare. Sådana ersättning ligger på olika sätt till grund för beräkningen av sjuklön och karensavdrag. Då vi bedömer att våra primära utfallsvariabler (självrisk i procent och inkomstbortfall i procent) inte är så känsliga

för sådana tillägg och för att göra typfallen så enkla som möjligt, tar vi i beräkningarna inte hänsyn till sådana rörliga tillägg.

I en del kollektivavtal regleras karensavdraget på samma sätt som i sjuklönelagen, det vill säga att sjuklön betalas för samtliga arbetsdagar i sjuklöneperioden och att ett karensavdrag motsvarande 20 procent av genomsnittlig veckosjuklön dras av från det beloppet. En sådan reglering finns bland annat i kommuner och regioners allmänna bestämmelser i centrala kollektivavtal.

I andra kollektivavtal regleras karensavdraget i stället som en karensperiod, där sjuklön betalas ut först efter karensperioden – liknande den tidigare karensdagen. Det förekommer främst i avtal för privat sektor (se exempelvis tjänstemän basindustrin och detaljhandelsavtalet). Karensperiodens längd är i dessa exempel 20 procent av en genomsnittlig arbetsvecka.

En tredje variant som förekommer i kollektivavtal är att sjuklönen regleras som ett sjukavdrag för det som efter hänsyn till sjuklön och karensavdrag ska dras ifrån lönen, det vill säga självriskan (se exempelvis PAN 20).

Urval av typfall

För varje typfallsindivid görs beräkningar för tre olika exempel på sjukperioder. För en handfull av typfallsindividerna används även ett fjärde exempel på deltidssjukskrivning. Beräkningarna görs baserade på regleringen i berört kollektivavtal för var och en av dessa typfall.

- a) Sjukperiod en hel arbetsdag
- b) Sjukanmälan sent på arbetsdagen (går ifrån arbetet en måndag när två timmar av arbetsdagen återstår, åter i arbete efter två ytterligare frånvarodagar)
- c) Sjukperiod 7 dagar
- d) Sjukperiod 14 dagar halvtid

Dessa typfallsindivider och exempel på sjukperioder genererar totalt 50 typfall att analysera, som redovisas i nedanstående tabeller. Vi redovisar avdragen såsom de är reglerade i respektive kollektivavtal.

Den redovisade sjuklönen efter avdrag samt självriskan i kronor och procent är oberoende av typ av reglering.

Tabell B5.2 Beräkning av sjuklön och karens för typfall 1a–12a

År	Frånvaro dagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent	Inkomst- bortfall, procent
<i>Typfall 1a) Handläggare</i>								
2018	1/8	1 472	0	-	0	1 472	100	5
2019	1/8	1 472	1 178	1 178	0	1 472	100	5
<i>Typfall 2a) Polis</i>								
2018	1/8	1 910	65	-	65	1 845	97	5
2019	1/8	1 910	65	-	65	1 845	97	5
<i>Typfall 3a) Kriminalvårdare</i>								
2018	1/12	2 570	746	-	746	1 824	71	6
2019	1/12	2 570	746	-	746	1 824	71	6
<i>Typfall 4a) Förskollärare</i>								
2018	1/6,4	1 307	0	-	0	1 307	100	5
2019	1/6,4	1 307	1 045	1 045	0	1 307	100	5
<i>Typfall 5a) Barnskötare</i>								
2018	1/8	1 167	0	-	0	1 167	100	6
2019	1/8	1 167	933	747	187	980	84	5
<i>Typfall 6a) Sjuksköterska</i>								
2018	1/8	1 773	0	-	0	1 773	100	5
2019	1/8	1 773	1 419	1 419	0	1 773	100	5
<i>Typfall 7a) Undersköterska äldrevård</i>								
2018	1/10	2 133	0	-	0	2 133	100	7
2019	1/10	2 133	1 707	1 195	512	1 621	76	5
<i>Typfall 8a) Civilingenjör basindustrin</i>								
2018	1/8	2 308	0	-	0	2 308	100	5
2019	1/8	2 308	0	-	0	2 308	100	5
<i>Typfall 9a) Lagerpersonal partihandel</i>								
2018	1/8	1 380	0	-	0	1 380	100	5
2019	1/8	1 380	0	-	0	1 380	100	5
<i>Typfall 10a) Bussförare</i>								
2018	1/8	1 442	0	-	0	1 442	100	5
2019	1/8	1 442	1 154	1 103	50	1 392	97	5
<i>Typfall 11a) Butikspersonal detaljhandel</i>								
2018	1/8	1 440	0	-	0	1 440	100	6
2019	1/8	1 440	288	-	288	1 152	80	5
<i>Typfall 12a) Personlig assistent</i>								
2018	1/12	2 143	0	-	0	2 143	100	7
2019	1/12	2 143	572	-	572	1 572	73	5

Tabell B5.4 Beräkning av sjuklön och karens för typfall 1b–12b

År	Frånvaro dagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent	Inkomst- bortfall, procent
<i>Typfall 1b) Handläggare</i>								
2018	3/18	3 312	2 355	-	2 355	957	29	3
2019	3/18	3 312	2 650	1 178	1 472	1 840	56	6
<i>Typfall 2b) Polis</i>								
2018	3/20	4 774	2 357	-	2 357	2 418	51	6
2019	3/20	4 774	2 357	-	2 357	2 418	51	6
<i>Typfall 3b) Kriminalvårdare</i>								
2018	3/26	5 569	3 285	-	3 285	2 284	41	7
2019	3/26	5 569	3 285	-	3 285	2 284	41	7
<i>Typfall 4b) Förskollärare</i>								
2018	3/14,8	3 512	2 091	-	2 091	1 421	40	5
2019	3/14,8	3 512	2 417	1 045	1 372	2 140	61	8
<i>Typfall 5b) Barnskötare</i>								
2018	3/18	3 208	1 867	-	1 876	1 342	42	7
2019	3/18	3 208	2 100	747	1 353	1 855	58	9
<i>Typfall 6b) Sjuksköterska</i>								
2018	3/17	4 877	2 837	-	2 837	2 039	42	5
2019	3/17	4 877	3 192	1 419	1 773	3 103	64	8
<i>Typfall 7b) Undersköterska äldrevård</i>								
2018	3/22	5 973	3 413	-	3 413	2 560	43	8
2019	3/22	5 973	3 755	1 195	2 560	3 413	57	11
<i>Typfall 8b) Civilingenjör basindustrin</i>								
2018	3/18	5 192	3 692	-	3 692	1 500	29	3
2019	3/18	5 192	2 308	-	2 308	2 885	56	6
<i>Typfall 9b) Lagerpersonal partihandel</i>								
2018	3/18	3 105	2 208	-	2 208	897	29	3
2019	3/18	3 105	1 380	-	1 380	1 725	56	6
<i>Typfall 10b) Bussförare</i>								
2018	3/16	2 885	2 019	-	2 019	865	30	3
2019	3/16	2 885	2 308	1 103	1 204	1 680	58	6
<i>Typfall 11b) Butikspersonal detaljhandel</i>								
2018	3/14	2 520	2 160	-	2 160	360	14	2
2019	3/14	2 520	1 152	-	1 152	1 368	54	6
<i>Typfall 12b) Personlig assistent</i>								
2018	3/24	4 287	3 144	-	3 144	1 143	27	4
2019	3/24	4 287	2 286	-	2 286	2 001	47	6

Tabell B5.5 Beräkning av sjuklön och karens för typfall 1c–12c

År	Frånvaro dagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent	Inkomst- bortfall, procent
<i>Typfall 1c) Handläggare</i>								
2018	5/40	7 360	4 710	-	4 710	2 650	36	8
2019	5/40	7 360	5 888	1 178	4 710	2 650	36	8
<i>Typfall 2c) Polis</i>								
2018	5/44	10 504	6 940	-	6 940	3 564	34	9
2019	5/44	10 504	6 940	-	6 940	3 564	34	9
<i>Typfall 3c) Kriminalvårdare</i>								
2018	3/36	7 711	4 998	-	4 998	2 712	35	8
2019	3/36	7 711	4 998	-	4 998	2 712	35	8
<i>Typfall 4c) Förskollärare</i>								
2018	5/32	6 533	4 181	-	4 181	2 352	36	8
2019	5/32	6 533	5 227	1 045	4 181	2 352	36	8
<i>Typfall 5c) Barnskötare</i>								
2018	4/32	4 667	2 800	-	2 800	1 867	40	9
2019	4/32	4 667	3 733	747	2 987	1 680	36	8
<i>Typfall 6c) Sjuksköterska</i>								
2018	6/45	10 640	7 093	-	7 093	3 547	33	9
2019	6/45	10 640	8 512	1 419	7 093	3 547	33	9
<i>Typfall 7c) Undersköterska äldrevård</i>								
2018	3/30	6 400	3 413	-	3 413	2 987	47	9
2019	3/30	6 400	5 120	1 195	3 925	2 475	39	8
<i>Typfall 8c) Civilingenjör basindustrin</i>								
2018	5/40	11 538	7 385	-	7 385	4 154	36	8
2019	5/40	11 538	7 385	-	7 385	4 154	36	8
<i>Typfall 9c) Lagerpersonal partihandel</i>								
2018	5/40	6 900	4 416	-	4 416	2 484	36	8
2019	5/40	6 900	4 416	-	4 416	2 484	36	8
<i>Typfall 10a) Bussförare</i>								
2018	5/39	7 031	4 471	-	4 471	2 560	36	9
2019	5/39	7 031	5 625	1 103	4 522	2 510	36	8
<i>Typfall 11c) Butikspersonal detaljhandel</i>								
2018	4/30	5 400	3 456	-	3 456	1 944	36	8
2019	4/30	5 400	3 456	-	3 456	1 944	36	8
<i>Typfall 12c) Personlig assistent</i>								
2018	3/34	6 073	3 144	-	3 144	2 929	48	9
2019	3/34	6 073	3 715	-	3 715	2 358	39	8

Tabell B5.6 Beräkning av sjuklön och karens för typfall 1d–10d

År	Frånvaro dagar/ timmar	Försäkrat inkomst- bortfall	Sjuklön	Karens- avdrag	Sjuklön efter avdrag	Självrisk, kronor	Självrisk, procent	Inkomst- bortfall, procent
<i>Typfall 1d) Handläggare</i>								
2018	10/40	7 392	5 491	-	5 491	1 901	26	6
2019	10/40	7 392	5 914	1 178	4 736	2 656	36	8
<i>Typfall 2d) Polis</i>								
2018	9/38	9 071	5 794	-	5 794	3 277	36	8
2019	9/38	9 071	5 794	-	5 794	3 277	36	8
<i>Typfall 6d) Sjuksköterska</i>								
2018	10/39	8 867	6 384	-	6 384	2 483	28	7
2019	10/39	8 867	7 093	1 419	5 675	3 192	36	8
<i>Typfall 8d) Civilingenjör basindustrin</i>								
2018	10/40	11 538	8 308	-	8 308	3 231	28	6
2019	10/40	11 538	7 385	-	7 385	4 154	36	8
<i>Typfall 10d) Bussförare</i>								
2018	10/38	6 851	4 904	-	4 904	1 947	28	6
2019	10/38	6 851	5 481	1 103	4 377	2 474	36	8

En känslighetsanalys av karensavdragets beteendeeffekter

I kapitel 8 redovisas en kunskapsöversikt över självrisker och deras betydelse för användningen av sjukförsäkringen. Baserat på den genomgången bedömer arbetsgruppen att självrisker både påverkar sannolikheten att påbörja en sjukperiod (incidensen) och sjukperiodernas varaktighet (durationen). I den här bilagan redovisas resultatet av en känslighetsanalys av hur stor betydelse som sådana beteendeeffekter skulle kunna ha vid ett reformerat karensavdrag. Beteendeeffekterna förväntas påverka såväl sjukfrånvaron, arbetsutbudet, arbetsgivares sjuklönekostnader, individers ekonomiska standard och de offentliga finanserna. Utgångspunkten för analysen är två möjliga reformer där karensavdraget helt tas bort respektive halveras från dagens 20 procent av en genomsnittlig veckosjuklön till 10 procent. Beräkningarna bygger på ett antagande om att reformerna skulle träda i kraft den 1 januari 2025.

Bilagan disponeras genom att först återkoppla till iakttagelser från några av de tidigare studierna. Därefter redovisar vi tillvägagångssättet för att skatta beteendeeffekternas betydelse för våra studerade utfall, följt av resultatet av analysen samlat för de båda reformerna. Bilagan avslutas med våra slutsatser av analysen.

Iakttagelser från tidigare studier

För att få vägledning för vilka antaganden vi bör göra vid en analys av beteendeeffekter av de båda möjliga reformerna av karensavdraget använder vi tidigare forskningsresultat av några naturliga experiment där självrisker i början av en sjukperiod har förändrats. Studier då karensdagen infördes respektive togs bort i slutet av 1980-talet och

början av 1990-talet är av särskilt intresse, men det finns även resultat från några europeiska studier av reformer i mer närtid som vi bedömer är relevanta.

Voss m.fl. (2001) analyserar effekten av införandet av karensdagen 1993 på ett urval av postanställda i norra Sverige. Studien visar att incidensen, det vill säga påverkan på antalet påbörjade sjukfall, i urvalet minskade med 27 respektive 28 procent för kvinnor och män. Inverterar vi resultaten och tillämpar samma effekt på en borttagen karensdag skulle det motsvara en ökning av incidensen med 37 respektive 39 procent för kvinnor och män. Ett annat resultat var att det skedde en tydlig förändring av sjukfallens sammansättning, där andelen sjukfall 15–365 dagar ökade efter reformen. Det resultatet uppstod sannolikt främst som en selektionseffekt av färre korta sjukfall. Bland män noterades dock även en liten ökning av antalet sjukfall 15–365 dagar i absoluta tal. Bland heltidsanställda kvinnor äldre än 40 år och bland deltidsanställda män äldre än 40 år noterades signifikant ökning i den genomsnittliga sjukfallslängden. Vid tolkning av resultaten från den här studien bör vi dock ha i åtanke att studien endast avsåg en yrkesgrupp i en del av Sverige. Resultaten bör därför inte tillämpas rakt av på hela den arbetande befolkningen.

Andrén (2005) undersöker effekten av både 1987 års och 1991 års reformer. I december 1987 togs den dåvarande insjuknanderegeln bort, som i praktiken utgjorde en karensdag. Vidare genomfördes en förändring som innebar att endast arbetsdagar kompenseras. 1991 års reform innebar att ersättningsnivån sänktes från 90 till 65 procent dag 1–3 i sjukperioden och från 90 till 80 procent från och med dag 4 i sjukperioden. Andrén använde sig av en urvalsundersökning över hela Sveriges befolkning med registerdata över samtliga sjukperioder för urvalsindividerna. Innan sjuklöneperiodens införande 1992 administrerade försäkringskassorna även korta sjukperioder, vilket medförde en bättre tillgång till registerdata. Med hjälp av dessa data identifierade hon att andelen sjukfall som varade i en till två dagar var 30–40 procent högre efter 1987 års reform. Andelen sjukfall som varade 3–4 dagar var i det närmaste oförändrad, men andelen sjukfall som varade 6–7 dagar minskade drastiskt som en följd av att endast arbetsdagar kompenseras efter reformen. Genom att använda en så kallad *Cox proportional hazard model* på sjukfall upp till sju dagar skattade hon en reformeffekt i form av en hazardkvot på 1,135 (estimat 0,127), vilket kan tolkas som att

sannolikheten att avsluta ett sjukfall under den första veckan ökade med cirka 13 procent som en effekt av reformen. Resultatet av 1991 års reform var en hazardkvot på 1,316, det vill säga en ännu större påverkan på avslutssannolikheten under den första veckan. Att effekten av den reformen var större än 1987 års reform är förväntat, då den hade större påverkan på självriskan vid sjukfrånvaro.

Även Johansson och Palme (2005) analyserar beteendeeffekterna av reformen från 1991 med hjälp av en urvalsundersökning för hela befolkningen i kombination med registerdata. Även i den här studien användes en variant på en *Cox proportional hazard model* för att skatta effekter av reformen. Resultatet visade tydliga effekter av reformen på både incidensen och durationen. Incidensen minskade med 34 procent för kvinnor och 36 procent för män som en följd av reformen. Ett annat resultat var att framför allt avslutssannolikheten dag 1–3 ökade, men minskade dag 8–90.

Både Henrekson och Persson (2004) och Lidwall med flera (2005) analyserar resultatet av 1987 års reform med hjälp av tidsserieanalys. De finner att antalet sjukdagar per individ ökade med en till två dagar efter reformen.

Resultaten från förändringarna i Sverige i slutet på 80-talet och början på 90-talet är inte unika. Det finns även resultat från några internationella studier som går i samma riktning. Marie och Castello (2020) studerar effekten av en reform 2012 i Spanien, där ersättningsnivån sänktes väsentligt från 100 procent till 50 procent dag 1–3 och till 75 procent dag 4–20. Reformen påminner därmed om 1991 års reform i Sverige. En skillnad var att den endast berörde statsanställda, vilket gjorde att de kunde använda en kontrollgrupp som inte påverkades av reformen. Det ger optimala förutsättningar att kunna skatta kausala effekter av en reform. Resultaten är snarlika som i Andrén (2005) och Johansson och Palme (2005). De fann att reformen ledde till en minskning av incidensen med 29 procent, samtidigt som sjukfallens duration ökade med i genomsnitt 28 procent. Tillsammans ledde dessa effekter till en signifikant minskning med 10 procent i antal dagar med utbetald ersättning vid sjukdom för statsanställda.

Cazenave-Lacrouz och Godzinski (2017) studerar också en tillfällig förändring av karensreglerna för statsanställda 2012–2014 i Frankrike. Reformen innebar att ersättningsnivån för den första frånvarodagen sjönk från 100 till 0 procent bland statsanställda.

Arbetstagare i privat sektor berördes inte av den förändringen, och utgjorde därmed en lämplig kontrollgrupp. Studien visar att reformen ledde till en förändrad sammansättning bland sjukfall. Sjukfallen delas in i sex kategorier baserad på total sjukfallslängd: 1, 2, 3, 4–7 dagar, 1 vecka till 3 månader och längre än 3 månader. Sjukfall som varade i exakt 2 dagar minskade mest, med en halverad prevalens mätt som genomsnittligt antal fall per kategori och vecka. Samtidigt ökade prevalensen år två efter reformen för sjukfall som varade mellan en vecka och tre månader. Den skillnaden försvann dock året efter när karensdagen togs bort 2014, vilket talar emot att denna tillfälliga ökning skulle vara en konsekvens av karensdagen. De redovisar även en motsvarande ökning av sjukfall för enbart statsanställda något år innan reformen, vilket väcker frågor om villkoret om parallella trender före reformen är uppfyllt. Det är därför lite osäkert om ökningen år två efter reformen är ett resultat av reformen eller om den påverkades av någonting annat. Vidare studerades inte påverkan på incidensen, avslutssannolikheten eller den genomsnittliga durationen, och kan därför inte jämföras med övriga redovisade studier. Att både incidensen minskade och durationen ökade är dock tydligt baserat på redovisade uppgifter för prevalensen.

Arbetsgruppens sammantagna bedömning baserat på denna genomgång är att en reform som innebär ett borttaget karensavdrag kan förväntas få liknande effekt på incidensen som i Voss med flera (2001), Andrén (2005), Palme och Johansson (2005) samt Marie och Castello (2020). Samtliga studier identifierar påverkan på incidensen på omkring 30 procent. När det gäller påverkan på durationen bedömer vi att resultaten inte kan översättas rakt av till våra modellerade reformer. De studier som avser en förändrad ersättningsnivå både vid kortare och längre frånvaroperioder kan förväntas ha haft större påverkan på durationen än en reform där endast karensavdraget skulle tas bort eller reduceras.

Vidare är det rimligt att anta att antalet sjukfall längre än sju dagar på kort sikt inte skulle påverkas av ett reformerat karensavdrag, då nuvarande kontroll i form av krav på läkarintyg från den åttonde dagen kan antas hantera risken för överutnyttjande till följd av den moral hazard som finns i sjukförsäkringen (se avsnitt 8.1). Om det nuvarande karensavdraget genom dess beteendeeffekter på korttidsfrånvaron vid sjukdom indirekt också medför en ökad risk för

långtidssjukskrivning, skulle vi inte förvänta oss några sådana effekter det första året efter ett eventuellt borttaget karensavdrag.

Metod

Data

För att genomföra analysen använder vi SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT och den urvalsundersökning med registerdata som modellering sker emot. Vi använder genomgående det mindre urvalet (MSTAR) med 2021 som grundår (senast tillgängliga) och 2025 som modellår. Uppgiften om sjuklörens storlek från MSTAR skiljer sig en del från redovisade uppgifter i kapitel 9, som delvis baseras på arbetsgruppens egen datainsamling. Se vidare bilaga 4 för beskrivning av beräkningen av sjuklön genom olika register.

FASIT innehåller flera hjälpregister, varav ett innehåller uppgift om samtliga sjukfall med sjuklön och sjukpenning för de individer som ingår i urvalet. Sjukfallen baseras på SCB:s konjunkturstatistik över sjuklöner (KSju) och Försäkringskassans mikrodata för analys av socialförsäkringen (MiDAS).

FASIT består av flera moduler, varav en sjukförsäkringsmodul. I den modelleras karensavdraget (genom en karensdag), sjuklönen samt sjuk- och rehabiliteringspenning. Med syftet att förbättra precisionen i beräkningarna har arbetsgruppen inledningsvis gjort vissa anpassningar av grundmodellen i FASIT (se vidare bilaga 4). För att beräkna den direkta effekten av en reform har parametervärdet för ersättningsnivån dag 1 i sjukperioden höjts från 0 procent till 80 respektive 40 procent. Den tillämpas både för anställda med sjuklön och övriga grupper med sjukpenning från början av sjukperioden.

Det görs inga särskilda prognoser för sjuklöneutvecklingen i FASIT, men genom att använda senare modellår fångar vi bättre utvecklingen av inkomsterna och därmed sjuklörens storlek. Antalet ersatta dagar med sjuklön 2021 ligger på snarlika nivåer som 2023, och antas ligga kvar på de nivåerna till både 2024 och 2025.

Modell för att skatta beteendeffekternas påverkan på sjukfrånvaron

För att kunna ta hänsyn till förändrad incidens och duration har inledningsvis antalet sjukfall med sjuklön och avslutssannolikheter dag 1–7 beräknats för ett antal strata. Strata har definierats utifrån kön, åldersgrupp (10-årsklasser), sektor (stat, kommun/region och privat) och veckodag för första dagen i sjukperioden – sammanlagt 205 strata. Att veckodag har betydelse framgår av både André (2005) och av redovisningen av avslutssannolikheter i avsnitt 6.3. Genom att beräkna separata avslutssannolikheter per veckodag för påbörjad sjukperiod fångar vi även den större sannolikheten att avsluta ett sjukfall en fredag. Antalet sjukfall med sjukpenning antas vara oförändrade, då det idag är så pass få individer som får sjukpenning från början av sjukperioden (se avsnitt 6.1).

Antalet påbörjade sjukfall året efter respektive modellerade reform inom respektive strata beräknas genom följande modell:

$$Sjl_{ts} = \alpha Sjl_{t-1,s}$$

där

$$\begin{aligned} Sjl_{ts} &= \text{Antal sjukfall med sjuklön år } t \text{ inom strata } s \\ Sjl_{t-1,s} &= \text{Antal sjukfall med sjuklön år } t - 1 \text{ inom strata } s \\ \alpha &= \text{antagande om beteendeffekt på incidensen} \end{aligned}$$

För att kunna använda mikrodata i FASIT för att genomföra analysen behöver vi simulera fram sjukfallen år t , år efter en reform, på individnivå. Det gör vi genom att först dubblera samtliga sjukfall år $t-1$ som är längre än 7 dagar samt de sjukfall som är 7 dagar eller kortare för ej anställda och för individer yngre än 18 och äldre än 64 år. Ålderskriteriet används då det är förhållandevis få sjukfall i de åldersgrupperna och att det kan förväntas vara en selekterad grupp. Övriga sjukfall simuleras fram på följande sätt.

Med utgångspunkt i resterande sjukfall har nya sjukfall fall inom varje strata slumpats fram och tilldelats samma startdag. För varje sjukfall har sedan en tvilling med samma kön, åldersgrupp, sektor, inkomstdecil, hushållstyp och yrke (SSYK 3-ställig nivå) slumpats fram. I de fall ingen match uppstår har i första hand yrke, i andra hand hushållstyp och i tredje hand inkomstdecil tagits bort som

villkor. Därefter simuleras antalet sjukfall per dag i sjukperioden genom följande Kaplan-Meier estimat:

$$P(t_i) = \prod_{j=1} \left(1 - \beta_j \frac{a_{js}}{n_{js}} \right)$$

där

β_j = antagande om förändrad betingad avslutssannolikhet dag j

a_{js} = antal avslutade sjukfall dag j för strata s

n_{js} = antal ingående sjukfall dag j för strata s

Sjukfall år t består nu av dels simulerade sjukfall kortare än 8 dagar, dels dubblerade sjukfall 8 dagar eller längre respektive korta sjukfall för ej anställda och åldersgrupper yngre än 18 och äldre än 64. Vi kan analysera dels förändring av sjukfallens sammansättning, dels förändring av antalet ersatta dagar, arbetsutbud, förvärvsinkomster och ekonomisk standard genom att använda dessa sjukfall i FASIT-simuleringar. En ytterligare anpassning av beräkningsmodellen i FASIT har gjorts där löneinkomsterna reduceras för de dagar som har tillkommit genom simuleringen av nya sjukfall. I övrigt görs endast ekonomisk framskrivning av löneinkomsterna.

Flera av de hänvisade studierna använder sig av olika varianter av *Cox proportional hazard model* (så kallade Cox-regressioner) för att skatta reformeffekt på sannolikheten att avsluta ett sjukfall. Sådana modeller ger skattningar i form av estimat och s.k. hazardkvoter (hazard ratio). För att enklare kunna jämföra våra resultat med resultat från tidigare studier använder även vi en Cox proportional hazard model, liknande den som Andrén (2005) använder sig av, på våra data. Grunddata representerar sjukfall före en reform och de simulerade data representerar sjukfall efter en reform. Modellen kan specificeras enligt följande:

$$h_i(t) = \lambda_0(t) \exp\{\beta \text{efter}_i + \beta x_i\}$$

där

$\text{efter}_i = 0/1$ – variabel där 1 anger sjukfall efter en reform

x_i = övriga förklarande variabler

Övriga förklarande variabler i modellerna är kön, åldersgrupp, sektor, veckodag för första dag i sjukperioden, hushållstyp och kvartal.

Modellantaganden

I tabell B6.1 redovisas en översikt av parametervärden till modeller för analys av ett borttaget karensavdrag (modell 1) och ett halverat karensavdrag (modell 2). I modellerna för ett borttaget karensavdrag antas att incidensen ökar med 20 respektive 30 procent. Ett värde på 30 procent ligger i linje med flera tidigare studier, men vi använder också 20 procent som ett mer försiktigt antagande. Vidare antas att den betingade avslutssannolikheten de första två dagarna ökar 20–30 procent och avslutssannolikhet dag 3–4 antingen är oförändrad eller ökar med 10 procent. Ett halverat karensavdrag antas ge hälften så stora beteendeeffekter som ett borttaget karensavdrag.

Tabell B6.7 Översikt parametervärden till Kaplan-Meier modellen för analys av beteendeeffekter av modellerade reformer

Modell	Incidens (α)	Betingad avsluts-sannolikhet (β) dag 1-2	Betingad avsluts-sannolikhet (β) dag 3-4
<i>Modell 1 – Borttaget karensavdrag</i>			
Modell 1.0	1	1	1
Modell 1.1	1,20	1,20	1
Modell 1.2	1,20	1,20	1,10
Modell 1.3	1,20	1,30	1,10
Modell 1.4	1,30	1,20	1
Modell 1.5	1,30	1,20	1,10
Modell 1.6	1,30	1,30	1,10
<i>Modell 2 – Halverat karensavdrag</i>			
Modell 2.0	1	1	1
Modell 2.1	1,10	1,10	1
Modell 2.2	1,10	1,10	1,05
Modell 2.3	1,10	1,15	1,05
Modell 2.4	1,15	1,10	1
Modell 2.5	1,15	1,10	1,05
Modell 2.6	1,15	1,15	1,05

I samtliga modeller antas att påverkan på incidensen och avsluts-sannolikheten är lika stor för alla strata. Vi tillämpar de dock inte på individer yngre än 18 år och 65 år eller äldre. Vi kan dock förvänta oss att påverkan på såväl incidensen som den betingade avsluts-sannolikheten är större för individer i den nedre delen av inkomst-fördelningen, liksom för vissa yrkesgrupper med idag jämförelsevis hög sjukfrånvaro. Men vi nöjer oss med att föra resonemang om det, snarare än att försöka fånga dessa skillnader i modellerna. I det här sammanhanget är vi främst intresserade av makroutfallen.

Slutligen antas att antalet sjukfall i absoluta tal som passerar dag 7 i sjukperioden på kort sikt inte förändras, då vi antar att kontroll i form av ett krav på läkarintyg från och med den åttonde dagen hanterar risken för överutnyttjande.

Resultat

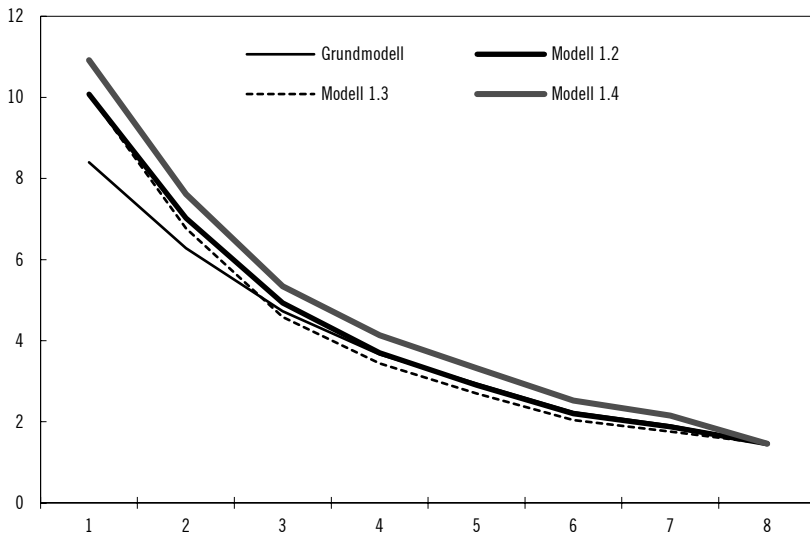
I det här avsnittet redovisas resultatet av analysen för respektive reform samlat. Huvudfokus ligger dock på ett helt borttaget karensavdrag, som har mest likheter med tidigare studerade reformer. Flera av resultaten ligger i linje med dessa tidigare studier, vilket kommenteras särskilt i genomgången nedan.

Påverkan på sjukfallens sammansättning och duration

Det första som kan konstateras från modellerna är att en reform i form av ett borttaget karensavdrag som antas medföra både en ökad incidens och en ökad avslutssannolikhet i början av sjukperioderna medför en förändrad sammansättning av sjukfallen.

I figur B6.1 redovisas antalet sjukfall per dag i sjukperioden, så kallade *Kaplan-Meier-överlevnadskurvor*, under den första frånvaroveckan före och efter en reform för ett urval av modellerna. Med modellerna 1.2 och 1.3 blir antalet sjukfall 5–7 respektive 3–7 dagar fler än i grundmodellen, vilket innebär att effekten av ökad avslutssannolikhet i dessa intervall är större än effekten av en ökad incidens. Övriga modeller har genomgående fler sjukfall 7 dagar eller kortare än grundmodellen. Störst påverkan på antalet sjukfall per dag i sjukperioden, och därmed totalt antal ersatta dagar, har modell 1.4.

Figur B6.1 Antal sjukfall (miljoner) per dag i sjukperioden (överlevnadskurvor) för ett urval* av modellerna



Anm.: * Urval av modellerna görs av läsbarhetsskäl.

Källa: Arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

En förändrad sammansättning gör i sin tur att den genomsnittliga sjukfallslängden blir kortare efter reformen. I tabell B6.2 redovisas den genomsnittliga sjukfallslängden för påbörjade sjukfall under ett år. Den genomsnittliga sjukfallslängden (inklusive dagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning) i datamaterialet är 8,7 dagar (9,2 dagar för kvinnor och 8,1 dagar för män). Med hänsyn tagen till antagna beteendeeffekter av ett borttaget karensavdrag skulle den genomsnittliga sjukfallslängden minska med mellan 1,1 och 1,6 dagar, motsvarande 13 till 19 procent. Den effekten skulle sannolikt bestå i både en selektionseffekt av flera korta sjukfall och en beteendeeffekt på beslutet att återgå i arbete. Vetskapen om att redan har tagit kostnaden av karensavdraget kan göra att beslutet om att återgå i arbete senareläggs någon dag. Påverkan på den genomsnittliga sjukfallslängden för modellerna för ett halverat karensavdrag (modell 2) är minskning med mellan 0,6 och 0,9 dagar, motsvarande mellan 7 och 10 procent.

Tabell B6.8 Påverkan på genomsnittlig sjukfallslängd

Modell	Kvinnor		Män		Kvinnor och män	
	Dagar	Förändring, procent	Dagar	Förändring, procent	Dagar	Förändring, procent
Grundmodell	9,2	-	8,1	-	8,7	-
<i>Modell 1 – borttaget karensavdrag</i>						
Modell 1.1	8,0	-14	7,1	-12	7,6	-13
Modell 1.2	7,9	-14	7,0	-13	7,5	-14
Modell 1.3	7,8	-16	6,9	-14	7,4	-15
Modell 1.4	7,6	-18	6,8	-16	7,2	-17
Modell 1.5	7,5	-18	6,7	-16	7,2	-17
Modell 1.6	7,4	-20	6,6	-18	7,1	-19
<i>Modell 2 – halverat karensavdrag</i>						
Modell 2.1	8,5	-7	7,5	-7	8,1	-7
Modell 2.2	8,5	-7	7,5	-7	8,1	-7
Modell 2.3	8,4	-9	7,4	-8	8,0	-8
Modell 2.4	8,3	-10	7,4	-9	7,9	-9
Modell 2.5	8,3	-10	7,3	-10	7,9	-10
Modell 2.6	8,2	-11	7,3	-10	7,8	-10

Anm.: Sjukfall pågående den 31 mars 2022 har högercensurerats, vilket ger en underskattning av den totala sjukfallslängden för påbörjade sjukfall under 2021.

Källa: Arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

De här resultaten visar en mindre påverkan på den genomsnittliga durationen än i Voss med flera (2001) och Marie och Castello (2020), som redovisar sådana mått. Att vi inte får lika stor påverkan som i den senare studien är förväntat, då den reformen hade en större påverkan på självrisker vid längre sjukfrånvaro.

Reformeffekt på sannolikheten att avsluta ett sjukfall under den första veckan

Den förändrade avslutssannolikheten i början av sjukperioden kan också uttryckas som en reformeffekt i form av hazardkvoter, som i Andrén (2005) och Johansson och Palme (2005). I tabell B6.3 redovisas resultatet från den tidigare specificerade *Cox proportional hazard model*, som vi tillämpar på samtliga simulerade modeller. Resultaten ger en hazardkvot på mellan 1,125 och 1,202. Det kan tolkas som att en reform sammantaget skulle påverka sannolikheten att avsluta ett sjukfall under den första frånvaroveckan med mellan

12 och 20 procent. Om vi jämför dessa resultat med motsvarande skattningar från 1987 års reform i Andrén (2005), som vi bedömer utgör en lämplig referens, kan vi notera att modell 1.2 och 1.4 ligger närmast de resultaten.

Tabell B6.9 Reformeffekt på sannolikhet att avsluta ett sjukfall före dag 7

Modell	Estimat	P-värde	Hazardkvot
<i>Modell 1 – Borttaget karensavdrag</i>			
Modell 1.1	0,118	<0,001	1,125
Modell 1.2	0,130	<0,001	1,139
Modell 1.3	0,168	<0,001	1,183
Modell 1.4	0,131	<0,001	1,140
Modell 1.5	0,146	<0,001	1,157
Modell 1.6	0,184	<0,001	1,202
<i>Modell 2 – Halverat karensavdrag</i>			
Modell 2.1	0,061	<0,001	1,063
Modell 2.2	0,070	<0,001	1,072
Modell 2.3	0,089	<0,001	1,093
Modell 2.4	0,068	<0,001	1,070
Modell 2.5	0,078	<0,001	1,081
Modell 2.6	0,097	<0,001	1,101

Anm.: I samtliga modeller används kön, åldersgrupp, sektor, kvartal, inkomstdecil och veckodag för första dag i sjukperioden som kontrollvariabler. Individer yngre än 18 och äldre än 64 år exkluderas från analysen.

Källa: Arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

Modellerna för ett halverat karensavdrag medför som förväntat i stort sett hälften så stora hazardkvoter som för motsvarande modeller för ett borttaget karensavdrag (jämför exempelvis modell 2.1 med modell 1.1).

Effekter på antalet ersatta dagar med sjuklön och arbetsutbudet

I de statistiska modellerna (modell 1.0 och 2.0) påverkas inte antalet ersatta dagar med sjuklön. Men då vi förväntar oss beteendeeffekter av en reform som innebär minskad självrisk i början av en sjukperiod, så skulle ett borttaget respektive halverat karensavdrag resultera i fler ersatta dagar med sjuklön än i de statistiska modellerna. Givet våra antaganden skulle ett borttaget karensavdrag medföra mellan 1,7 och 5,3 miljoner fler dagar med sjuklön 2025, motsvarande en ökning

med 5 till 17 procent (se tabell B6.4). Påverkan är i relativa tal något större för män än för kvinnor, och för några modeller även i absoluta tal. Vidare framgår det av resultaten att påverkan på incidensen har större betydelse för antalet dagar än vad påverkan på avsluts-sannolikheten har. En mindre förändring i incidensen och en större förändring av avslutssannolikheterna (modell 1.3) innebär en betydligt mindre påverkan på antalet dagar än vad en modell med större påverkan på incidensen och en mindre på avslutssannolikhet gör (modell 1.4).

Tabell B6.10 Påverkan på antalet ersatta dagar med sjuklön 2025

Modell	Kvinnor		Män		Kvinnor och män	
	Antal (t-tal)	Procent	Antal (t-tal)	Procent	Antal (t-tal)	Procent
Grundmodell	17 538	-	14 379	-	31 917	-
<i>Modell 1 – borttaget karensavdrag</i>						
Modell 1.1	+1 522	+9	+1 486	+10	+3 008	+9
Modell 1.2	+1 337	+8	+1 322	+9	+2 659	+8
Modell 1.3	+786	+5	+899	+6	+1 686	+5
Modell 1.4	+2 786	+16	+2 506	+17	+5 292	+17
Modell 1.5	+2 573	+15	+2 404	+17	+4 977	+16
Modell 1.6	+2 035	+12	+1 968	+14	+4 003	+13
<i>Modell 2 – halverat karensavdrag</i>						
Modell 2.1	+831	+5	+757	+5	+1 588	+5
Modell 2.2	+742	+4	+699	+5	+1 442	+5
Modell 2.3	+440	+3	+488	+3	+929	+3
Modell 2.4	+1 490	+8	+1 385	+10	+2 875	+9
Modell 2.5	+1 383	+8	+1 239	+9	+2 622	+8
Modell 2.6	+1 096	+6	+1 035	+8	+2 131	+7

Anm.: I de statistiska modellerna (1.0 och 2.0) påverkas inte antalet ersatta dagar med sjuklön.

Källa: Arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

Dessa uppgifter kan vi relatera till antalet arbetstagare, för att därmed få fram en genomsnittlig ökning i antalet sjukdagar per arbetstagare och år. År 2021 fanns uppskattningsvis 5,3 miljoner arbetstagare i Sverige, enligt våra uppgifter för analyspopulation 3. Ett borttaget karensavdrag skulle därmed förväntas resultera i mellan 0,3 (modell 1.3) och 1,0 dagar (modell 1.4) per individ och år. Det senare värdet motsvarar resultatet från en av skattningarna från 1987 års reform (jämför Lidwall med flera 2005, Henrekson och Persson 2005).

Ett resultat i form av fler frånvarodagar innebär i förlängningen även en motsvarande reducering av arbetsutbudet. Reformerna skulle därmed även förväntas resultera i färre arbetade timmar, vilket i förlängningen skulle påverka individers löneinkomster, företag och organisationers produktion samt de offentliga finanserna negativt (se vidare nedan). Arbetsutbudet skulle därutöver i teorin också kunna påverkas om hushållens ekonomiska standard skulle öka så pass mycket att det uppstår en så kallad *substitutionseffekt* alternativt *inkomsteffekt*.¹⁹⁹ Båda reformerna skulle förväntas medföra förbättrad ekonomisk standard för hushållen (se vidare nedan). Vi bedömer dock att den påverkan inte är tillräckligt stor för att medföra några effekter på arbetsutbudet utöver vad som observeras i tabell B6.4.

Effekter på arbetsgivares sjuklönekostnader

Ur arbetsgivarnas perspektiv skulle ett borttaget respektive halverat karensavdrag i första hand medföra ökade sjuklönekostnader. Den direkta effekten av ett borttaget karensavdrag skulle vara en ökning av sjuklönekostnaderna inklusive arbetsgivaravgift och allmän löneavgift 2025 från 38,1 till 52,5 miljarder kronor – en ökning med 14,4 miljarder kronor motsvarande 38 procent. Med hänsyn tagen till beteendeeffekter uppskattar vi ökningen av sjuklönekostnaderna till mellan 17,9 och 24,1 miljarder kronor, motsvarande en ökning med 47 till 63 procent (se tabell B6.5).

¹⁹⁹ En substitutionseffekt kan uppstå om en inkomstökning till följd av en förändring av skatte- eller transfereringssystemen gör att fritid och hemarbete blir relativt dyrare. En inkomsteffekt kan uppstå om inkomstökningen gör att individen får råd med mer fritid.

Tabell B6.11 Påverkan på arbetsgivares sjuklönekostnader (inkl. skatter och avgifter) 2025

Modell	Stat		Kommuner och regioner		Privat		Totalt	
	Mnkr	Procent	Mnkr	Procent	Mnkr	Procent	Mnkr	Procent
Grundmodell	1 662	-	11 161		25 259	-	38 082	-
<i>Modell 1 – borttaget karensavdrag</i>								
Modell 1.0	+584	+35	+4 401	+39	+9 447	+37	+14 432	+38
Modell 1.1	+866	+52	+5 930	+53	+13 342	+53	+20 138	+53
Modell 1.2	+836	+50	+5 764	+52	+12 992	+51	+19 592	+51
Modell 1.3	+784	+47	+5 257	+47	+11 885	+47	+17 926	+47
Modell 1.4	+1 061	+64	+7 125	+64	+15 892	+63	+24 078	+63
Modell 1.5	+1 023	+62	+6 995	+63	+15 557	+62	+23 575	+62
Modell 1.6	+949	+57	+6 439	+58	+14 500	+57	+21 888	+57
<i>Modell 2 – halverat karensavdrag</i>								
Modell 2.0	+292	+18	+2 201	+20	+4 723	+19	+7 216	+19
Modell 2.1	+418	+25	+2 798	+25	+6 318	+25	+9 534	+25
Modell 2.2	+404	+24	+2 745	+25	+6 128	+24	+9 277	+24
Modell 2.3	+364	+22	+2 462	+22	+5 571	+22	+8 397	+22
Modell 2.4	+482	+29	+3 384	+30	+7 456	+30	+11 322	+30
Modell 2.5	+464	+28	+3 237	+29	+7 213	+29	+10 914	+29
Modell 2.6	+425	+26	+2 946	+26	+6 932	+27	+10 303	+27

Anm.: I den statistiska modellen (2.0) påverkas inte antalet ersatta dagar med sjuklön.
Källa: Arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

Effekter på individers och hushållens ekonomiska standard

Ur individens och hushållens perspektiv skulle ett borttaget respektive halverat karensavdrag reducera inkomstbortfallet vid ett enskilt sjukfall. Den direkta effekten av ett borttaget karensavdrag är en ökning av den totala ekonomiska standarden med 0,25 procent samt en genomsnittlig ökning bland berörda hushåll med 0,43 procent (se tabell B6.6). Men en beteendeffekt i form av fler sjukdagar innebär också en reduktion av arbetsinkomsterna och därmed även individernas och hushållens disponibla inkomst. Det gör att den genomsnittliga påverkan på den ekonomiska standarden bland berörda hushåll med hänsyn tagen till antagna beteendeffekter är mellan 0,24 och 0,30 procent.

Tabell B6.12 Påverkan på hushållens ekonomiska standard 2025

Modell	Samtliga hushåll (summa)		Berörda hushåll (medelvärde)	
	Mnkr	Förändring, procent	Kr	Förändring, procent
Grundmodell	4 121 615	-	397 580	-
<i>Modell 1 – borttaget karensavdrag</i>				
Modell 1.0	+10 231	+0,25	+1 713	+0,43
Modell 1.1	+7 800	+0,19	+1 214	+0,30
Modell 1.2	+7 527	+0,18	+1 177	+0,29
Modell 1.3	+6 842	+0,17	+1 070	+0,27
Modell 1.4	+7 541	+0,18	+1 137	+0,28
Modell 1.5	+7 324	+0,18	+1 102	+0,27
Modell 1.6	+6 458	+0,16	+969	+0,24
<i>Modell 2 – halverat karensavdrag</i>				
Modell 2.0	+5 119	+0,12	+857	+0,21
Modell 2.1	+3 417	+0,08	+551	+0,14
Modell 2.2	+3 277	+0,08	+527	+0,13
Modell 2.3	+2 714	+0,07	+438	+0,11
Modell 2.4	+3 087	+0,07	+484	+0,12
Modell 2.5	+2 875	+0,07	+453	+0,11
Modell 2.6	+2 428	+0,06	+380	+0,09

Anm.: Antalet berörda hushåll skiljer sig åt mellan de olika modellerna. Det gör att den genomsnittliga ekonomiska standarden, som används som jämförelse vid beräkning av differens och andel, på marginalen också skiljer sig åt.

Källa: Arbetsgruppens bearbetningar av FASIT grundår 2021 version 4, MSTAR-urvalet.

I dessa beräkningar har inte någon hänsyn tagits till att båda reformerna sannolikt skulle påverka arbetstagares löneutrymme, särskilt i branscher och kommuner med relativt hög sjukfrånvaro, givet att arbetsgivarna inte på något sätt skulle kompenseras av staten. Hur stort genomslag som respektive reform skulle få i kommande avtalsrörelse kan vi endast spekulera om. Klart är att den positiva påverkan på hushållens ekonomiska standard av förslagen skulle minska ännu mer som ett resultat av denna effekt. Påverkan på löneutrymmet skulle få genomslag i hela

Effekter på de offentliga finanserna

För statsbudgeten skulle de modellerade reformerna främst ha betydelse för inkomstsidan av budgeten. Utan hänsyn tagen till beteendeeffekter förväntas ett borttaget karensavdrag medföra

ökade intäkter i form av arbetsgivares inbetalningar av arbetsgivaravgifter och allmän löneavgift år 2025 med cirka 3,4 miljarder kronor, givet oförändrade avgiftsnivåer. Den effekten uppstår då sjuklönen ligger till grund för inkomstunderlaget för dessa avgifter och skatter. Med hänsyn tagen till beteendeffekter och påverkan på arbetsutbudet blir effekten på statens inkomster mindre – totalt mellan 2,2 och 2,6 miljarder kronor. På motsvarande sätt skulle en reform även ha betydelse för statens intäkter för den statliga inkomstskatten genom påverkan på individers anställningsinkomster. I den statistiska modellen är den påverkan cirka 230 miljoner kronor. Med hänsyn tagen till beteendeffekter blir påverkan i stället mellan cirka 160 och 200 miljoner kronor. Påverkan på statens utgifter för sjukpenning blir marginell. Den direkta effekten på statens inkomsterna för avgifter och skatter av ett halverat karensavdrag är 1,6 miljarder, givet oförändrade avgifts- och skattenivåer. Med hänsyn tagen till beteendeffekter är budgetpåverkan mindre än så – uppskattningsvis en ökning med mellan 0,8 och 1,1 miljarder kronor.

För kommuner och regioner skulle ett borttaget karensavdrag, som tidigare redovisats, medföra ökade kostnader för sjuklön för de kommunalt och regionalt anställda med mellan 5,3 och 7,1 miljarder (se tabell B6.5). Därutöver skulle skatteintäkterna för invånarna utan hänsyn tagen till beteendeffekter öka med sammanlagt 3,8 miljarder kronor. Med hänsyn tagen till antagna beteendeffekter är den effekten lägre – mellan 2,4 och 2,9 miljarder kronor. Ett borttaget karensavdrag skulle därmed troligtvis öka utgifterna mer än intäkterna för de flesta kommuner och regioner. Det gäller även ett halverat karensavdrag, fast i mindre utsträckning. Vi bedömer att den totala påverkan på kommuner och regioners skatteintäkter med hänsyn tagen till beteendeffekter skulle vara mellan 0,9 och 1,2 miljarder kronor, vilket är mindre än de ökade sjuklönekostnaderna för Sverige kommuner och regioner (se tabell B6.5).

Slutsatser

Baserat på den känslighetsanalys av karensavdragets beteendeffekter som redovisas i den här bilagan bedömer vi att en statistisk analys, utan hänsyn tagen till beteendeffekter, av både ett borttaget

och halverat karensavdrag sannolikt underskattar konsekvenserna av respektive reform. Baserat på tidigare forskning bedömer vi att både ett borttaget och ett halverat karensavdrag skulle få beteendeeffekter i form av fler startade sjukfall (ökad incidens), fler frånvarodagar och i genomsnitt kortare sjukfall (minskad duration). Vi bedömer att påverkan på incidensen sannolikt skulle bestå i både ett minskat underutnyttjande, i enlighet med intentionen med reformerna, och i ett ökat överutnyttjande till följd av den moral hazard som finns i den allmänna sjukförsäkringen och sjuklönesystemet. I refererade studier ligger dock fokus på det senare. Vi bedömer även att påverkan på durationen sannolikt skulle bestå i både en selektionseffekt av fler startade korta sjukfall och i en beteendeeffekt på beslutet att återgå i arbete, givet antagandet att vetskapen om att ha tagit kostnaden av karensavdraget kan göra att vissa stannar hemma från arbetet någon dag extra.

Beteendeeffekternas betydelse för resultatet är förhållandevis stort för samtliga studerade utfall. Vi uppskattar att antalet dagar med sjuklön skulle öka med mellan 1,7 och 5,3 miljoner dagar (mellan 5 och 17 procent) som en beteendeeffekt av reformen med ett borttaget karensavdrag. Den direkta effekten av ett borttaget karensavdrag på arbetsgivares sjuklönekostnader är en ökning av kostnaderna med 14,4 miljarder kronor motsvarande 38 procent. Med hänsyn tagen till beteendeeffekter uppskattar vi att kostnaderna av ett borttaget karensavdrag ökar med ytterligare mellan 3,5 och 9,7 miljarder kronor. Reformen skulle även bidra till en ökad ekonomisk standard, men den påverkan blir mindre med hänsyn tagen till det på gruppnivå minskade arbetsutbudet. Beteendeeffekterna av ett halverat karensavdrag bedömer vi skulle gå i samma riktning som för ett borttaget karensavdrag, men inte vara lika starka.

Även om några av modellerna ligger närmare resultaten från tidigare studier kan vi inte ge något mer precist svar på beteendeeffekternas påverkan på studerade utfall. Det har heller inte varit syftet med analysen. Det vi tar med oss är att både ett borttaget karensavdrag och ett halverat karensavdrag skulle medföra beteendeeffekter som behöver tas i beaktande vid en eventuell reformering av karensavdraget i den riktningen.

Departementsserien 2023

Kronologisk förteckning

1. Ändringar i regelverket om överlämnande enligt en europeisk och nordisk arresteringsorder. Ju.
2. Näringsförbud till följd av förbud att bedriva näringsverksamhet som har meddelats i en annan stat. KN.
3. Statens ansvar för det svenska flygplatssystemet. För tillgänglighet och beredskap. LI.
4. Frågor om val till Sametinget. Ku.
5. Natura 2000-tillstånd vid ansökan om bearbetningskoncession enligt minerallagen. KN.
6. Genomförande av det nya blåkortsdirektivet. Ju.
7. Tilläggsprotokoll 16 till Europakonventionen – en möjlighet för de högsta domstolarna att begära rådgivande yttrande från Europadomstolen. Ju.
8. Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och en starkare life science-sektor. KN.
9. En säkrare tillgång till vattenreningskemikalier. LI.
10. En registerlag för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. S.
11. Skjutvapen och explosiva varor – skärpta straff för de allvarligare brotten. Ju.
12. Kontrollstation 2023. Fö.
13. En registerlag för Inspektionen för socialförsäkringen. S.
14. En översyn av vissa frågor om offentliga biträden. Ju.
15. Fler verktyg i socialtjänsternas arbete för att förebygga brott och stärka skyddet för barn. S.
16. Avtal med Finland om polissamarbete i gränsområdet. Ju.
17. Vistelseförbud på allmän plats och vissa andra platser. Ju.
18. Stärkt hyresrättsligt skydd för våldsutsatta kvinnor. Ju.
19. Allvarstid. Försvarsberedningens säkerhetspolitiska rapport 2023. Fö.
20. Utökade befogenheter på särskilda ungdomshem och LVM-hem. S.
21. En modern lagstiftning för Kriminalvårdens personuppgiftsbehandling. Ju.
22. Sveriges tillträde till vissa Natoavtal. Fö.
23. Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd. S.
24. Genomförande av EU:s dataförvaltningsförordning. Fi.
25. Polisens rätt att skjuta. En ny reglering om laga befogenhet att använda skjutvapen. Ju.
26. Elektronisk tillgång till barns uppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården. S.
27. Effektiv och behovsbaserad digital vård. S.
28. Nationell fysisk planering. LI.
29. 2018 års ändringar i fördraget om internationell järnvägstrafik. Ju.
30. Anpassning av svensk rätt till den reviderade VIS-förordningen. Ju.
31. Säkerhetszoner – ökade möjligheter för polisen att visitera för att förebygga brott. Ju.
32. Säkerhetsdeposition vid hyresavtal. Ju.
33. Karenstak och högriskskydd – en översyn av karensavdraget och förslag på utökade undantag. S.

Departementsserien 2023

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Genomförande av EU:s dataförvaltningsförordning. [24]

Försvarsdepartementet

Kontrollstation 2023. [12]

Allvarstid. Försvarsberedningens säkerhetspolitiska rapport 2023. [19]

Sveriges tillträde till vissa Natoavtal. [22]

Justitiedepartementet

Ändringar i regelverket om överlämnande enligt en europeisk och nordisk arresteringsorder. [1]

Genomförande av det nya blåkortsdirektivet. [6]

Tilläggsprotokoll 16 till Europakonventionen – en möjlighet för de högsta domstolarna att begära rådgivande yttrande från Europadomstolen. [7]

Skjutvapen och explosiva varor – skärpta straff för de allvarligare brotten. [11]

En översyn av vissa frågor om offentliga biträden. [14]

Avtal med Finland om polissamarbete i gränsområdet. [16]

Vistelseförbud på allmän plats och vissa andra platser. [17]

Stärkt hyresrättsligt skydd för våldsutsatta kvinnor. [18]

En modern lagstiftning för Kriminalvårdens personuppgiftsbehandling. [21]

Polisens rätt att skjuta.
En ny reglering om laga befogenhet att använda skjutvapen. [25]

2018 års ändringar i fördraget om internationell järnvägstrafik. [29]

Anpassning av svensk rätt till den reviderade VIS-förordningen. [30]

Säkerhetszoner – ökade möjligheter för polisen att visitera för att förebygga brott. [31]

Säkerhetsdeposition vid hyresavtal. [32]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Näringsförbud till följd av förbud att bedriva näringsverksamhet som har meddelats i en annan stat. [2]

Natura 2000-tillstånd vid ansökan om bearbetningskoncession enligt minerallagen. [5]

Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och en starkare life science-sektor. [8]

Kulturdepartementet

Frågor om val till Sametinget. [4]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Statens ansvar för det svenska flygplatssystemet. För tillgänglighet och beredskap. [3]

En säkrare tillgång till vattenreningskemikalier. [9]

Nationell fysisk planering. [28]

Socialdepartementet

En registerlag för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [10]

En registerlag för Inspektionen för socialförsäkringen. [13]

Fler verktyg i socialtjänsternas arbete för att förebygga brott och stärka skyddet för barn. [15]

Utökade befogenheter på särskilda ungdomshem och LVM-hem. [20]

Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd. [23]

Elektronisk tillgång till barns uppgifter inom hälso- och sjukvården och tandvården. [26]

Effektiv och behovsbaserad digital vård. [27]

Karenstak och högriskskydd – en översyn av karensavdraget och förslag på utökade undantag. [33]

